

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

Баймушев
« 02 » 2025

Номер внутриуниверситетской регистрации



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.07

Патологическая анатомия

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

на заседании кафедры патологической анатомии

Зав. кафедрой Ахметова М.И.

Ахметова
«04» сентября 2025 г.

Бишкек 2025

Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.07 патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 02 февраля 2022 г. N 110 и Постановления Правительства КР №303 от 31.07.2007г.

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена

Программу составили:

**Ахметова Майра Исаевна зав. кафедрой патологической анатомии,
ст. преподаватель кафедры патологической анатомии Орозалиев Руслан
Качкынбаевич, ст. преподаватель кафедры патологической анатомии Синькевич
Дмитрий Юрьевич**

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	7
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	11
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	11
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	22
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	35
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	185

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - способность критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте;

(УК-2) – способность разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

(УК-3) – способность руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

(УК-4) - способность выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

(УК-5) – способность планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

(ОПК-1) - способность использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

(ОПК-2) - способность применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

(ОПК-3) - способность осуществлять педагогическую деятельность

(ОПК-4) - способность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов

(ОПК-5) - способность проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

(ОПК-6) - способность проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

(ОПК-7) - способность участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные

(ПК-1) – способность проводить анализ прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного;

(ПК-2) - способность проводить анализ посмертных патологоанатомических исследований (патологоанатомических вскрытий);

(ПК-3) – способность проводить анализ медико-статистической информации, ведение медицинской документации;

(ПК-4) – способность оценить, распознать состояние пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренном случае;

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.07 патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме секционного разбора трупа в Республиканском Патологоанатомическом Бюро при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в морге

Секционный разбор трупа проводится по следующей схеме:

- провести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях трупа;
- описать макроскопические изменения органов (макроскопическая диагностика);
- провести микроскопическое исследование гистологического препарата и дать его морфологическое описание (микроскопическая диагностика);
- выполнять клинико-анатомические сопоставления;
- определить категорию и причины расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;
- сформулировать патологоанатомический диагноз, дать заключение о причине смерти и оформить клинико-патологоанатомический эпикриз;
- заполнить медицинское свидетельство смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти;
- в случае изменения патологоанатомического диагноза указать его окончательный вариант, направить в органы стат. управления новое медицинское свидетельство о смерти с отметкой "взамен предварительного" или "взамен окончательного";

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При

подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.07. Патологическая анатомия проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача – патологоанатома в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора владением техникой аутопсии, включая технику выделения органокомплекса и вырезки материала с выделением наиболее информативных фрагментов тканей органов. Ординатор выставляет предварительный патологоанатомический диагноз, выполняет клинико-анатомические сопоставление, формулирует патологоанатомический диагноз, дает заключение о причине смерти и оформляет клинико-патологоанатомический эпикриз.

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой *отлично* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические секционные манипуляции;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику;
- Демонстрирует и отлично владеет техникой вскрытия, методикой исследования органов, тканей и интерпретацией результатов вскрытия.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой *хорошо* оцениваются навыки, при которых ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы, допуская незначительные ошибки, исправляя их с помощью преподавателя;
- Хорошо выполняет необходимые диагностические секционные манипуляции;
- Хорошо проводит дифференциальную диагностику;
- Демонстрирует и владеет техникой вскрытия с незначительными погрешностями;
- Морфологические критерии дифференциальной диагностики демонстрирует не в полном объеме;

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не в полном объеме владеет техникой вскрытия;
- Не в полном объеме знает морфологические критерии макроскопической диагностики органов и тканей;
- Неточно проводит дифференциальную диагностику патологических изменений;

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет техникой вскрытия трупа его исследования и интерпретации результатов вскрытия.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам патологической анатомии.

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить этиологию, патоморфогенез, морфологию, клинико-анатомические формы, функциональное значение, исходы процессов.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Грамотно использует термины по курсу патологической анатомии,
- Знает основные методы патологоанатомического исследования;
- Отличные знания о этиологии, патогенезе, морфогенезе, патоморфозе болезней, нозологии, принципах классификации болезней;
- Отлично обосновывает характер патологического процесса и его клинические проявления и осуществляет сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Использует термины по курсу патологической анатомии и знает основные методы патологоанатомического исследования;
- Недостаточно глубокие знания о этиологии, патогенезе, морфогенезе, патоморфозе болезней, нозологии, принципах классификации болезней; Хорошо разбирается в сущности и основных закономерностях общепатологических процессов;
- Хорошо разбирается в характерных изменениях внутренних органов.

- Не обосновывает характер патологического процесса и его клинические проявления, не достаточно осуществляет сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Не достаточно использует термины по курсу патологической анатомии и не знает основные методы патологоанатомического исследования;
- Слабые знания о этиологии, патогенезе, морфогенезе, патоморфозе болезней, нозологии, принципах классификации болезней;
- Слабо разбирается в сущности и основных закономерностях общепатологических процессов.
- Не обосновывает характер патологического процесса и его клинические проявления и не осуществляет сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней.

Отметкой *неудовлетворительно* оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Патологическая анатомия”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-патологоанатом” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-патологоанатом”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

ПРЕДМЕТ И МЕТОДЫ.

1. Задачи патологической анатомии. Этиология, патогенез болезней: определение понятий, содержание, роль патологоанатома в оценке этиологии и патогенеза.
2. Морфогенез, санагенез болезней: определение понятий, содержание, роль патологоанатома в оценке морфогенеза и санагенеза.

3. Патоморфоз болезней: определение понятий, классификация, структурно-функциональные проявления.
 4. Морфологическая картина болезней на различных уровнях организации живой материи.
 5. Соотношение структурных и функциональных проявлений болезней.
 6. Методы патологической анатомии. Биопсия: задачи.
 7. Методы патологической анатомии. Вскрытие: задачи.
- СМЕРТЬ. НЕКРОЗ.**
8. Смерть: определение понятия, классификация. Признаки биологической смерти.
 9. Некроз: определение понятия, клиничко-анатомические формы.
Секвестр: причины образования, топография, морфология, осложнения.
 10. Гангрена: клиничко-анатомические формы, морфология, дифференциальный диагноз различных форм.
 11. Инфаркты: механизм образования, морфологические варианты в различных органах, функциональное значение.
 12. Инфаркт: определение понятия. Инфаркты почек и селезенки: механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
 13. Инфаркты легких и кишок: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
 14. Микроскопические признаки некроза: типы смерти ядра и цитоплазмы. Апоптоз.
 15. Исходы некроза.

ДИСТРОФИЯ.

16. Дистрофия: определение понятия, механизм развития и классификация.
17. Паренхиматозные белковые дистрофии: определение понятия, классификация. Гиалиново-капельная дистрофия: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.
18. Гидропическая дистрофия: механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
19. Паренхиматозная жировая дистрофия: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.
20. Паренхиматозные углеводные дистрофии: определение понятия, классификация. Сахарный диабет: механизм развития, морфология, функциональное значение.
21. Слизистая дистрофия (паренхиматозная): механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.
22. Стромально - сосудистые дистрофии: определение понятия, классификация. Мукоидное и фибриноидное набухание: механизм развития, топография, морфология, функциональное значение, исходы.
23. Гиалиноз: классификация, механизм развития, строение гиалина. Функциональное значение гиалиноза, исходы.

24. Гиалиноз сосудов: механизм развития, классификация, морфология, функциональное значение.
25. Амилоидоз: определение понятия, классификация, строение амилоида.
26. Амилоидоз: морфогенез.
27. Амилоидоз первичный и вторичный: механизм развития, топография, морфология, исходы.
28. Амилоидоз наследственный и старческий: механизм развития, топография, морфология, исходы.
29. Стромально – сосудистые жировые дистрофии: определение понятия. Ожирение: механизм развития, классификация, морфология, функциональное значение.
30. Смешанные дистрофии: определение понятия, классификация. Эндогенные пигментации: классификация.
31. Гемоглобиногенные пигменты: определение понятия. Пигменты нормы. Пигменты патологические.
32. Нарушение обмена гемосидерина (гемосидероза): механизм развития, морфология, функциональное значение.
33. Гемохроматоз: варианты, причины, механизм развития, морфология, функциональное значение.
34. Нарушение обмена билирубина. Желтуха: определение понятия, классификация, механизм развития, морфология, функциональное значение.
35. Протеиногенные пигменты: определение понятия, классификация. Гипермеланоз: варианты, механизмы развития, морфология, функциональное значение.
36. Гипермеланоз: варианты, механизм развития, морфология, функциональное значение.
37. Нарушение обмена нуклеопротеидов: определение понятия. Подагра: механизм развития, морфология, функциональное значение.
38. Нарушение обмена кальция. Кальцинозы: классификация, механизм образования кальцификатов, морфология. Функциональное значение.
39. Образование камней: причины, механизм развития. Структура и топография камней, их функциональное значение.
40. Камни почек и мочевых путей: строение камней, осложнения.
41. Тезауროзы (болезни накопления): механизм развития, критерии диагноза, клиничко-анатомические формы.
42. Камни желчного пузыря и желчных путей: строение камней, осложнения.

НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

43. Нарушение кровообращения. Классификация.
44. Артериальная гиперемия: определение понятия, классификация. Воспалительная артериальная гиперемия: функциональное значение
45. Артерио-венозный свищ: Причины нарушения гемодинамики, функциональное значение.

46. Коллатеральная артериальная гиперемия: механизм развития, функциональное значение.
47. Ишемия местная: определение понятия. Острая и хроническая ишемия: механизм развития, морфология изменений органов.
48. Местное венозное полнокровие: механизм развития.
49. Острая сердечная недостаточность: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
50. Хроническая сердечная недостаточность: причины, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
51. Тромбоз: определение понятия: функциональное значение. Тромб: топография, причины, механизм развития.
52. Тромб: локализация, строение, исходы.
53. Эмболия: определение понятия. Направление движения эмболов.
54. Тромб: дифференциальный диагноз со свертком и эмболом.
55. Эмболия: материал эмболов.
56. Кровотечение: определение понятия, классификация в зависимости от типа повреждения сосуда. Гематома, геморрагическая инфильтрация: морфология, функциональное значение, исходы.
57. Стаз. Плазморрагия: определение понятия, причины, механизм развития, функциональное значение, исходы.
58. ДВС-синдром: определение понятия, механизм развития (стадии), морфология.
59. Шок: определение понятия, классификация, морфология.

ВОСПАЛЕНИЕ.

60. Воспаление: определение понятия, биологическая сущность, классификация, терминология.
61. Воспаление: морфогенез и патогенез; роль медиаторов воспаления.
62. Клетки очага воспаления: функция (синтез структурных компонентов и биологически активных веществ, кооперация).
63. Клетки очага воспаления: пролиферация и трансформация.
64. Экссудативное воспаление: определение понятия, классификация. Серозное воспаления: причины и механизм развития, локализация, морфология, функциональное значение, исходы.
65. Фиброзное воспаление: классификация, крупозное и дифтеритическое воспаление: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, осложнения, исходы.
66. Гнойное воспаление: клинико-анатомические варианты. Флегмона: причины и механизм развития, локализация, морфология, осложнения, исходы.
67. . Гнойное воспаление. Абсцесс, эмпиема: определение понятий, локализация, морфология, осложнения, исходы.

68. Катаральное воспаление: причины, локализация, морфология, осложнения, исходы.
69. Гнилостное воспаление: этиология, локализация, морфология, осложнения, исходы.
70. Геморрагическое воспаление: этиология, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
71. Продуктивное воспаление: определение понятия, классификация. Воспаление с образованием полипов и кондилом: причины, локализация, осложнения.
72. Продуктивное воспаление: этиология, патогенез, отличительные морфологические признаки, классификация.
73. Межуточное воспаление: определение понятия, причины, локализация, морфология, исходы.
74. Гранулематозное воспаление: определение понятия. Классификация гранулем.
Морфогенез гранулем.
75. Морфологические варианты туберкулезного продуктивного воспаления. Милиарный бугорок, туберкул, специфическая грануляционная ткань: строение, исходы.
76. Морфологические проявления третичного периода сифилиса. Гумма, межуточное воспаление, осложнения, исходы.
77. Проказа: этиология, клинико - анатомические формы. Лепрома: локализация, морфология, осложнения.
78. Воспалительно – репаративная реакция (по Серову В.В.): компоненты реакции;
ауторегуляция " дирижеры клеточного ансамбля".
79. Динамика воспалительно - репаративной реакции.
80. Процессы компенсации и приспособления: определение понятия, функциональное значение.
81. Компенсация: структурные проявления, этапы развития. Декомпенсация: причины и механизм развития.
82. Компенсация: локализация, варианты эффективности.
83. Викарная гипертрофия: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
84. Рабочая гипертрофия: локализация, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
85. Атрофия общая (кахексия): определение понятия, классификация, морфология, функциональное значение.
86. Атрофия местная: определение, классификация, механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
87. Аккомодация органная, тканевая: причины и механизм развития, морфология, функциональное значение.

88. Метаплазия: определение понятия, причины и механизм развития, морфология, функциональное значение, исходы.
89. Регенерация: определение понятия. Формы (уровня) регенерации органов и тканей.
90. Регенерация: классификация. Физиологическая регенерация: морфология, биологическая сущность.
91. Репаративная регенерация: определение понятия, классификация. Полная репаративная регенерация: локализация морфология.
92. Регенерационная гипертрофия (неполная регенерация): определение понятия. Варианты: локализация, морфология.
93. Патологическая регенерация: механизм развития, морфология, функциональное значение.
94. Дисрегенерация: определение понятия, причины и механизм развития.
95. Дисрегенерация: морфология, функциональное значение.

ИММУНОПАТОЛОГИЯ.

96. Иммунопатологические процессы и болезни: перечень. Иммунное воспаление: отличительные признаки.
97. Аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
98. Истинные аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
99. Органонеспецифические аутоиммунные болезни: механизм аутоиммунизации, аутоантигены, нозологические формы.
100. Болезни с аутоиммунными нарушениями: аутоантигены, механизм и аутоиммунизация, нозологические формы.
101. Морфология аутоиммунных болезней: тимус, лимфоузлы и селезенка, органы – мишени.
102. ГЗТ: механизм иммунного конфликта, морфология воспаления.
103. ГНТ: механизм иммунного конфликта, морфология воспаления.
104. Первичный иммунодефицитный синдром: варианты синдрома.
105. Первичный иммунодефицитный синдром: клиничко-анатомические проявления.
106. Первичный иммунодефицитный синдром: изменение тимуса, изменения лимфатических узлов и селезенки.
107. Вторичный иммунодефицитный синдром: определение понятия, причина.

ОПУХОЛИ.

108. Варианты роста опухолей: по отношению к окружающим тканям; по отношению к стенке и просвету полого органа.
109. Предраковая патология: факультативный предрак, облигатный предрак, Критерии морфологического диагноза " предрака".

110. Вторичные изменения опухолей.
111. Атипия опухолевых клеток: варианты. Морфологическая атипия; проявления на различных структурных уровнях.
112. Атипичный антиген опухолей.
113. Влияние опухолей на организм: местная, общая.
114. Этапы морфогенеза злокачественных опухолей.
115. Типы структуры опухолей в зависимости от проявлений морфологической атипии ее клеток.
116. Метастазы опухолей: определение понятия. Этапы метастазирования опухолей.
117. Пути метастазирования опухолей.
118. Классификация опухолей ВОЗ.
119. Критерии клинико-анатомического диагноза "злокачественная опухоль".
120. Критерии клинико-анатомического диагноза "доброкачественная опухоль".
121. Критерии клинико-анатомического диагноза "опухоль с местнодеструктивным ростом".
122. Доброкачественные органонеспецифические опухоли из эпителия: классификация, морфология.
123. Гистологические формы рака, исходящие из плоского (переходного эпителия).
124. Гистологические формы рака, исходящие из энтодермального (цилиндрического, кубического) эпителия.
125. Рак легкого: предраковая патология, клинико-анатомическая классификация, гистологическое строение.
126. Рак легкого: пути распространения. Причины смерти больных.
127. Рак желудка: предраковая патология, макроскопические формы, гистологическое строение.
128. Рак желудка: пути распространения. Причины смерти больных.
129. Рак шейки матки: микроскопические формы, гистологическое строение, пути распространения.
130. Рак тела матки: макроскопические формы, гистологическое строение, пути распространения.

БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

131. Приобретенные пороки сердца: определение понятия. Клинико-анатомические варианты пороков, механизм их развития. Сочетанные, комбинированные пороки: определение понятия.
132. Приобретенные пороки аортальных клапанов: механизм развития, морфология пороков различной этиологии.
133. Приобретенные пороки митрального клапана: механизм развития, морфология пороков различной этиологии.

134. Атеросклероз: этиология, факторы риска, патогенез, клинико-анатомические формы.
135. Атеросклероз: локализация, морфогенез, морфология.
136. Острая ИБС: клинико - анатомические варианты, критерии диагноза макроскопические, микроскопические.
137. Инфаркт миокарда: варианты локализации и течения
138. Инфаркт миокарда: осложнения, причины смерти больных.
139. ХИБС – морфология. Осложнения, причины смерти больных.
140. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, (теория Ланга – Мясникова, мембранная). Варианты течения гипертонической болезни.
141. Гипертоническая болезнь: дифференциальный диагноз доброкачественной и злокачественной форм. Гипертонический криз.
142. Гипертоническая болезнь: морфология второй стадии доброкачественной формы.
143. Гипертоническая болезнь: морфология третьей стадии доброкачественной формы.
144. Вторичные гипертонии: классификация, морфология.
145. Кардиомиопатии: определение понятия, классификация, течение, исход.
146. Гипертрофическая (констриктивная) кардиомиопатия; причины, морфология.
147. Дилатационная (конгестивная), рестриктивная кардиомиопатии: причины, морфология.
148. Аневризмы артерии: причины и механизм развития, локализация, морфология, осложнения.
149. Общие признаки механизма развития и морфологии болезней соединительной ткани.
150. Ревматизм. Ревматический эндокардит; варианты топографии и морфологии, исходы.
151. Ревматизм: механизм развития, клинико-анатомические формы.
152. Ревматический миокардит: морфология, исходы.
153. Ревматоидный артрит: этиология, механизм развития.
154. Ревматоидный артрит: морфология поражений суставов и висцеральных изменений.
155. Системная красная волчанка: механизм развития, морфология.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

156. Хронический бронхит: этиология, морфология, функциональное значение. исходы.
157. Бронхоэктазы: механизм развития, осложнения, исходы.
158. Эмфизема легких: механизм развития, осложнения, классификация, морфология.
159. Крупозная пневмония: этиология, патогенез, морфогенез (по В.Д.Цинзерлингу), морфология форм.

- 160. Крупозная пневмония: осложнения, исходы.
- 161. Стафилококковая пневмония: морфология, осложнения, исходы.
- 162. Стрептококковая пневмония: морфология, осложнения, исходы.

БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

- 163. Хронические пилородуоденальные язвы: топография, механизм развития.
- 164. Хронические язвы тела желудка.
- 165. Прогрессирующая хроническая язва желудка и 12 перстной кишки: морфология.
- 166. Заживающая хроническая язва желудка и 12 перстной кишки.
- 167. Осложнения хронической язва желудка и 12 перстной кишки.
- 168. Симптоматические язвы желудка и 12 перстной кишки.
- 169. Аппендицит острый: механизм развития, морфология различных форм, осложнения, исходы.
- 170. Аппендицит хронический: морфология.

БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ.

- 171. Массивный прогрессирующий некроз печени: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.
- 172. Массивный прогрессирующий некроз печени: морфогенез, морфология местных и общих изменений.
- 173. Гепатиты: определение понятия, классификация.
- 174. Вирусные гепатиты: патогенез, классификация.
- 175. Вирусные гепатиты: клинико-анатомические формы, морфология, исходы.
- 176. Морфогенез вирусного гепатита: морфология общих изменений.
- 177. Вирусный гепатит. Патогенез, морфология, исходы.
- 178. Вирусный гепатит Д: этиология, клинико-анатомические формы, исходы.
- 179. Циррозы печени: классификация. Критерии морфологического диагноза.
- 180. Циррозы печени: морфогенез.
- 181. Циррозы печени: морфология общих изменений, осложнения, причины смерти больных.
- 182. Циррозы печени: дифференциальный диагноз портального, постнекротического, билиарного циррозов.

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.

- 183. Гломерулопатия: определение понятия, классификация.
- 184. Гломерулонефрит: механизм развития.
- 185. Острый гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы.
- 186. Подострый гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.

187. Хронический гломерулонефрит: этиология, патогенез, морфология, исходы. Причины смерти больных.
188. Первичный нефротический синдром: определение понятия. Липоидный нефроз: этиология, механизм развития, морфология, исходы.
189. Первичный нефротический синдром: определение понятия. Мембранозная нефропатия: причины, механизм развития. Исходы.
190. Некротический нефроз (ОПН): причины, механизм развития морфология, исходы. Причины смерти больных.
191. Тубулоинтерстициальный нефрит: причины, механизм развития, течение, морфология, исходы.
192. Пиелонефрит: этиология, факторы риска, механизм развития, морфология, исход. Осложнения.
193. Хроническая почечная недостаточность: механизм развития, морфология.
194. Первичный нефросклероз: классификация, морфология, исходы.
195. Вторичный нефросклероз: механизм развития, морфология, исходы.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. ТУБЕРКУЛЕЗ.

196. Туберкулез: возбудители, пути инфицирования. Понятия: "инфицированность ВК", "заболевание туберкулезом". Факторы, определяющие заболевание туберкулезом.
197. Первичный туберкулезный комплекс: локализация, морфология.
198. Первичный туберкулезный комплекс: морфология заживления. Функциональное значение очагов Гона.
199. Первичный туберкулез. Варианты. Лимфожелезистая генерализация первичного туберкулезного комплекса: ее морфология, исходы.
200. Первичный туберкулез легких. Рост первичного аффекта, морфология, исходы.
201. Гематогенный туберкулез: определение понятия. Гематогенный генерализованный туберкулез: источники, клинико-анатомические формы, исходы.
202. Гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких: источники, клинико-анатомические формы, исходы.
203. Гематогенный туберкулез с внелегочными (органными) поражениями, варианты, осложнения, исходы.
204. Первичный туберкулез легких. Гематогенное прогрессирование первичного туберкулезного комплекса: варианты, морфология, функциональное значение, исходы.
205. Вторичный туберкулез. Реинфект: определение понятия. Варианты реинфектов, механизм их развития, морфология.
206. Вторичный туберкулез: формы – фазы.

207. Вторичный туберкулез. Казеозная пневмония, острый кавернозный туберкулез: локализация, морфология, исходы.

208. Вторичный туберкулез легких. Фибринозно-кавернозный туберкулез: локализация, морфология, исходы.

ОСОБООПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

209. Особоопасные инфекции: определение понятия, нозологические формы, эпидемиология. Правила вскрытия и захоронения трупов.

210. Сибирская язва: этиология, пути инфицирования, патогенез, клинко-анатомические формы, морфология, причины смерти больных.

211. Чума: этиология, пути инфицирования, клинко-анатомические формы, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

212. Холера: этиология, пути инфицирования, патогенез, клинко-анатомические формы, морфология. Причины смерти больных.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

213. Брюшной тиф: этиология, пути инфицирования, морфогенез, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

214. Дизентерия: этиология, пути инфицирования, морфогенез, морфология. Осложнения, причины смерти больных.

215. Сальмонеллез: этиология, пути инфицирования, клинко-анатомические формы, морфология осложнения. Причины смерти больных.

216. Сепсис: отличительные признаки сепсиса. Реактологическая теория механизма развития.

217. Септицемия: механизм развития, морфология местных и общих структурных изменений. Входные ворота сепсиса. Септический очаг.

218. Септицемия: механизм развития, морфология местных и общих структурных изменений. Причины смерти больных.

219. Инфекционный эндокардит: этиология, пути инфицирования, формы гриппа. Морфология, осложнения, причины смерти больных.

ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

220. Биологические свойства вирусов.

221. Грипп: этиология, пути инфицирования, формы гриппа. Морфология, осложнения, причины смерти больных.

222. Парагрипп. РС – инфекция, аденовирусная инфекция: этиология, пути инфицирования, характерные морфологические признаки, осложнения.

223. Скарлатина: этиология, периоды, морфология, осложнения, причины смерти больных.

224. Дифтерия: этиология, пути инфицирования, клинко-анатомические формы, морфология местных и общих изменений, осложнения. Причины смерти больных.

225. Менингококковая инфекция: этиология, клинико-анатомические формы, морфология, морфология, исходы. Причины смерти больных.

226. Корь: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ.

227. Периодизация и закономерности прогенеза и киматогенеза.

Пренатальная патология: этиология, патогенез, закономерности развития.

228. Патология прогенеза и киматогенеза. (гамеопатии и бластопатии): определение понятий, этиология, патогенез, исходы.

229. Эмбриопатии: определение понятия, этиология, классификация.

Врожденные пороки ЦНС: этиология, патогенез, морфология, терминология, прогноз.

230. Врожденные пороки сердца: этиология, патогенез. Врожденные пороки с нарушением давления полостей сердца: морфология, осложнения, причины смерти больных.

231. Комбинированные врожденные пороки сердца: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.

232. Врожденные пороки сердца с нарушением деления артериального ствола: этиология, патогенез, морфология, осложнения, причины смерти больных.

233. Фетопатии: определение понятия, этиология, патогенез, классификация. Не инфекционные фетопатии.

234. Гемолитическая болезнь новорожденных: определения понятия, классификация, этиология, патогенез, морфология, исходы.

235. Перинатальный период. Определение понятий недоношенность, Переношенность, мертворожденность, перинатальная смертность.

Аntenатальный, интранатальный и постнатальный периоды.

236. Синдром дыхательных расстройств: определение понятия, классификация, этиология, морфология.

237. Асфиксия: определение понятия, классификация, этиология, патогенез, морфология, исходы.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

Задача №1

Протокол вскрытия 64-РД от 4.04.2001

Больная А. – 26 лет, поступила 2.04.01, дата смерти – 3.04.01.

Клинические данные:

Первобеременная, пришла сама. Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота. Объективно: беременность 40-41 неделя. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тонус матки в норме. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Начиная с 20 часов схваткообразные боли внизу живота, подтекание околоплодных вод, матка периодически в состоянии тонуса. в 3 часа 50 минут – перинеотомия. После одной из потуг резкое ухудшение состояния. Сердцебиение плода - 60 ударов в минуту, аритмия.

После перинеотомии самостоятельно родила доношенного мертвого ребенка, через 5 минут выделился послед. Пуповина длиной 40 см, однократно обвита вокруг шеи. Вместе с последом выделилось 200 мл крови. Матка гипотонична, сокращается при массаже. Началось кровотечение. АД - 80/60 мм.рт.ст., пульс 95 ударов в минуту. После массажа матка сократилась, кровотечение остановилось, дно матки на 1 см ниже пупка. 3.04.01 в 5 часов кровотечение внезапно возобновилось, объем кровопотери 3 литра. Матка не сокращается, пульс 120 ударов в минуту, АД 60/20 мм.рт.ст., состояние тяжелое. Пережата брюшная аорта. В 5 часов 30 минут начата операция экстирпация матки без придатков. Повторная кровопотеря до 1 литра. АД 40/0 мм.рт.ст. В 6 часов 30 минут остановка сердца. Реанимация без эффекта, констатирована биологическая смерть.

