

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**  
**ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

Специальность 31.08.07 Патологическая анатомия  
*код, наименование*

Кафедра: патологической анатомии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2023

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Патологическая анатомия»

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Патологическая анатомия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Патологическая анатомия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Патологическая анатомия» используются следующие оценочные средства:

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3.	Собеседование	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4	Текущий	Раздел 1. Общий курс патологической анатомии	Тест, ситуационные задачи
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4	Текущий	Раздел 2. Частный курс патологической анатомии	Тест, ситуационные задачи

УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4	Текущий	Раздел 3. Биопсийно-секционный курс	Тест, ситуационные задачи
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тест, ситуационные задачи, собеседование

#### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестов.

4.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов для оценки компетенций:

УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5,  
ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

№	Тестовые задания с вариантами ответов
	Раздел 1. Общий курс патологической анатомии
1	Некроз – это омертвление 1) клеток в связи с нарушением обмена веществ 2) только паренхиматозных клеток 3) клеток и тканей в живом организме 4) клеток и тканей после смерти 5) генетически запрограммированное
2	Причинами некроза являются 1) инфекционные агенты 2) аллергические факторы 3) химические вещества 4) расстройства кровообращения 5) все перечисленное
3	Назовите морфологический вид некроза 1) сосудистый 2) аллергический 3) коагуляционный 4) травматический 5) все перечисленное
4	Сухой некроз имеет цвет 1) бело-желтый 2) черный 3) темно-вишневый 4) синюшный 5) темно-коричневый
5	Выделите неверное положение в характеристике влажного некроза

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) черного цвета</li> <li>2) содержит много влаги</li> <li>3) нарушает функцию органа</li> <li>4) часто развивается в головном мозге</li> <li>5) в исходе образуется киста</li> </ol>
6	<p>Для гангрены типичен цвет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желтый</li> <li>2) бело-серый</li> <li>3) черный</li> <li>4) темно-вишневый</li> <li>5) синюшный</li> </ol>
7	<p>Выделите неверное положение в характеристике гангрены</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) черного цвета</li> <li>2) соприкасается с внешней средой</li> <li>3) часто развивается в кишечнике</li> <li>4) вызывает нарушение функции</li> <li>5) в исходе образуется киста</li> </ol>
8	<p>Выделите неверное положение в характеристике сухого некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бело-желтого цвета</li> <li>2) развивается в почке, селезенке</li> <li>3) в исходе часто организация</li> <li>4) может быть сосудистым</li> <li>5) является всегда прямым некрозом</li> </ol>
9	<p>Морфологический вид некроза типичный для миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) влажная гангрена</li> <li>2) сухая гангрена</li> <li>3) влажный некроз</li> <li>4) сухой некроз</li> <li>5) пролежень</li> </ol>
10	<p>Наиболее частая локализация колликвационного некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) селезенка</li> <li>2) почка</li> <li>3) печень</li> <li>4) головной мозг</li> <li>5) миокард</li> </ol>
11	<p>Влажная гангрена типична для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кишечника</li> <li>2) почек</li> <li>3) печени</li> <li>4) головного мозга</li> <li>5) миокарда</li> </ol>
12	<p>Непрямой некроз часто вызывается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфекцией</li> <li>2) токсинами</li> <li>3) химическими факторами</li> <li>4) травматическими факторами</li> <li>5) прекращением притока крови</li> </ol>
13	<p>Выделите из перечисленного влажный некроз</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) творожистый некроз</li> <li>2) фибриноидный некроз</li> <li>3) ишемический инфаркт селезенки</li> </ol>

	<p>4) ишемический инфаркт головного мозга 5) восковидный некроз</p>
14	<p>Пролежень – разновидность</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркта</li> <li>2) гангрены</li> <li>3) сухого некроза</li> <li>4) влажного некроза</li> <li>5) изъязвления</li> </ol>
15	<p>При некрозе наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вакуолизация цитоплазмы</li> <li>2) вакуолизация ядра</li> <li>3) плазмолиз</li> <li>4) исчезновение гликогена</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
16	<p>При некрозе наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вакуолизация цитоплазмы</li> <li>2) вакуолизация ядра</li> <li>3) исчезновение гликогена</li> <li>4) кариолизис</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
17	<p>Выделите неверное положение в характеристике пролежня</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разновидность гангрены</li> <li>2) развивается в тканях подвергшихся давлению</li> <li>3) по патогенезу трофоневротический</li> <li>4) в исходе типична петрификация</li> <li>5) развивается у тяжелых лежачих больных</li> </ol>
18	<p>Вокруг очага некроза уже через 2-3 дня формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отложение солей кальция</li> <li>2) костная ткань</li> <li>3) демаркационное воспаление</li> <li>4) фиброзная капсула</li> <li>5) грубоволокнистая соединительная ткань</li> </ol>
19	<p>Неблагоприятный исход некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инкапсуляция</li> <li>2) организация</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) гнойное расплавление</li> <li>5) оссификация</li> </ol>
20	<p>Участок мертвой ткани, не подвергающийся аутолизу или иному исходу – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) петрификат</li> <li>2) пролежень</li> <li>3) инфаркт</li> <li>4) секвестр</li> <li>5) рубец</li> </ol>
21	<p>Осложнение некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рассасывание</li> <li>2) организация</li> <li>3) инкапсуляция</li> <li>4) разрыв стенки полого органа</li> <li>5) петрификация</li> </ol>

22	<p>Цвет некротизированных тканей при гангрене обусловлен</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) меланином</li> <li>2) гемосидеином</li> <li>3) билирубином</li> <li>4) солянокислым гематином</li> <li>5) сернистым железом</li> </ol>
23	<p>Гангрена может развиваться в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) почке</li> <li>2) миокарде</li> <li>3) головном мозге</li> <li>4) мягких тканях нижней конечности</li> <li>5) во всех перечисленных локализациях</li> </ol>
24	<p>Гангрена может развиваться в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) почке</li> <li>2) миокарде</li> <li>3) легком</li> <li>4) печени</li> <li>5) головном мозге</li> </ol>
25	<p>Воспалительная реакция сопровождается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некроз</li> <li>2) апоптоз</li> <li>3) пролиферацию</li> <li>4) вакуолизацию цитоплазмы</li> <li>5) полнокровие</li> </ol>
26	<p>Апоптозом называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гибель клеток в живом организме</li> <li>2) контролируемый процесс самоуничтожения клеток</li> <li>3) гибель тканей после прекращения жизнедеятельности организма</li> <li>4) гибель паренхиматозных клеток</li> </ol>
27	<p>Апоптоз обычно захватывает</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отдельные клетки</li> <li>2) участки паренхимы органа</li> <li>3) часть органа</li> <li>4) целый орган</li> </ol>
28	<p>При световой микроскопии апоптозные тельца выглядят как</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) базофильные тельца с фрагментами ядра</li> <li>2) эозинофильные тельца с фрагментами ядра</li> <li>3) вакуоли</li> <li>4) кристаллы холестерина</li> <li>5) зернистые шары</li> </ol>
29	<p>Преобразование хроматина при апоптозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лизис</li> <li>2) дисперсия</li> <li>3) конденсация</li> <li>4) гетерохромия</li> </ol>
30	<p>Компонент апоптозных телец</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ядро с ядрышком</li> <li>2) вакуоли с липидами</li> <li>3) гигантские митохондрии</li> <li>4) фрагменты цитоплазмы и ядра</li> <li>5) расширенные цистерны эндоплазматической сети</li> </ol>