Клинический диагноз: Роды первые в сроке 40 недель в головном предлежании. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок. ДВС – синдром. Полиорганная недостаточность. Экстирпация матки. Дренирование брюшной полости.

Гистологическое исследование

Плацента: малокровие сосудов, кровоизлияние в децидуальную оболочку, межворсинчатые гематомы.

Матка: малокровие, очаговые кровоизлияния и отек миометрия.

Почка: ЮГА-шунт, дистрофия эпителия канальцев

Миокард: кровоизлияния в эпикарде, стазы, дистрофия и очаговый некроз кардиомиоцитов.

Печень: отек пространств Диссе, жировая дистрофия гепатоцитов, перераспределительный лейкоцитоз.

Патологоанатомический диагноз

Срочные самостоятельные роды мертвым плодом. Острая отслойка нормально расположенной плаценты в родах: короткость пуповины и однократное тугое обвитие ее вокруг шеи плода. Раннее послеродовое кровотечение (2 литра). Ручное обследование полости матки, ушивание слизистой оболочки влагалища, разреза после перинеотомии под общим наркозом. Острый ДВС – синдром. Гипотония матки. Повторное маточное кровотечение (более литра). Операция экстирпация матки без придатков. Геморрагический шок. Постгеморрагическая анемия. Жидкая кровь в полостях сердца и сосудах. Кровянистая жидкость в плевральных полостях (по 300 мл). Имбибиция кровью мягких тканей в зоне послеоперационной раны. Геморрагический диатез.

Патологоанатомический эпикриз

Родильница умерла от геморрагического шока (кровопотеря более 3 литров). Развитие шока обусловлено повторным маточным кровотечением в связи с отслойкой нормально расположенной плаценты. Отслойка плаценты связана скорее всего с механическим действием – тяжение короткой пуповиной во время родов. Острый ДВС – синдром развился вторично как компонент шока.

Задача №2

Протокол патологоанатомического вскрытия 30Г от 10.08.2000 г

Больной Б-в, 42 года. Поступил 5.08.00 г, дата смерти 10.08.00, проведено 5 суток.

Клинические данные

При поступлении жалобы на повышение температуры тела, слабость, плохой аппетит, тошноту. Кожа и склеры желтушны. Болен в течение 2 недель. С 27.07 повышение температуры, усиление слабости. В прошлом туберкулез позвоночника, гломерулонефрит, дилатационная кардиомиопатия. В ГКБ № 4 диагностирован вторичный амилоидоз почек. АД – 110/70 мм.рт.ст., ЧСС – 106 ударов в минуту, температура нормальная, печень увеличена, болезненна, рвота, с 9.08 – мелена.

В ОАК: Нв-122 г/л, эр -3,6, лейкоциты – $11,8 \cdot 10^9$ /л, п-10, с-74, л-14, м-2, СОЭ-9 мм /ч, билирубин: общий-169,2 ммоль/л, прямой-126 ммоль/л, непрямой 43,2 ммоль/л. АсАТ – 0,92, АлАТ – 1,34. Электролиты: Na-109, К-4,73. Общий белок 63,6 г/л. Остаточный азот – 94,5, мочевины -41,6. На УЗИ – жировой гепатоз, холецистит.

Клинический диагноз: Вирусный гепатит В. Печеночная энцефалопатия. Кардиомиопатия. Хронический пиелонефрит. Вторичный амилоидоз почек, азотемическая стадия. ХПН 3 стадия. СН ФК 2. Туберкулез позвоночника. Рак желудка?

Патологоанатомическое исследование

Печень: порто-портальный и порто-венозный рост соединительной ткани с формированием ложных долек, воспалительный лимфо-плазмоцитарный инфильтрат в строме, мелко и крупнокапельная дистрофия гепатоцитов.

Миокард: мелкоочаговый кардиосклероз (в стенке венечных артерий отдельные бляшки), кардиомиоциты с явлениями дистрофии по типу кардиомиоцитоза.

Пищевод: эрозивно-язвенный гнойно-некротический эзофагит.

Створки альвеолярного клапана – полипозно-язвенный подострый эндокардит (микроскопически – утолщение и деформация клапанов).

Легкие: бурая индурация, пневмония.

Почки: утолщение стенок капиллярных петель, местами склероз и гиалинизация отдельных долек, отдельные рубцовые каналы. Дистрофия и некроз отдельных извитых канальцев.

Патологоанатомический диагноз

Осн: Мелкоузловой прогрессирующий цирроз печени. Паренхиматозная желтуха (клинически билирубинемия). Печеночный гломерулосклероз, нефротический синдром (клинически – азотемия, морфологически – дистрофия и некроз эпителия извитых канальцев). Острый язвенный эзофагит кардиального отдела пищевода. Аррозивное пищеводное кровотечение: свертки и гемолизованная жидкая кровь в желудке и тонком кишечнике. Анемия внутренних органов

Сочет: подострый инфекционный полипозно-язвенный эндокардит. Дистрофия миокарда и мелкоочаговый кардиосклероз. Выраженное расширение полостей сердца. Бурая индурация и отек легких. Отеки мягких тканей нижних конечностей. Недостаточность сердца. Очаговая лейкоцитарная пневмония левого легкого.

Клинико-патологоанатомический эпикриз:

Больной, страдавший сочетанными заболеваниями (цирроз печени и инфекционный эндокардит) умер от осложнений этих заболеваний – аррозивного кровотечения и сердечно-легочной недостаточности.

Задача №3

Протокол патологоанатомического вскрытия 46 Г от 20.07.2000 г

Больная Т-а М., 16 лет. Поступила 6.07.00. Дата смерти 19.07.00

Клинические данные

В возрасте 2,5 лет перенесла вирусный гепатит В (носитель HBSAg). В мае в отделении нефрологии диагностирован пиелонефрит. С 3.07.00 появилась желтуха, слабость, тошнота, боли в животе. Поступила в тяжелом состоянии – отеки, асцит, интоксикация. АсАТ – 1,78, АлАТ – 2,52. Высокий общий билирубин. С 10.07. анурия, прекома, кома.

Клинический диагноз: Вирусный смешанный гепатит С и D отечно-асцитическая форма. Холестаз. Геморрагический синдром. Левосторонняя нижнедолевая пневмония.

Макроскопические данные. Кровоподтеки в местах инъекций. В брюшной полости

1,8 л трансудата, в плевральных полостях по 500 мл. Печень уменьшена в размерах, крупнобугристая, на разрезе ложные дольки. Воротная вена обычной структуры. Вены диафрагмы извиты. Селезенка увеличена ($16 \cdot 10 \cdot 6$ см), плотная, синюшная.

Гистологические данные:

Печень – широкие фиброзные септы, массивные лимфомакрофагальные инфильтраты, проникающие в дольки. Выраженная дистрофия и некрозы гепатоцитов, тельца Каунсильмена.

Селезенка – хроническая гиперплазия, хронический венозный застой.

Почки – гломерулосклероз, дистрофия и некроз эпителия канальцев.

Патологоанатомический диагноз:

Активный макро и микронодулярный цирроз печени в исходе гепатитов (С,D). Портальная гипертензия: асцит, спленомегалия, венозное полнокровие желудка и кишок. Выраженная паренхиматозная желтуха (микроскопически выраженные некрозы гепатоцитов). Геморрагический синдром: кровоподтеки в коже, точечные кровоизлияния в серозных и слизистых оболочках. Гепато-ренальный синдром (гломерулосклероз, ОПН).

Клинико-патологоанатомический эпикриз:

Больная смешанным активно прогрессирующим циррозом печени умерла от печеночно-почечной недостаточности.

Задача № 4

Протокол патологоанатомического вскрытия 20Г от 29.01.2001 г

Больная Д-а, 38 лет. Поступила 23.02.2001. Дата смерти 28.01.2001

Клинические данные

Больна с 1995 года. Жалобы на боли в мелких суставах рук, онемение и похолодание рук, затруднение глотания. Склеродермия диагностирована с 1996 года. Лечилась регулярно. Объективно: кожа сухая, бледная. В области дистальных фаланг кожа плохо берется в складку. Уплотнение кожи лица и конечностей. АД 80/60 мм.рт.ст. С 27.01 жалобы на кашель со слизистой мокротой и примесью крови, одышку, сердцебиение, боли в эпигастрии. 28.01 с утра ЧСС -110 ударов в минуту, мечется в постели, в легких хрипы. Затем ЧСС – 140, АД – 40/20 мм.рт.ст.

Клинический диагноз:

Системная склеродермия, хроническое течение с поражением кожи (атрофия, индурация), сосудов (синдром Рейно), сердца (миокардиодистрофия, кардиосклероз), серозных оболочек, легких, ЖКТ (атония кишечника), почек (гломерулонефрит). Лимфаденопатия. Стероидная язва желудка и двенадцатиперстной кишки с кровотечением. Пневмония.

Макроскопические данные:

Истощение. Сращение плевральных листков. В правом легком сливные фокусы пневмонии. Дефектов в желудке и двенадцатиперстной кишке нет. Надпочечники истончены.

Гистологическое исследование:

Кожа: стирание границ слоев дермы, выраженный склероз, гиалиноз. Стенки сосудов склерозированы, просвет сужен. Эпидермис атрофирован.

Почки: мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

Миокард: дистрофия кардиомиоцитов, кардиосклероз.

Легкое – гнойная, местами с кровоизлияниями пневмония.

Патологоанатомический диагноз

Системная склеродермия: атрофия и склероз кожи, склероз сосудов микроциркуляции (клинически синдром Рейно). Полиартрит. Хронический гломерулонефрит. Диффузный кардиосклероз. Атрофия надпочечников. Бактериальная крупноочаговая сливная пневмония. Острое венозное полнокровие. Истощение.

Клинико-патологоанатомический эпикриз:

Больная системной склеродермией умерла от острой пневмонии.

Задача №5

Протокол патологоанатомического вскрытия 31 НЦКТ от 19.03.2002 г

Больной Ш-в , 64 года. Поступил 7.03.02. Дата смерти 19.03.02 г.

Клинические данные

Поступил с жалобами на загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, под лопатку. С 1987 года страдает подагрой, артритом. Дыхание затруднено, влажные хрипы. Частота дыхания – 19 в минуту. Акроцианоз. ЧСС – 88 ударов в минуту, АД 100/80 мм.рт.ст., ЭКГ – данные за инфаркт. 18.03.02 – желудочное кровотечение (гипохромная анемия, черный стул). В анализах: мочевины 14,0, креатинин -244, белок в моче – 4,85, 25-35 лейкоцитов в поле зрения, единичные эритроциты. 19.03.02 – потеря сознания, АД – 0/0 мм.рт.ст.

Клинический диагноз: КБС. Рецидивирующий инфаркт миокарда перегородки, боковой и нижней стенок левого желудочка. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий. Кардиогенный шок. Пароксизмальная тахикардия. Фибрилляция желудочков 19.03.02, асистолия. Острая аневризма сердца, тампонада. Сопут: ГБ 2 ст., язвенная болезнь желудка, обострение. Подагра. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Осл: Желудочное кровотечение. Анемия. ХПН.

Гистологическое исследование:

Почки: фокусное отложение солей мочевой кислоты в просвете канальцев с перифокальной воспалительной инфильтрацией и очаговым склерозом. Макроскопически очаги поражения небольшие, серовато-желтого цвета.

Миокард: рубцы, фокусы коагуляционного некроза различной давности (с лейкоцитарной инфильтрацией и ростом грануляционной ткани).

Желудок: хроническая язва, хронический глубокий гастрит.

Двенадцатиперстная кишка: хроническая язва

Легкие: полнокровие, склероз межальвеолярных перегородок, отек легких.

Патологоанатомический диагноз:

Гипертоническая болезнь – 3 анатомическая стадия (вес сердца 780 г, толщина стенки левого желудочка – 1,9 см, правого желудочка – 0,5 см). Атеросклероз аорты резко выраженный – 3-4 ст. Коронарная болезнь сердца. Атеросклероз венечных артерий сердца – 3-4 ст., резко выраженный с сужением просвета сосудов. Рубец миокарда задней стенки левого желудочка. Повторные инфаркты миокарда передней, боковой и нижней стенок левого желудочка в стадии некроза. Острая сердечно – сосудистая недостаточность: венозное полнокровие и отек легких, острое венозное полнокровие внутренних органов. Подагра. Подагрический артрит (клинически). Подагрические почки: тофусы, очаговый межпочечный нефрит и нефросклероз. Хроническая почечная недостаточность (субклиническая стадия). Язвенная болезнь – хронические прогрессирующие язвы тела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Желудочное кровотечение (дегтеобразные массы в просвете кишечника). Ожирение 1-2 ст.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Основной патологией, обусловившей смерть больного, является коронарная болезнь сердца. Ее анатомический субстрат – повторные рецидивирующие инфаркты миокарда и острая сердечно-сосудистая недостаточность. Гипертоническая болезнь и ожирение – фоновая патология. Дополняют «букет болезней» подагра и язвенная болезнь.

Задача №6

Протокол патологоанатомического вскрытия 97 НЦКТ от 19.03.2000 г.

Больной Щ-и, 21 год. Поступил 7.09.00. Дата смерти 19.09.00.

Клинические данные

Болен с 29.08.00. После купания в холодной воде вечером отметил повышение температуры тела, озноб. В последующие 3 дня температура 39°C. 4.09.00 госпитализирован в ЧОБ, состояние ухудшилось, переведен в НЦКТ. НА ЭХОКГ выпот в перикарде. На УЗИ в задней стенке левого желудочка эхонегативные участки, перикардит. АД 85/60 мм.рт.ст., ЧСС 107 ударов в минуту, ЦВД – 240 мм.вод.ст. Состояние тяжелое,

без сознания. Перикардиоцентез 19.09.00, получено 900 мл фибринозно-гнойного экссудата, полость промыта фурацилином. Креатинин 815 ммоль/л. Вскоре после операции остановка сердца.

Клинический диагноз:

Выпотной перикардит неясной этиологии. ОССН. ОПН. Анурия.

Морфологические данные: в верхней полой вене крошкообразные тромбы (в подключичной вене катетер). Отек и гиперемия клетчатки средостения. Перикард покрыт массивными рыхлыми пленками фибрина. В задней стенке левого желудочка гнойник диаметром 3 см.

Гистологическое исследование:

Легкое: отек, скопление сидерофагов.

Перикард: фибринозно-гнойный перикардит, перифокальное воспаление мягких тканей переднего средостения.

Миокард: гнойник с перифокальной массивной лейкоцитарной инфильтрацией, фокусы некроза и дистрофии кардиомиоцитов. В сосудах миокарда и эпикарда – тромбоваскулиты.

Почка: острый абсцесс, незначительно выраженная инкапсуляция.

Патологоанатомический диагноз:

Сепсис, септикопиемия. Острый абсцесс правой почки. Септический тромб почечной вены. Тромбоваскулит эпикарда. Крупноочаговый гнойно-некротический миокардит задней стенки левого желудочка. Перифокальный медиастинит. Фибринозно-гнойный перикардит. Рана передней грудной стенки после перикардиоцентеза и дренирования полости перикарда (19.09.00г). Паренхиматозная дистрофия. Септическая гиперплазия селезенки. Острое венозное полнокровие внутренних органов. Отек легких.

Клинико-патологоанатомический эпикриз:

Основным заболеванием следует полагать септикопиемию. Септическим очагом послужил абсцесс почки, на что указывает и септический тромб почечной вены. Фибринозно-гнойный перикардит – проявление сепсиса, смерть больного наступила от интоксикации и острой сердечной недостаточности.

Задача №7

Протокол патологоанатомического вскрытия 123 НХЦ от 27.10.2000 г.

Больной К-в, 23 года. Поступил 21.10.00. Дата смерти 27.10.00.

Клинические данные:

Направлен в НХЦ с диагнозом язвенная болезнь желудка. Жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту. Данные симптомы в течение 4 дней. В 1996 году – аппендэктомия. Операция пробной лапаротомии и ревизии органов брюшной полости (21.10). 24.10 появилась желтуха. В ОАК: Нв-113 г/л, эр $4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $11 \cdot 10^9$ /л. Общий билирубин – 92,7 мкмоль/л, прямой 28,3, непрямо-64,4, тимоловая проба–13,9 ед.

Клинический диагноз:

Острый токсический гепатит. ОСН. Цирроз печени. Острая печеночно-почечная недостаточность. Прободной желчный перитонит. Гепатоспленомегалия. Двусторонняя пневмония. Отморожение пальцев обеих стоп.

Морфологическое исследование:

Сердце – размер 10-12 см, толщина стенки левого желудочка 1,6 см, правого 0,4 см. Аортальный клапан – створки деформированы с крошащимися серовато-красными тромботическими наложениями. Микро: воспалительный инфильтрат – лимфоциты, макрофаги, немного лейкоцитов, имеются мелкие кальцификаты.

Легкие: гнойный бронхит, очаговая лейкоцитарная инфильтрация.

Печень: дистрофия гепатоцитов, дисконкомплексация печеночных балок.

Почки: дистрофия и некроз эпителия извитых канальцев.

Миокард, пальцы стоп на гистологию не взяты. Данные макроскопии примитивны.

Патологоанатомический диагноз:

Подострый инфекционный полипозно-язвенный эндокардит аортального клапана: выраженное разрушение створок клапана, массивные тромботические наложения по их свободному краю. Недостаточность аортального клапана (вес сердца 420 г, толщина стенки левого желудочка – 1,6 см). Септическая гиперплазия селезенки. Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек. Кахексия. Двусторонняя крупноочаговая пневмония. Гангрена пальцев обеих стоп. Ушитая послеоперационная рана передней брюшной стенки после лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости (21.10.00г).

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

На основании данных морфологического исследования основным заболеванием следует считать подострый инфекционный эндокардит. Все клинические проявления болезни были обусловлены эндокардитом, не распознаны при жизни. Смерть больного наступила от интоксикации. Показаний для лапаротомии не было.

Задача №8

Протокол патологоанатомического вскрытия 134 НХЦ от 27.11.2000 г.

Больная Т-а, 73 года. Поступила 9.11.00. Дата смерти 27.11.00.

Клинические данные:

В течение месяца желтуха, зуд, тяжесть в правом подреберье, горечь и сухость во рту, запоры, боли в сердце. 9.11. диагностирована на УЗИ желчно-каменная болезнь. В 1959 году операция по поводу внематочной беременности, в 1966 году по поводу кисты яичника. Объективно состояние средней тяжести, желтуха. Печень увеличена. В крови увеличение прямого и общего билирубина. 11.11. операция «холецистоюноанастомоз, межкишечный анастомоз». В области фатерова соска плотный узел. В желчном пузыре 3 камня. В послеоперационном периоде состояние стабилизировалось: уменьшилась желтуха, но сохранилась анемия. ОАК: Эр – $2,2 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 46,5 г,л. 26.11 резкое ухудшение состояния, рвота «кофейной гущей», жидкий черный стул. 27.11- биологическая смерть.

Диагноз направления: Механическая желтуха. Желчно-каменная болезнь. Билиарный цирроз печени. Атеросклеротический кардиосклероз.

Клинический диагноз:

Рак фатерова соска. Механическая желтуха, острая сердечно-сосудистая недостаточность, почечно-печеночная недостаточность. Конкурирующее заболевание: цирроз печени, портальная гипертензия, асцит. Сопутствующее заболевание: КБС, атеросклеротический кардиосклероз.

Гистологическое исследование:

Фатеров сосок, поджелудочная железа: высокодифференцированная аденокарцинома, хронический панкреатит. Желудок: солидный рак, начало прорастания в мышечную оболочку, хронические прогрессирующие язвы. Печень: Холестаз, дистрофия гепатоцитов.

Желчный пузырь: хронический холецистит с обострением, эрозии. Миокард: атеросклеротический кардиосклероз.

Патологоанатомический диагноз

Узловатый рак общего желчного протока, прорастающий в головку поджелудочной железы. Стеноз дистального отдела протока. Механическая желтуха кожи, мягких тканей, органов. Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения. Плотная ушитая рана в правом подреберье со вставленными в нее дренажами, плотно ушитые анастомозы желчного пузыря и кишок после операции «холецистоюноанастомоз и межкишечный анастомоз»(11.11.00). Хронический калькулезный холецистит в стадии обострения. Выраженный холестаз и дистрофия печени.

Конкурирующие заболевания: Хронические язвы антрального отдела желудка (диаметр 1 см); хроническая язва привратника (диаметр 2 см) с перфорацией. Разлитой серозно–

фибринозный перитонит. Блюдцеобразный рак задней стенки кардиального отдела желудка. Анемия. Кахексия.

Сопутствующее заболевание: атеросклероз аорты 3 – 4 ст, коронарных артерий 2-3 ст, сужение устья почечной артерии бляшкой. Атрофия левой почки. Атеросклеротический кардиосклероз.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

У больной имел место комплекс заболеваний, в том числе комбинированная основная патология, которая представлена двумя комбинированными основными заболеваниями: раком фатерова сосочка с механической желтухой и хроническими язвами желудка с перфорацией одной из них и развитием перитонита. Операция проведена по показаниям, состояние больной после операции улучшилось, раны зажили. Резкое ухудшение состояния и смерть больной связана с обострением хронических язв желудка, перфорацией одной из язв и развитием перитонита. Язвенная болезнь прижизненно не диагностирована.

Задача №9

Протокол патологоанатомического вскрытия 113 НХЦ от 31.08.2000 г.

Больная Х-а, 23 года. Поступила 16.08.00. Дата смерти 31.08.00.

Клинические данные:

На учете не состояла. 4.08.00 в ГПЦ произведена амниотомия, излились грязные воды, через 3 часа роды мертвым плодом массой 820 г. Произведено выскабливание полости матки, удалены остатки плаценты, кровопотеря 200мл. 9.08.00 ухудшение состояния: слабость, носовое кровотечение, кровянистые выделения из матки, олигоурия. 11.08.00 острая почечно-печеночная недостаточность. Диагностированы септический шок, ДВС-синдром, ОПН. 11.08.00 – операция экстирпация матки, выявлено приращение плаценты в области дна. При гистологическом исследовании – гнойно-некротический эндо- и миометрит. 13.08.00 произведен гемодиализ, 14.08.00 – повторный гемодиализ. 16.08.00 – релапаротомия по поводу нагноившейся культи влагалища и краев операционной раны (в НХЦ), состояние прогрессивно ухудшалось, стойкая анурия, ДВС, мозговая кома. 31.08.00 остановка сердца.

Клинический диагноз:

Неполный выкидыш в сроке беременности 26 недель мертвым плодом. Состояние после экстирпации матки. Генерализованный сепсис. Нагноившаяся культя влагалища с прорывом в малый таз. Серозно-гнойный перитонит. Гематома с нагноением краев операционной раны. ОПН. Септическая пневмония. Полиорганная недостаточность. ДВС-синдром.

Патологоанатомический диагноз:

Беременность 25-26 недель. Амниотомия 4.08.00 всвязи с самопроизвольным выкидышем в сроке 26 нед (клинически). Выкидыш мацерированным плодом массой 820 (клинически). Выскабливание полости матки 5.08.00. Острый эндометрит. Сепсис, септицемия. ОПНю Экстирпация матки с трубами (клинически 11.08.00). Релапаротомия 16.08.00 по поводу нагноения культи влагалища и передней стенки живота, разлитого фибринозно-гнояного перитонита. Шок неуточненного генеза. Острый ДВС-синдром: носовое и из ран кровотечение (клинически), гематома тканей краев операционных ран, в местах инъекций, подкапсульные почек, околопочечной клетчатки (паранефральная блокада). Серозно-фибринозный перитонит. Острый гнойно-некротический трахеит (длительная ИВЛ), острый цистит (катетер мочевого пузыря). ОПН. Тотальная пневмония.

Клинико–патологоанатомический эпикриз:

Труп умершей женщины исследован после длительного интенсивного лечения (две операции), медицинские манипуляций, ИВЛ, реанимации, сеансов гемодиализа. Это существенно изменило морфологию болезни и обусловило трудности диагностики и трактовки патологии. На основании клиники можно предполагать развитие после

выкидыша сепсиса (септицемии). В клинике болезни доминировали острая дыхательная недостаточность, обусловленная вначале дистресс-синдромом, а затем пневмонией, ОПН с четкой морфологией ЮГА-шунта, ДВС-синдрома. Данная морфология позволяет говорить о шоке. Нельзя исключить возможность токсического генеза шока. Смерть больной наступила от полиорганной недостаточности.

Задача №10

Протокол вскрытия 175РД от 16.11.2001

Больная М., 31 год. Поступила 13.11.01. Дата смерти 16.11.01.

Поступила в роддом г. Токмак 8.11.01. Жалобы на боли внизу живота, слабость, отсутствие шевелений плода. Последние роды (всего 3) мертвым плодом, кровотечение. Данная беременность с анемией. АД 150/110 мм.рт.ст., матка приходит в тонус, сердцебиения плода нет. Роды мертвым плодом, кровопотеря 500 мл. Перелиты эритроцитарная масса, плазма, реополиглюкин. Со 2 суток после родов боли в пояснице, снижение диуреза, отеки. Мочевина 18,8 ммоль/л, остаточный азот 46,5 ммоль/л.

12.11.01. в Чуйском роддоме: состояние тяжелое: интоксикация, анурия, гипертензия. Объективно – анасарка, гематомы в местах инъекций. Частота дыхания – 27 в минуту, АД – 190/120 мм.рт.ст., пульс -108 ударов в минуту, ЦВД – 250 мм.вод.ст. Анурия. Тело матки – 16-17 недель беременности, у внутреннего зева сверток крови (45 мл). ОАК: Нб-32 г/л, лейкоцитов $21,5 \cdot 10^9$ /л, белок 53,2 г/л, креатинин – 86,5 ммоль/л, мочевина – 11,3 ммоль/л, остаточный азот – 30,7, АлАТ – 60, АсАТ – 54, натрий – 120, калий – 6,9. Дважды гемодиализ. 13.11.02 переведена в КНИИАиП в крайне тяжелом состоянии. В связи с развитием комы взята на ИВЛ. В гемостазиограмме - гиперкоагуляция (ДВС-синдром). За все время получено 8 литров мочи. Явления почечной и сердечной недостаточности нарастают. 16.11 – остановка сердца.

Клинический диагноз:

Посттрансфузионный синдром. ОПН. Полиорганная недостаточность. 7 сутки после родов в 32 недели мертвым плодом. Преэклампсия тяжелой степени. Анемия 3 степени. Антенатальная гибель плода.

Гистологическое исследование:

Почки - кортикальный некроз. Дистрофия прямых канальцев, цилиндры в их просвете. Стаз крови в капиллярах, в ЮГА-зоне – кровоизлияния.

Миокард – ишемия, мелкие очаги некроза кардиомиоцитов.

Печень – дистрофия гепатоцитов, сужение просвета синусоидов, лейкоцитоз.

Легкое – отек перегородок альвеол, лейкоциты в капиллярах.

Селезенка – обеднение красной пульпы клетками, кровоизлияния в ней.

Матка – в зоне плацентарной площадки фибриноидный некроз, смешанные тромбы в сосудах. Кровоизлияния миометрий в субмукозной и субсерозной зонах. Набухание интимы артерий.

Патологоанатомический диагноз:

Преэклампсия тяжелой степени в сроке беременности 32 недели. Клинически 6 артериальная гипертензия (АД -150/110 мм. рт.ст.), протеинурия (белок 0,9 г/л), отеки, хроническая анемия (Нб – 67 г/л, эритроциты – $2,7 \cdot 10^{12}$ /л). Антенатальная гибель плода-клинически. Послеродовое кровотечение (500 мл). ДВС-синдром – фаза гиперкоагуляции (клинически). ОПН – тотальный кортикальный некроз почек, азотемия (остаточный азот 51,1, мочевина – 18,4, креатинин – 540,1). Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени. Анемия. Врожденное удвоение лоханок и мочеточников. Нефроптоз.

Клинико-патологоанатомический эпикриз:

Основным заболеванием следует считать преэклампсию, которая документируется комплексом перечисленных в анатомическом диагнозе признаков. Преэклампсия обусловила антенатальную смерть плода. Связанные с гестозом гиповолемия и анемия

определили развитие ДВС – синдрома и нарушение гемодинамики в почках, что привело к развитию ОПН. Клиническая диагностика ОПН запоздала, что в известной мере обусловило неэффективность терапии и смерть больной.

Задача №11

Протокол вскрытия 55НХЦ от 15.05.2000 г.

Больная А., 35 лет. Поступила 29.04.2000. Дата смерти 14.05.2000 г.

Клинические данные

29.04.00 больная переведена из инфекционной больницы с жалобами на боли в пояснице, слабость, повышение температуры. Объективно: состояние средней тяжести, заторможена. Кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм.рт.ст., пульс 94. В легких жесткое дыхание, хрипы.

Из анамнеза: 11.03.00 срочные роды (в г. Балыкчы). В течение 7 дней не могла ходить, получала антибактериальную терапию. После лечения в НХЦ выписана с улучшением. 17.03 больная упала, после чего появились боли в пояснице. Высказано предположение о сальмонеллезе, диагноз отвергнут в РКБ. 29.03.00 в НХЦ диагностируется послеродовый сепсис. На УЗИ метрэндометрит, острый пиелонефрит. Анализ крови: эритроциты – $2,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $49 \cdot 10^9/л$, с-79, п -7, м -2, СОЭ – 40 мм/ч. В моче белок – 0,66 г/л, эпителий – 4,5 в п/з, бактерии. Рентгенологически картина пневмонии. В крови: белок – 48 г/л, К – 3, Na – 112,1, сахар – 6,2 ммоль/л, мочевины – 10 мкмоль/л, креатинин – 70,8, тимоловая проба – 6, 82. Диагностирован пиелонефрит, уросепсис, бактериальный эндокардит.

Клинический диагноз

Хронический пиелонефрит в стадии обострения. ХПН – 1 стадия. Бактериальный септический эндокардит. Уросепсис. Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Экссудативный плеврит. Острая сердечная и дыхательная недостаточность. Эмболия легочной артерии.

Гистологическое исследование:

Матка – подострый гнойный эндометрит, васкулиты и частично септические, частично организованные тромбы миометрия.

Клетчатка малого таза – септический тромбы вен, флебит.

Легкие – множественные инфаркты различного возраста в состоянии нагноения, абсцедирующая рассеянная пневмония. Септические тромбоэмболы артерий.

Почки – интерстициальный пиелонефрит, мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

Патологоанатомический диагноз:

Гинекологический сепсис – септикопиемия. Послеродовый подострый эндометрит и миометрит. Септические тромбы сосудов миометрия и клетчатки малого таза. Массивный полипозно-язвенный с кальцинозом эндокардит трикуспидального клапана с сужением атриовентрикулярного отверстия. Полипозно-язвенный эндокардит митрального клапана. Очаговый интерстициальный гнойный миокардит. Септические тромбоэмболы мелких ветвей легочной артерии: множественные инфаркты легких с абсцедированием и перифокальной пневмонией. Правосторонний фибринозно – гнойный плеврит в состоянии организации. Септическая гиперплазия и множественные инфаркты селезенки. Диффузный пиелонефрит с мелкими абсцессами и инфарктами. Геморрагическая сыпь кожи туловища и конечностей. Анасарка. Тромбоэмболия основных ветвей артерии обоих легких.

Клинико-патологоанатомический эпикриз:

На основании данных вскрытия и гистологического исследования основным заболеванием следует полагать длительно текущий сепсис. О маточном генезе сепсиса свидетельствует эндометрит, септические тромбы сосудов миометрия и клетчатки малого таза. Длительно протекающей септикопиемией объясняются все клинические проявления

патологии родильницы. На длительность течения указывает характер структурных изменений клапанов (кальциноз), а также разная давность структурных изменений легких. Смерть больной наступила от тромбоэмболии легочной артерии.

Задача №12

Протокол вскрытия 7РД2 от 9.01.2002 г.

Больная Б-а, 25 лет. Поступила 8.01.02. Дата смерти 8.01.02.

Клинические данные:

Поступила с жалобами на одышку, першение в горле, сухой кашель, боль в грудной клетке. С 7.01.02 жидкий стул. Заболела остро 6.01.02. Из анамнеза: 16.12.01 – срочные роды. В послеродовом периоде температура - 38°C. Проведено выскабливание полости матки, антибактериальная терапия. 29.12.01. выписана в удовлетворительном состоянии. Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, температура – 37,5°C. Акроцианоз, дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено, справа крепитация, пульс 100 ударов в минуту, АД – 100/80 мм.рт.ст., гиперемия зева.

Матка размером 10-11 недель, тестоватой консистенции, своды глубокие, выделения серозные.

На УЗИ - эндометрит. В ОАК – палочкоядерных лейкоцитов – 10. В 20.40 резкое ухудшение состояния – дыхательная недостаточность, спутанное сознание, цианоз, нитевидный пульс, ржавая пена изо рта. Реанимация без эффекта.

Заключительный диагноз:

ОРВИ. Двусторонняя пневмония, возможно специфической этиологии. Фибринозно-кавернозный туберкулез легких. Поздние послеродовый период – вялотекущий эндометрит.

Гистологическое исследование:

Почки – дистрофия эпителия канальцев.

Миокард – дистрофия кардиомиоцитов.

Печень - дистрофия гепатоцитов, полнокровие центра долек.

Трахея – геморрагически-некротический трахеит.

Легкое – сливная, прогрессирующая серозно-геморрагическая пневмония с очагами некроза, бактериями. Серозно-лейкоцитарный плеврит.

Мозг – стаз крови в сосудах микроциркуляторного русла, периваскулярный и перицеллюлярный отек.

Матка – послеродовая инволюция эндометрия.

Патологоанатомический диагноз:

ОРВИ – вирусно-бактериальная форма. Острый геморрагически-некротический трахеит. Острая двусторонняя крупноочаговая сливная пневмония (серозно-геморрагическая и лейкоцитарная гистологически). Двусторонний серозно-фибринозный плеврит (350 мл слева, 500 мл справа). Паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек. Отек головного мозга.

Фон: послеродовый период - 23 сутки после срочных самостоятельных родов, инволюция матки.

Клинико-патологоанатомический эпикриз:

Основным заболеванием, обусловившим смерть больной, на основании клинических и морфологических данных следует полагать тяжелую вирусно-бактериальную форму гриппа. Тяжелое течение гриппа могло в определенной мере быть связано с осложнениями послеродового периода.

Задача №13

Протокол вскрытия 20Г от 23.02.2001 г.

Больной А., 78 лет. Поступил 12.02.01. Дата смерти 22.02.01.

Клинические данные:

Поступил в тяжелом состоянии: приступы удушья, снижение диуреза, отеки, диффузный цианоз. Дыхание ослаблено. Влажные и сухие хрипы. Частота дыхания – 32 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. После лечения состояние улучшилось, но 21.02 внезапно потерял сознание. Невропатолог диагностировал острое нарушение мозгового кровообращения, гемипарез.

Клинический диагноз:

Хронический обструктивный бронхит в фазе обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. Хроническая легочно-сердечная недостаточность в стадии декомпенсации. Вторичный эритроцитоз.

Сопут: Коронарная болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых и коронарных артерий.

Осл: Тромбоз средней мозговой артерии. Гемипарез. Отек мозга.

Гистологическое исследование:

Миокард: кардиосклероз, дистрофия кардиомиоцитов.

Легкое: хронический бронхит с разрушением хряща, диффузная везикулярная эмфизема, пневмосклероз – перибронхиальный, периваскулярный, межальвеолярных перегородок. Утолщение и склероз стенок легочных артерий различного калибра. Хроническое венозное полнокровие.

Печень: мускатный цирроз.

Селезенка: хроническое венозное полнокровие.

Патологоанатомический диагноз:

Осн: Хронический слизисто-гнойный обструктивный бронхит в состоянии обострения. Обструктивная эмфизема легких. Диффузный сетчатый пневмосклероз. Склероз мелких ветвей легочной артерии. Вторичная легочная гипертензия. Легочное сердце: гипертрофия миокарда правого желудочка (толщина стенки 0,7 см, масса сердца 400 г).

Сопут: Коронарная болезнь сердца. Атеросклероз аорты резко выраженный коронарных артерий III – IV ст. Постинфарктный кардиосклероз.

Осл: Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность: мускатный цирроз печени. Застойное уплотнение почек и селезенки. Водянка серозных полостей, отек мягких тканей нижних конечностей. Полнокровие и отек легких, отек головного мозга.

Клинико-анатомический эпикриз:

На основании клинических и морфологических данных следует полагать наличие сочетанной патологии – хронического бронхита и КБС. Смерть больного наступила от острой легочно-сердечной недостаточности, финишировавшей гипоксическим отеком мозга.

Задача №14

Протокол вскрытия 7НХЦ от 7.01.2002 г.

Больная А., 37 лет. Поступил 27.12.01. Дата смерти 3.01.02.

Клинические данные:

18.12 поступила в Кочкорскую ЦРБ с преждевременным излитием околоплодных вод. 22.12 – самостоятельные роды недоношенным плодом массой 2000 г, ребенок умер.

Безводный период 4 суток. Роды осложнились разрывом шейки матки 3 степени и кровотечением. Разрыв ушит, произведено ручное обследование и выскабливание полости матки. Повторное наложение швов, назначена инфузионная и антибактериальная, проба на пенициллин – аллергическая реакция. Предложена операция от которой больная и родственники отказались. Переведена в НХЦ 27.12.01. При поступлении резкая слабость, боли под лоном, температура 37, лохи, олигурия, затрудненное мочеиспускание. В анамнезе 9 беременностей, 6 родов. АД -100/60 мм.рт.ст, пульс 94 удара в минуту.

Анализ крови: эритроциты – $1,92 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 63 г/л, лейкоцитов $9 \cdot 10^9/л$, СОЭ 55 мм/ч

Анализ мочи: лейкоцитов 12 в п/з

Объективное исследование: деформация шейки матки, лимфатические узлы справа увеличены. Реаниматолог расценил состояние как средней тяжести. Выявлена пастозность нижних конечностей, ослабление дыхания справа. Анемия 3 степени. На УЗИ острый метроэндометрит, экссудативный плеврит. Спленомегалия. На рентгенограмме в верхних долях легких рассеянная пневмония. При пункции плевры получено 150 мл мутной жидкости. Температура тела 39°C, боли внизу живота, одышка в покое. 29.12 офтальмолог диагностирует иридоциклит и хориоретинит. 31.12.01 резкая одышка – на Rg – диагностирован абсцесс легкого.

Шейка разможжена, многие швы несостоятельны, с гнойным налетом. Разрыв шейки переходит на параметрий спереди. 2.01 операция экстирпация матки с левыми придатками, дренирование брюшной полости, левого пахового канала. 3.01.02 экстубация, АД 90/60 мм.рт.ст., мочи нет, клиника полиорганной недостаточности, ЦВД – 269 мм.вод. ст. В 18.00 - ИВЛ, в 18.40 остановка сердца, в 19.00 – смерть.

Заключительный диагноз:

Острый послеродовой гнойный эндометрит. Разрыв шейки матки 3 степени. Гематома левого параметрия и бокового канала с нагноением. Сепсис. Полиорганная недостаточность. Интоксикация.

Патологоанатомический диагноз:

Преждевременные роды 22.12.01. Разрыв шейки матки 3 степени, осложненный кровотечением (клинически). Прорезывание швов ушитого разрыва шейки матки. Острый гнойный параметрит слева. Сепсис, септикопиемия – метастатические абсцессы легких, миокарда, почек. Острый полипозно-язвенный эндокардит трехстворчатого и аортального клапанов. Септическая гипертрофия органов. Ушитая со вставленными дренажами рана передней брюшной стенки после операции лапаротомии, экстирпации матки, дренирования брюшной полости 2.02.02.

Гистологическое исследование:

Матка: острый гнойный эндометрит. Параметрий: гнойный параметрит, септический тромбартериит и тромбофлебит. Миокард: абсцессы, полипозно-язвенный эндокардит.

Легкое: абсцессы. Селезенка: септическая гиперплазия. Мозг: отек

Клинико-анатомический эпикриз:

У беременной роды осложнились разрывом шейки матки 3 степени и кровотечением (объем кровопотери не указан). Разрыв был ушит, швы прорезались, повторно ушит. Разрыв шейки привел к гематоме параметрия. Кольпит и эндометрит обусловили нагноение гематомы и развитие сепсиса, послужившего причиной смерти. Диагностика нагноения гематомы несвоевременная. Диагноз совпадает.

Задача №15

Протокол вскрытия 117НХЦ от 21.10.2000 г.

Больная А., 27 лет. Поступил 21.10.00. Дата смерти 21.10.00.

Клинические данные:

Поступила с диагнозом «Сепсис, острый послеродовой эндометрит».

Жалобы на общую слабость, температура 38°C. Сухость во рту. Кашель, боли внизу живота и грудной клетке, одышка. Неподвижность левых конечностей. 17.10 – преждевременные роды в сроке 30-31 неделя беременности, 18.10 появились боли в области лонного сочленения, боли и неподвижность левых конечностей. 19.10 состояние ухудшилось, появились боли в грудной клетке, повысилась температура тела.

Объективно: состояние тяжелое, одышка в покое, бледность кожных покровов. Дыхание жесткое, в нижних отделах влажные хрипы. Пульс 140 в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. На рентгенограмме по всему контуру легких затемнения. В ОАК: Нв – 106 г/л, эритроцитов $3,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитов $27 \cdot 10^9/л$, п-17, м-4, л24. Состояние больной

непрерывно ухудшалось, прогрессировала дыхательная недостаточность. 20.10.00 в 16.30 крайне тяжелое состояние, а в 1.00 – биологическая смерть.

Клинический диагноз:

Состояние после преждевременных родов (3 сутки). Послеродовый эндометрит. Двусторонняя пневмония. Респираторный дистресс-синдром («шоковые легкие»). Острая дыхательная недостаточность. Туберкулез легких.

Макроскопические изменения:

Отек головного мозга, точечные кровоизлияния. Очаговых изменений нет. Под висцеральной плеврой множественные кровоизлияния. Легкие тяжелые, неравномерной плотности. На всем протяжении легких рассеяны просовидные очажки. С поверхности разреза стекает розовая пенная жидкость. Селезенка дряблая с обильным соскобом. Почки с картиной ЮГА-шунта. Матка 13*8*6 см, рыхловатой консистенции. Эндометриальная поверхность тусклая. Сероватого цвета, местами крошковатая, местами с кровоизлияниями.

Гистологическое исследование:

Матка – некротический эндометрит, септические тромбы сосудов миометрия, отек, кровоизлияния.

Легкие – фокусы гнойно-некротической пневмонии с колониями бактерий, септические тромбы в мелких артериях. Венозное полнокровие, отек.

Мозг – перипеллюлярный и перваскулярный отек.

Селезенка – септическая гиперплазия.

Патологоанатомический диагноз:

Беременность. Преждевременные роды в сроке 30-31 неделя. Сепсис, септикопиемия. Острый послеродовый эндометрит. Септические тромбы в сосудах миометрия. Септические эмболы в артериях легких. Рассеянная мелкоочаговая гнойно-некротическая пневмония, отек и множественные кровоизлияния в легких. Резко выраженная паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек.

Септическая гиперплазия селезенки. Анемия кожи и внутренних органов. Отек головного мозга.

Клинико-анатомический эпикриз:

Морфологически (на вскрытии и гистологически) выявлены признаки гинекологического сепсиса, обусловившего смерть больной.

2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

#
1
Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:
4
посмертную и прижизненную диагностику болезней
контроль за качеством клинической диагностики и ходом лечебного дела
уточнение структуры причин смертности населения
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
2
Этические нормы врача-патологоанатома определяются:
4
умениями и навыками

законами и приказами
этническими особенностями региона
моральной ответственностью врача перед обществом
верно 1 и 2
#
3
В систему патологоанатомической службы входят:
5
патологоанатомические отделения (прозекторские)
централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические бюро
патоморфологические и патогистологические лаборатории научно-исследовательских институтов
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
4
Основные функциональные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя:
4
определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале
установление причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания
анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
5
В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят:
4
оценка предварительной информации и подготовка к проведению морфологического исследования
производство вскрытия трупов
исследование гистологических препаратов и в случае необходимости привлечение консультантов
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
6
В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят:
4
постановка предварительного диагноза
оформление патологоанатомического и патологистологического диагнозов
ведение медицинской документации
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#

7
В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:
4
вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала
забор секционного материала для специальных исследований
микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
8
В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:
4
оформление протокола патологоанатомического исследования и медицинской карты умершего больного, заключения о причине смерти и запись во врачебном свидетельстве о смерти
составление клинико-анатомического эпикриза, констатация совпадения или расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов
выявление недостатков в диагностике и лечении больного
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
9
В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:
3
вырезка, совместно с лаборантом, секционного, операционного и биопсийного материала и дача указаний о способах обработки и окраски материала
микроскопическое исследование гистологических препаратов, анализ результатов дополнительных анализов секционного и биопсийного материала
верно 1 и 2
дежурство по лечебному учреждению
#
10
В случаях диагностирования злокачественных новообразований, инфекционных заболеваний, требующих гормональной, лучевой, цитостатической терапии и хирургических вмешательств, патологогистологическое заключение подписывает:
5
врач-патологоанатом
зав. патологоанатомическим отделением
главный врач больницы
онколог
врач-патологоанатом и зав. патологоанатомическим отделением
#
11
В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:
4
заполнение врачебного свидетельства о смерти в соответствии с требованиями

Международной классификации болезней
беседа с родственниками умершего с учетом требований этики и деонтологии
выполнение производственных поручений заведующего отделением
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
12
Набор помещений патологоанатомического отделения включает в себя:
5
секционную и хранилище трупов
зал прощания с комнатой для ожидания
кабинеты врачей, лаборатории с подсобными помещениями
верно 1 и 3
все перечисленное верно
#
13
Набор помещений для гистологической лаборатории включает:
4
комнату для приема и вырезки биопсийного материала
гистологическую лабораторию
фиксационную и моечную комнаты, комнату для хранения гистологического архива
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
14
В таблицу оборудования патологоанатомического отделения включают:
4
аппараты и приборы
медицинский инструментарий, мебель и оборудование
реактивы, краски, химикаты, посуда
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
15
Документация секционного раздела работы патологоанатомического отделения включает в себя:
4
книги регистрации патологоанатомических вскрытий и выдачи трупов
протокол (карту) патологоанатомического исследования
врачебное свидетельство о смерти
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
16
Документация биопсийного и отчетного раздела работы патологоанатомического отделения включает в себя:
5
бланк направления на гистологическое исследование
алфавитную книгу биопсий

отчет о деятельности патологоанатомического отделения (количество вскрытий и биопсий)
верно 2 и 3
все перечисленное верно
#
17
Основанием для проведения патологоанатомического исследования трупа является:
1
распоряжение главного врача больницы или его заместителя (виза на истории болезни умершего)
распоряжение начальника патологоанатомического бюро
распоряжение заведующего патологоанатомическим отделением
верно 1 и 3
верно 1 и 2
#
18
Имеют право присутствовать на вскрытии:
5
Родственники умершего
Врачи отделения, где умер больной
Лечащие врачи
Все перечисленные
Верно 2 и 3
#
19
При вскрытии трупа оформляются следующие документы:
5
Протокол патологоанатомического исследования
Врачебное свидетельство о смерти
Заключение о причине смерти
Верно 1 и 2
Все перечисленное верно
#
20
Отмена вскрытия не разрешается в случаях:
4
пребывания больного в лечебно - профилактическом учреждении менее суток
подозрения на насильственную смерть и наличие инфекционных заболеваний
неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
всего перечисленное верно
верно 2 и 3
#
21
Направление трупа на судебно-медицинское исследование, независимо от времени пребывания больного в лечебном учреждении, производится, если смерть последовала от:
4

механических повреждений и асфиксии
отравлений, действия крайних температур и электричества
искусственного аборта и насильственных причин
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
22
В педиатрической практике вскрытию подлежат:
4
все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении
выкидыши с массой тела более 500 г
все мертворожденные с массой тела более 1000 г
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
23
При вскрытии трупа используют разрезы кожи:
4
прямой
воротниковый
игрекообразный
все перечисленные
верно 1 и 2
#
24
При вскрытии трупа могут быть использованы методы извлечения:
4
Отдельных органов (по Вирхову)
Органов по системам (по Абрикосову)
Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)
Все перечисленные
Верно только 2 и 3
#
25
При исследовании сердца могут быть использованы методы вскрытия:
4
по току крови (по Абрикосову)
без пересечения венечных артерий (по Автандилову)
для раздельного взвешивания сердца (по Мюллеру)
все перечисленные
верно 1 и 3
#
26
К особенностям проведения вскрытий трупов при инфекционных болезнях относятся:
4
наличие 15-20 литров дезинфицирующих средств и коврика, обильно смоченного дезраствором перед дверью, ведущей в секционную
использование противочумного костюма
возможность накопления и дезинфекции жидкостей, смываемых с секционного стола

все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
27
Противочумный костюм состоит из:
4
комбинезона с капюшоном (косынкой), марлевой повязкой
противочумного и медицинского халатов, резиновых сапог, носков, полотенца, прорезиненного фартука, нарукавников
двух пар резиновых перчаток и защитных очков
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
28
При вскрытии трупа инфекционного больного используют следующие дезинфицирующие растворы:
4
3-5% раствор лизола, 5-10% раствор монохлорамина Б
20% осветленный раствор гипохлорита
3-5% раствор фенола (горячий), 3-5% мыльный раствор
все перечисленное верно
#
29
При патологоанатомическом исследовании умерших от особо опасных инфекций руководствуются:
4
особенностями вскрытий умерших от инфекционных заболеваний
установленным режимом работы карантинных учреждений
требованиями инструктивных материалов Министерства здравоохранения РФ по режиму работы с материалами, зараженными или подозрительными на зараженность возбудителями чумы, холеры, сапа, мелиоидоза, натуральной оспы, сибирской язвы, туляремии, бруцеллеза
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
30
При взятии материала для бактериологического и вирусологического исследования необходимо использовать:
4
стерильные петли, лопаточки, шприцы и пастеровские пипетки
набор питательных сред (бульон, агар)
предметные и покровные стекла
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
31
Посевы для бактериологического исследования производят:
4

из органов, не извлеченные из трупа стерильным инструментом после прижигания поверхности разреза, укола
с поверхности органа, до соприкосновения его с нестерильными объектами
используя кровь правого предсердия, локтевой вены (до вскрытия черепа)
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
32
Протокол (карта) патологоанатомического исследования включает в себя следующие разделы:
5
паспортную часть, клинические диагнозы, протокольную часть
патологоанатомический диагноз
причина смерти (выписка из свидетельства о смерти), краткие клинические данные и клинико-анатомический эпикриз
заключение о причине смерти больного
все перечисленное верно
#
33
С учетом числа обнаруженных при вскрытии трупа заболеваний патологоанатомический диагноз может быть:
4
монокаузальным
бикаузальным
полипатическим
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
34
Патологоанатомический диагноз начинают:
1
с нозологической единицы («ключевого слова», единицы статистического учета) – основного заболевания – первоначальной причины смерти
с непосредственной причины смерти
с патологического процесса, запустившего патогенетическую цепь
все перечисленное верно
#
35
Структура патологоанатомического диагноза должна отвечать следующим принципам:
4
нозологическому (с учетом требований МКБ)
интранозологическому
патогенетическому
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
36
Основное заболевание - это нозологическая единица, которая в данный момент и в

данных условиях в наибольшей степени:
5
угрожает жизни, здоровью, трудоспособности больного
требует проведения первоначальных лечебно-профилактических мероприятий
само или через осложнения явилось причиной смерти
верно А и В
все перечисленное верно
#
37
Непосредственная причина смерти - это:
1
нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
нозологическая единица, явившаяся причиной танатогенетического процесса
механизм наступления смерти
верно 2 и 3
все перечисленное верно
#
38
Структура патологоанатомического диагноза включает в себя:
4
основное заболевание
осложнения
сопутствующие заболевания
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
39
Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированно основного заболевания включает в себя:
4
два конкурирующих заболевания
основное и фоновое заболевания
два сочетанных заболевания
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
40
Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий:
5
основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в последнюю из трех строк (а, б, в) с учетом числа ранее заполненных строк
основное заболевание записывается только третью строку (в)
непосредственная причина смерти записывается только в верхнюю строку (а)
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
41

Осложнения интенсивной терапии и реанимации отражают в патологоанатомическом диагнозе в строке:
3
осложнений основного заболевания
сопутствующих заболеваний
после сопутствующих заболеваний
#
42
Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные данные:
5
анамнестические и клинические
лабораторные и рентгенологические
патологоанатомические и гистологические
заключение о причине смерти больного
все перечисленные
#
43
В клинико-патологоанатомическом эпикризе отражают:
4
клинико-анатомическое обоснование диагноза основного заболевания (первоначальной причины смерти) и смертельных осложнений (непосредственная причина смерти)
заключение о причине смерти больного
сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов с характеристикой расхождений
все перечисленные
верно 1 и 2
#
44
При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов устанавливают следующие категории расхождений по:
5
диагнозу основного заболевания
важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболевания или явившимся причиной смерти
второму заболеванию в комбинированном основном (при наличии двух конкурирующих, сочетанных, основного с фоновым)
нозологическому, этиологическому принципу и по локализации процесса
все перечисленное верно
#
45
На клинико-патологоанатомической конференции обсуждают:
4
случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза
редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии
случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств

все перечисленные
верно 1 и 3
#
46
На клинико-патологоанатомических конференциях обсуждают:
4
случаи острых инфекционных заболеваний
случаи запоздалой диагностики и случаи смерти, оставшиеся неясными
отчет заведующего патологоанатомическим отделением
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
47
В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов выделяют:
4
недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования
недоучет клинических и лабораторных данных
переоценку клинических и лабораторных данных
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
48
В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов выделяют:
4
недоучет и переоценку рентгенологических и других функциональных данных
неправильное оформление и построение диагнозов
прочие причины
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
49
К категориям расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, за которые несет ответственность больница, где умер больной, относятся:
4
заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данном учреждении (I категория)
заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении, однако своевременная диагностика не оказала бы положительного влияния на исход заболевания, хотя правильный диагноз должен был быть поставлен (II категория)
неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе (III категория)
все перечисленное верно
#
50