31	<p>Апоптозные тельца подвергаются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аутолизу</li> <li>2) фагоцитозу</li> <li>3) организации</li> <li>4) инкапсуляции</li> <li>5) ослизнению</li> </ol>
32	<p>Клетки, фагоцитирующие апоптозные тельца</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофаги</li> <li>2) лимфоциты</li> <li>3) моноциты</li> <li>4) плазматические клетки</li> <li>5) фибробласты</li> </ol>
33	<p>Что происходит в исходе апоптоза?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фагоцитоз</li> <li>2) организация</li> <li>3) инкапсуляция</li> <li>4) регенарция</li> <li>5) петрификация</li> </ol>
34	<p>Генетически запрограммированная гибель клеток называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некроз</li> <li>2) аутолиз</li> <li>3) апоптоз</li> <li>4) мумификация</li> <li>5) секвестр</li> </ol>
35	<p>Неглубокий дефект в результате отторжения некроза слизистой оболочки называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) язва</li> <li>2) эрозия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) секвестр</li> <li>5) апоптоз</li> </ol>
36	<p>Глубокий дефект стенки желудка в результате отторжения некроза называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) язва</li> <li>2) эрозия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) секвестр</li> <li>5) апоптоз</li> </ol>
37	<p>Некроз черного цвета в связи с накоплением сернистого железа – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркт</li> <li>2) язва</li> <li>3) секвестр</li> <li>4) гангрена</li> <li>5) эрозия</li> </ol>
38	<p>Фибриноидный некроз часто развивается в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нервных клетках</li> <li>2) легких</li> <li>3) стенке кровеносных сосудов</li> <li>4) печени</li> <li>5) слизистой оболочке ротовой полости</li> </ol>
39	<p>Казеозный некроз типичен для</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизма</li> <li>2) туберкулеза</li> <li>3) гипертонической болезни</li> <li>4) дизентерии</li> <li>5) дифтерии</li> </ol>
40	<p>В головном мозге часто развивается морфологический вид некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гангрена</li> <li>2) влажный некроз</li> <li>3) сухой некроз</li> <li>4) киста</li> <li>5) секвестр</li> </ol>
41	<p>Организация некроза – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формирование капсулы</li> <li>2) отложение извести</li> <li>3) образование кости</li> <li>4) образование кисты</li> <li>5) врастание соединительной ткани в очаг</li> </ol>
42	<p>Киста – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаговое разрастание соединительной ткани</li> <li>2) формирование капсулы на периферии патологического очага</li> <li>3) патологическая полость, имеющая стенки и содержимое</li> <li>4) отложение солей кальция</li> <li>5) очаг влажного некроза</li> </ol>
43	<p>Петрификация – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формирование кости</li> <li>2) разрастание соединительной ткани</li> <li>3) отложение извести</li> <li>4) формирование капсулы</li> <li>5) гнойное расплавление</li> </ol>
44	<p>Отложение солей кальция в участке некроза – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) оссификация</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) пролежень</li> <li>5) инфаркт</li> </ol>
45	<p>Выберите неблагоприятный исход некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) гнойное расплавление</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) оссификация</li> <li>5) образование кисты</li> </ol>
46	<p>Повреждение, проявляющееся внутри- и внеклеточными скоплениями ненормальных количеств веществ, может называться</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некроз</li> <li>2) апоптоз</li> <li>3) дистрофия</li> <li>4) атрофия</li> <li>5) гипертрофия</li> </ol>



47	<p>Резко выраженная гидропическая дистрофия называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) балонной</li> <li>2) гиалиновой</li> <li>3) жировой</li> <li>4) слизистой</li> <li>5) роговой</li> </ol>
48	<p>Гидропическая дистрофия гепатоцитов наблюдается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стеатозе печени</li> <li>2) вирусном гепатите В</li> <li>3) эхинококке печени</li> <li>4) сахарном диабете</li> <li>5) ожирении</li> </ol>
49	<p>Гидропическая дистрофия эпителия канальцев почки наблюдается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ожирении</li> <li>2) нефротическом синдроме</li> <li>3) вирусном гепатите В</li> <li>4) гипертензии</li> <li>5) атеросклерозе</li> </ol>
50	<p>Алкогольный гиалин является белковым продуктом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) распада</li> <li>2) синтеза</li> <li>3) аутолиза</li> <li>4) слизееобразования</li> <li>5) фагоцитоза</li> </ol>
51	<p>Скопление масс белка в цитоплазме эпителия канальцев почки может быть при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидропической дистрофии</li> <li>2) слизистой дистрофии</li> <li>3) стеатозе</li> <li>4) гиалиново-капельной дистрофии</li> <li>5) атрофии</li> </ol>
52	<p>Для жировой дистрофии (стеатоза) печени характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение размеров органа</li> <li>2) плотная консистенция органа</li> <li>3) бугристая поверхность органа</li> <li>4) липиды в цитоплазме гепатоцитов</li> <li>5) исчезновение ядер гепатоцитов</li> </ol>
53	<p>Причина жировой дистрофии (стеатоза) печени</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) усиление кровотока</li> <li>2) гипоксия</li> <li>3) гипертензия</li> <li>4) острый ревматизм</li> <li>5) зубная болезнь</li> </ol>
54	<p>При белковом голодании жировая паренхиматозная дистрофия обычно развивается в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) печени</li> <li>2) почках</li> <li>3) миокарде</li> <li>4) надпочечниках</li> <li>5) селезенке</li> </ol>

55	<p>Для паренхиматозной жировой дистрофии миокарда характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) появление прослойки соединительной ткани</li> <li>2) увеличение размеров миоцитов</li> <li>3) уменьшение размеров миоцитов</li> <li>4) липиды в цитоплазме в группах мышечных клеток</li> <li>5) липиды в цитоплазме тотально во всех мышечных клетках</li> </ol>
56	<p>Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда выявляется при окраске</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематоксилином и эозином</li> <li>2) суданом 3</li> <li>3) пикриновой кислотой</li> <li>4) по Ван-Гизону</li> <li>5) толуидиновым синим</li> </ol>
57	<p>Клиническое проявление паренхиматозной жировой дистрофии миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) снижение сократительной способности</li> <li>2) увеличение сократительной способности</li> <li>3) гипертензия</li> <li>4) разрыв стенки сердца</li> </ol>
58	<p>Стеатоз печени развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) алкоголизме</li> <li>2) гипертензии</li> <li>3) вирусном гепатите А</li> <li>4) вирусном гепатите В</li> <li>5) зубной болезни</li> </ol>
59	<p>Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда развивается обычно при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипертензии</li> <li>2) дифтерии</li> <li>3) белковом голодании</li> <li>4) авитаминозах</li> <li>5) сахарном диабете</li> </ol>
60	<p>Печень называется «гусиной» при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хроническом венозном полнокровии</li> <li>2) белковой дистрофии</li> <li>3) гиалинозе капсулы</li> <li>4) стеатозе</li> <li>5) амилоидозе</li> </ol>
61	<p>Наиболее типичный исход стеатоза печени</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) восстановление структуры</li> <li>2) переход в белковую дистрофию</li> <li>3) переход в массивный некроз печени</li> <li>4) переход в цирроз печени</li> </ol>
62	<p>Накопление липидов в стенке крупных артерий типично для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) воспаления</li> <li>2) аневризмы</li> <li>3) атеросклероза</li> <li>4) кахексии</li> <li>5) ожирения</li> </ol>
63	<p>Сердце называется «тигровым», так как имеется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разрастание жировой ткани в миокарде</li> <li>2) очаги некроза в миокарде</li> <li>3) накопление липидов в группах миоцитов</li> <li>4) накопление масс белка в группах миоцитов</li> </ol>

	5) неравномерное полнокровие миокарда
64	Роговая дистрофия имеет место при 1) витилиго 2) лейкоплакии 3) распространенном меланозе 4) меланоме кожи 5) всём перечисленном
65	Какой из перечисленных процессов может быть обратимым? 1) апоптоз 2) гиалиноз 3) амилоидоз 4) мукоидное набухание 5) фибриноидные изменения
66	Гиалиноз клапанов сердца типичен для 1) врожденного порока сердца 2) ревматизма 3) гипертонической болезни 4) сахарного диабета 5) алкоголизма
67	Системный гиалиноз артериол типичен для 1) атеросклероза 2) алкоголизма 3) гипертонической болезни 4) туберкулеза 5) сифилиса
68	Гиалиновым изменениям подвергаются 1) петрификаты 2) массы амилоида 3) соединительная ткань 4) костная ткань 5) хрящевая ткань
69	Амилоид – белок, который откладывается 1) в клетках 2) в ядре клеток 3) между клетками 4) в очаге некроза 5) в очаге обызвествления
70	В гистологическом препарате амилоид выявляется с помощью окраски 1) гематоксилин и эозин 2) конго-рот 3) судан 3 4) по Ван-Гизону 5) толуидиновым синим