При оценке площади атеросклеротического поражения венечных артерий проводят вскрытие сердца:
3
без пересечения венечных артерий
по току крови
поперечными разрезами
все перечисленное верно
#
51
Второй тип противочумного костюма, кроме полотенца, включает в себя:
5
комбинезон (пижаму) с халатом
капюшон (косынку)
резиновые перчатки
резиновые сапоги с носками
все перечисленное верно
#
52
Инструменты и поверхности, соприкасавшиеся струпом и его выделениями во время вскрытия или обработки материала, зараженного ВИЧ, подлежат обработке:
5
3% раствором хлорамина
70° спиртом
10% раствором формалина
верно 1 и 2
верно 1, 2, 3
#
53
При случайном загрязнении рук и слизистых оболочек при работе с материалом, зараженным ВИЧ-инфекцией, пораженный участок обрабатывают:
5
1% раствором борной кислоты
0,5% раствором марганцево-кислого калия
70° спиртом
Верно 2 и 3
Верно 1, 2, 3
#
54
При снятии костюма 1 типа после вскрытия умершего от ВИЧ- инфекции протирают тампоном, смоченным 3% раствором хлорамина:
4
фартук, снимают его и сворачивают наружной поверхностью вовнутрь
вторую пару перчаток и нарукавники и снимают их
сапоги (галoши, боты) протирают тампоном сверху вниз и снимают их
все перечисленное верно
#
55

Разрез кожных покровов трупа, проходящий от подбородка или нижнего края щитовидного хряща до лобковой области, называют:
3
по Абрикосову
по Лешке
срединным
по Фишеру
по Самсонову
#
56
Полукружный разрез кожных покровов трупа, проходящий от одного акромиального отростка к другому, с дальнейшим продолжением его по срединной линии, называют:
2
по Абрикосову
по Лешке
срединным
по Фишеру
по Самсонову
#
57
Разрез кожных покровов, начинающийся за ухом у сосцевидного отростка височной кости, идущий по срединной линии и заканчивающийся ниже пупка двумя косыми, идущими к пупартовой связке, называют:
4
по Абрикосову
по Лешке
срединным
по Фишеру
по Самсонову
#
58
При подозрении на наличие воздушной эмболии патологоанатомическое исследование начинают со вскрытия:
4
черепа
грудной клетки
брюшной полости
брюшной и грудной полостей
конечностей
#
59
Распил костей мозгового черепа умершего взрослого производят способом:
5
прямым циркулярным
с сохранением целостности лобной кости
с сохранением целостности затылочной кости
верно 1 и 2
всеми перечисленными способами
#

60
Вскрытие черепа мертворожденного и умершего новорожденного производят:
4
по Фишеру
по Далю
"корзиночкой" по Хрущевски и Шприпль – Зейфридовой
всеми указанными способами
верно 1 и 3
#
61
Статистически достоверным различием между при водимыми ниже процентными показателями числа расхождений между основными клиническими (первый показатель) и патологоанатомическими диагнозами (второй показатель) основного заболевания:
3
14+1%и16±2%
15+1% и 17 ±11%
12 ±1% и 17 ±1%
13 ±1% и 16 ±2%
нет во всех четырех примерах
#
62
К геморрагии не относится:
4
мелена
пурпура
экхимозы
меланоз
гематоцеле
#
63
К остановке кровотечения приводит:
3
миграция лейкоцитов
диапедез эритроцитов
свертывание крови
клеточная инфильтрация
#
64
Стаз — это:
3
замедление оттока крови
уменьшение оттока крови
остановка кровотока
свертывание крови
гемолиз эритроцитов
#
65
При хроническом венозном полнокровии органы:

3
уменьшены в размерах
имеют дряблую консистенцию
имеют плотную консистенцию
глинистого вида
ослизнены
#
66
При хроническом венозном полнокровии в легких возникает:
3
мутное набухание
липофусциноз
бурая индурация
мукоидное набухание
фибриноидное набухание
#
67
Общее венозное полнокровие развивается при:
4
сдавлении верхней полой вены
тромбозе воротной вены
сдавлении опухолью почечной вены
пороке сердца
#
68
Фибриноген образуется в:
3
ретикулярных клетках
костном мозге
печени
почках
селезенке
#
69
Тромбоген (протромбин) образуется в:
4
селезенке
почках
головном мозге
печени
яичниках
#
70
Общим признаком для тромба и сгустка крови является:
3
спаяние со стенкой сосуда
гладкая поверхность
наличие фибрина

ЛОМКОСТЬ
#
71
Исходом стаза является все перечисленное, кроме:
3
разрешение
образования «гиалинового тромба»
васкулита
тромбоза
#
72
Тромб характеризуется:
4
гладкой поверхностью
эластичной консистенцией
отсутствием фибрина
связью со стенкой сосуда
#
73
Тромбообразование включает все перечисленное, кроме:
2
агглютинации эритроцитов
эмиграции лейкоцитов
преципитации белков плазмы
коагуляции фибриногена
агглютинации тромбоцитов
#
74
Для флеботромбоза характерно:
1
отсутствие воспаления стенки сосуда
воспаление стенки сосуда
септическое воспаление стенки сосуда
#
75
"Мускатную" гиперемия печени могут вызвать все перечисленные факторы, кроме:
5
недостаточности трехстворчатого клапана
стеноза митрального отверстия
портального застоя
гипертензии малого круга кровообращения
острой коронарной недостаточности
#
76

При "мускатной" гиперемии в печени развиваются:
4
гиперемия центральных вен
гиперемия ветвей портальной вены
атрофия печеночных клеток
верно 1 и 3
верно 2 и 3
#
77
Образное название печени при хроническом венозном полнокровии:
4
сальная
саговая
бурая
мускатная
глазурная
#
78
Основная причина венозного полнокровия:
2
уменьшение притока крови
затруднение оттока крови
усиление притока крови
увеличение оттока крови
остановка кровотока
#
79
Артериальное полнокровие может быть:
5
коллатеральное
воспалительное
нейрогуморальное
верно 1 и 3
верно 1 и 2
#
80
Эмболия может быть:
5
гемолитическая
септическая
механическая
паренхиматозная
жировая
#
81
При декомпенсации «правого сердца» возникает:
5
бурая индурация легких
мускатная печень

цианотическая индурация почек
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
82
Признаки хронической сердечно-сосудистой недостаточности:
1
распространенные отеки
микседема
ишемические инфаркты почек
васкулиты
лимфаденопатия
#
83
Развитие стаза характеризуется:
3
выпадением фибрина
повреждением сосуда
агглютинацией эритроцитов
лейкодиapedезом
#
84
Признаками шока могут являться:
4
образование микротромбов в паренхиматозных органах
запустевание крупных сосудов
полнокровие крупных сосудов
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
85
Понятию диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови равнозначны:
4
коагулопатия потребления
тромбогеморрагический синдром
гипер-гипокоагуляционный синдром
все перечисленные
ничего из перечисленного
#
86
Изоосмолярность поддерживается:
1
антидиуретическим гормоном
хорионическим гонадотропным гормоном
соматостатином
#

87
Жировую эмболию можно диагностировать в основном:
2
макроскопически
микроскопически
эндоскопически
визуально
#
88
Травматическое разможнение подкожной клетчатки приводит к:
3
инфаркту
тромбозу
жировой эмболии
воздушной эмболии
#
89
Причиной внезапной смерти при тромбоемболии является:
4
недостаточность коллатерального кровотока
застой крови в большом круге кровообращения
снижение минутного выброса левого желудочка
пульмокоронарный рефлекс
#
90
Инфаркт является:
1
следствием ишемии
следствием гипоксии
следствием размножения подкожной клетчатки
нарушением регуляции системы гемостаза
#
91
При жировой эмболии имеет наибольшее значение закупорка капилляров:
3
почек и печени
печени и селезенки
легких и головного мозга
головного мозга и сердца
сердца и костного мозга
#
92
У внезапно умершего при вскрытии в стволе легочной артерии обнаружены неспаянные со стенкой плотные кровяные массы красного и серовато-красного цвета в виде тонких жгутов, не соответствующих просвету ствола легочной артерии. Обнаруженные массы

называются:
2
тромбами
тромбоэмболами
свертками крови
метастазами
#
93
Возможным источником тромбоэмболии легочной артерии могут явиться тромбы:
5
вен клетчатки малого таза
портальной вены
нижней полой вены
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
94
При наличии у умершего гноящейся раны бедра и регионарного тромбофлебита обнаружены множественные гнойники в органах. Гнойный процесс в данном случае распространился:
2
лимфогенно
гематогенно
каналикулярно
контактно
#
95
При наличии у умершего гноящейся раны бедра и регионарного тромбофлебита обнаружены множественные гнойники в органах. У больного развилось новое осложнение:
5
абсцесс
флегмона
затеки
септицемия
септикопиемия
#
96
Микроциркуляцию поддерживают следующие виды давления:
4
гидростатическое
осмотическое
онкотическое
все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
97

Тромбы в зависимости от их состава делят на:
4
красные
белые
желтые
правильный ответ 1, 2
правильный ответ 2, 3
#
98
Процесс тромбообразования включает:
4
агглютинацию тромбоцитов
агглютинацию эритроцитов
плазматическое пропитывание
верно 2, 3
верно 1, 2
#
99
Процесс тромбообразования включает:
5
плазморрагию
преципитацию белков плазмы
коагуляцию фибриногена с превращением его в фибрин
верно 1, 2
верно 2, 3
#
100
Исходы тромбов:
5
организация
секвестрация
канализация
верно 1, 2
верно 1, 3
#
101
Исходом тромба может быть:
5
аутолиз
петрификация
гиперкоагуляция
верно 1, 3
верно 1, 2
#
102
В зависимости от отношения к просвету сосуда тромбы подразделяются на:
4
Эндоваскулярные
Обтурирующие

Пристеночные
Верно Б, В
Верно А, В
#
103
В зависимости от природы эмбола эмболия может быть:
4
воздушная
жировая
тканевая
все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
104
В зависимости от природы эмбола эмболия может быть:
4
тромботическая
газовая
ворсинчатая
верно 1, 2
верно 2, 3
#
105
Белый тромб состоит из:
5
лейкоцитов
фибрина
эритроцитов
верно 1, 3
верно 1, 2
#
106
В состав белого тромба входят все перечисленные элементы, кроме:
4
тромбоцитов
лейкоцитов
фибрина
гистиоцитов
#
107
Микроциркуляцию обеспечивают все перечисленные сосуды, кроме:
4
артериол
капилляров
посткапилляров
вен
венул
#

108
Метаболизм тканей обеспечивают следующие виды ультрациркуляции:
4
межклеточная
внутрисосудистая
внутриклеточная
верно 1, 3
верно 2, 3
#
109
Синонимами ДВС-синдрома являются все перечисленные, кроме:
2
тромбогеморрагического синдрома
тромбоцитопенической пурпуры
коагулопатии потребления
синдрома дефибринизации
гипер-гипокоагуляционного синдрома
#
110
Белковая дистрофия является результатом:
5
уменьшения количества жидкости в цитоплазме
повреждения лизосом
сморщивания митохондрий
увеличения количества внутриклеточных липидов
инфильтрации белка в цитоплазму
#
111
Мукоидное набухание соединительной ткани является состоянием:
1
обратимым
необратимым
транзиторным
все перечисленное верно
#
112
Амилоидные тельца чаще встречаются в:
1
простате
легких
головном мозге
почках
печени
#
113
Гиалиноз встречается в исходе:
3
жировой дистрофии органа

колликвационного некроза
мукоидного и фибриноидного набухания
лейкоцитарной инфильтрации стромы
вакуольной дистрофии
#
114
Метилвиолет и красный конго используются для выявления:
3
гликогена
РНК
амилоида
жира
меланина
#
115
Амилоидозом может осложниться:
4
гипертоническая болезнь
атеросклероз
цирроз печени
хронический абсцесс легких
ишемическая болезнь сердца
#
116
При вторичном амилоидозе чаще поражаются:
1
селезенка, почки, печень
головной мозг
надпочечники, вилочковая железа
сердце, легкие
поджелудочная железа, предстательная железа, гипофиз
#
117
Демонстративнее всего слизь окрашивается по:
1
Стидмену (альциановым синим)
Ван-Гизону
Нисслю
Доппа
Массону
#
118
Жировую дистрофию миокарда характеризуют:
3
ожирение стромы миокарда
ожирение субэпикардальной клетчатки
появление жира в цитоплазме кардиомиоцитов
все перечисленное верно
верно 1 и 3

#
119
Характерный механизм жировой дистрофии гепатоцитов периферии долек:
1
инфильтрация
декомпозиция
трансформация
извращенный синтез
#
120
При жировой дистрофии количество цитоплазматического жира может:
2
уменьшаться
увеличиваться
оставаться неизменным
верно 1 и 2
#
121
Жировая дистрофия при тканевой гипоксии является следствием:
1
применения лечебных препаратов
избыточного переливания белковых препаратов
отравления сулемой
все перечисленное верно
#
122
"Зернистые шары" являются результатом ожирения по типу:
1
резорбций
патологической инфильтрации
извращенного синтеза
все перечисленное верно
#
123
К двоякопреломляющим липидам относят:
4
свободный холестерин
фосфолипиды
нейтральные жиры
эферы холестерина
цереброзиды
#
124
Жировая дистрофия чаще встречается в:
4

щитовидной железе
поджелудочной железе
скелетной мускулатуре
печени
головном мозге
#
125
Для "тигрового" сердца характерна дистрофия:
4
белковая
гиалиново-капельная
гидропическая
жировая
углеводная
#
126
Жировая дистрофия миокарда чаще возникает при:
5
ревматизме
сифилисе
туберкулезе
атеросклерозе
дифтерии
#
127
Распространенный меланоз развивается при:
2
альбинизме
аддисоновой болезни
меланоме
невусе
гломерулопатии
#
128
К развитию распространенного гемосидероза приводит:
3
васкулит
некроз стенки сосудов
внутрисосудистый гемолиз
образование гематомы
разрыв аневризмы аорты
#
129
При бурой атрофии цвет органа зависит от накопления:
3
гемосидерина
гемофусцина
липофусцина
свободного железа

белков
#
130
Липидогенный пигмент – это:
5
билирубин
меланин
гемомеланин
порфирин
цериод
#
131
На меланинообразование в организме влияет баланс витамина:
3
A
B
D
E
#
132
Заболеванием, в основе которого лежит нарушение обмена меди, является:
3
гемохроматоз
болезнь Гоше
болезнь Коновалова-Вильсона
меланоз
болезнь Гирке
#
133
Вид обызвествления:
2
некротический
дистрофический
атрофический
гипертрофический
пролиферативный
#
134
Дистрофическому обызвествлению предшествует:
2
гемосидероз
некроз
ожирение
меланоз
воспаление
#
135
Гиповитаминоз Д сопровождается:

2
гиперостозом
остеопорозом
остеодисплазией
все перечисленное верно
#
136
Кальций выводится через слизистую оболочку:
3
желудка
тонкой кишки
толстой кишки
все перечисленное верно
@
#
137
Аденома паращитовидных желез сопровождается:
2
гипокальциемией
гиперкальциемией
гипернатриемией
гипонатриемией
#
138
Развитие известковых метастазов невозможно в:
2
стенке желудка
печени
легких
стенке сосудов
миокарде
#
139
К гиперкальциемии ведут все перечисленные заболевания и состояния, кроме:
2
аденомы паращитовидных желез
гипофункции паращитовидных желез
некротического колита
гипервитаминоза Д
#
140
В гистологическом препарате фибриноидное набухание устанавливают по следующим признакам:
5
воспалительная инфильтрация, базофилия
положительная реакция на фибрин, оксифилия

деструкция коллагеновых волокон
верно 1, 2
верно 2, 3
#
141
На вскрытии в веществе головного мозга обнаружено кровоизлияние с формирующейся кистой, наполненной желто-бурым содержимым. В данном очаге кровоизлияния можно обнаружить:
5
билирубин
гематоидин
гемосидерин
верно 1, 2
верно 2, 3
#
142
Микроскопическое исследование створок митрального клапана больного, погибшего в результате обострения ревматизма, показало, что в них имеются участки гомогенизации коллагеновых волокон, обладающие повышенной эозинофилией и дающие положительную реакцию на фибрин. Метакромазия при окраске толуидиновым синим не выражена. На основании перечисленного в клапане имеет место:
4
дистрофическое обызвествление
ослизнение
ожирение
фибриноидное набухание
мукоидное набухание
#
143
При микроскопическом исследовании створок митрального клапана, иссеченного при операции протезирования у больного ревматическим митральным пороком сердца, оказалось, что ткань обладает выраженной базофилией. При окраске толуидиновым синим она красится в сиренево-красный цвет. Этот процесс может быть охарактеризован как:
4
амилоидоз
гиалиноз
фибриноидное набухание
мукоидное набухание
#
144
К гидропической дистрофии приводят:
5
гипопротеинемия
нарушение водно-электролитного баланса
нарушение обмена нуклеопротеидов
верно 2 и 3
верно 1 и 2

#
145
К гемосидерозу печени приводят все перечисленные факторы, кроме:
4
гемолитической анемии
переливания иногруппной крови
отравления бертолетовой солью
отравления фосфором
#
146
Из перечисленных процессов увеличением меланинообразования сопровождается:
5
гипервитаминоз С
гипервитаминоз Д
отравление фосфором
рак фатерова соска
туберкулез надпочечников
#
147
К развитию амилоидоза не приводит
4
туберкулез
хронический остеомиелит
ревматоидный артрит
миеломная болезнь
#
148
Из перечисленных признаков первичный амилоидоз характеризует
5
преимущественное периретикулярное отложение амилоида
преимущественно периколлагеновое отложение амилоида
более частое поражение соединительной ткани
верно 1, 3
верно 2, 3
#
149
Для гемосидерина характерны следующие специфические признаки, кроме
3
содержания железа
аморфного вида
кристаллического строения
бурого цвета
образования через 24 часа
#
150
Для гематоидина характерны все перечисленные признаки, кроме:
1

содержания железа
кристаллического строения
оранжевого цвета
образования через 7 дней
#
151
У ребенка 12 месяцев обнаружено отставание роста, незаращение родничков, деформация грудной клетки, утолщение ребер на границе костной и хрящевой ткани. Это состояние характерно для нарушения обмена:
3
меди
фосфора
кальция и фосфора
железа
#
152
У ребенка 12 месяцев обнаружено отставание роста, незаращение родничков, деформация грудной клетки, утолщение ребер на границе костной и хрящевой ткани. Причиной нарушения минерального обмена у данного ребенка является:
5
гиповитаминоз А
гиповитаминоз В
гипервитаминоз Д
гиповитаминоз С
гиповитаминоз Д
#
153
У ребенка 2 месяцев обнаружено отставание роста, незаращение родничков, деформация грудной клетки, утолщение ребер на границе костной и хрящевой ткани. Ребенку следует поставить диагноз:
2
болезнь Аддисона
рахит
флюороз
пеллагра
@
#
154
Исходом влажного некроза может быть:
3
петрификация
оссификация
киста
рубцевание
инкапсуляция
#
155

Казеозный некроз встречается при:
5
дистрофии
газовой гангрене
инфарктах мозга
инфарктах миокарда
туберкулезе
#
156
Непосредственная причина инфаркта:
3
артериальная гиперемия
диapedез эритроцитов
тромбоз сосудов
"разъедание" стенки сосудов
#
157
Различают инфаркт:
5
аллергический
септический
асептический
смешанный
геморрагический
#
158
Инфаркт — это некроз:
2
прямой
ишемический
травматический
токсический
аллергический
#
159
Наиболее частая патология надпочечников, ведущая к развитию аддисоновой болезни:
2
идиопатическая атрофия
туберкулез
инфаркт надпочечников
верно 1 и 3
#
160
Наиболее частая локализация фибриноидного набухания при ревматизме:
5
стромы органов
суставы

клапаны сердца
верно 1, 2
верно 1, 3
#
162
Наиболее частая причина смерти больных вторичным амилоидозом:
2
инсульт
уремия
анемия
инфаркт
#
163
Для макроскопической картины сердца при жировой дистрофии миокарда характерны все перечисленные признаки, кроме:
2
увеличения размеров
плотной консистенции
глинистого вида на разрезе
расширения полостей сердца
пестрого вида миокарда под эндокардом желудочков
#
164
Механизм развития жировой дистрофии:
5
декомпозиция
деформация
инфильтрация
верно 1, 2
верно 1, 3
#
165
В желчном пузыре по химическому составу образуются камни:
5
ураты
холестериновые
пигментные
верно 1, 3
верно 2, 3
#
166
По химическому составу в почках образуются камни:
5
холестериновые
ураты
оксалаты
верно 1, 3
верно 2, 3

#
167
Гистамин вырабатывает:
3
Лимфоцит
Эозинофил
Лаброцит
Плазмацит
Ретикулярная клетка
#
168
Фаза альтерации характеризуется:
1
дистрофией
фагоцитозом
пиноцитозом
хемотаксисом
нагноением
#
169
Признаками альтерации являются все перечисленные, кроме:
1
гиперсекреции слизи
дистрофических изменений
некротических изменений
фибриноидного набухания стромы органов и стенок сосудов
#
170
Фаза пролиферации характеризуется:
5
повреждением ткани
нарушением кровообращения
образованием экссудата
фагоцитозом
размножением клеток в зоне воспаления
#
171
Казеозный некроз встречается при:
3
дифтерии
газовой гангрене
туберкулезе
инфарктах мозга
инфарктах почек
#
172
Исход серозного воспаления:
1

рассасывание экссудата
цирроз органов
обызвествление
некроз
ослизнение
#
173
К экссудативному воспалению относятся все перечисленные виды, кроме:
3
серозного
фибринозного
гранулематозного
гнилостного
катарального
#
174
Экссудативное воспаление не может быть:
5
в строме органов
геморрагическим
катаральным
при специфическом воспалении
гранулематозным
#
175
Для фибринозного воспаления наиболее характерно:
4
наличие слизи в экссудате
расплавление ткани
скопление эритроцитов
образование пленки на воспаленной поверхности
стекание экссудата с воспаленной поверхности
#
176
Фибринозное воспаление протекает по типу дифтеритического в:
3
головном мозге
селезенке
толстой кишке
легких
сердце
#
177
В мочевом пузыре развивается следующая разновидность фибринозного воспаления:
4
крупозное
интерстициальное
гранулематозное
дифтеритическое

некротическое
#
178
На слизистой оболочке полости рта развивается следующий вид фибринозного воспаления:
5
флегмонозное
интерстициальное
геморрагическое
гнилостное
дифтеритическое
#
179
Крупозное воспаление локализуется на:
1
слизистых оболочках, покрытых призматическим эпителием
слизистых оболочках, покрытых многослойным плоским эпителием
роговой оболочке глаза
коже
слизистых оболочках, покрытых переходным эпителием
#
180
Наиболее характерные клетки при гнойном воспалении:
4
плазматические
тучные
лимфоциты
полиморфноядерные клетки
эритроциты
#
181
Для катарального воспаления характерно:
3
образование пленки на слизистой оболочке
расплавление пленки
наличие слизи в экссудате
пролиферация клеточных элементов с формированием гранул
скопление в экссудате моноцитов
#
182
Полным восстановлением структуры органа могут закончиться все перечисленные виды воспаления, кроме:
4
крупозного
катарального
геморрагического
гнойно-некротического
серозного
#

183
Пролиферацию характеризуют все перечисленные признаки, кроме:
1
лейкодиapedеза
размножения клеток соединительной ткани
наличия гигантских клеток
наличия плазмоцитов
#
184
Продуктивное воспаление могут вызвать все перечисленные факторы, кроме:
2
микробов
гипоксии
химических факторов
животных паразитов
#
185
Продуктивным воспалением является процесс с:
5
образованием фибринозного экссудата
распадом ткани
безудержным размножением клеток
атрофией тканевых элементов
размножением клеток гистиогенного и гематогенного происхождения
#
186
К продуктивному воспалению относят:
3
дифтеритическое
крупозное
интерстициальное
катаральное
серозное
#
187
К продуктивному воспалению относят все перечисленные формы, кроме:
3
межуточного
гранулематозного
фибринозного
с образованием кондилом
с образованием полипов
#
188
Характерный исход продуктивного воспаления:
4
изъязвление

мумификация
расплавление
склероз
обызвествление
#
189
Исход межуточного воспаления:
4
некроз
нагноение
обызвествление
цирроз
мумификация
#
190
Гранулема — это:
3
скопление нейтрофильных лейкоцитов
наличие слизи в экссудате
ограниченная продуктивная воспалительная реакция
наличие фибринозной пленки
#
191
Гранулемы являются проявлением реакции:
4
гипергической
анергической
гиперчувствительности немедленного типа
гиперчувствительности замедленного типа
нормергической
#
192
Гумма является выражением тканевой реакции:
5
альтеративной
экссудативной
экссудативно-некротической
продуктивной
продуктивно-некротической
#
193
Гранулематозное воспаление может возникнуть при:
2
кори
брюшном тифе
дизентерии
сальмонеллезе
полиомиелите

#
194
В туберкулезной грануле преобладают клетки:
3
нейтрофильные лейкоциты
гигантские Тугона
эпителиоидные
плазматические
#
195
Туберкулезную гранулему составляют все перечисленные клетки, кроме:
3
эпителиоидных
лимфоцитов
нейтрофильных лейкоцитов
гигантских Ланганса
#
196
Возможны исходы туберкулезной гранулемы в:
4
фиброз
тотальный некроз
нагноение
верно 1, 2
верно 2, 3
#
197
В сифилитической грануле преобладают клетки:
4
гистиоциты
нейтрофильные лейкоциты
эозинофилы
плазматические
гигантские
#
198
Некроз в гумме относится к форме:
5
гнойного
травматического
гангренозного
ферментного
коагуляционного
#
199
Для лепрозной гранулемы наиболее характерны:
2

лимфоциты
клетки Вирхова
клетки Микулича
плазматические клетки
ксантомные клетки
#
200
При нелеченном сифилисе в сенсibilизированном организме преобладает тканевая реакция:
1
экссудативная
продуктивно-некротическая
продуктивная
некротическая
#
201
При нелеченном сифилисе в иммунизированном организме преобладает тканевая реакция:
2
экссудативная
продуктивно-некротическая
продуктивная
некротическая
#
202
Благоприятные исходы воспаления:
4
некроз
полная регенерация
склероз
верно 2, 3
верно 1, 3
#
203
Характерные признаки воспаления:
4
транссудация
пролиферация
экссудация
верно 2, 3
#
204
При тромбозе глубоких большеберцовых вен возможно развитие метастатических гнойных очагов в:
4
печени

кишечнике
селезенке
легких
поджелудочной железе
#
205
При гранулематозном воспалении преобладает тканевая реакция:
2
экссудативная
продуктивная
альтеративная
катаральная
#
206
Тромбофлебит характеризуют все перечисленные признаки, кроме:
4
тромба в просвете вены
лейкоцитарной инфильтрации стенки вены
септического расплавления тромба
неизменной стенки сосуда
колоний микробов в тромбе
#
207
К экссудации относят все перечисленные изменения, кроме:
4
воспалительной гиперемии
повышенной сосудистой проницаемости
диапедеза эритроцитов
размножения клеток соединительной ткани
лейкодиапедеза
#
208
К пролиферации относят следующие изменения:
5
размножение клеток соединительной ткани
лейкодиапедез
появление гигантских клеток
верно 1, 2
верно 1, 3
#
209
Туберкулезную гранулему характеризуют следующие признаки:
5
обилие сосудов
преобладание эпителиоидных клеток
наличие казеозного некроза
верно 1, 3
верно 2, 3

#
210
Для сифилитической гуммы характерно:
4
наличие сосудов
преобладание плазматических клеток
наличие колликвационного некроза
верно 1, 2
верно 1, 3
#
211
Губчатый и кортикальный слои большеберцовой кости местами разрушены, образовавшиеся при этом полости содержат густую сливкообразную мутную жидкость желтовато-зеленоватого цвета. Этот процесс называется:
3
остеомой
остеофитом
гнойным остеомиелитом
каверной
кистой
#
212
Доля легкого уплотнена, на всем протяжении безвоздушна, поверхность ее разреза мелкозерниста, сероватого цвета, плевра в данной области тусклая, покрыта сероватым, легко снимающимся налетом. Этот процесс называется:
4
бронхопневмонией
бронхоэктатической болезнью
эмфиземой легких
долевой фибринозной пневмонией
казеозной пневмонией
#
213
В легком имеется очаг поражения, представленный распадающейся тканью грязно-серого, местами черного цвета с неприятным запахом. Процесс в легком называется:
3
абсцессом
казеозной пневмонией
ангренгой
крупозной пневмонией
поликистозом
#
214
При микроскопии сердца в строме миокарда обнаружены диффузные воспалительные клеточные инфильтраты, состоящие из лимфоидных клеток, гистиоцитов, фибробластов, плазматических клеток. Процесс в сердце называется:
3
экссудативным миокардитом
гранулематозным миокардитом

продуктивным межучочным миокардитом
фибринозно-гнойным панкардитом
кардиомиопатией
#
215
В ткани печени обнаружено округлое образование диаметром 5 см. Микроскопически: в центре - некротические массы, вокруг них - грануляционная ткань с наличием плазматических, лимфоидных клеток и кровеносных сосудов с явлениями васкулита. Ваш диагноз:
4
абсцесс
туберкулома
гепатома
гумма
киста
#
216
К реакциям гиперчувствительности немедленного типа (ГНТ) относятся все перечисленные, кроме:
2
развитие в течение 30-60 мин
преобладание в зоне реакции лимфоцитов
преобладание в зоне реакции гранулоцитов
развитие фибриноидного некроза стенок сосудов
наличие фибриноидных тромбов в сосудах
#
217
К реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) относятся все перечисленные кроме:
3
развитие в течение 12-24 часов
преобладание в зоне реакции лимфоцитов
преобладание в зоне реакции гранулоцитов
цитоллиза клеток - мишеней ткани
#
218
В-популяцию лимфоцитов характеризует, все перечисленное, кроме:
3
синтеза иммуноглобулинов
обеспечения антибактериального иммунитета гуморального типа
способности к спонтанному розеткообразованию
формирования светлого центра лимфатического фолликула
участия в реакции гиперчувствительности немедленного типа
#
219
Т-популяцию лимфоцитов характеризуют все перечисленное, кроме:
4
обеспечения иммунитета клеточного типа

рециркуляции длительно живущих клеток
участия в реакции гиперчувствительности замедленного типа
синтеза иммуноглобулинов
цитоллиза клеток-мишеней
#
220
В-популяцию лимфоцитов характеризуют:
4
синтез иммуноглобулинов
участие в реакциях гиперчувствительности немедленного типа
участие в реакциях гиперчувствительности замедленного типа
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
221
Т-популяцию лимфоцитов характеризуют:
5
синтез иммуноглобулинов
участие в реакциях гиперчувствительности замедленного типа
цитоллиз клеток-мишеней
верно 1 и 25. верно 3 и 3
#
222
В иммунных реакциях участвуют:
5
нейтрофильные лейкоциты
лимфоциты
макрофаги
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
223
В состав светлого (зародышевого) центра лимфатического узла входят все указанные клетки, кроме:
2
пролимфоцитов
плазматических
лимфобластов
макрофагов
ретикулярных
#
224
Реактивные изменения в лимфоузлах характеризуются всем перечисленным, кроме:
2
активности макрофагов синусов
воспалительной реакции
паракортикальной гиперплазии
фолликулярной гиперплазии

#
225
Т-лимфоциты в лимфатическом узле находятся в:
2
корковой зоне
внутренней корковой (паракортикальной) зоне
мозговой зоне
синусах
светлых центрах
#
226
В-лимфоциты в лимфатическом узле находятся в зоне:
5
корковой
паракортикальной
мозговой
верно 1, 2
верно 1, 3
#
227
К клеточной системе, специфической функцией которой является иммунная защита, относятся:
4
нейтрофильные лейкоциты
макрофаги
ретикулярные клетки
лимфоидные клетки
базофилы
#
228
Основную клеточную популяцию первичного фолликула в лимфоузле составляют:
3
Т-лимфоциты
макрофаги
В-лимфоциты
пролимфоциты
лимфобласты
#
229
Фазами развития компенсаторно-приспособительных процессов являются все перечисленные, кроме:
2
становления
репарации
закрепления
истощения
#

230
В регенерации выделяют все перечисленные виды, кроме:
5
физиологической
репаративной
восстановительной
патологической
атрофической
#
231
Основную массу созревающей грануляционной ткани составляют:
5
фибробласты
лейкоциты
коллагеновые волокна
верно 1, 2
верно 1, 3
#
232
Приспособление (адаптация) - это:
2
индивидуальные реакции, направленные на восстановление нарушений структуры и функции
процессы жизнедеятельности, направленные на сохранение вида
восстановление ткани взамен утраченной
переход одного вида ткани в другой
увеличение массы органов
#
233
Компенсация - это:
5
восстановление ткани взамен утраченной
переход одного вида ткани в другой
увеличение массы органа
процессы жизнедеятельности, направленные на сохранение вида
индивидуальные реакции, направленные на восстановление нарушений функции
#
234
Гипертрофия - это:
2
восстановление ткани взамен утраченной
увеличение объема ткани, клеток, органов
уменьшение объема клеток, ткани, органа
переход от одного вида ткани в другой
замещение соединительной тканью
#
235
Полная регенерация - это:
4

переход одного вида ткани в другой
увеличение объема клеток, ткани, органа
уменьшение объема клеток, ткани, органа
восстановление структурных элементов ткани взамен погибших 5. замещение соединительной тканью
#
236
Физиологическую регенерацию характеризуют все перечисленное, кроме:
2
обновления состава крови
регенерационной гипертрофии миокарда
обновления слоев эпидермиса
обновления специфических ультраструктур ганглиозных клеток головного мозга
#
237
Репаративную регенерацию характеризует:
5
возникновение рубца на месте кожной раны
обновление клеточных элементов крови
регенерационная гипертрофия миокарда
верно 1, 2
верно 1, 3
#
238
Организации может подвергаться все перечисленное, кроме:
1
шовного материала
тромба
инфаркта
излившейся крови
#
239
Рабочей является гипертрофия:
1
компенсаторная
метапластическая
нейрогуморальная
гипертрофические разрастания
#
240
Наиболее яркий пример компенсаторной гипертрофии:
1
гипертрофия сердца при пороках клапанов
гипертрофия беременной матки
гипертрофия молочных желез при лактации

гинекомастия
железисто-кистозная гиперплазия эндометрия
#
241
Регенерационная гипертрофия миокарда осуществляется за счет всех перечисленных процессов, кроме:
1
гиперплазии кардиомиоцитов
гиперплазии внутриклеточных ультра-структур
гиперплазии волокнистых структур стромы
гиперплазии интрамуральных сосудов
#
242
Регенерация считается патологической в случае:
3
обновления эпителия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта
регенерационной гипертрофии нейронов
возникновения многослойного плоского эпителия при регенерации цилиндрического эпителия
заживления раны рубцом
обновления форменных элементов крови
#
243
Гипертрофия в зависимости от механизма возникновения бывает:
3
церебральная
от давления
викарная
алиментарная
репаративная
#
244
К общей патологической атрофии относятся все перечисленные процессы, кроме:
2
алиментарного истощения
нейротической атрофии
раковой кахексии
гипофизарной кахексии
#
245
К проявлениям декомпенсации гипертрофированного сердца относят
4
миогенную дилатацию полостей
тоногенную дилатацию полостей
дистрофию кардиомиоцитов
верно 1, 3
верно 2, 3

#
246
При гипертрофии миокарда в стадии компенсации наблюдается:
2
миогенная дилатация полостей
тоногенная дилатация полостей
жировая дистрофия миокарда
кардиосклероз
#
247
Условиями для заживления раны первичным натяжением могут быть все перечисленные, кроме:
2
небольшого травматического отека
воспалительной реакции в ране
небольшого кровоизлияния в рану
быстрого очищения раны
#
248
Условиями для заживления раны вторичным натяжением являются все перечисленные, кроме:
3
больших сгустков крови в ране
воспалительной реакции в ране
небольшого кровоизлияния в рану
выраженного травматического отека
#
249
Разрастание грануляционной ткани в ране является проявлением:
3
физиологической регенерации
регенерационной гипертрофии
репаративной регенерации
патологической регенерации
#
250
Проявлением физиологической регенерации является:
5
обновление клеточных элементов стромы органов
обновление клеток сосудистой стенки
образование рубцовой ткани
верно 1, 3
верно 1, 2
#
251

Проявлениями патологической регенерации являются все перечисленные процессы, кроме:
4
образования келоидного рубца
образования ложного сустава
образования длительно не заживающих язв
образования рубца первичным натяжением
метаплазии
#
252
Проявлением местной атрофии являются все перечисленные процессы, кроме:
2
атрофии от давления
алиментарного истощения
нейротической атрофии
дисфункциональной атрофии
#
253
При микроскопии сердца выявлен рубец на месте бывшего инфаркта, вокруг которого расположены увеличенные в размерах кардиомиоциты. Речь идет о следующих видах регенерации:
4
субституции
регенерационная гипертрофии
метаплазии
верно 1, 2
верно 1, 3
#
254
Через несколько месяцев после удаления части печени больной погиб. При вскрытии установлено, что печень достигла исходной массы. Обнаруженный процесс является:
5
репаративной регенерацией
патологической регенерацией
регенерационной гипертрофией
верно 1, 2
верно 1, 3
#
255
Только внутриклеточная регенерация наблюдается в:
4
миокарде
головном мозге
печени
верно 1, 2
верно 1, 3
#
256

Преобладание клеточной регенерации является проявлением:
2
регенерационной гипертрофии
полной регенерации (реституции)
метаплазии
атрофии
верно 1, 2
#
257
Клеточная регенерация преобладает во всех перечисленных тканях, кроме:
3
костной
эпидермиса
миокарда
рыхлой соединительной
эпителия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта
#
258
Клеточная регенерация преобладает во всех перечисленных тканях, кроме:
4
эпителия оболочки дыхательных путей
эпителия оболочки мочеполовой системы
эндотелия
ганглиозных клеток центральной нервной системы
мезотелия
#
259
Клеточная и внутриклеточная формы регенерации наблюдаются во всех перечисленных органах, кроме:
5
печени
почек
гладких мышц
органов эндокринной системы
сердца (миокарда)
#
260
Репаративной зоной слизистой оболочки желудка служит:
2
дно ямок
шейка желез
покровный эпителий
верно 1, 3
#
261
Атрофия - это:
1
прижизненное уменьшение размеров клеток, тканей, органов

увеличение объема органов за счет разрастания стромы
врожденное уменьшение объема клеток, тканей, органов
переход одной ткани в другую
возмещение ткани взамен утраченной
#
262
Цитоканцерогенез включает в себя:
4
появление онкогена
взаимодействие онкогена с промотором
появление новых свойств у дочерних клеток
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
263
Гистоканцерогенез включает в себя:
4
замещение нормальных клеток ткани клоном малигнизирующихся элементов
селекцию и размножение опухолевых клеток
инфильтративный рост опухолевой ткани
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
264
Морфоканцерогенез включает в себя:
4
разрастание опухоли в органе или системе
метастазирование опухоли
прорастание опухоли в окружающие ткани
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
265
Онкогенез - развитие опухоли в организме - включает в себя:
4
цитоканцерогенез с появлением клона опухолевых клеток
гистоканцерогенез с иммунной реакцией
морфоканцерогенез с клинико-лабораторными проявлениями
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
266
Признаки экспансивного роста опухоли:
4
оттеснение соседних с опухолью тканей
образование вокруг опухоли подобия капсулы
рост в виде узла
все перечисленное верно
верно 2 и 3

#
267
Признаки инфильтрирующего роста опухоли:
5
проращение опухолевых клеток в капсулы и стенки сосудов
проникновение опухолевых клеток в соседние ткани и разрушение их
инкапсулирование опухоли
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
268
Пути метастазирования саркомы:
4
лимфогенный
гематогенный
периневральный
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
269
Пути метастазирования рака:
4
гематогенный
лимфогенный
имплантационный
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
270
Опухолевая прогрессия (усиление степени анаплазии в процессе роста опухоли) наблюдается в:
3
доброкачественных опухолях
воспалительных полипах
злокачественных опухолях
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
271
Клинического наблюдения требуют степень дисплазии:
4
1-я
2-я
3-я
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
272
Клеточный атипизм в опухолях характеризуется:

4
отличием клеток по форме и размеру
гиперхроматозом ядер
увеличением ядерно-цитоплазматического отношения
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
273
Тканевой атипизм в опухолях характеризуется:
4
формированием необычных для ткани структур
инфильтрацией клетками окружающих тканей
изменением паренхиматозно-стромального соотношения
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
274
Доброкачественные опухоли характеризуются:
4
построением из хорошо дифференцированных клеток
экспансивным ростом
отсутствием рецидивов после удаления
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
275
Злокачественные опухоли характеризуются:
4
выраженной анаплазией клеток
инфильтрирующим ростом
наличием метастазов и рецидивов после удаления опухоли
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
276
Под слизистой оболочкой матки расположены множественные шарообразные белесоватые узлы, четко отграниченные от окружающей ткани. Микроскопически узлы построены из пучков, состоящих из гладкомышечных элементов со слабыми явлениями тканевого атипизма. Указанная картина характерна для:
1
субмукозной лейомиомы
субмукозной лейомиосаркомы
субмукозной нейрофибросаркомы
верно 2 и 3
#
277
Основные гистологические признаки терапевтического патоморфоза опухолей:
4

дистрофия опухолевых клеток
некроз опухолевых клеток
фиброз
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
278
Женщины болеют чаще мужчин:
3
подострым бактериальным эндокардитом
острым бактериальным эндокардитом
хлорозом
гломерулонефритом
#
279
Бурый цвет органов при атрофии зависит от отложения:
3
гемосидерина
гемофусцина
липофусцина
свободного железа
гемомеланина
#
280
Ферментативный некроз жира наблюдается при:
2
жировой эмболии
остром геморрагическом некрозе поджелудочной железы
туберкулезном перитоните
гангрене
все перечисленное верно
#
281
Жировая эмболия может быть обнаружена в случаях смерти от:
5
острой почечной недостаточности
печеночной недостаточности в связи с циррозом
желудочно-кишечного кровотечения
инфаркта надпочечников
множественных переломов трубчатых костей
#
282
Гранулематозное воспаление не встречается при:
5
лепре
туберкулезе
сифилисе
саркоидозе

скарлатине
#
283
Гранулемы формируются из:
4
эпителиоидных клеток
лимфоцитов и плазмочитов
макрофагов
все перечисленное верно
#
284
Цитологическое исследование при бактериальном вагинозе выявляет:
2
многоядерные клетки плоского эпителия
"ключевые клетки"
клетки плоского эпителия с гиперхромными ядрами
обилие нейтрофилов
клетки призматического эпителия
#
285
Для выявления поражения папиллообразующим вирусом характерно обнаружение:
4
многоядерных клеток
метаплазированного эпителия
"ключевых клеток"
койлоцитов и дискератиноцитов
эозинофильных лейкоцитов
#
286
Для герпес-вирусного поражения характерно наличие в мазках:
3
обилие нейтрофилов
метаплазированного эпителия
многоядерных клеток
дискератиноцитов
макрофагов
#
287
Цитологическая диагностика лимфогранулематоза основана на выявлении:
4
многоядерных клеток типа остеокластов
многоядерных клеток Тутона
многоядерных клеток инородных тел
многоядерных клеток (Рид-Березовского-Штернберга)
многоядерных клеток Лангханса
#
288
При дифференциальной диагностике саркомы Юинга рекомендуется проведение

цитохимического исследования:
3
реакции на липиды
реакции на пероксидазу
ШИК (PAS) реакции
реакции на неспецифическую эстеразу
реакция на щелочную фосфатазу
#
289
Для цитологической диагностики хондросаркомы характерно выявление:
4
мономорфных опухолевых клеток
многоядерных опухолевых клеток
обилия хондроцитов
опухолевых клеток с гипертрофированными ("пухлыми") ядрами
osteобластов
#
290
Диагностика анаплазированного варианта миеломной болезни основана на следующей цитохимической реакции:
3
на пероксидазу
на гликоген
Браше
на липиды
Перлса
#
291
Для злокачественной гистиоцитомы наиболее характерно обнаружение:
4
osteокластов
иммунобластов
клеток Рид-Штернберга
клеток Тутона
клеток Ходжкина
#
292
Верификация острого лимфобластного лейкоза основана на:
1
ШИК (PAS) реакции
реакции на липиды
реакции на пероксидазу
реакции на кислую фосфатазу
реакции на эстеразу
#
293
Преобладание эозинофилов в бронхоальвеолярном лаваже характерно для:
5
пневмопатии Каррингтона

ангиита Штрауса
эозинофильного пневмонита
лимфогенного альвеолита
все перечисленное верно
#
294
Слизистая оболочка мелких бронхов представлена эпителием:
1
цилиндрическим
многослойным плоским
переходным
правильного ответа нет
все ответы правильные
#
295
В легких может диагностироваться:
5
плоскоклеточный рак
железистый рак
мелкоклеточный рак
карциноид
все перечисленные опухоли
#
296
Для цитогаммы плоскоклеточного рака характерны:
1
вытянутые клетки с выраженным полиморфизмом
клетки с признаками слизееобразования
мелкие клетки с фасетками
ни один из перечисленных признаков
#
297
Для цитогаммы мелкоклеточного рака характерными являются:
2
отдельно расположенные клетки
"фасетки" на клетках
клетки с вакуолизированной цитоплазмой
феномен "павлиньего глаза"
любой из перечисленных признаков
#
298
В пищеводе могут диагностироваться:
5
плоскоклеточный рак
железистый рак
лейомиосаркома
меланобластома
все перечисленные опухоли

#
299
В цитологических препаратах, полученных при гастробиопсии в норме встречаются:
5
клетки покровно-ямочного эпителия
клетки эпителия желез
плоский эпителий
макрофаги
все перечисленные клетки
#
300
Из опухолей желудка наиболее часто встречается:
1
железистый рак
плоскоклеточный рак
лимфосаркома
карциноид
#
301
В мочевом пузыре могут встречаться:
5
переходноклеточный рак
железистый рак
рамбдомиосаркома
папилломы
все перечисленные опухоли
#
302
Раки мочевого пузыря чаще всего бывают:
1
плоскоклеточными
железистыми
переходноклеточными
недифференцированными
все ответы правильные
#
303
Для рака Педжета молочной железы характерна локализация в:
3
дольках
протоках
области соска и околососковой зоны
любой из перечисленных локализаций
верхне-наружном квадранте
#
304
К предраковым заболеваниям эндометрия относят:
3

железистую гиперплазию
эндометрит
аденоматоз
аденоз
#
305
Для неизменной ткани щитовидной железы характерны:
1
клетки фолликулярного эпителия
клетки Ашкинази – Гюртля
С-клетки
ни один из вышеперечисленных видов клеток
все перечисленные клетки
#
306
Рак щитовидной железы может развиваться из:
5
фолликулярного эпителия (А-клеток)
В-клеток
С-клеток
метаплазированных клеток
всех перечисленных видов клеток
#
307
Смешанная опухоль включает:
5
эпителиальные структуры
фиброзные структуры
слизистые структуры
хрящеподобные структуры
все перечисленные
#
308
Клетки меланомы отличаются от клеток других злокачественных опухолей:
3
полиморфизмом
анаплазией
содержанием меланина
гиперхромией
наличием гемосидерина
#
309
Морфологические проявления опухоли:
5
клеточная атипия
тканевая атипия
патология ультраструктур
инвазивный рост

все перечисленное верно
#
310
Международная классификация новообразований учитывает следующие признаки:
4
место развития опухоли
гистологическую картину
источник развития опухоли
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
311
Макроскопически фиброматоз характеризуется:
4
узловыми и диффузными разрастаниями по ходу предшествующих соединительнотканых образований
нечеткими границами
наличием капсулы
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
312
Для фиброматоза характерны все перечисленные признаки, кроме:
2
пролиферации фибробластов с замедленным созреванием их
наличия соединительнотканной капсулы
избыточного образования межтканочной субстанции и коллагеновых волокон
ангиоматоза в периферических отделах новообразования
лимфогистиоцитарных инфильтратов в периферических отделах образования
#
313
Дерматофиброма характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
3
частого расположения на нижних конечностях
обилия сосудов и фибробластов
бедностью клетками соединительной ткани с наличием в ней прослоек жировой клетчатки
наличия гигантских клеток Тугона
наличия "муаровых" структур
#
314
В группу фиброматозов включены перечисленные заболевания, кроме:
1
гиберномы
келоида
десмонда
юношеской фибромы
нодулярного фасциита
#

315
К гистологическим вариантам рабдомиосаркомы относятся все перечисленные, кроме:
3
эмбриональной
альвеолярной
миоидной
полиморфной
смешанной
#
316
К гистологическим вариантам эмбриональной рабдомиосаркомы относятся все перечисленные, кроме:
3
миксоидной
круглоклеточной
полиморфноклеточной
пучковой
#
317
Безусловным доказательством диагноза "полиморфная рабдомиосаркома" является выявление:
3
полисом
липосом
поперечно-исчерченных миофибрилл
митохондрий
миксоматоза
#
318
Гломус-ангиому характеризуют все перечисленные признаки, кроме наличия:
2
узелка небольших размеров в глубине дермы
воспалительного инфильтрата между сосудами капиллярного типа
сосудов разных калибров с муфтами из клеток эпителиоидного типа
зоны отека базофильной соединительной ткани между эндотелиальными и эпителиальными клетками
#
319
Гемангиома грануляционнотканного типа (пиогенная гранулема) характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме наличия:
3
узелка на ножке на коже или слизистой оболочке
анастомозирующих сосудов капиллярного типа с воспалительными инфильтратами между ними
сосудов разных калибров с муфтами из клеток эпителиоидного типа
изъязвления в поверхностных отделах опухоли

#
320
Основной гистологический компонент гемангиомы:
4
артериола
артерио-венозный анастомоз
эпителиоидного типа клетки
сосудистые почки
миоидные клетки
#
321
Происхождение гломус-ангиомы связывают с:
2
артериолой
каналом Суке – Гойера
венулой
артерио-венозный анастомозом
синусоидом
#
322
Признаками гломус-ангиомы являются все перечисленные, кроме:
4
расположения на кончиках пальцев
болезненности
наличия сосудов разного калибра
наличия клеток Тутона
наличия клеток эпителиоидного типа
#
323
К группе злокачественных иммунопролиферативных заболеваний относят все перечисленные процессы, кроме:
2
миеломной болезни
миелома
макроглобулинемии
болезни тяжелых цепей
болезни легких цепей
#
324
Для лимфоцитарного лейкоза характерны все перечисленные признаки, кроме:
2
наличия инфильтратов из лимфоцитов
пиоидного вида костного мозга
увеличения лимфоузлов
присутствия в периферической крови увеличенного количества лимфоцитов
увеличения селезенки, печени
#
325

К острым относятся все перечисленные лейкозы, кроме:
4
лимфобластного
миелобластного
монобластного
эритремии
недифференцированного
#
326
Миеломную болезнь характеризуют все перечисленные признаки кроме:
3
наличия в моче белковых тел Бенс - Джонса
разрастания плазматических клеток в костном мозге
разрастания в кроветворных органах миелобластов
повышенной продукции гамма-глобулинов
амилоидоза органов
#
327
К основным проявлениям лейкозов относят все перечисленные, кроме:
2
лейкозной инфильтрации костного мозга
инфаркт головного мозга
лейкемических инфильтратов в почках
спленомегалии
гепатомегалии
#
328
К осложнениям лейкозов относят все перечисленные процессы, кроме:
3
сепсиса
пневмонии
лейкозной инфильтрации костного мозга
кровоизлияния в головной мозг
амилоидоза
#
329
Лейкозы по степени зрелости лейкозных клеток делят на:
4
острые
хронические
подострые
верно 1, 2
верно 1, 3
#
330
К группе парапротеинемических лейкозов относят все перечисленные, кроме:
5
миеломной болезни
макроглобулинемии (болезни Вальденстрема)

болезни тяжелых цепей
болезни легких цепей
эритремии
#
331
Патогномоничными в селезенке при миеломе являются все перечисленные изменения кроме:
3
атрофии фолликулов
амилоидоза
пролиферации клеток миелоидного ряда
инфаркта
склероза
#
332
Основное патогенетическое условие развития лейкоза:
1
первичное поражение костного мозга
первичное поражение лимфатических узлов
первичное поражение вилочковой железы
метастазирование
лейкемия
#
333
Лейкемический инфильтрат - это:
2
очаг экстрамедуллярного кроветворения
метастатический очаг разрастания лейкозных клеток
очаг воспаления
очаг пролиферации
#
334
Родоначальной для клеток крови является:
2
ретикулярная клетка
стволовая клетка
лимфобласт
миелобласт
гистиоцит
#
335
Филадельфийская хромосома характерна для:
3
миеломной болезни
лимфолейкоза
миелолейкоза
эритремии
макроглобулинемии

#
336
Причина бластного криза при хроническом лейкозе:
4
опухолевая прогрессия
усиление анаплазии
метастазирование
верно 1, 2
верно 1, 3
#
337
При остром миелобластном лейкозе в органах кроветворения разрастаются:
3
миеломные клетки
миелоциты
миелобласты
плазмобласты
эритробласты
#
338
На вскрытии обнаружена картина диффузного остеопороза с очагами деструкции костной ткани. В костном мозге имеется пролиферация атипических плазматических клеток. В почках - скопления амилоидных масс в строме пирамид, в клубочках, в просветах канальцев - белковые цилиндры. Речь идет о:
2
миелолейкозе
миеломной болезни
макроглобулинемии
эритремии
лимфолейкозе
#
339
У больного некротический гингивит и тонзиллит. На коже множественные кровоизлияния. В периферической крови 100000 лейкоцитов в 1 мкл, среди которых 90% составляют незрелые клетки, не поддающиеся цитохимической идентификации. Наиболее вероятный диагноз:
3
лимфобластный лейкоз
миелобластный лейкоз
недифференцированный лейкоз
миеломная болезнь
эритролейкоз
#
340
У больного с клинической картиной лейкоза в пунктате грудины обнаружено, наряду с наличием миелоцитов, промегакариоцитов и мегакариоцитов, преобладание клеток эритробластического ряда: пронормоцитов и нормоцитов. Наиболее вероятный диагноз:
3
лимфолейкоз