71	Амилоид может осложнять течение 1) бронхоэктатической болезни 2) гипертонической болезни 3) атеросклероза 4) острой пневмонии 5) острой дизентерии
72	При амилоидозе почка имеет вид 1) большой пестрой 2) большой белой 3) первично-сморщенной 4) мелкобугристой 5) крупнодольчатой
73	Вторичный амилоидоз может осложнять течение 1) туберкулеза 2) сахарного диабета 3) гипертонической болезни 4) атеросклероза 5) гепатита
74	Амилоидоз, развивающийся на фоне предшествующего заболевания, называется 1) первичный 2) вторичный 3) старческий 4) наследственный 5) семейный
75	Наиболее частая причина смерти при вторичном амилоидозе 1) хроническая сердечная недостаточность 2) острая сердечная недостаточность 3) хроническая почечная недостаточность 4) острая почечная недостаточность 5) острая надпочечниковая недостаточность
76	Типичным для внешнего вида органов при амилоидозе является 1) очень дряблая консистенция 2) очень плотная консистенция 3) пестрый вид на разрезе 4) бугристая поверхность 5) западающие рубцы
77	Типичным для внешнего вида органов при амилоидозе является 1) дряблая консистенция 2) пестрый вид на разрезе 3) сальный вид на разрезе 4) крупнобугристая поверхность 5) мелкобугристая поверхность
78	В почке амилоид откладывается в 1) почечном клубочке 2) эпителии извитых канальцев 3) эпителии прямых канальцев 4) фиброзной капсуле 5) во всем перечисленном

79	Общее ожирение способствует развитию 1) бурой атрофии сердца 2) миокардита 3) ишемической болезни сердца 4) острого панкреатита 5) зубной болезни
80	При общем ожирении в сердце наблюдается 1) появление липидов в цитоплазме миоцитов 2) появление прослоек жировой ткани в миокарде 3) появление прослоек фиброзной ткани в миокарде 4) отложение извести 5) очаги некроза миоцитов
81	Для гиперпластического варианта ожирения верно 1) имеет злокачественное течение 2) количество адипозитов увеличено 3) адипозиты содержат избыточное количество триглицеридов 4) сочетается с метаболическими изменениями 5) все перечисленное верно
82	Для гипертрофического варианта ожирения верно 1) имеет злокачественное течение 2) количество адипозитов увеличено 3) функция адипозитов не нарушена 4) нет метаболических нарушений 5) все перечисленное верно
83	Пигменты – это вещества 1) имеющие окраску 2) способные воспринимать красители 3) белковой природы 4) растворимые в липидах
84	К пигментам относятся 1) липиды в цитоплазме гепатоцитов 2) белки в цитоплазме нефроцитов 3) билирубин в цитоплазме гепатоцитов 4) соли кальция в соединительной ткани 5) всё перечисленное
85	К эндогенным пигментам нельзя отнести 1) меланин 2) липофусцин 3) гемосидерин 4) билирубин 5) сернистое железо
86	К пигментам, производным гемоглобина, относится 1) меланин 2) липофусцин 3) гемосидерин 4) липохром 5) адренохром

87	Верным в отношении гемосидерина является 1) экзогенный пигмент 2) производное гемоглобина 3) черного цвета 4) в норме не встречается 5) не содержит железа
88	При бурой индурации легких накапливается пигмент 1) солянокислый гематин 2) билирубин 3) гемосидерин 4) липофусцин 5) угольная пыль
89	Типичным для бурой индурации легких является 1) легкие темно-вишневого цвета 2) плотной консистенции 3) просвет бронхов расширен 4) просвет альвеол расширен 5) пример общего гемосидероза
90	Типичным для бурой индурации легких является 1) гнездное скопление гемосидерина 2) истончение межальвеолярных перегородок 3) расширение просвета альвеол 4) развивается при остром венозном полнокровии 5) пример общего гемосидероза
91	Верным в отношении билирубина является 1) пигмент желчи 2) в крови в норме не выявляется 3) содержит железо 4) производное меланина 5) липидогенный пигмент
92	В зоне кровоизлияния со временем появляется пигмент 1) адренохром 2) меланин 3) липофусцин 4) гемосидерин 5) липохром
93	Реакция Перлса выявляет 1) гемосидерин 2) билирубин 3) порфирин 4) меланин 5) липофусцин
94	При язвах и эрозиях желудка образуется 1) гемомеланин 2) порфирин 3) солянокислый гематин 4) хлорид железа 5) сульфид железа

95	<p>При кахексии в печени накапливается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемосидерин</li> <li>2) билирубин</li> <li>3) меланин</li> <li>4) липофусцин</li> <li>5) ферритин</li> </ol>
96	<p>Верным в отношении липофусцина является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экзогенный пигмент</li> <li>2) гемоглибиногенный пигмент</li> <li>3) содержит железо</li> <li>4) накапливается в цитоплазме гепатоцита</li> <li>5) нарушает функцию гепатоцита</li> </ol>
97	<p>К нарушению обмена меланина относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) витилиго</li> <li>2) лейкоплакия</li> <li>3) гемохроматоз</li> <li>4) желтуха</li> <li>5) синдром Жильбера</li> </ol>
98	<p>Верным в отношении меланина является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экзогенный пигмент</li> <li>2) производное гемоглобина</li> <li>3) содержит железо</li> <li>4) желтого цвета</li> <li>5) синтезируется меланоцитами</li> </ol>
99	<p>Падагра – это нарушение обмена</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липидов</li> <li>2) нуклеопротеидов</li> <li>3) аминокислот</li> <li>4) пигментов</li> <li>5) кальция</li> </ol>
100	<p>Мочекислый инфаркт – это нарушение обмена</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кальция</li> <li>2) калия</li> <li>3) липидогенных пигментов</li> <li>4) гемоглибиногенных пигментов</li> <li>5) нуклеопротеидов</li> </ol>
101	<p>К дистрофическому обызвествлению относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соли кальция в неизменной слизистой оболочке желудка</li> <li>2) известковые метастазы в почках</li> <li>3) петрификация некроза</li> <li>4) соли кальция в неизменных легких</li> <li>5) соли кальция в миокарде при гиперкальцемии</li> </ol>
102	<p>Вид патологического обызвествления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обменное</li> <li>2) очаговое</li> <li>3) диффузное</li> <li>4) метастатическое</li> <li>5) идиопатическое</li> </ol>