миелолейкоз
эритремия
миеломная болезнь
недифференцированный лейкоз
#
341
У больного лимфоузлы резко увеличены, располагаются пакетами, не спаяны между собой, на разрезе серого цвета. Гистологически: мономорфная картина, представленная клетками типа В-лимфоцитов. Эта клиническая картина наблюдается при:
1
хроническом лимфолейкозе
лимфогранулематозе
хроническом миелолейкозе
ретикулосаркоме
хроническом неспецифическом лимфадените
#
342
Печень и селезенка увеличены. В костном мозге пролиферация всех трех ростков, увеличение числа ядерных форм красного ряда, большое количество мегакариоцитов, почти полное исчезновение жировых клеток, очаговое рассасывание костных балок. Эта картина наблюдается при:
5
малярии
симптоматическом эритроцитозе
сепсисе
миеломной болезни
эритремии
#
343
Наиболее частое доброкачественное новообразование бронхиальных желез:
1
смешанная опухоль
карциноид
аденокистозная опухоль
базалиома
#
344
Злокачественная опухоль бронхиальных желез:
2
Смешанная опухоль
Аденокистозная опухоль
Базалиома
Верно 1 и 3
#
345
Злокачественная эпителиальная опухоль легких:
1

аденокарцинома
лимфома
фибросаркома
лейкоз
#
346
Гистологический вариант рака легкого, который при исследовании необходимо дифференцировать с хроническим диффузным воспалительным процессом:
3
карциноид
мелкоклеточный рак
бронхиоллярно-альвеолярный рак
гигантоклеточный рак
#
347
Гистологический тип строения аденогенного рака:
2
крупноклеточный
сосочковый
веретенообразный
все перечисленное верно
#
348
Гистологический вариант мелкоклеточного рака:
1
овсяноклеточный
зернистоклеточный
плоскоклеточный
темноклеточный
#
349
Гистологический вариант карциноида легких:
3
Ворсинчатый
Фолликулярный
Трабекулярный
#
350
Внешний канцероген, имеющий решающее значение в возникновении рака легкого:
2
хлорированная вода
никотин
каротины

холестерин
#
351
К гистологически выявляемому процессу в эпителии бронхов, предшествующему раку (фоновый процесс), относится:
3
метаплазия
экзоцитоз
дисплазия
#
352
Тип метаплазии эпителия бронхов:
3
плоскоклеточный
переходноклеточный
все перечисленное верно
#
353
Гистологический признак рака «in situ»:
3
инвазивный рост
метастазы
внутриэпителиальный злокачественный рост
все перечисленное верно
#
354
Гистологическая реакция, уточняющая гистологический диагноз "карциноид легкого":
4
окраска по Ван-Гизону
окраска по Перлсу
окраска по Вейгерту
реакция Гримелиуса
#
355
Наиболее радиочувствительный рак легкого:
2
высокодифференцированная аденокарцинома
мелкоклеточный
гигантоклеточный
карциноид
#

356
Самая частая первичная злокачественная опухоль пищевода:
2
аденокарцинома
плоскоклеточный рак
недифференцированный рак
злокачественная меланома
лейомиосаркома
#
357
Термин "дисплазия" применительно к слизистой оболочке желудка - это:
1
изменения в слизистой оболочке желудка, характеризующиеся клеточной атипией, нарушением дифференцировки клеточных форм и нарушением архитектоники слизистой в целом
процесс, в основе которого лежит дистрофия исходного железистого аппарата
возникновение на месте исходных структур слизистой оболочки принципиально иного гистологического типа эпителия
все вышеперечисленное
#
358
К опухолям относят полип:
4
ювенильный
гиперпластический
лимфоидный
аденоматозный
#
359
Для дисплазии эпителия слизистой оболочки желудка второй стадии характерно:
5
наличие бокаловидных клеток
наличие перстневидных клеток
наличие клеток с "выскальзывающими" ядрами
свободный апикальный отдел клеток
верно 3 и 4
#
360
Злокачественные эпителиальные опухоли желудка:
4
аденокарцинома
перстневидноклеточный рак
слизистый рак
все перечисленное верно
#
361

Для уточнения диагноза "перстневидно-клеточный рак" желудка следует провести окраску срезов:
4
на жир
на железо
на амилоид
на слизь
все перечисленное верно
#
362
Заболевание желудка, которое не относят к предраку:
1
острый гастрит
хронический гастрит
хроническая язва
аденоматозный полип желудка
#
363
Характерная локализация ретроградных метастазов рака желудка:
1
надключичные лимфоузлы
кости
почки
околоушные слюнные железы
матка
#
364
В околоушной слюнной железе чаще всего встречается:
3
гемангиома
липома
плеоморфная аденома
фибросаркома
бородавчатая опухоль
#
365
Наиболее частая локализация рака толстой кишки:
5
слепая кишка
восходящий отдел
поперечно-ободочная часть
селезеночный угол
ректо-сигмоидальный отдел
#
366
Рак желчного пузыря чаще всего развивается на фоне:
5
цирроза печени

хронического панкреатита
эмпиемы желчного пузыря
холелитиаза
хронического холецистита
#
367
Наиболее предпочтительными видами биопсий узловых поражений печени являются:
3
пункционная
чрезвенозная
краевая резекция при лапаротомии
все перечисленное верно
#
368
Доброкачественные опухоли печени:
4
печеночноклеточная аденома
аденома внутрипеченочных желчных протоков
цистоаденома внутрипеченочных желчных протоков
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
369
К злокачественным опухолям печени относят все, кроме:
4
печеночного рака
холангиокарциномы
цистоаденокарциномы желчных протоков
опухоли Гравица
#
370
Доброкачественная опухоль почек:
2
нефробластома (опухоль Вильмса)
аденома
мезобластическая нефрома
верно 2 и 3
#
371
Злокачественная эпителиальная опухоль мозгового слоя почек:
4
почечноклеточный рак
опухоль Гравица
аденома
рак из протоков Беллини
все перечисленное верно

#
372
Доброкачественная опухоль почек встречающаяся, в основном в детском возрасте:
3
опухоль Гравица
опухоль Вильмса (нефробластома)
мезобластическая нефрома
верно 1 и 2
все перечисленное верно
#
373
Злокачественная опухоль почек у детей:
1
опухоль Вильмса
медуллобластома
гипернефроидный рак зернистоклеточного варианта
саркома Юинга
верно 1 и 4
#
374
Рак мочевого пузыря чаще встречается у:
2
пожилых женщин
рабочих анилиновой промышленности
новорожденных
радиологов
молодых мужчин
#
375
Наиболее часто встречающиеся в яичках опухоли имеют происхождение:
4
урогенное
соматическое
из стромы полового тяжа
герминально-клеточное
эктодермальное
#
376
Фактор, предрасполагающий к возникновению опухолей яичек:
2
курение
крипторхизм
авитаминоз Е
ожирение
все перечисленное верно
#
377
Органоспецифическая опухоль яичка:
3

гонадобластома
сперматогамиома (дисгерминома)
сперматоидная семинома
листовидная опухоль
лейдигома
#
378
Редко встречающаяся экстрагонадная локализация герминогенных опухолей:
1
эпигастральная
крестцово-копчиковая
забрюшинная
медиастинальная
#
379
Рак желточного мешка возникает в возрасте:
4
зрелом
пожилом
старческом
детском
#
380
Биохимический маркер для опухоли:
5
билирубин
хорионический гонадотропин
альфафетопротеин
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
381
Для хорионэпителиомы яичка характерен синдром:
3
маскулинизирующий
Иценко – Кушинга
феминизирующий
верно 1 и 3
все перечисленное верно
#
382
Биохимический маркер хорионэпителиомы яичка:
4
альфафетопротеин
тиреотропин
соматомаммотропин
хорионический гонадотропин

ферритин
#
383
Наиболее типичное клинико-морфологическое проявление "мужского климакса" в предстательной железе:
4
киста
цистаденома
аденома
узловая гиперплазия
метаплазия
#
384
Опухоль Крукенберга – это:
3
тератобластома почки
рак молочной железы
метастаз рака желудка в яичник
саркома кости
гормоноактивная опухоль яичников
#
385
Косвенный признак гормональной активности опухоли яичников:
3
аденомиоз матки
эндоцервикоз шейки матки
железистая гиперплазия эндометрия
все перечисленное верно
#
386
Основной внешний признак малигнизации серозной цистаденомы яичника:
4
гигантские размеры опухоли с наличием мелких дочерних камер
кровянистое содержание в просвете
множественные плотные сосочки на внутренней поверхности
множественные мягкие сосочки с формированием грибовидного узла
все перечисленное верно
#
387
Опухоль Бреннера - это:
2
метастаз рака желудка (кишечника) в яичник
органотипическая эпителиальная опухоль яичника
смешанная мезодермальная опухоль тела матки
все перечисленное верно
#
388

Наиболее неблагоприятная зона для возникновения дисплазии и рака шейки матки - это:
3
влагалищная часть
цервикальный канал
место стыка эндоцервикального и сквамозного эпителия
верно 1 и 2
#
389
Наиболее характерная локализация рака шейки матки в зрелом возрасте:
5
влагалищная часть
цервикальный канал
внутренний маточный зев
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
390
Из А- и В-клеток щитовидной железы может возникнуть:
5
фолликулярная аденома
фолликулярная карцинома
медулярный рак
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
391
Из А- и В-клеток щитовидной железы может возникнуть:
4
папиллярная карцинома
недифференцированный (анапластический) рак
медулярный рак
верно 1 и 2
все перечисленное верно
#
392
Из С-клеток щитовидной железы может возникать рак:
3
недифференцированный
плоскоклеточный
медулярный
верно 1 и 2
все перечисленное верно
#
393
Злокачественными вариантами пигментобразующих опухолей являются все перечисленное, кроме:
3
поверхностно распространяющейся меланомы

лентиго-меланомы
меланоза Дюбрейля
акральной меланомы
#
394
Клеточными вариантами строения меланом являются все перечисленные, кроме:
3
эпителиоидноклеточного
веретенноклеточного
полиморфноклеточного
мелкоклеточного
смешанного
#
395
Характерный признак брюшного тифа:
4
фибринозный колит
дифтерическое воспаление тонкой кишки
язвенный колит
мозговидное набухание пейеровых бляшек с образованием язв в тонкой кишке
катаральный энтероколит
#
396
При брюшном тифе чаще поражается кишка:
4
сигмовидная
двенадцатиперстная
слепая
подвздошная
прямая
#
397
Наиболее характерное общее изменение при брюшном тифе:
3
миокардит
гнойный артрит
сыпь
гломеруллопатия
менингит
#
398
Осложнение брюшного тифа:
5
пиелонефрит
орхит
менингит
эндометрит
кишечное кровотечение

#
399
Наиболее характерная форма дизентерийного (шигеллезного) колита у взрослых:
4
гнойный
катаральный
десквамативный
фибринозный
геморрагический
#
400
Характерное проявление в кишечнике в I стадию брюшного тифа:
2
изъязвление толстой кишки
поражение лимфатического аппарата кишечника
кровоизлияния в слизистой оболочке кишечника
@
@
#
401
Характерное поражение селезенки при брюшном тифе:
2
хроническое венозное полнокровие
гиперплазия красной пульпы
инфаркт
все перечисленное верно
@
#
402
Основные микроскопические изменения в кишечнике при брюшном тифе характеризуются:
2
кровоизлияниями в слизистую оболочку
пролиферацией клеток типа макрофагов
пролиферацией лимфоидных клеток
все перечисленное верно
@
#
403
В развернутую стадию брюшного тифа во внутренних органах могут наблюдаться очаговые скопления:
2
гигантских многоядерных клеток
клеток типа макрофагов и эпителиоидных
плазмочитов
все перечисленное верно
@
#
404
Возбудитель брюшного тифа микроскопически и цитологически обнаруживается главным

образом в:
1
клетках типа макрофагов
эпителиоцитах
ретикулярных клетках
@
@
#
405
Изъязвления при брюшном тифе обычно локализуются в:
3
регионарных лимфоидных фолликулах
тонкой кишке
илеоцекальной зоне
малом сальнике
верно 2 и 3
#
406
Для брюшного тифа характерно изменение пейеровых бляшек в виде:
1
мозговидного набухания
отека
склероза
все перечисленное верно
@
#
407
Для постановки диагноза брюшного тифа на первой неделе заболевания используют:
3
посев каловых масс
реакцию Видаля
гемокультуру (посев крови)
все перечисленное верно
@
#
408
Для брюшнотифозной гранулемы характерны следующие клетки:
3
лимфоциты
эпителиоидные
макрофаги
все перечисленное верно
@
#
409
Для постановки диагноза брюшного тифа на 2-й неделе заболевания используют:
1
реакцию Видаля
гемокультуру

посев каловых масс
все перечисленное верно
@
#
410
При брюшном тифе могут наблюдаться все перечисленные процессы, кроме:
2
колита
геморрагического миокардита
сыпи
поражения тонкой кишки
поражения лимфоузлов
#
411
Основные морфологические изменения при сальмонеллезе развиваются в:
1
тонкой кишке
пищевод
толстой кишке
все перечисленное верно
@
#
412
Основные микроскопические изменения в кишечнике при сальмонеллезе в ранние сроки проявляются:
2
развитием некроза
очаговой гиперплазией клеток типа макрофагов
флегмоной кишечника
все перечисленное верно
@
#
413
Септическая форма сальмонеллеза характеризуется:
3
гранулемами в органах
множественными некрозами в органах
метастатическими гноиниками в органах
все перечисленное верно
@
#
414
Брюшнотифозная форма сальмонеллеза характеризуется:
2
полипозом слизистой кишечника
гиперплазией лимфоидного аппарата кишечника
кровоизлияниями в стенку кишечника
все перечисленное верно
@

#
415
Возбудитель сальмонеллеза микроскопически и цитологически определяется в:
1
клетках типа макрофагов
эпителиоцитах
ретикулярных клетках
все перечисленное верно
@
#
416
Для второй стадии дизентерийного колита (шигеллеза) характерны все перечисленные признаки, кроме:
4
фибринозного воспаления
распространенных очагов некроза слизистой оболочки
дистрофических и некротических изменений в нервно-мышечном аппарате кишки
очаговых лимфогистиоцитарных инфильтратов в стенке кишки
все указанное неверно
#
417
При острой дизентерии (шигеллезе) одним из осложнений может быть:
1
флегмона стенки кишки
гранулематозный миокардит
стриктура просвета кишки
амилоидоз
хронический парапроктит
#
418
При дизентерии (шигеллезе) в начальной стадии имеет место воспаление:
2
фибринозное
катаральное
некротическое
геморрагическое
гнойное
#
419
Причиной общих изменений при дизентерии (шигеллезе) является:
3
фибринозное воспаление слизистой кишечника
изъязвление
проникновение микробных токсинов в кровь
все перечисленное верно
@
#
420
Морфологические изменения при дизентерии (шигеллезе) чаще всего развиваются в:

3
желудке
тонкой кишке
толстой кишке
все перечисленное верно
@
#
421
Микроскопические изменения в толстой кишке при дизентерии (шигеллезе) у взрослых часто сопровождаются:
1
гиперплазией лимфоретикулярной ткани
экссудативно-некротическими изменениями
гранулематозными изменениями
всем перечисленным
все неверно
#
422
Самым характерным микроскопическим проявлением в кишечнике при дизентерии (шигеллезе) является:
1
изъязвление толстой кишки
поражение лимфатического аппарата кишечника
кровоизлияния в слизистой оболочке кишечника
некроз тонкой кишки
изъязвление тонкой кишки
#
423
В паренхиматозных органах при дизентерии (шигеллезе) можно обнаружить:
3
эпителиоидноклеточные гранулемы
очаговые скопления клеток типа макрофагов
дистрофические изменения
все перечисленное верно
@
#
424
Возбудитель дизентерии (шигеллеза) микроскопически и цитологически, главным образом, обнаруживается в клетках:
2
типа макрофагов
эпителиальных
ретикулярных
все перечисленное верно
@
#
425
Характерный морфологический признак холеры:
3

острый гастрит
мозговидное набухание групповых фолликулов подвздошной кишки
серозно-геморрагический гастроэнтерит
фибринозный колит
язвенный колит с гнойным экссудатом
#
426
Для брюшного тифа характерен:
3
язвенный колит сигмовидной и прямой кишки
хронический язвенный колит слепой кишки
некроз мезентериальных лимфоузлов
@
@
#
427
Дизентерию (бактериальный шигеллез) вызывают все перечисленные возбудители, кроме палочки:
3
Флекснера
Зоне
Эберта
Григорьева – Шита
Штуцера – Шмитца
#
428
Холеру вызывает:
3
кишечная палочка
палочка Эберта
вибрион Коха
@
@
#
429
Алгидный период при холере сопровождается:
1
гипоальбуминемия
гиперкальцемию
отеки
@
@
#
430
Осложнение холеры в почках:
1
тубулонекроз
инфаркты
камнеобразование

@
@
#
431
Для неосложненной холеры характерны следующие патологические изменения:
1
поражение преимущественно тонкой кишки
воспаление слизистой оболочки толстой кишки
интерстициальная пневмония
абсцессы печени
@
#
432
Для холерного тифоида характерно:
3
понижение температуры тела
гастроэнтерит
дифтеритически-язвенный колит
эритроцитоз
гипопротеинемия
#
433
Неспецифическое осложнение холеры:
2
холерный тифоид
очаговая пневмония
некротический нефроз
@
@
#
434
Обезвоживание организма при холере возникает вследствие:
2
нарушения белкового обмена
диареи
отека слизистой оболочки желудка
@
@
#
435
Основными признаками алгидного периода холеры у умершего являются:
4
"руки прачки"
ригидность шейных мышц
поза "гладиатора"
все перечисленное верно
@
#
436

При легкой форме холеры обычно обнаруживают:
2
риккетсию Провачека
вибрион Эль-Тор
бациллу Эберта
вибрион Коха
@
#
437
Характерные изменения в толстой кишке при холерном тифоиде:
3
отек
кровоизлияния
дифтеритический колит
все перечисленное верно
@
#
438
Возбудитель последней вспышки холеры:
2
холерный вибрион Коха
вибрион Эль-Тор
бацилла Эберта
@
@
#
439
Туберкулез легких может вызвать попадание в организм человека туберкулезных микобактерий:
5
бычьего типа
птичьего типа
человеческого типа
хладнокровных животных
верно 1 и 3
#
440
Туберкулезные микобактерии могут попадать в организм человека всеми перечисленными путями, кроме:
1
фекально-орального
воздушно-капельного
трансмиссивного
пылевого
@
#
441
Туберкулезный менингит может быть:
4

Основным заболеванием
Осложнением основного заболевания
Сопутствующим заболеванием
Верно 1 и 2
Верно 2 и 3
#
442
Осложнениями туберкулезного менингита могут быть все перечисленные процессы, кроме:
3
гидроцефалии
инфаркта мозга
абсцесса мозга
субарахноидального кровоизлияния
@
#
443
К осложнениям, характерным для туберкулеза, нельзя отнести:
2
легочное кровотечение
эмпиему плевры
амилоидоз органов
диссеминацию по органам
@
#
444
Для туберкулезного воспаления типичен экссудат:
5
гнойный
фибринозный
серозно-десквамативный
верно 1 и 3
верно 2 и 3
#
445
К признакам первичного туберкулеза можно отнести все перечисленное, кроме:
3
субплевральной локализации очага в нижней доле
казеозного лимфаденита
интраканаликулярного пути распространения инфекции
лимфогенной генерализации
@
#
446
Туберкулезный менингит наиболее часто встречается при:
5
первичном туберкулезном комплексе
диссеминированном туберкулезе
туберкулезе мочеполовой системы

верно 1 и 3
верно 1 и 2
#
447
Формы вторичного туберкулеза:
4
инфильтративный
цирротический
кавернозный
все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
448
Туберкулома может образоваться из всех перечисленных ниже форм туберкулеза, кроме:
3
очаговой
инфильтративной
первичного аффекта
@
@
#
449
При туберкулезе отражает "специфику" процесса фаза:
3
альтеративная (некротическая)
экссудативная (воспалительная)
пролиферативная (гранулематозная)
@
@
#
450
При вторичном туберкулезе возможны следующие пути распространения инфекции:
4
интраканаликулярный
лимфогенный
контактный
верно 1 и 3
верно 2 и 3
#
451
К вторичному туберкулезу не относится туберкулез:
4
острый очаговый
острый кавернозный
инфильтративный
милиарный
цирротический
#
452

Первичный туберкулезный комплекс включает:
3
первичный аффект и лимфангит
лимфангит и лимфаденит
лимфаденит, лимфангит и первичный аффект
@
@
#
453
Первичный туберкулез с поражением лимфатических узлов характеризуется:
5
тотальным казеозным некрозом
"специфическими" гранулемами
гиперплазией лимфоидной ткани
все перечисленное верно
верно 1, 2
#
454
При гематогенном диссеминированном туберкулезе диссеминация обычно в:
2
одном легком
обоих легких
верхней доле левого легкого
@
@
#
455
При острейшем туберкулезном сепсисе в легких отмечаются:
1
мелкие очаги некроза
милиарные бугорки
крупные очаги казеозного некроза
Все перечисленное верно
@
#
456
Общий острый милиарный туберкулез характеризуется:
3
мелкими некротическими бугорками во всех органах
нодозными очагами во всех органах
лимфоидноклеточными бугорками во всех органах
все перечисленное верно
@
#
457
Характерная органная локализация вторичного туберкулеза:
3
головной мозг
поджелудочная железа

легкие
кости
суставы
#
458
Для инфильтративного туберкулеза легких характерно:
1
выраженное перифокальное воспаление
выраженный фиброз
мелкие очаги с фиброзом
Все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
459
Туберкулома легких характеризуется:
2
множественными мелкими очагами некроза со специфическими грануляциями в капсулах
одиночным крупным очагом казеозного некроза
полостью с фиброзной стенкой
Все перечисленное верно
@
#
460
Острый кавернозный туберкулез легких характеризуется:
3
полостью с фиброзной стенкой
кистоподобной полостью
полостью, содержащей казеозные массы, не отграниченные фиброзной тканью от окружающей легочной ткани
Все перечисленное верно
@
#
461
В туберкулезной грануле преобладают клетки:
4
эпителиоидные
тучные
гигантские
верно 1 и 3
верно 2 и 3
#
462
Чумным токсином является:
3
холероген
энтеротоксин
мышинный токсин
@
@

#
463
Воспаление в лимфатическом узле при чуме имеет характер:
3
фибринозный
серозный
геморрагический
гнойный
гнилостный
#
464
"Резервуаром" возбудителей чумы являются:
2
комары
грызуны
платяные вши
@
@
#
465
Клинико-морфологическая форма чумы при вдыхании возбудителя:
4
бубонная
септическая
кишечная
легочная
@
#
466
Воспаление при чуме характеризуется:
3
большим количеством лейкоцитов
образованием гранулем
отрицательным лейкотаксисом
@
@
#
467
Наиболее частая форма сибирской язвы:
1
кожная
легочная
кишечная
@
@
#
468
Патогномоничный для сибирской язвы кожный элемент:
3

папула
изъязвление
карбункул
пустула
везикул
#
469
Для сибирской язвы характерно воспаление:
4
гнилостное
гнойное
гранулематозное
серозно-геморрагическое
верно 1 и 2
#
470
Во входных воротах при дифтерии воспаление имеет характер:
2
продуктивного
фибринозного
гнойного
геморрагического
гнилостного
#
471
Наиболее редко входными воротами при дифтерии является:
4
гортань
небные миндалины
Зев
раневая поверхность
@
#
472
К дифтерийному токсину наиболее чувствительны:
1
надпочечники
легкие
печень
почки
кишечник
#
473
Возбудитель скарлатины:
3
диплококк
кишечная палочка
стрептококк группы А
зеленящий стрептококк

стафилококк
#
474
Типичная локализация местных изменений при скарлатине:
5
слизистая оболочка полости рта
Зев
кожа
верно 2 и 3
верно 1 и 2
#
475
В регионарных лимфоузлах при скарлатине возникает:
1
некроз
малокровие
гипоплазия
склероз
атрофия
#
476
Форма менингококковой инфекции:
3
аллергическая
токсическая
назофарингит
миелит
ларинготрахеит
#
477
Типичное воспаление при менингококковом менингите:
4
геморрагическое
катаральное
продуктивное
гнойное
гранулематозное
#
478
Частое осложнение менингококкового менингита является:
4
киста головного мозга
опухоль головного мозга
геморрагический инфаркт головного мозга
гидроцефалия
глиальный рубец
#
479
Сепсис от других инфекционных болезней отличает:

5
стойкий иммунитет
заразительность
цикличность
специфичность возбудителя
полиэтиологичность
#
480
Затяжной септический эндокардит чаще возникает на фоне:
4
гломерулонефрита
системной красной волчанки
цирроза печени
ревматизма
хронической пневмонии
#
481
Общие изменения при сепсисе преобладают над местными в случае:
3
затяжного септического эндокардита
септикопиемии
септицемии
хронического сепсиса
пупочного сепсиса
#
482
Клинико-морфологическая форма сепсиса:
4
терапевтический
хирургический
грибковый
хронический сепсис
вирусный
#
483
Для септической селезенки не характерным является:
2
увеличение
плотная консистенция
гиперплазия пульпы
обильный соскоб пульпы
дряблая консистенция
#
484
Метастазирование характерно для формы сепсиса:
3
затяжного септического эндокардита
септицемии
септикопиемии

хрониосепсиса
@
#
485
В селезенке при затяжном септическом эндокардите возникают::
5
острая гиперплазия пульпы
подострая гиперплазия пульпы
инфаркты разной давности
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
486
Название эндокардита, развивающегося при затяжном септическом процессе:
5
острый язвенный
возвратно-бородавчатый
острый бородавчатый
диффузный
полипозно-язвенный
#
487
Характерные изменения в почках при затяжном септическом эндокардите:
5
пиелонефрит
диффузный гломерулонефрит
инфаркты разной давности
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
488
Возбудитель оспы относится к:
3
простейшим
бактериям
вирусам
@
@
#
489
Возбудитель оспы имеет тропность к:
2
лимфоузлам
коже
слизистой оболочке кишки
@
@
#
490

Макроскопический признак истинной оспы на третьем этапе ее развития:
3
везикул
папула
пустула
@
@
#
491
Наиболее тяжелая клинико-морфологическая форма оспы:
3
вариолоид
папулопустулезная
геморрагическая
@
@
#
492
Для оспы характерны следующие цитоплазматические включения:
3
гранулы коричневого цвета
ацидофильная зернистость
тельца Пашена
включения Негри
@
#
493
Возбудитель желтой лихорадки относится к:
3
простейшим
бактериям
РНК-вирусам
ДНК-вирусам
@
#
494
Резервуар возбудителя желтой лихорадки являются:
4
грызуны
комары
платяная вошь
верно 1 и 3
верно 2 и 3
#
495
Наиболее выраженные дегенеративные изменения при желтой лихорадке наблюдаются в:
4
головном мозге
легких