103	<p>Вид патологического обызвествления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обменное</li> <li>2) очаговое</li> <li>3) диффузное</li> <li>4) дистрофическое</li> <li>5) идиопатическое</li> </ol>
104	<p>Метастатическое обызвествление развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анемии</li> <li>2) гипоксии</li> <li>3) липедемии</li> <li>4) гиперкальцемии</li> <li>5) гипокальцемии</li> </ol>
105	<p>Не является верным в характеристике дистрофического обызвествления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) местный процесс</li> <li>2) нет гиперкальцемии</li> <li>3) известь откладывается в патологически измененных органах</li> <li>4) нет нарушения функции органа</li> <li>5) может быть при избыточном введении витамина Д</li> </ol>
106	<p>Не является верным в отношении метастатического обызвествления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеется гиперкальцемия</li> <li>2) поражено несколько органов</li> <li>3) функция органов не нарушена</li> <li>4) известь откладывается в патологически измененных органах</li> <li>5) может быть при избыточном введении витамина Д</li> </ol>
107	<p>Пример дистрофического обызвествления – отложение солей кальция в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) слизистой оболочке желудка при гиперкальцемии</li> <li>2) клапанах сердца при ревматизме</li> <li>3) миокарде при гиперкальцемии</li> <li>4) неизмененных почках</li> <li>5) неизмененных легких</li> </ol>
108	<p>Соли кальция при метастатическом обызвествлении откладываются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соединительнотканых рубцах</li> <li>2) фиброзных спайках</li> <li>3) тромбе</li> <li>4) склерозированных клапанах сердца</li> <li>5) в почках, легких при гиперкальцемии</li> </ol>
109	<p>Петрификаты в исходе казеозного некроза наблюдается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизме</li> <li>2) туберкулезе</li> <li>3) атеросклерозе</li> <li>4) гипертонической болезни</li> <li>5) дизентерии</li> </ol>
110	<p>Укажите название вида местной артериальной гиперемии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обтурационная</li> <li>2) постанемическая</li> <li>3) ишемическая</li> <li>4) гидростатическая</li> <li>5) механическая</li> </ol>
111	<p>Вакатная артериальная гиперемия развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) постановке медицинских банок</li> <li>2) удалении зажима, наложенного на артерию</li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) закрытии тромбом магистральной артерии</li> <li>4) параличе суживающего нерва</li> <li>5) всем перечисленном</li> </ul>
112	<p>Для развития венозного полнокровия нужно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение притока крови</li> <li>2) уменьшение притока крови</li> <li>3) увеличение оттока крови</li> <li>4) уменьшение оттока крови</li> <li>5) прекращение притока крови</li> </ul>
113	<p>Местное венозное полнокровие развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) закрытии просвета артерии тромбом</li> <li>2) закрытии просвета вены тромбом</li> <li>3) сдавлении артерии жгутом</li> <li>4) инфаркте миокарда</li> <li>5) декомпенсации гипертрофированного сердца</li> </ul>
114	<p>Общее венозное полнокровие развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) декомпенсации гипертрофированного сердца</li> <li>2) сдавлении вены</li> <li>3) обтурации вены тромбом</li> <li>4) сужении просвета вены растущей опухолью</li> <li>5) варикозном расширении вен</li> </ul>
115	<p>Острый общий венозный застой развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркте миокарда</li> <li>2) кардиосклерозе</li> <li>3) хронической аневризме сердца</li> <li>4) пороках сердца</li> <li>5) пневмосклерозе</li> </ul>
116	<p>Хронический общий венозный застой развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркте миокарда</li> <li>2) остром миокардите</li> <li>3) миокардиодистрофии</li> <li>4) кардиосклерозе</li> <li>5) острой аневризме сердца</li> </ul>
117	<p>При остром венозном полнокровии в тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) склероз</li> <li>2) атрофия</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) отек</li> <li>5) гиалиноз</li> </ul>
118	<p>При остром венозном полнокровии в органах и тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) склероз</li> <li>2) атрофия паренхиматозных клеток</li> <li>3) гипертрофия паренхиматозных клеток</li> <li>4) диапедез эритроцитов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
119	<p>При хроническом венозном полнокровии в органах и тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия паренхиматозных клеток</li> <li>2) отложение извести</li> <li>3) отложение амилоида</li> <li>4) воспаление</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>

120	<p>При хроническом венозном полнокровии в легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаги некроза</li> <li>2) воспаление</li> <li>3) склероз</li> <li>4) амилоидоз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
121	<p>При остром венозном полнокровии в легком развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемосидероз</li> <li>2) отек</li> <li>3) склероз</li> <li>4) гиалиноз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
122	<p>Печень называется «мускатной» при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) остром венозном полнокровии</li> <li>2) хроническом венозном полнокровии</li> <li>3) анемии</li> <li>4) шоке</li> <li>5) ДВС-синдроме</li> </ol>
123	<p>Печень при венозном полнокровии имеет мускатный вид, так как</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в центре долек кровоизлияния</li> <li>2) в центре долек атрофия гепатоцитов</li> <li>3) на периферии долек гипертрофия гепатоцитов</li> <li>4) начинает разрастаться соединительная ткань</li> <li>5) появляется перестройка структуры долек</li> </ol>
124	<p>Исход мускатной печени</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гепатит</li> <li>2) цирроз</li> <li>3) стеатоз</li> <li>4) массивный некроз</li> <li>5) механическая желтуха</li> </ol>
125	<p>При хроническом общем венозном полнокровии развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мускатная печень</li> <li>2) гидроцефалия</li> <li>3) большая белая почка</li> <li>4) большая сальная почка</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
126	<p>При хроническом общем венозном полнокровии развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мускатная печень</li> <li>2) бурая индурация легких</li> <li>3) цианотическая индурация почек</li> <li>4) асцит</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
127	<p>При хроническом венозном застое в печени развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отложение амилоида</li> <li>2) отложение извести</li> <li>3) атрофия гепатоцитов</li> <li>4) холестаза</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
128	<p>В легких накапливается гемосидерин при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) остром венозном полнокровии</li> <li>2) хроническом венозном полнокровии</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) острой пневмонии</li> <li>4) эмфиземе</li> <li>5) шоке</li> </ul>
129	<p>При инфаркте миокарда левого желудочка сердца развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острое венозное полнокровие большого круга кровообращения</li> <li>2) острое венозное полнокровие малого круга кровообращения</li> <li>3) хроническое венозное полнокровие большого круга кровообращения</li> <li>4) хроническое венозное полнокровие малого круга кровообращения</li> </ul>
130	<p>Острое венозное полнокровие малого круга кровообращения развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) декомпенсации гипертрофированного сердца</li> <li>2) пороке сердца</li> <li>3) кардиосклерозе</li> <li>4) инфаркте миокарда</li> <li>5) всем перечисленном</li> </ul>
131	<p>При декомпенсированном митральном стенозе в легких развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) пневмония</li> <li>2) бурая индурация легких</li> <li>3) гематома</li> <li>4) отложение амилоида</li> <li>5) отложение извести</li> </ul>
132	<p>При инфаркте левого желудочка сердца в легком развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бурая индурация</li> <li>2) пневмосклероз</li> <li>3) отек</li> <li>4) гемосидероз</li> <li>5) воспаление</li> </ul>
133	<p>При декомпенсированном митральном стенозе в легких развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) опухоль</li> <li>2) некроз</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) воспаление</li> <li>5) склероз</li> </ul>
134	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение размеров органа</li> <li>2) пестрый вид на разрезе</li> <li>3) дряблая консистенция</li> <li>4) бугристая поверхность</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
135	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение размеров органа</li> <li>2) плотная консистенция</li> <li>3) пестрый вид на разрезе</li> <li>4) нижний край печени закруглен</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
136	<p>Не может развиваться в органах и тканях при остром венозном застое</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) отек</li> <li>2) плазморрагия</li> <li>3) склероз</li> <li>4) диапедез эритроцитов</li> <li>5) дистрофия паренхиматозных клеток</li> </ul>

137	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемия центра дольки</li> <li>2) полнокровие центра дольки</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) гипертрофия гепатоцитов центра дольки</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
138	<p>При мускатной печени в центре дольки наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кровоизлияние</li> <li>2) полнокровие</li> <li>3) атрофия гепатоцитов</li> <li>4) начало разрастания соединительной ткани</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
139	<p>Кровоизлиянием называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) скопление крови в серозных полостях</li> <li>2) скопление крови в тканях</li> <li>3) истечение крови из сосуда</li> <li>4) истечение крови во внешнюю среду</li> <li>5) разрыв стенки сосуда</li> </ol>
140	<p>Название скопления крови в анатомической полости</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидроторакс</li> <li>2) гидроперитониум</li> <li>3) гематома</li> <li>4) гемоперикардиум</li> <li>5) геморрагия</li> </ol>
141	<p>Название механизма кровотечения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стаз</li> <li>2) плазморрагия</li> <li>3) геморрагия</li> <li>4) диапедез</li> <li>5) ангиоспазм ангиоспазм</li> </ol>
142	<p>Название кровоизлияния</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематома</li> <li>2) геморрагия</li> <li>3) асцит</li> <li>4) анасарка</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
143	<p>Быстрая большая кровопотеря ведет к развитию</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венозного полнокровия</li> <li>2) отека органов</li> <li>3) стаза</li> <li>4) острого малокровия</li> <li>5) хронического малокровия</li> </ol>
144	<p>На месте кровоизлияния со времени образуется пигмент</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) меланин</li> <li>2) липофусцин</li> <li>3) гемосидерин</li> <li>4) липохром</li> <li>5) гемоглобин</li> </ol>