кишечнике
печени
@
#
496
Воспаление слизистой оболочки верхних дыхательных путей при неосложненной кори имеет характер:
4
гнойного
некротического
фибринозного
катарального
геморрагического
#
497
Наиболее частая локализация поражений при полиомиелите:
2
задние рога спинного мозга
передние рога спинного мозга
мозжечок
кора затылочной доли головного мозга
кора лобной доли головного мозга
#
498
Тельца Бабеша-Негри обнаруживаются у больных:
4
корью
желтой лихорадкой
токсоплазмозом
бешенством
вирусным гепатитом
#
499
Пятна Бильшовского - Филатова - Коплика обнаруживаются на:
4
ладонях и стопах
разгибательной поверхности предплечья
языке
внутренней поверхности щек
голове
#
500
Обычным путем заражения при кори является:
3
алиментарный
парентеральный
воздушно-капельный
@
@

#
501
Преимущественная локализация местных изменений при кори:
1
слизистая трахеи
слизистая прямой кишки
лимфатические узлы
@
@
#
502
При неосложненной кори воспаление имеет характер:
3
гранулематозный
гнойный
катаральный
@
@
#
503
Воспаление бронхов при осложненной кори имеет характер:
2
гранулематозное
гнойное
катаральное
@
@
#
504
Наиболее частое осложнение коревой пневмонии является:
2
склерозирование легочной ткани
бронхэктазы
хроническая пневмония
Все перечисленное верно
@
#
505
Преимущественная локализация возбудителя полиомиелита:
3
эндотелий
слизистая трахеи
двигательные нейроны
@
@
#
506
Первую клиническую стадию развития полиомиелита обозначают как:
4
острую

паралитическую
активную
препаралитическую
@
#
507
Морфологические изменения спинного мозга в паралитической стадии полиомиелита характеризуются:
2
кистами
дистрофией нейронов
олеогранулемами
@
@
#
508
Морфологические изменения спинного мозга в остаточной стадии полиомиелита характеризуются:
2
гранулемами
кистами
жировой дистрофией
Все перечисленное верно
@
#
509
Возбудитель сыпного тифа размножается в:
3
лимфоцитах
железистом эпителии
эндотелии
клетках центральной нервной системы
@
#
510
Наиболее характерное изменение при сыпном тифе:
4
энтерит
колит
миозит
васкулит
@
#
511
Преимущественная локализация сыпнотифозных гранулем:
3
печень
миокард
центральная нервная система
кожа
лимфоузлы
#

512
К хламидиозам относят:
4
орнитоз
клещевой энцефалит
болезнь "кошачьих царапок"
верно 2 и 3
верно 1 и 3
#
513
Специфические изменения при болезни "кошачьих царапок" выявляются в:
4
легких
печени
центральной нервной системе
лимфатических узлах
@
#
514
Для тканевой реакции при вторичном сифилисе характерно воспаление:
3
катаральное
экссудативное
некротическое
продуктивное
@
#
515
Тканевая реакция при третичном сифилисе выражается воспалением:
5
катаральным
экссудативным
некротическим
продуктивным
верно 3 и 4
#
516
Основные изменения при третичном сифилисе локализуются в:
4
коже
центральной нервной системе
решетчатых костях носа
Все перечисленное верно
@
#
517
Иммунитет при сифилисе:
3
полный
истинный

нестерильный инфекционный (шанкерный)
Все перечисленное верно
@
#
518
Фагоцитоз при сифилисе:
3
завершенный
цитоллиз
незавершенный
@
@
#
519
Основное морфологическое проявление в органах при третичном сифилисе:
3
везикулы
пролиферация эндотелия
гумма
Все перечисленное верно
@
#
520
Наиболее частое осложнение сифилитического мезаортита:
3
изъязвление
склероз
аневризма
Все перечисленное верно
@
#
521
Возбудитель гонореи и бленнореи:
4
стафилококк
клебсиелла
стрептококк
гонококк
синегнойная палочка
#
522
Самый частый путь заражения при гонорее:
3
инъекционный
оральный
половой
бытовой
ректальный
#

523
Преобладающая локализация патологических изменений в начале развития гонореи у мужчин:
2
покровный эпителий головки полового члена
уретра
мочевой пузырь
Все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
524
Воспаление в тканях при гонорее носит характер:
2
геморрагический
гнойный
серозный
гнилостный
фибринозный
#
525
Мягкий шанкр (шанкроид) вызывает:
4
стафилококк
гонококк
стрептококк
грамм-отрицательная стрептобацилла Дюкрея
@
#
526
Передача инфекции при шанкроиде происходит путем:
3
воздушно-капельным
пылевым
половым
фекально-оральным
трансмиссивным
#
527
Первичный аффект при шанкроиде имеет вид:
1
изъязвления
везикулы
папулы
пустулы
@
#
528
Осложнение, возникающее при лимфогенном распространении возбудителя мягкого шанкра:

3
некроз
гранулематоз
бубон
Все перечисленное верно
@
#
529
Возбудитель трихомоноза у человека:
3
бацилла Эберта
вибрион Эль-Тор
трихомонада
Все перечисленное верно
@
#
530
Воспаление при трихомонозе может быть:
4
гранулематозным
продуктивным
гнойно-некротическим
гнойно-катаральным
@
#
531
Возбудитель болезни Вейля - Васильева:
3
риккетсии
коринебактерия
иктеро-геморрагическая лептоспира
протей
сальмонелла
#
532
Преимущественная локализация изменений во внутренних органах при болезни Вейля - Васильева:
4
сердце
поджелудочная железа
желудок
печень
селезенка
#
533
Путь передачи инфекции при болезни Вейля- Васильева:
1
фекально-оральный
воздушно-капельный

трансмиссивный
половой
#
534
В механизме гипертонической болезни ведущую роль играет:
3
артериосклероз
атеросклероз
повышение тонуса артериол и их изменения
кальциноз средней оболочки аорты
воспаление артерий
#
535
Гипертрофия миокарда является результатом:
4
расширения полостей сердца
уменьшения количества мышечных волокон
размножения кардиомиоцитов
увеличения размеров отдельных волокон
утолщения эндокарда
#
536
Клинико-морфологическая форма гипертонической болезни:
3
мезентериальная
печеночная
мозговая
селезеночная
легочная
#
537
Почечная форма гипертонической болезни характеризуется:
4
гидронефрозом
амилоидозом
пиелонефритом
артериолосклеротическим нефросклерозом
атеросклеротическим нефросклерозом
#
538
О гипертрофии сердца у взрослого человека нормального телосложения говорят, когда масса сердца превышает:
3
100 г
200 г
350г
600 г
750 г

#
539
При злокачественном течении гипертонической болезни в почках развивается:
3
первичное сморщивание
вторичное сморщивание
нефросклероз Фара
гидронефроз
амилоидоз
#
540
Частичная перевязка почечных артерий приводит к:
2
рефлекторной анурии
упорной гипертензии
некрозу почек
гипотонии
транзиторной гипертонии
#
541
Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует прежде всего:
2
микроангиопатия
макроангиопатия
диабетическая кома
диабетический нефросклероз
@
#
542
Форма острой ишемической болезни сердца:
3
кардиосклероз
атеросклероз
инфаркт миокарда
хроническая аневризма сердца
@
#
543
Форма хронической ишемической болезни:
5
кардиосклероз
инфаркт миокарда
хроническая аневризма сердца
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
544
Признаками хронической коронарной недостаточности являются все перечисленные, кроме:

3
коронаросклероза
гипертрофии миокарда левого желудочка
спаек в полости перикарда
кардиосклероза
@
#
545
Некрозы в сердце могут развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
5
ишемической болезни сердца
тиореотоксикоза
феохромоцитомы
массивного кровотечения
колита
#
546
Формами ишемической болезни сердца являются все перечисленные, кроме:
4
острой коронарной недостаточности
инфаркта миокарда
постинфарктного кардиосклероза
декомпенсации сердечной деятельности
@
#
547
Срок полной организации инфаркта миокарда, положенный экспертами ВОЗ в основу классификации ишемической болезни сердца:
2
2 недели
1 месяц
1,5 месяца
2 месяца
3 месяца
#
548
Признаками острой ишемической болезни сердца являются все перечисленные, кроме:
4
свежего тромбоза коронарной артерии
острой аневризмы сердца
некроза миокарда
жировой дистрофии миокарда
подострой аневризмы сердца
#
549
Рецидивирующим называется инфаркт, развившийся во время первичного (острого):
2
в течение первых 2-х недель
в течение первого месяца

в течение первого и второго месяцев
после 3-х месяцев
@
#
550
Повторным называется инфаркт, развившийся после первичного:
3
в течение первых 12 дней
в течение первых 2-х месяцев
спустя 1 месяц
@
@
#
551
Ишемическая болезнь сердца представляет собой:
4
группу заболеваний
одно заболевание
коронарную болезнь сердца
верно 1 и 3
верно 2 и 3
#
552
Морфологическое изменение кардиомиоцитов при декомпенсированном пороке сердца:
1
жировая дистрофия
липофусциноз
обызвествление
гемосидероз
некроз
#
553
Стеноз устья легочной артерии является результатом:
4
сифилиса
ревматизма
атеросклероза
эмбриопатий
@
#
554
Морфологическое проявление декомпенсированного порока сердца:
3
ожирение миокарда
бурая атрофия печени
мускатная печень
кахексия
малокровие внутренних органов
#

555
При стенозе отверстия аортального клапана сердца развивается:
2
гипертензия малого круга
гипертрофия левого желудочка
гипертрофия правого желудочка
инфаркт миокард
Шок
#
556
Основные причины гемодинамических нарушений при врожденных пороках сердца:
5
аномальная связь между большим и малым кругом кровообращения
сужение или облитерация в какой-либо части системы кровообращения
гипертензия малого круга кровообращения
верно 1 и 3
верно 1 и 2
#
557
Врожденные пороки сердца в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипоксемии делятся на пороки типа:
4
синего
белого
смешанного
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
558
Дефект межжелудочковой перегородки при наличии шунта слева направо является пороком типа:
2
синего
белого
смешанного типа
@
@
#
559
Дефект межжелудочковой перегородки при наличии шунта справа налево является пороком типа:
1
синего
белого
смешанного
@
@
#
560

Бактериальный эндокардит является формой:
2
ревматизма
сепсиса
красной волчанки
порока сердца
@
#
561
Бактериальный (септический) эндокардит по характеру течения может быть:
4
острым
подострым
затяжным (хроническим)
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
562
Бактериальный (септический) эндокардит считается острым при продолжительности:
1
до 2-х недель
до 4-х недель
до 3-х месяцев
свыше 3-х месяцев
@
#
563
Бактериальный (септический) эндокардит считается подострым при продолжительности:
3
до 2-х недель
до 4-х недель
до 3-х месяцев
свыше 3-х месяцев
@
#
564
Бактериальный (септический) эндокардит считается затяжным (хроническим) при продолжительности:
4
до 2-х недель
до 4-х недель
до 3-х месяцев
свыше 3-х месяцев
@
#
565
Бактериальный (септический) эндокардит в зависимости от наличия или отсутствия фонового заболевания может быть:

4
первичным
вторичным
третичным
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
566
Бактериальный (септический) эндокардит чаще развивается на клапане:
2
митральном
аортальном
трикуспидальном
легочной артерии
@
#
567
Морфологическим проявлением септического эндокардита является эндокардит:
3
диффузный
острый бородавчатый
полипозно-язвенный
фибропластический
возвратно-бородавчатый
#
568
Синонимом миокардита Абрамова - Фидлера является миокардит:
2
ревматический
идиопатический, инфекционно-аллергический
узелковый (гранулематозный)
гуммозный межучочный
@
#
569
Морфологическим проявлением миокардита при сыпном тифе является миокардит:
3
Абрамова – Фидлера
узелковый (гранулематозный)
диффузный интерстициальный
токсический
@
#
570
Синонимом болезни Леффлера является:
3
возвратно-бородавчатый эндокардит
полипозно-язвенный эндокардит
фибропластический париетальный эндокардит с эозинофилией

идиопатический миокардит
септический эндокардит
#
571
К первичным кардиомиопатиям относят все перечисленные, кроме:
1
аллергической
дилатационной
гипертрофической
рестриктивной
@
#
572
К вторичным кардиомиопатиям ("специфическим заболеваниям миокарда") относят все перечисленные, кроме:
3
инфекционной
метаболической
гипертрофической
семейно-генетической
токсической
#
573
Основные формы гипертрофической кардиомиопатии:
4
диффузная (симметричная)
локальная обструктивная
дилатационная
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
574
При застойной кардиомиопатии полости сердца:
1
расширены
сужены
не изменены
@
@
#
575
При всех видах кардиомиопатий клапаны сердца:
1
не изменены
склерозированы
с тромботическими наложениями
сращены
@
#

576
При застойной кардиомиопатии в миоцитах преобладает:
2
гипертрофия
дистрофия
атрофия
некроз
@
#
577
При застойной кардиомиопатии в интерстиции миокарда преобладают формы склероза:
4
диффузный
мелкоочаговый
крупноочаговый
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
578
Наиболее частые причины смерти больных с застойной кардиомиопатией:
4
хроническая сердечная недостаточность
тромбоэмболические осложнения
нарушения ритма
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
579
Формы гипертрофической кардиомиопатии:
4
диффузная (симметричная)
локальная (обструктивная)
конгестивная
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
580
Для диффузной (симметричной) формы гипертрофической кардиомиопатии характерно утолщение:
4
равномерное стенок левого желудочка сердца
неравномерное межжелудочковой перегородки
равномерное межжелудочковой перегородки
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
581
Атеросклероз макроскопически проявляется развитием:
4

жировых пятен и полосок
фиброзных бляшек
осложненных поражений (изъязвления, тромбоза, кровоизлияний) и кальциноза
Все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
582
Развитие атеросклеротического процесса может быть:
4
ускоренным
соответствующим возрастному периоду
замедленным
Все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
583
В патологоанатомический диагноз не как нозологическая единица, а как патогенетический элемент ишемии, входит атеросклероз артерий:
4
коронарных
мозговых
мезентериальных
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
584
Типы морфогенеза атеросклероза:
4
сорбционный
фибропластический
деструктивный
Все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
585
При разрыве стенки атеросклеротической аневризмы аорты гистологически устанавливают:
4
деструкцию эластических волокон
разрыв стенки аорты
кровоизлияния в стенку аорты
Все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
586
При гипертонической болезни в артериолах и мелких артериях обнаруживают:
4
гиалиноз
артериосклероз

фибриноидный некроз
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
587
При сахарном диабете в артериолах и мелких артериях обнаруживают:
1
генерализованные микроангиопатии
васкулиты
деструктивно-пролиферативный эндотромбоваскулит
Все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
588
При сыпном тифе гистологически выявляют:
2
поражение артерии эластического и мышечно-эластического типа
фибриноидный некроз артериол
деструктивно-пролиферативный эндотромбоваскулит капилляров и артериол
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
589
При медиокальцинозе Менкеберга гистологически устанавливают:
3
атеросклероз
воспалительный артериосклероз
первичный кальциноз средней оболочки артерии
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
590
Возможными причинами смерти больных с ишемическим инфарктом головного мозга могут быть все перечисленные, кроме:
2
отека мозга
прорыва крови в желудочки мозга
пневмонии
тромбоэмболии легочной артерии
@
#
591
Причиной развития ишемического инфаркта головного мозга может быть стенозирующий атеросклероз артерий:
4
внутрицеребральных
позвоночных
сонных
Все перечисленное верно

верно 1 и 2
#
592
Причины развития ишемического инфаркта головного мозга:
4
тромбоз позвоночных артерий
эмболия сосудов артериального круга
патологическая извитость сосудов шеи
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
593
Возможные причины смерти при инфаркте головного мозга:
4
пневмония
отек и дислокация мозга
тромбоэмболия легочной артерии
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
594
Осложнения при кровоизлияниях в головной мозг:
5
прорыв крови в желудочки мозга
отек мозга
дислокация мозга
инсультинфарктное состояние
Все перечисленное верно
#
595
Ишемический инфаркт головного мозга бывает при всех перечисленных состояниях, кроме:
2
атеросклероза сосудов велизијева круга
гипертонического криза
патологической извитости сосудов шеи
обильной кровопотери
шока
#
596
Гематомы головного мозга бывают при всех перечисленных состояниях, кроме:
3
гипертонической болезни
симптоматической гипертензии
обильной кровопотери
введения антикоагулянтов
@
#
597

Возможные исходы инфаркта головного мозга:
5
киста
рубцевание
петрификация
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
598
Синдром дуги аорты может быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
2
болезни Такаясу
болезни Лериша
сифилитического мезаортита
расслаивающей аневризмы аорты
@
#
599
Развитию геморрагического инфаркта головного мозга способствует:
1
венозный застой
двойное кровоснабжение
тромбоэмболия сосудов велизиева круга
атеросклероз аорты
Все перечисленное верно
#
600
Вокруг геморрагического инфаркта головного мозга выявляется большое количество:
3
зернистых шаров
лейкоцитов
глыбок гемосидерина и сидерофагов
сосудов
Все перечисленное верно
#
601
Структурные элементы легкого, преимущественно вовлекающиеся в воспалительный процесс при крупозной пневмонии:
3
bronхи
bronхиолы
альвеолы
Все перечисленное верно
@
#
602
В качестве основного заболевания в диагнозе у взрослого больного может фигурировать пневмония:
2

очаговая
крупозная
интерстициальная
застойная
@
#
603
К ателектазу легких приводит:
3
пневмония
сдавление легкого извне
обтурация бронхов
верно 1 и 2
все перечисленное верно
#
604
Бронхопневмония может быть основным заболеванием в возрасте:
5
раннем детском
взрослом
старческом
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
605
Возбудители острой пневмонии:
5
стрептококк
вирусы
холерный вибрион
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
606
Возбудителем острой пневмонии не могут быть:
2
стафилококк
иерсинии
кишечная палочка
@
@
#
607
Возбудителями острых пневмоний могут быть:
5
микоплазмы
грибы
туберкулезная микобактерия
все перечисленное верно

верно 1 и 2
#
608
Этиология долевой пневмонии может быть связана с:
5
пневмококком
палочкой Фридендера
легионеллой
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
609
Этиология крупозной пневмонии может быть связана с:
2
стафилококком
пневмококком
кишечной палочкой
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
610
Патогенетические факторы острых пневмоний:
5
ателектаз
отек легких
рентгеновское облучение
переохлаждение
все перечисленное верно
#
611
Эксудат при крупозной пневмонии носит характер:
5
серозный
фибринозно-геморрагический
фибринозно-гнойный
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
612
Эксудат при очаговой пневмококковой пневмонии:
5
гнойный
серозный
серозно-десквамативный
фибринозный
все перечисленное верно
#
613
Эксудат при стрептококковой пневмонии имеет характер:

4
серозный
некротический
лейкоцитарный
все перечисленное верно
@
#
614
Эксудат при стафилококковой пневмонии носит характер:
4
геморрагический
гнойный
некротический
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
615
Карнификация легкого для крупозной пневмонии является:
2
исходом
осложнением
проявлением
@
@
#
616
Легочные осложнения крупозной пневмонии:
5
абсцесс
эмпиема плевры
рак
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
617
Внелегочные осложнения крупозной пневмонии:
5
аспергиллез
острый язвенный эндокардит трехстворчатого клапана
абсцесс головного мозга
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
618
Острая пневмония может иметь течение:
5
острое
хроническое
затянувшееся

верно 2 и 3
верно 1 и 3
#
619
Наиболее частые возбудители тяжелых аспирационных пневмоний:
2
аэробы
анаэробы
условно патогенная флора
все перечисленное верно
@
#
620
Способствуют развитию аспирационной пневмонии:
4
дилатация бронхов
ателектаз легкого
обструкция бронхов
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
621
Наиболее характерная локализация изменений при аспирационной пневмонии:
2
верхние доли обоих легких
нижняя доля правого легкого
нижняя доля левого легкого
все перечисленное верно
@
#
622
Для микроскопической картины аспирационной пневмонии нетипичным является:
5
некроз
воспалительные фокусы разной величины
склонность очагов к слиянию
обилие микробов
отсутствие микробов
#
623
Липидная пневмония может иметь типичный путь развития:
3
эндогенный
экзогенный
верно 1 и 2
@
@
#
624

Для липидной пневмонии при микроскопическом исследовании характерно:
4
неравномерное кровенаполнение
лимфоплазмноклеточная инфильтрация альвеолярных перегородок
обилие макрофагов (липофагов)
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
625
Радиационная пневмония может развиваться при рентгенорадиевой терапии по поводу рака:
5
матки
молочной железы
пищевода
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
626
Для радиационной пневмонии в ранние сроки ее развития характерны:
5
циркуляторные нарушения (полнокровие, стаз, тромбоз)
десквамация пневмоцитов II типа
фиброз альвеолярных перегородок
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
627
Для радиационной пневмонии в хронической стадии развития характерен:
3
серозно-фибринозный альвеолит
некроз альвеолярных перегородок
фиброз альвеолярных перегородок
все перечисленное верно
@
#
628
Преобладающие возбудители острых пневмоний в современных условиях:
4
вирусы
грибы
условно-патогенная флора
все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
629
К хроническим обструктивным болезням легких не относят:
3
бронхоэктатическую болезнь

хронический бронхит
гангрену легкого
эмфизему легких
@
#
630
Основные патогенетические пути развития хронических обструктивных болезней легких:
5
васкулярный
бронхитогенный
пневмониогенный
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
631
В исходе всех заболеваний группы хронических обструктивных болезней легких в тканях последних развиваются:
5
каверны
эмфизема
пневмосклероз
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
632
При бронхоэктатической болезни эпителий бронхов подвергается:
5
атрофии
гиперплазии
метаплазии
все перечисленное верно
верно 1 и 3
#
633
При синдроме Хэммена-Рича преобладающим морфологическим процессом в легких является:
2
воспаление
склероз
дистрофия
неоплазия
@
#
634
Патологический процесс в легких при синдроме Хэммена-Рича имеет характер:
1
диффузный
очаговый

центральный
периферический
@
#
635
Клинико-морфологическими формами силикоза являются все перечисленные, кроме:
1
очагового
узелкового
диффузно-склеротического
опухолевидного
@
#
636
Зрелые макрофагальные гранулемы появляются при вдыхании пыли:
4
органической
металлической
асбестсодержащей
кварцсодержащей
@
#
637
Пневмокониоз - это:
1
диффузный пневмонит
гиперчувствительный пневмонит
"первичный" пневмосклероз
правильного ответа нет
@
#
638
Силикотический узелок - это:
3
эпителиоидноклеточная гранулема
зрелая макрофагальная гранулема
фрагмент перивенулярного кониетического лимфангита
постпневматический пневмосклероз
@
#
639
К болезням слюнных желез относят:
5
сиалоаденит
слюннокаменную болезнь
кисты слюнных желез
пародонтомы
Все верно, кроме пародонтомы
#

640
К болезням губ, языка и тканей полости рта относятся:
5
хейлит
глоссит
стоматит
сиалоаденит
Все верно, кроме 4 (сиалоаденита)
#
641
К болезням зубов относят:
5
кариес
пульпит
периодонтит
пародонтоз
Все перечисленное верно, кроме 4
#
642
Эпулисы относят к заболеваниям:
3
слизистой оболочки полости рта
зубов
десен
Все перечисленное
ничего из перечисленного
#
643
Эпулис относят к:
4
дистрофическим заболеваниям
болезням обмена веществ
опухолевым поражениям
опухолеподобным поражениям
ничего из перечисленного
#
644
Наличие в корне языка ткани щитовидной железы обычного гистологического строения вероятнее всего свидетельствует:
3
о метастазе высокодифференцированного фолликулярного рака щитовидной железы
о прорастании запущенной опухоли щитовидной железы
об эктопии ткани щитовидной железы
Все перечисленное
верно 1 и 2
#
645
При наличии в языке опухоли Абрикосова в покровном эпителии часто наблюдаются изменения в виде:

5
хронического глоссита
истончение эпителиального пласта
эпителиматозной гиперплазии
кандидозного поражения слизистой языка
Все верно, кроме кандидоза
#
646
Фибро-вазкулярный полип пищевода относят к:
1
доброкачественным опухолям
злокачественным опухолям
порокам развития
гетеротопиям
опухолеподобным поражениям
#
647
Синдром Баррета характеризуется:
5
появлением фокусов ороговения в слизистой оболочке пищевода
множественными эрозиями слизистой пищевода
полипозом слизистой оболочки пищевода
замена многослойного плоского эпителия призматическим в нижних отделах пищевода вследствие хронического рефлюкса-эзофагита
верно 2 и 3
#
648
Мукоэпидермоидный рак пищевода:
4
есть синоним железисто-плоскоклеточного рака
есть синоним адено-кистозного рака
опухоль, характеризующаяся наличием "озер" слизи с фокусами плоскоклеточной метаплазии
опухоль, характеризующаяся тесной связью эпидермоидных и слизистых клеток без четких переходов, когда невозможно разграничить оба компонента
@
#
649
Форма острого гастрита:
3
атрофический
гипертрофический
гнойный
поверхностный
с перестройкой эпителия
#
650
Для хронического атрофического гастрита характерным является:
4

изъязвление
кровоизлияние
фибринозное воспаление
энтеролизация слизистой оболочки
диффузная инфильтрация полинуклеарными лейкоцитами собственного слоя слизистой оболочки
#
651
Характерные гистологические признаки хронического атрофического гастрита:
4
неравномерное истончение слизистой оболочки желудка
кишечная метаплазия эпителия
лимфо-плазмоцитарный инфильтрат слизистой оболочки
Все перечисленное верно
@
#
652
Для обострения язвы желудка характерным является:
5
гиалиноз
энтеролизация
регенерация
лимфоплазмоцитарная инфильтрация
фибриноидный некроз
#
653
Основное тяжелое осложнение язвы желудка:
2
лимфаденит регионарных узлов
перфорация стенки желудка
перигастрит
"воспалительные" полипы вокруг язвы
@
#
654
Наиболее характерные изменения сосудов в дне хронической язвы желудка:
1
воспаление и склероз стенки
полнокровие
малокровие
образование крупных тонкостенных синусоидальных сосудов
@
#
655
Опухолевые поражения желудка:
5
тубулярная аденома
папиллярная аденома
полип Пейтса-Егерса

гиперпластический полип
верно 1 и 2
#
656
Предраковое состояние в желудке:
1
хронический атрофический гастрит с дисплазией
фибринозный гастрит
плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия
хронический гастрит с повышенной кислотностью
синдром Меллори-Вейсса
#
657
Дисплазия эпителия желудка характеризуется:
5
тканевым атипизмом
клеточным атипизмом
нарушением созревания и дифференцировки клеток
Все перечисленное
верно 2 и 3
#
658
Симулировать перст невидные клетки в слизистой оболочке желудка могут:
5
криптококки
макрофаги
ксантомные клетки
капилляры
верно 2, 3, 4
#
659
Характерными признаками острого аппендицита являются все перечисленные, кроме:
4
отека
серозного экссудата в слизистой и мышечной оболочках
гиперемии
склероза стенки отростка
деструкции мышечных волокон
@
#
660
Характерными признаками хронического аппендицита являются все перечисленные, кроме:
3
склероза стенок сосудов
склероза стенки отростка
гнойных телец
лимфо-плазмочитарной инфильтрации
гранулем
#