145	«Ржавая» киста головного мозга образуется на месте 1) некроза 2) гематомы 3) ишемического инфаркта 4) опухоли 5) эхинококка
146	На месте гематомы в головном мозге обычно формируется 1) киста 2) рубец 3) опухоль 4) отложение солей кальция 5) отложение извести
147	Наиболее неблагоприятный исход кровоизлияния 1) киста 2) нагноение 3) рубец 4) петрификация 5) рассасывание
148	Что такое гематома? 1) скопление крови в серозных полостях 2) скопление крови в тканях без их разрушения 3) скопление крови в тканях с их разрушением 4) плоскостное кровоизлияние 5) мелкоточечное кровоизлияние
149	Путем разъедания развивается кровотечение при 1) гнойном воспалении 2) хроническом венозном застое 3) остром венозном застое 4) гипертоническом кризе 5) механической травме
150	Путем разрыва развивается кровотечение при 1) гнойном воспалении 2) хроническом венозном застое 3) остром венозном застое 4) гипертоническом кризе 5) опухоли
151	Путем диапедеза развивается кровоизлияние при 1) механической травме 2) остром венозном застое 3) опухоли 4) внематочной беременности 5) некрозе
152	Кровоизлияние, при котором формируется некроз, называется 1) геморрагия 2) гематома 3) геморрагическая инфильтрация 4) петехия 5) кровоподтек

153	Исходом кровоизлияния является 1) гематома 2) организация 3) некроз 4) петехия 5) нарушение функции
154	Гематома головного мозга при гипертонической болезни развивается путем 1) разрыва 2) разъедания 3) повышения проницаемости
155	Множественные петехии в коже при инфекциях развиваются путем 1) разрыва 2) разъедания 3) повышения проницаемости
156	Определение стаза 1) уменьшение притока артериальной крови 2) увеличение вязкости крови 3) затруднение оттока крови из органа 4) остановка тока крови в микроциркуляторном русле 5) прекращение притока артериальной крови
157	Развитие стаза не возможно в 1) прекапиллярах 2) артериолах 3) посткапиллярах 4) капиллярах 5) артериях
158	Наиболее тяжелое последствие стойкого стаза 1) сладж-феномен 2) периваскулярный отек 3) плазморрагия 4) диапедез эритроцитов 5) некроз паренхиматозных клеток
159	При стазе развивается 1) сладж-феномен 2) диапедез эритроцитов 3) периваскулярный отек 4) некроз тканевых элементов 5) все перечисленное
160	Что такое сладж-феномен? 1) прилипание друг к другу форменных элементов крови 2) агглютинация эритроцитов 3) увеличение количества форменных элементов крови 4) увеличение вязкости крови 5) остановка тока крови в микроциркуляторном русле
161	Отеком называется 1) увеличение кровонаполнения 2) увеличение содержания тканевой жидкости 3) затруднение оттока венозной крови 4) скопление экссудата 5) плазматическое пропитывание

162	<p>При нефротическом синдроме отеки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидростатические</li> <li>2) онкотические</li> <li>3) мембраногенные</li> <li>4) в связи с задержкой электролитов</li> <li>5) в связи с застоем лимфы</li> </ol>
163	<p>При остром гломерулонефрите отеки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидростатические</li> <li>2) онкотические</li> <li>3) мембраногенные</li> <li>4) в связи с задержкой электролитов</li> <li>5) в связи с застоем лимфы</li> </ol>
164	<p>При хронической сердечной недостаточности ведущим в развитии отеков является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повышение онкотического давления</li> <li>2) уменьшение коллоидно-осмотического давления</li> <li>3) усиление секреции альдостерона</li> <li>4) повреждение эндотелия и базальных мембран капилляров</li> <li>5) повышение проницаемости мембран капилляров</li> </ol>
165	<p>При отеке легких наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение размеров легких</li> <li>2) увеличение веса</li> <li>3) тестообразная консистенция</li> <li>4) стекание пенистой жидкости с поверхности среза</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
166	<p>При отеке легких наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение размеров легких</li> <li>2) уменьшение веса</li> <li>3) повышенная воздушность</li> <li>4) плотная консистенция легких</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
167	<p>При отеке легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) расширение просвета альвеол</li> <li>2) скопление отечной жидкости в просвете альвеол</li> <li>3) склероз межальвеолярных перегородок</li> <li>4) отложение гемосидерина</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
168	<p>При отеке легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие капилляров</li> <li>2) скопление отечной жидкости в просвете альвеол</li> <li>3) скопление отечной жидкости в межальвеолярных перегородках</li> <li>4) диапедез эритроцитов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
169	<p>Для транссудата характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мутный вид жидкости</li> <li>2) неприятный запах</li> <li>3) белка меньше 2%</li> <li>4) много клеточных элементов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>

170	<p>Для обозначения скопления отечной жидкости используют термин</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематома</li> <li>2) асцит</li> <li>3) экхимоз</li> <li>4) эксикоз</li> <li>5) гемоторакс</li> </ol>
171	<p>Для отека головного мозга характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение объема с уплощением извилин</li> <li>2) увеличение объема с вклиниванием мозжечка в большое затылочное отверстие</li> <li>3) множественные кровоизлияния</li> <li>4) растяжение желудочков мозга мутной жидкостью</li> <li>5) смазанность рисунка на разрезе</li> </ol>
172	<p>Укажите причину острого малокровия (ишемии)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) закупорка вены тромбом</li> <li>2) закупорка артерии тромбом</li> <li>3) эмболы</li> <li>4) сдавление артерии растущей опухолью</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
173	<p>Укажите причину острого малокровия (ишемии)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) спазм артерии</li> <li>2) закупорка артерии тромбом</li> <li>3) закупорка артерии тромбоэмболом</li> <li>4) сдавление артерии жгутом</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
174	<p>Значимое последствие острого малокровия (ишемии)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) склероз</li> <li>2) некроз</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) атрофия</li> <li>5) дистрофия</li> </ol>
175	<p>Значимое последствие хронического малокровия (ишемии)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия и некроз</li> <li>2) атрофия и склероз</li> <li>3) отек и плазморрагия</li> <li>4) полнокровие и диапедез</li> </ol>
176	<p>Обратимое изменение клетки при ишемии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кариопикноз</li> <li>2) кариорексис</li> <li>3) плазмолиз</li> <li>4) разрыв мембран</li> <li>5) исчезновение гликогена</li> </ol>
177	<p>Непосредственная причина образования тромба</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повреждение сосудистой стенки</li> <li>2) замедление тока крови</li> <li>3) завихрение тока крови</li> <li>4) увеличение вязкости крови</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>