661
Морфологическими формами аппендицита являются все перечисленные, кроме:
5
острого гнойного
острого поверхностного
острого деструктивного
хронического
крупозного
#
662
Осложнения аппендицита:
4
перфорация
перитонит
абсцессы печени
Все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
663
Ишемический колит может возникать при:
1
атеросклерозе нижней брыжеечной артерии
склеродермии
диабете
ревматическом артрите
@
#
664
Ректальные изменения характерны для:
1
язвенного колита
болезни Крона
болезни Гиршпрунга
Все перечисленное верно
@
#
665
Малигнизация аденоматозных полипов чаще обнаруживается в отделах полипов:
2
базальных
поверхностных
средних
Все перечисленное верно
@
#
666
Семейный множественный полипоз толстой кишки обнаруживается чаще:
2
с рождения

во 2-3 декадах жизни
в 6-8 декадах жизни
в конце первого года жизни
@
#
667
Морфологическая форма хронического гепатита является:
2
флегмонозный
персистирующий
фибринозный
@
@
#
668
Гепатит считается хроническим после:
3
1 месяца
3 месяцев
6 месяцев
1 года
@
#
669
Показания для биопсии при клиническом диагнозе "гепатит":
4
верификация диагноза
установление формы и тяжести гепатита
оценка результатов лечения
Все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
670
Наиболее адекватный вид биопсии при диффузном поражении печени:
1
пункционная
чрезвенозная
краевая резекция печени
щипковая при лапароскопии
@
#
671
Основные гистологические признаки хронического активного гепатита:
4
ступенчатые некрозы
эмпериполез
мостовидные некрозы
Все перечисленное верно
@

#
672
Основной гистологический признак персистирующего гепатита:
1
четкая граница пограничной пластинки
склероз перипортальных трактов
гранулематозное воспаление в центрилобулярных зонах
periцеллюлярный фиброз
@
#
673
Один из основных гистологических признаков алкогольного гепатита:
3
вакуолизация ядер
регенераторные процессы
центрилобулярная локализация лимфоцитарного инфильтрата с примесью нейтрофильных лейкоцитов
пролиферация желчных протоков
ничего из перечисленного
#
674
Один из основных гистологических признаков лекарственного гепатита:
2
periцеллюлярный фиброз
маатово-стекловидные гепатоциты (орсеин-отрицательные)
вакуолизация ядер
тельца Маллори
пористая дегенерация гепатоцитов
#
675
Один из основных гистологических признаков вирусного гепатита:
1
тельца Каунсильмена
гигантские митохондрии
гранулематозное воспаление
periцеллюлярный фиброз
склерозирование
#
676
Гистологические признаки регенерации печеночной ткани:
4
двухъядерные гепатоциты
гигантские многоядерные гепатоциты, типа симпластов
"розеткоподобные" структуры
Все перечисленное верно
ничего из перечисленного
#
677
Типы пролиферации внутрипеченочных желчных протоков:

4
сосочковый
отростчатый
продолженный
верно 2 и 3
верно 1 и 2
#
678
Стадия токсической дистрофии печени:
2
активная
красной дистрофии
средней тяжести
персистирующая
Все перечисленное верно
#
679
В I стадию токсической дистрофии печень:
1
ярко желтого цвета
уменьшена в размерах
плотной консистенции
с диффузными кровоизлияниями
Все перечисленное верно
#
680
Гистологический признак II стадии токсической дистрофии печени:
1
некроз гепатоцитов в центрилобулярных отделах
углеводная дистрофия
крупноочаговый склероз
тельца Маллори
@
#
681
Макроскопически печень при вирусном циррозе:
3
мягко-эластичной консистенции
увеличена
плотной консистенции
"мускатного" вида
@
#
682
Микроскопический признак вирусного цирроза печени:
1
сближение триад
жировая дистрофия гепатоцитов
наличие телец Каунсильмена

центрилобулярный склероз
@
#
683
Возможная непосредственная причина смерти при вирусном циррозе печени:
3
сепсис
перитонит
печеночная недостаточность
профузное кишечное кровотечение
@
#
684
Характерный микроскопический признак начального цирроза печени при алкогольном гепатите:
5
мостовидные некрозы
дегенерация гепатоцитов
periцеллюлярный фиброз
тельца Каунсильмена
верно 1 и 3
#
685
Для механической (подпеченочной) желтухи характерен:
1
внедольковый холестаз
лестничные некрозы
мостовидные септы
баллонная дистрофия гепатоцитов
Все перечисленное верно
#
686
Для острого вирусного гепатита характерно наличие:
4
внедольковых холестаза
желчных озер
жировой дистрофии гепатоцитов
телец Каунсильмена
@
#
687
Сформированный цирроз печени характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
2
обилия грубых соединительнотканых септ
некроза гепатоцитов
наличия узелков-регенератов
грубых нарушений гистоархитектоники печени
наличия атипичных гепатоцитов

#
688
Заболевание почек с преимущественным поражением клубочков (гломерулопатия):
1
гломерулонефрит
хронический пиелонефрит
анальгетическая нефропатия
@
@
#
689
Тип гломерулонефрита в зависимости от продолжительности течения:
3
Активный
Персистирующий
Подострый
@
@
#
690
Наиболее характерный морфологический признак острого гломерулонефрита:
1
пролиферация клеток клубочка
фибриноидный некроз гломерулярных капилляров
фокальный склероз сосудистого полюса клубочка
выраженное утолщение базальных мембран капилляров
некроз капиллярных петель
#
691
Наиболее характерный морфологический признак подострого (быстро прогрессирующего) гломерулонефрита:
3
гиалиновые узелки на периферии клубочковых капилляров
утолщение базальной мембраны клубочковых капилляров
образование «полулуний»
фибриноидный некроз артериол клубочка
интерстициальный фиброз
#
692
Для поражения почек при сахарном диабете характерны:
1
гиалиновые капли на периферии капиллярных петель
гиалиновое утолщение базальной мембраны капилляров
ишемический коллапс клубочков
капиллярные некрозы
линейные радиальные рубцы коркового слоя
#
693
Для наследственного гломерулонефрита наиболее характерным является:

3
обструктивная нефропатия
пестрая почка
синдром Альпорта
экстракапиллярный продуктивный гломерулонефрит
@
#
694
Подострый гломерулонефрит отличается от липоидного нефроза:
5
альбуминурией
отеками
повышенным содержанием в сыворотке крови холестерина
гиперпротеинемией
гипертензией
#
695
Заболевание почек с преимущественным поражением канальцев (тубулопатия):
4
нефропатия беременных
опухоль Вильмса
поражение почек при системной красной волчанке
поражение почек при миеломной болезни
@
#
696
Основной морфологический признак острого пиелонефрита:
1
лейкоцитарная инфильтрация интерстиция
дистрофические изменения канальцевого эпителия
полнокровие юкстамедуллярной зоны почки
белковые цилиндры в канальцах
@
#
697
Жировая инфильтрация почек чаще всего отмечается в:
2
клубочках
проксимальных отделах нефрона
дистальных отделах нефрона
собирательных трубках
@
#
698
При нефротическом синдроме отсутствует:
3
протеинурия
гипопротеинемия
дегидратация

гиперлипидемия
липидурия
#
699
Заболеванием, часто осложняющимся амилоидозом почек, является:
1
ревматоидный артрит
ревматизм
атеросклероз
гипертоническая болезнь
цирроз печени
#
700
При гипертонической болезни характерны почки:
2
большие сальные
первично сморщенные
вторично сморщенные
неравномерно рубцовые сморщенные
крупнобугристые сморщенные
#
701
По этиологическому признаку острый пиелонефрит бывает:
4
бактериальный
грибковый
вирусный
Все перечисленное верно
@
#
702
К "особым" формам хронического пиелонефрита относятся:
3
грибковый
рефлюксная нефропатия
малакоплакия
Все перечисленное верно
@
#
703
К инфекционным процессам в почках относят:
1
эпидемическую геморрагическую лихорадку
малакоплакию
ксантогранулематозный пиелонефрит
хронический пиелонефрит
Все перечисленное верно
#
704

Формой лекарственного тубуло-интерстициального нефрита является:
3
персистирующий
ксантогранулематозный
гиперчувствительный тубуло – интерстициальный
@
@
#
705
В основе хронического лекарственного тубуло-интерстициального нефрита может лежать нефропатия:
4
анальгетическая
литиевая
связанная с производством нитрозомочевины
Все перечисленное верно
@
#
706
Тубуло-интерстициальные нефриты, связанные с эндо - или экзогенными иммунными комплексами, могут быть при:
2
сифилисе
системной красной волчанке
вирусной инфекции
@
@
#
707
Тубуло-интерстициальные нефриты, обусловленные иммунными нарушениями, связанными с антителами и клубочком, наблюдаются при синдроме:
1
Гудпасчера
Олбрайта
интоксикации
@
@
#
708
Обструктивные нефропатии могут быть:
4
неинфекционными
инфекционными
в виде пионефроза
Все перечисленное верно
@
#
709
Тубуло-интерстициальный нефрит, связанный с папиллярными некрозами, наблюдается

при:
2
паратиреоидной остеодистрофии
сахарном диабете
туберкулезе
малакоплакии
Все перечисленное верно
#
710
Острые тубулярные повреждения (некрозы) могут быть вследствие:
4
переливания несовместимой крови
синдрома раздавливания
септицемии
Все перечисленное верно
@
#
711
К наследственным тубулопатиям относятся тубулопатии:
5
с полиуретическим синдромом
с рахитоподобными болезнями
с остеопатией
с нефролитоазом
Все перечисленное верно
#
712
К тубуло-интерстициальным поражениям при гломерулярной и сосудистой патологии почек относят:
5
острые и хронические гломерулопатии
ишемическую атрофию
первично сморщенную почку
вторично сморщенную почку
Все перечисленное верно
#
713
Основные морфологические признаки анальгетической нефропатии:
2
гистиоцитарная инфильтрация стромы почки
склероз и гиалиноз капилляров внутреннего мозгового слоя и клетчатки ворот почек
полнокровие юкстамедуллярной зоны органа
мембранозная гломерулопатия
жировая дистрофия эпителия извитых канальцев
#
714
Микроскопический признак, отличающий хронический пиелонефрит вне обострения от интерстициального нефрита:
5

большая примесь макрофагов в инфильтрате
линейные радиальные рубцы
фиброз интерстиция
"тиреоидизация" почки
склероз и моноклеарная инфильтрация чашечек и лоханки
#
715
Наименее типичный признак для хронического пиелонефрита вне обострения:
4
перигломерулярный склероз
коллапс стромы почки
склероз и моноклеарная инфильтрация интерстиция
сужение мочевого пространства
"тиреоидизация" почки
#
716
Подострый гломерулонефрит отличается от липоидного нефроза:
4
альбуминурией
гипопротеинемией
отеком
гипертензией
Все перечисленное верно
#
717
Гиалиноз гломерулярного аппарата обычно не выявляется при:
1
остром гломерулонефрите
хроническом гломерулонефрите
хроническом пиелонефрите
артериолонефросклерозе
@
#
718
Для гломерулонефрита не характерным является:
3
пролиферация эндотелия капилляров клубочков
утолщение капсулы клубочков
поражение одной почки
Все перечисленное верно
@
#
719
Наиболее выраженные изменения при мембранозном гломерулонефрите локализуются в:
4
проксимальных отделах собирательных канальцев
дистальных отделах собирательных канальцев
базальной мембране канальцев

базальной мембране капилляров клубочков
@
#
720
По внешнему виду различают зоб:
4
узловатый
диффузный
смешанный
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
721
К аутоиммунным относят тиреоидит:
1
Хасимото
Риделя
де Кервена
Все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
722
Функция щитовидной железы при тиреотоксическом зобе может быть:
1
повышена
не изменена
понижена
верно 1 и 2
верно 3 и 4
#
723
Причина развития эндемического зоба:
1
недостаток йода
избыток йода
избыток калия
Все перечисленное верно
@
#
724
При развитии эндемического зоба у детей развивается:
1
кретинизм
гигантизм
акромегалия
верно 2 и 3
Все перечисленное верно
#
725

Морфологические признаки тиреоидита Хасимото:
5
появление фестончатых фолликулов
лимфоидная инфильтрация
наличие клеток Ашкинази
верно все перечисленное
верно 2 и 3
#
726
Функция щитовидной железы при тиреотоксическом зобе:
1
повышена
не изменена
понижена
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
727
Морфологические признаки тиреотоксического зоба:
5
фестончатые фолликулы
наличие С-клеток
метаплазия кубического эпителия в цилиндрический
Все перечисленное
верно 1 и 3
#
728
Согласно классификации ВОЗ выделяют следующие основные формы сахарного диабета:
4
инсулинзависимую
инсулиннезависимую
юношескую
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
729
Изменения клубочков почек при сахарном диабете характеризуются:
1
склерозом и гиалинозом
дистрофией
атрофией
гипертрофией
@
#
730
В тонком сегменте нефрона при сахарном диабете развивается:
3
склероз и гиалиноз

атрофия
гликогенная инфильтрация
жировая дистрофия
@
#
731
Экссудативные проявления диабетической нефропатии:
4
"фибриновые шапочки"
"капсульные капли"
гематоксилиновые тельца
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
732
Сахарный диабет рассматривается как основное заболевания при наличии:
1
диабетической комы
синдрома Киммельстиля - Уилсона
диабетической гангрены
Все перечисленное верно
@
#
733
Сахарный диабет I типа (инсулинзависимый) характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
4
более молодого возраста больных
тяжелого и лабильного течения болезни
наклонности к кетоацидозу
отсутствия кетоацидоза
абсолютной недостаточности инсулина
#
734
Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый) характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
2
зрелого и пожилого возраста больных
относительно легкого течения болезни
отсутствия кетоацидоза
относительной недостаточности инсулина
наклонности к кетоацидозу
#
735
Ревматической болезнью является:
2
туберкулез
склеродермия
атеросклероз

амилоидоз
артроз
#
736
Признак, объединяющий ревматические болезни:
4
кахексия
тромбоэмболия
геморрагический синдром
прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани
@
#
737
Характерное изменение соединительной ткани при ревматических болезнях:
3
склероз и петрификация
амилоидоз и гиалиноз
фибриноидное набухание
гнойная инфильтрация
кальциноз и ослизнение
#
738
На активность ревматического процесса указывает:
5
недостаточность трехстворчатого клапана
сращение заслонок аортального клапана
стеноз левого А-V отверстия
периваскулярный склероз
периваскулярное фибриноидное набухание
#
739
Коллаген окрашивается в голубой цвет, когда его выявляют:
3
окраской по Футу
поляризационным методом
окраской по Маллори
окраской пикрофуксином
@
#
740
Признак активности ревматического процесса:
3
недостаточность аортального клапана
стеноз аортального клапана
гранулема Ашоффа – Талалаева
укорачивание и утолщение хорд
периваскулярный кардиосклероз
#
741

Наиболее частая клинико-анатомическая форма ревматизма:
3
полиартритическая
нодозная
кардиоваскулярная
церебральная
@
#
742
В ранней стадии возникновения ревматической гранулемы обнаруживают:
1
фибриноидное набухание
гигантоклеточную реакцию
фиброз
эозинофильный инфильтрат
ишемический некроз
#
743
При ревматизме у взрослых обычно развивается миокардит:
3
экссудативный диффузный
диффузный продуктивный
узелковый продуктивный
гнойный
некротический
#
744
Характерное изменение соединительной ткани при ревматизме:
5
амилоидоз
липоидоз
атеросклероз
атрофия
мукоидное набухание
#
745
Характерный признак возвратно-бородавчатого эндокардита:
4
склероз створок и их изъязвление
перфорация створок клапана
периваскулярный кардиосклероз
склероз створок с тромботическими наложениями
обызвествление и гиалиноз створок
#
746
Осложнение ревматического возвратно-бородавчатого эндокардита:
3
гнойный менингит
медиастинит

инфаркт селезенки
тромбоз вен
инфаркт легкого
#
747
Исход ревматического эндокардита:
5
изъязвление клапана
фибриноидный некроз
мукоидное набухание
кардиосклероз
порок сердца
#
748
Ревматический перикардит может быть:
3
гнойным
геморрагическим
фибринозным
гнилостным
катаральным
#
749
Изменения створок при ревматическом остром бородавчатом эндокардите бывают в виде:
2
изъязвления клапанов с тромботическими наложениями на них
тромботических наложений на тонких створках
склероза и деформации створок
перфорации створок
гиалиноза створок
#
750
В третьей стадии ревматоидного артрита отмечают:
4
артроз
обызвествление
разрастание грануляционной ткани
фиброзно-костный анкилоз
фибриноидное набухание ворсин
#
751
Частое осложнение ревматоидного артрита:
2
эндомиокардит
амилоидоз
порок сердца
мукоидное набухание
абсцесс мозга

#
752
Исходы изменений в связочном аппарате позвоночника и межпозвоночных дисков при ревматоидном артрите:
4
мукоидное набухание
изъязвление
гранулематоз
обызвествление, окостенение
разрастание грануляционной ткани
#
753
Характерное морфологическое изменение при узелковом периартериите:
4
артериолосклероз
атеросклероз
фибриноидный некроз
деструктивно-пролиферативный васкулит
амилоидоз
#
754
Исход узелкового периартериита:
3
мукоидное набухание
липоидоз
склероз
атеросклероз
атероматоз
#
755
Феномен "проволочных петель" в почках развивается при:
2
ревматизме
системной красной волчанке
атеросклерозе
ревматоидном артрите
склеродермии
#
756
Эндокардит при системной красной волчанке:
4
возвратно-бородавчатый
диффузный
фибропластический
абактериальный бородавчатый
полипозно-язвенный
#
757
Характерный морфологический признак волчаночного нефрита:

3
гиалиноз стромы
амилоидоз клубочков
фибриноидный некроз капилляров клубочков
гломерулосклероз
малокровие клубочков
#
758
Возможная причина смерти при системной красной волчанке:
4
инфаркт легкого
гнойный менингит
артроз
сепсис
медиастинит
#
759
Изменения в коже при системной склеродермии проявляются в виде:
1
гиалиноза
обызвествления
дерматита
нагноения
липоидоза
#
760
Характерное изменение сердца при системной склеродермии:
3
возвратно-бородавчатый эндокардит
фибриноидный некроз и гранулематоз
мукоидное набухание и фиброз
узелковый миокардит
диффузный экссудативный миокардит
#
761
Для гравидарного эндометрия не характерны:
5
секреторные изменения в железах
децидуальная трансформация клеток стромы
пролиферативные изменения в железах
клубки спирально извитых сосудов
верно 1, 2, 4
#
762
При беременности увеличение размеров молочных желез происходит за счет пролиферации:
3
эпителия выводных протоков внутри долек
эпителия выводных внедольковых протоков

концевых отделов молочного дерева
@
@
#
763
Для лактирующей молочной железы характерно:
5
увеличение размеров долек
секреторные превращения эпителия альвеол
расширение просвета протоков с обилием секрета
все перечисленное верно
верно 1 и 2
#
764
Эклампсия беременных обычно развивается в триместре беременности:
3
первом
втором
третьем
@
@
#
765
Для развития эклампсии беременных наиболее частым фоном являются:
4
гломерулопатии
тубулопатии
цереброваскулярная болезнь
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
766
При эклампсии беременных в головном мозге развиваются все вышеперечисленные изменения, кроме:
5
субарахноидального кровоизлияния
отека
паренхиматозных кровоизлияний
нарушения микроциркуляции
инфаркта
#
767
Расстройства зрения при эклампсии беременных обусловлены:
5
ретинитом
отеком сетчатки
кровоизлияниями в сетчатку
верно 1 и 2
верно 2 и 3

#
768
Наиболее характерный для эклампсии беременных синдром:
2
нарушенного всасывания
ДВС
раздавливания
@
@
#
769
Для изменений селезенки при эклампсии беременных характерны все перечисленные признаки, кроме:
2
увеличения размеров
уменьшения размеров
дряблой консистенции
значительного соскоба пульпы
@
#
770
Размеры печени у умерших от эклампсии беременных:
2
уменьшены
увеличены
не изменены
закономерности не выявляется
@
#
771
При макроскопическом исследовании печени умерших от эклампсии беременных характерны все перечисленные изменения, кроме:
1
поверхности узловой
поверхности разреза тусклого вида
субкапсулярных кровоизлияний
некрозов неправильной формы
верно 3 и 4
#
772
Для гепатоцитов при эклампсии беременных характерны все перечисленные изменения, кроме:
2
дистрофии
регенераторных
некроза
дискомплексации
@
#

773
В эндометрии половозрелой женщины выделяют слои:
4
функциональный
промежуточный
базальный
верно 1 и 3
верно 2 и 3
#
774
В детородном периоде овариально-менструальный цикл содержит фазы:
4
фолликулиновую
прогестинтовую
лютеиновую
все перечисленное верно
верно 2 и 3
#
775
Компактный слой слизистой оболочки тела матки формируется:
3
При железистой гиперплазии эндометрия
в позднюю стадию фазы пролиферации
в среднюю стадию фазы секреции
При хроническом гиперпластическом эндометрите
@
#
776
В структуре эндометрия имеют морфологическое отражение фазы менструального цикла:
5
постовуляторного эндометрия
смешанного переходного эндометрия
десквамативного
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
777
Субнуклеарные вакуоли в эпителии желез эндометрия отмечаются:
3
При маточной беременности малого срока
При экзогенном введении половых гормонов
в раннюю стадию фазы секреции
При обратном развитии секреторного эндометрия
@
#
778
Для эстрогенной фазы в эндометрии характерными являются:
5
наличие трубчатых желез из темного несекретирующего эпителия

наличие клубков спиральноизвитых сосудов
отечная клеточная строма
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
779
К прогестиновой фазе менструального цикла относят следующие изменения в эндометрии в виде:
5
наличия ацинарных желез из светлого секретирующего эпителия
наличия желез из темного эпителия с гиперхромными вытянутыми многорядно-
расположенными ядрами
децидуоподобной трансформации клеток стромы
Все перечисленное верно
#
780
Зоны фибриноидного некроза в поверхностных слоях эндометрия свидетельствуют об:
3
остром эндометрите
наличии беременности
менструальном отторжении эндометрия
реакции на внутриматочную спираль
@
#
781
Физиологические пролиферативные изменения эндометрия проявляются:
2
кистозным расширением просвета с гиперплазией железистого эпителия,
наличием трубчатых железистых крипт с высоким темноклеточным эпителием
наличием пилообразных железистых крипт с уплощенным кубическим эпителием
Все перечисленное верно
ничем из перечисленного
#
782
Диффузная десквамация железистого эпителия с геморрагической инфильтрацией стромы отмечается при:
4
овуляторной гиперемии эндометрия
остром вирусном эндометрите
болезни Боткина
менструальном отторжении эндометрия
Все перечисленное верно
#
783
Децидуальная ткань в эндометрии становится отчетливо выражена после оплодотворения с:
3
3-его дня
6-ого дня

2-ого дня
одного месяца
трех месяцев
#
784
Капилляры в строме ворсин хориона при беременности появляются в конце:
1
3-й недели развития бластоцисты
2-го месяца беременности
4-го месяца беременности
@
@
#
784
Признаки маточной беременности в соскобе из полости матки:
3
деление эндометрия на компактный и спонгиозный слои
наличие большого числа сосудов
наличие инвазивного трофобласта
отсутствие ворсин хориона
@
#
785
Для внематочной беременности характерны:
5
некроз децидуальной ткани
наличие клубков спиральных артерий
децидуальная реакция стромы
верно 1 и 2
верно 2 и 3
#
786
К признакам регрессии эндометрия I стадии после нарушенной беременности относятся все перечисленные, кроме:
3
наличия децидуальной ткани с полями некроза и дистрофией децидуальных клеток
реакции Ариас – Стелла
склероза стромы эндометрия
наличия желез Опитца
звездчатых очертаний на поперечных срезах
#
787
К признакам регрессии эндометрия II стадии после нарушенной беременности относятся все перечисленные, кроме:
1
наличия желез Опитца
периваскулярных полей децидуальной ткани
реакции Ариас – Стелла
фибриноидного некроза сосудов децидуальной ткани

инволюции неотторгнувшегося эндометрия
#
789
К признакам регрессии эндометрия III стадии после нарушенной беременности относятся все перечисленные, кроме:
4
мелких округлых желез в фиброзированной строме с признаками пролиферации желез Овербека
реакции Ариас – Стелла
полей некроза в децидуальной ткани
@
#
790
При дисфункции яичников в эндометрии отмечаются:
5
гиперплазия
эндометрит
гипоплазия
верно 1 и 2
верно 1 и 3
#
791
Спиральные артерии в структуре гипопластического эндометрия свидетельствуют об:
4
наличии субмукозной миомы матки
начальных признаках фазы пролиферации
эстрогенной недостаточности яичников
персистенции неполноценного желтого тела яичников
@
#
792
Дисгормональные состояния слизистой оболочки матки характеризуются:
2
наличием структур одной из фаз менструального цикла, соответствующих времени, когда они должны наблюдаться в норме
признаками атрофии и кистозных изменений желез эндометрия
массивной круглоклеточной инфильтрацией стромы эндометрия
Все перечисленное верно
@

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Пауков В.С. Патологическая анатомия: Учебник М.: ГЭОТАР-МЕД 2014

2. А.И.Струков В.В.Серов. Патологическая анатомия: Учебник М.: ГЭОТАР-МЕД 2015
3. Серов В.В., Пауков В.С. Патологическая анатомия: Учебник М.: ГЭОТАР-МЕД 2010

Дополнительная литература

1. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека: Учебник М.: Медицина 1997
2. Под ред. Зайратьянца О.В Атлас по патологической анатомии : атлас М.: ГЭОТАР-Медиа 2010
3. Турганбаев Ж.Т., Ахметова М.И. Клиническая анатомия: Учебно-методическое пособие Камила Принт, Бишкек 2015
4. Быков В.Л. Частная гистология человека.: учебник Сотис 2013
5. Фролов В.А., Билибин Д.П., Дроздова Г.А., Демуров Е.А. Общая патологическая физиология: Учебник М.: Высшее Образование и Наука 2009
6. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека: Учеб. М.: Медицина 1997
7. Аликеев Г.К. Инфекционные болезни: учебник ГЭОТАР-Медиа, Москва 2011
8. Афанасьев Ю.И., Юрина Н.А., Котовский Е.Ф. Гистология, эмбриология, цитология : учебник ГЭОТАР-Медиа, Москва 2012
9. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология: учебник Москва ГЭОТАР-Медиа 2009
10. Перельман М.И. Фтизиатрия: Национальное руководство Москва, ГЭОТАР- Медиа 2009
11. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней: УчебникСПб, Фолиант 2010

Методические разработки

1. Каминский Ю.В., Тимошенко В.С., Полушин О.Г. Учебно-методическое пособие по патологической анатомии и биопсийно-секционному курсу : Пособие Медицина ДВ, Владивосток 2005

Перечень ресурсов "Интернет"

1. Электронная библиотека ОмГМУ: <http://weblib.omsk-osma.ru/>;
2. База данных Scopus: <http://www.scopus.com>
3. ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза»: <http://www.studmedlib.ru>;
4. Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова.: <http://www.scsml.rssi.ru>;
5. Сайт Российского общества патологоанатомов: www.patolog.ru