178	<p>Непосредственная причина образования тромба</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повреждение сосудистой стенки</li> <li>2) уменьшение количества эритроцитов</li> <li>3) уменьшение количества тромбоцитов</li> <li>4) диapedез эритроцитов</li> <li>5) плазморрагия</li> </ol>
179	<p>Назовите стадии тромбообразования</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) агглютинация тромбоцитов</li> <li>2) коагуляция фибриногена</li> <li>3) агглютинация эритроцитов</li> <li>4) преципитация белков плазмы</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
180	<p>Не выделяется как морфологическая разновидность тромба</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) красный тромб</li> <li>2) белый</li> <li>3) смешанный</li> <li>4) белый с геморрагическим венчиком</li> <li>5) гиалиновый</li> </ol>
181	<p>Белые тромбы чаще образуются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венах</li> <li>2) артериях</li> <li>3) полости аневризмы</li> <li>4) капиллярах</li> </ol>
182	<p>Красные тромбы чаще образуются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венах</li> <li>2) артериях</li> <li>3) капиллярах</li> <li>4) полости сердца</li> <li>5) аорте</li> </ol>
183	<p>Гиалиновые тромбы образуются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венах</li> <li>2) артериях</li> <li>3) капиллярах</li> <li>4) полости сердца</li> <li>5) аорте</li> </ol>
184	<p>Неблагоприятным исходом тромба является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) тромбоземболия</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) васкуляризация</li> <li>5) канализация</li> </ol>
185	<p>Обтурирующий тромб артерии может привести к</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венозному полнокровию</li> <li>2) артериальному полнокровию</li> <li>3) инфаркту</li> <li>4) тромбоземболии</li> </ol>
186	<p>Обтурирующий тромб вены может привести к</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венозному полнокровию</li> <li>2) артериальному полнокровию</li> <li>3) инфаркту</li> <li>4) петрификации</li> </ol>

	5) тромбоемболии
187	Благоприятный исход тромба 1) септический аутолиз 2) гнойное расплавление 3) организация 4) тромбоемболия 5) обтурация просвета сосуда
188	Тромб, состоящий из чередующихся участков красного и белого тромба 1) красный 2) белый 3) смешанный 4) гиалиновый 5) зернистый пристеночный
189	Тромб, в котором содержится большое количество эритроцитов 1) красный 2) белый 3) смешанный 4) слоистый 5) гиалиновый
190	Тромб, в котором содержится большое количество фибрина и лейкоцитов 1) красный 2) белый 3) смешанный 4) слоистый 5) гиалиновый
191	При обтурации тромбом бедренной артерии в нижней конечности развивается 1) сухой некроз 2) влажный некроз 3) гангрена 4) инфаркт 5) полнокровие
192	Назовите вид эмболии 1) ишемическая 2) воздушная 3) ангионевротическая 4) вакатная 5) воспалительная
193	Тромбоемболия мелких ветвей легочной артерии приводит к 1) пульмокоронарному рефлексу 2) инфаркту легкого 3) ателектазу 4) шоку 5) ДВС-синдрому

194	<p>Для внешнего вида тромба характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) шероховатая поверхность</li> <li>2) гладкая поверхность</li> <li>3) содержит много влаги</li> <li>4) не скреплен со стенкой сосуда</li> <li>5) все перечисленное верно</li> </ol>
195	<p>Для внешнего вида тромба характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) шероховатая поверхность</li> <li>2) гофрированная поверхность</li> <li>3) тусклый вид поверхности</li> <li>4) скреплен со стенкой сосуда</li> <li>5) все перечисленное верно</li> </ol>
196	<p>Тромбоэмболия ствола и крупных ветвей легочной артерии приводит к развитию</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пульмокоронарного рефлекса</li> <li>2) геморрагического инфаркта</li> <li>3) ателектаза</li> <li>4) шока</li> <li>5) ДВС-синдрома</li> </ol>
197	<p>Локализация тромбов при тромбоэмболии легочной артерии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) артерии большого круга кровообращения</li> <li>2) вены большого круга кровообращения</li> <li>3) вены малого круга кровообращения</li> <li>4) клапаны левого сердца</li> <li>5) аорта</li> </ol>
198	<p>Локализация тромбов при тромбоэмболии артерий большого круга кровообращения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клапаны левого сердца</li> <li>2) клапаны правого сердца</li> <li>3) вены малого круга кровообращения</li> <li>4) вены большого круга кровообращения</li> <li>5) артерии малого круга кровообращения</li> </ol>
199	<p>Наиболее опасна закупорка жировыми эмболами капилляров</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) почек</li> <li>2) печени</li> <li>3) легких</li> <li>4) кишечника</li> <li>5) селезенки</li> </ol>
200	<p>Назовите последствие тромбоэмболии большого круга кровообращения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие органов</li> <li>2) инфаркты в органах</li> <li>3) отек</li> <li>4) эксикоз</li> <li>5) кахексия</li> </ol>
201	<p>Пульмокоронарный рефлекс развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) жировой эмболии сосудов легких</li> <li>2) эмболии околоплодными водами у роженицы</li> <li>3) микробной эмболии сосудов легких</li> <li>4) тромбоэмболии ствола легочной артерии</li> <li>5) тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии</li> </ol>

202	<p>Жировая эмболия развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) травматическом размождении жировой клетчатки</li> <li>2) внутримышечном введении масляных растворов</li> <li>3) попадании околоплодных вод в кровяное русло</li> <li>4) изъязвлении и отрыве частей атеросклеротической бляшки</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
203	<p>Инфаркт – это очаг некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) любого генеза</li> <li>2) любой локализации</li> <li>3) сосудистого генеза</li> <li>4) в результате нарушения микроциркуляции</li> <li>5) в органе в результате прекращения артериального кровотока</li> </ol>
204	<p>Не является морфологическим видом инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) белый</li> <li>2) красный</li> <li>3) смешанный</li> <li>4) белый с геморрагическим венчиком</li> </ol>
205	<p>Назовите наиболее частую причину инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венозное полнокровие</li> <li>2) тромбоз артерии</li> <li>3) тромбоз крупных вен</li> <li>4) эмболия капиллярного русла</li> <li>5) тромбы в сосудах микроциркуляторного русла</li> </ol>
206	<p>Главное условие развития геморрагического инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) большая кровопотеря</li> <li>2) венозный застой</li> <li>3) тромбоз артерии</li> <li>4) анемия</li> <li>5) недостаточность анастомозов</li> </ol>
207	<p>Красный инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миокарда</li> <li>2) легких</li> <li>3) селезенки</li> <li>4) почек</li> <li>5) печени</li> </ol>
208	<p>Белый с геморрагическим поясом инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кишечника</li> <li>2) кожи</li> <li>3) головного мозга</li> <li>4) миокарда</li> <li>5) печени</li> </ol>
209	<p>Белый (ишемический) инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) селезенки</li> <li>2) кишечника</li> <li>3) легких</li> <li>4) печени</li> <li>5) кожи</li> </ol>

210	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта легкого</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) темно-красного цвета</li> <li>3) развивается на фоне венозного полнокровия</li> <li>4) в исходе образуется киста</li> <li>5) причина тромбоз (тромбоэмболия)</li> </ol>
211	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) бело-желтого цвета</li> <li>3) красный венчик</li> <li>4) плотной консистенции</li> <li>5) тромб со стороны эндокарда</li> </ol>
212	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта почки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) бело-желтого цвета</li> <li>3) красный венчик</li> <li>4) кашицеобразной консистенции</li> <li>5) причина тромбоз (тромбоэмболия)</li> </ol>
213	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта селезенки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) красного цвета</li> <li>3) плотной консистенции</li> <li>4) причина тромбоз (тромбоэмболия)</li> <li>5) в исходе соединительнотканый рубец</li> </ol>
214	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта головного мозга</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) бело-серого цвета</li> <li>3) мягкой консистенции</li> <li>4) локализуется в подкорковых узлах</li> <li>5) развивается на фоне атеросклероза</li> </ol>
215	<p>Наиболее тяжелые последствия имеет инфаркт</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) селезенки</li> <li>2) почки</li> <li>3) головного мозга</li> <li>4) легких</li> <li>5) костей</li> </ol>
216	<p>Неблагоприятным исходом инфаркта является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) петрификация</li> <li>3) образование кисты</li> <li>4) гнойное расплавление</li> <li>5) инкапсуляция</li> </ol>
217	<p>В исходе инфаркта миокарда обычно формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) киста</li> <li>2) абсцесс</li> <li>3) рубец</li> <li>4) гемосидероз</li> <li>5) петрификат</li> </ol>

218	В исходе инфаркта головного мозга обычно формируется 1) киста 2) абсцесс 3) рубец 4) гемосидероз 5) петрификат
219	В исходе инфаркта почки (селезенки) обычно формируется 1) киста 2) абсцесс 3) гемосидероз 4) рубец 5) петрификат
220	Укажите вид шока 1) острый 2) гиповолемический 3) обратимый 4) необратимый 5) все верно
221	При шоке в почке развивается 1) некроз эпителия канальцев 2) воспаление 3) гемосидероз 4) петрификация 5) отложение уратов
222	Для «шоковой почки» характерно 1) атрофия канальцев 2) некроз канальцев 3) склероз стромы 4) воспаление 5) все верно
223	При шоке в легких развивается 1) некроз 2) жировая дистрофия 3) исчезновение гликогена 4) отек 5) воспаление
224	Для шокового легкого характерно 1) дистрофия 2) очаги некроза 3) отек 4) воспаление 5) все верно
225	При шоке в легком развивается 1) полнокровие 2) кровоизлияние 3) отек 4) ателектазы 5) все перечисленное

226	<p>В печени при шоке развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемия</li> <li>2) очаги некроза</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) склероз</li> <li>5) воспалительные инфильтраты</li> </ol>
227	<p>В миокарде при шоке развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) петрификация</li> <li>2) гемосидероз</li> <li>3) некроз миоцитов</li> <li>4) склероз</li> <li>5) воспалительные инфильтраты</li> </ol>
228	<p>В каком органе при шоке часто развивается язвы и эрозии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) пищевод</li> <li>3) ротовая полость</li> <li>4) прямая кишка</li> <li>5) бронхи</li> </ol>
229	<p>Что такое «шоковый орган»?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) орган, патология которого определяет смертельный исход</li> <li>2) орган, изменения в котором вызывают развитие шока</li> <li>3) орган, в котором развиваются тяжелые изменения, обусловленные шоком</li> </ol>
230	<p>В развитии ДВС-синдрома ведущим является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тромбоцитопения</li> <li>2) анемия</li> <li>3) недостаточность синтеза фибриногена</li> <li>4) избыточная внутрисосудистая коагуляция</li> <li>5) снижение объема циркулирующей крови</li> </ol>
231	<p>Иницирующим моментом в развитии ДВС-синдрома является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) коагуляция фибриногена с образованием фибрина</li> <li>2) выброс большого количества тромбопластина в сосудистое русло</li> <li>3) гипофибриногемия</li> <li>4) увеличение образования тромбина из протромбина плазмы</li> <li>5) образование тромбов в сосудах микроциркуляторного русла</li> </ol>
232	<p>К шоку часто присоединяется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нефротический синдром</li> <li>2) ДВС-синдром</li> <li>3) гепато-ренальный синдром</li> <li>4) гепато-лиенальный синдром</li> <li>5) хроническая почечная недостаточность</li> </ol>
233	<p>Выделите фазу воспалительной реакции</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие</li> <li>2) дистрофия</li> <li>3) экссудация</li> <li>4) репарация</li> <li>5) регенерация</li> </ol>

234	<p>Морфологическая основа симптома покраснения при воспалении</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плазморрагия</li> <li>2) диапедез эритроцитов</li> <li>3) артериальное полнокровие</li> <li>4) стаз</li> <li>5) венозный застой</li> </ol>
235	<p>Укажите неблагоприятное последствие воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уничтожение микробов</li> <li>2) нейтрализация токсинов</li> <li>3) полная регенерация</li> <li>4) массивный склероз органа</li> <li>5) ликвидация некротизированных клеток</li> </ol>
236	<p>При экссудации происходит</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) артериальная и венозная гиперемия</li> <li>2) повышение сосудистой проницаемости</li> <li>3) эмиграция клеток крови</li> <li>4) фагоцитоз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
237	<p>Основными клетками в очаге при остром воспалении являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) моноциты</li> <li>2) макрофаги</li> <li>3) гистиоциты</li> <li>4) нейтрофильные лейкоциты</li> <li>5) фибробласты</li> </ol>
238	<p>Морфологическое проявление альтерации при воспалении</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия</li> <li>2) некроз</li> <li>3) гиперплазия</li> <li>4) апоптоз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
239	<p>Что такое экссудат?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отечная жидкость</li> <li>2) воспалительная жидкость</li> <li>3) патологическая жидкость, содержащая белок</li> <li>4) воспалительная жидкость с добавлением эритроцитов</li> <li>5) любая патологическая жидкость</li> </ol>
240	<p>Укажите морфологический вид воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) специфическое</li> <li>2) пролиферативное</li> <li>3) иммунное</li> <li>4) острое</li> <li>5) хроническое</li> </ol>
241	<p>Укажите вид экссудативного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гранулематозное</li> <li>3) интерстициальное</li> <li>4) слизистое</li> <li>5) хроническое</li> </ol>



242	<p>Выделите неверное положение в характеристике серозного экссудата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) содержание белка меньше 2%</li> <li>2) внешне почти прозрачная жидкость</li> <li>3) внешне сходен с трансудатом</li> <li>4) содержит небольшое количество лейкоцитов</li> <li>5) легко рассасывается</li> </ol>
243	<p>Наиболее частый исход серозного экссудата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) петрификация</li> <li>3) рассасывание</li> <li>4) переход в гнойный</li> <li>5) склероз</li> </ol>
244	<p>Выделите неверное положение в характеристике фибринозного экссудата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) содержит много белка</li> <li>2) образуется серо-белые пленки</li> <li>3) хорошо рассасывается</li> <li>4) часто локализуется на оболочках</li> <li>5) содержит мало жидкости</li> </ol>
245	<p>Выделите неверное положение в характеристике фибринозного перикардита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается при ревматизме</li> <li>2) образное название «волосатое сердце»</li> <li>3) воспаление дифтеритическое</li> <li>4) в исходе образуются спайки</li> <li>5) в клинике проявляется «шумом трения перикарда»</li> </ol>
246	<p>Выделите ошибочное название вида экссудативного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) фибринозное</li> <li>4) фиброзное</li> <li>5) гнилостное</li> </ol>
247	<p>Разновидность фибринозного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойное</li> <li>2) гнилостное</li> <li>3) крупозное</li> <li>4) катаральное</li> <li>5) геморрагическое</li> </ol>
248	<p>Локализация, в которой развивается только крупозное воспаление и не бывает дифтеритического</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плевра</li> <li>2) небные миндалины</li> <li>3) толстый кишечник</li> <li>4) мочевого пузыря</li> <li>5) тело матки</li> </ol>
249	<p>Локализация, в которой развивается только дифтеритическое воспаление и не бывает крупозного</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плевра</li> <li>2) брюшина</li> <li>3) перикард</li> <li>4) небные миндалины</li> <li>5) толстый кишечник</li> </ol>

250	<p>Локализация, в которой может развиваться и дифтеритическое и крупозное воспаление</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) небные миндалины</li> <li>2) ротовая полость</li> <li>3) плевра</li> <li>4) перикард</li> <li>5) толстый кишечник</li> </ol>
251	<p>Выделите неверное положение в характеристике дифтеритического воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается на небных миндалинах</li> <li>2) пленка плотно скреплена с подлежащими тканями</li> <li>3) при отделении пленки образуются язвы</li> <li>4) является вариантом катарального воспаления</li> <li>5) характерно для дифтерии</li> </ol>
252	<p>Выберите неверное положение в характеристике крупозного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается на слизистой оболочке трахеи</li> <li>2) является вариантом фибринозного воспаления</li> <li>3) пленка неплотно скреплена с подлежащими тканями</li> <li>4) при отделении пленки образуются глубокие язвы</li> <li>5) характерно для дифтерии</li> </ol>
253	<p>Развитие дифтеритического или крупозного воспаления в толстом кишечнике определяется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) видом возбудителя</li> <li>2) остротой течения</li> <li>3) степенью нарушения кровообращения</li> <li>4) глубиной некроза</li> <li>5) активностью лейкоцитов</li> </ol>
254	<p>Наиболее частым исходом фибринозного воспаления является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рассасывание</li> <li>2) переход в гнойное</li> <li>3) организация</li> <li>4) ослизнение</li> <li>5) нарушение функции органа</li> </ol>
255	<p>Сердце называется «волосатым» при изменениях в перикарде</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организации экссудата</li> <li>2) выпадении масс фибрина</li> <li>3) наложении гноя</li> <li>4) развитии фиброзных спаек</li> <li>5) петрификации экссудата</li> </ol>
256	<p>Сердце называется «панцирным» при изменениях в перикарде</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выпадении масс фибрина</li> <li>2) наложении гнойного экссудат</li> <li>3) разрастании опухоли</li> <li>4) организации и петрификации экссудата</li> </ol>
257	<p>Наиболее частая причина гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вирусы</li> <li>2) простейшие</li> <li>3) химические вещества</li> <li>4) токсины</li> <li>5) стафилококки</li> </ol>

258	<p>При микроскопии гнойный экссудат диагностируется по большому количеству</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фибрина</li> <li>2) нейтрофильных лейкоцитов</li> <li>3) макрофагов</li> <li>4) лимфоцитов</li> <li>5) эритроцитов</li> </ol>
259	<p>Основная составная часть гнойного экссудата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вода</li> <li>2) нейтрофильные лейкоциты</li> <li>3) детрит</li> <li>4) фибробласты</li> <li>5) микроорганизмы</li> </ol>
260	<p>Обычная локализация гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозные оболочки</li> <li>2) слизистые оболочки</li> <li>3) мягкие ткани</li> <li>4) любой орган</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
261	<p>Укажите название гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) абсцесс</li> <li>2) гранулема</li> <li>3) анасарка</li> <li>4) киста</li> <li>5) гематома</li> </ol>
262	<p>При дифтерии в небных миндалинах развивается воспаление</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дифтеритическое</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) катаральное</li> <li>4) гнойное</li> <li>5) гнилостное</li> </ol>
263	<p>При дифтерии в гортани и трахеи развивается воспаление</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дифтеритическое</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) катаральное</li> <li>4) гнойное</li> <li>5) гнилостное</li> </ol>
264	<p>Вид экссудативного воспаления выделяемый, главным образом, на основании локализации</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойное</li> <li>2) гнилостное</li> <li>3) геморрагическое</li> <li>4) серозное</li> <li>5) катаральное</li> </ol>
265	<p>Обычно не бывают причиной гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стафилококки</li> <li>2) эшерихии</li> <li>3) клебсиеллы</li> <li>4) вирусы</li> <li>5) стрептококки</li> </ol>

266	<p>Флегмона относится к следующему виду воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) катаральному</li> <li>2) крупозному</li> <li>3) дифтеритическому</li> <li>4) гнойному</li> <li>5) гнилостному</li> </ol>
267	<p>Укажите осложнение гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие</li> <li>2) атрофия</li> <li>3) арозивное кровотечение</li> <li>4) отек</li> <li>5) пролиферация клеток</li> </ol>
268	<p>Гнойный экссудат макроскопически выглядит как жидкость</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) прозрачная</li> <li>2) слегка мутная</li> <li>3) густая желто-зеленая</li> <li>4) окрашенная кровью</li> <li>5) слизистого вида</li> </ol>
269	<p>Очаговое гнойное воспаление с расплавлением ткани и формированием полости называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) абсцесс</li> <li>2) флегмона</li> <li>3) эмпиема</li> <li>4) киста</li> <li>5) гранулема</li> </ol>
270	<p>Наиболее частый исход острого абсцесса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) переход в хронический</li> <li>2) опорожнение, спадение стенок и рубцевание</li> <li>3) сгущение гноя и петрификация</li> <li>4) сгущение гноя и организация</li> <li>5) опорожнение и образование кисты</li> </ol>
271	<p>При хронизации абсцесса в его стенке формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойно-расплавленные массы</li> <li>2) ткань органа, пропитанная лейкоцитами</li> <li>3) эпителиальная ткань</li> <li>4) фиброзная ткань</li> <li>5) некроз, пропитанный лейкоцитами</li> </ol>
272	<p>Укажите осложнение хронически текущего гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие</li> <li>2) отек</li> <li>3) пролиферация клеток</li> <li>4) вторичный амилоидоз</li> <li>5) системный гиалиноз</li> </ol>
273	<p>Укажите осложнение острого гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие</li> <li>2) отек</li> <li>3) тяжелая интоксикация</li> <li>4) вторичный амилоидоз</li> <li>5) системный гиалиноз</li> </ol>

274	<p>Укажите частый исход гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) петрификация</li> <li>3) оссификация</li> <li>4) васкуляризация</li> <li>5) амилоидоз</li> </ol>
275	<p>В стенке хронического абсцесса со временем формируется слой</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некротизированной ткани с лейкоцитами</li> <li>2) гнойного экссудата</li> <li>3) фиброзной ткани</li> <li>4) эпителиальной ткани</li> <li>5) костной ткани</li> </ol>
276	<p>Выделите неверное положение в характеристике катарального воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается только на слизистых оболочках</li> <li>2) относится к экссудативному воспалению</li> <li>3) наблюдается только острое течение</li> <li>4) частая причина инфекция</li> <li>5) типична смена одного вида катара другим</li> </ol>
277	<p>Укажите разновидности острого катарального воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) слизистый</li> <li>3) слизисто-гнойный</li> <li>4) гнойный</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
278	<p>Средняя продолжительность острого ринита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 24 часа</li> <li>2) 2-3 дня</li> <li>3) 7 дней</li> <li>4) 2-3 недели</li> <li>5) 1 месяц</li> </ol>
279	<p>Катаральное воспаление – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экссудативное воспаление слизистых оболочек с выделением и стеканием экссудата</li> <li>2) экссудативное воспаление слизистых оболочек с выраженной гиперемией</li> <li>3) воспаление с последовательной сменой типов экссудатов</li> </ol>
280	<p>Какое изменение слизистой оболочки появляется, если катар имеет хроническое течение</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек</li> <li>2) полнокровие</li> <li>3) склероз</li> <li>4) слущивание эпителия</li> <li>5) воспалительный инфильтрат</li> </ol>
281	<p>Какое изменение слизистой оболочки появляется, если катар имеет хроническое течение</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек</li> <li>2) полнокровие</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) десквамация эпителия</li> <li>5) образование язв</li> </ol>

282	Хроническое катаральное воспаление опасно в связи с развитием <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сужения просвета</li> <li>2) раковой опухоли</li> <li>3) язвы с перфорацией</li> <li>4) массивного кровотечения</li> <li>5) тяжелой интоксикацией</li> </ol>
283	Катаральное воспаление характеризуется <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выделением и стеканием экссудата</li> <li>2) формированием пленки</li> <li>3) образованием язв и эрозий</li> <li>4) деформацией просвета</li> </ol>
284	Выделите неверное положение в характеристике острого катара <ol style="list-style-type: none"> <li>1) локализуется на слизистых оболочках</li> <li>2) экссудат стекает с поверхности</li> <li>3) в экссудате имеется слизь</li> <li>4) в экссудате имеется фибрин</li> <li>5) в исходе полное восстановление</li> </ol>
285	Выберите неверное положение в характеристике хронического катара <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наблюдается в слизистых оболочках (бронхов, желудка и др.)</li> <li>2) дает тяжелую интоксикацию</li> <li>3) может развиваться дисплазия эпителия</li> <li>4) может развиваться раковая опухоль</li> <li>5) имеет длительное многолетнее течение</li> </ol>
286	Предраковое изменение эпителия при хроническом катаре <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия</li> <li>2) дистрофия</li> <li>3) десквамация</li> <li>4) дисплазия</li> <li>5) все верно</li> </ol>
287	Типичный исход острого катарального воспаления <ol style="list-style-type: none"> <li>1) склероз и деформация</li> <li>2) организация и петрификация</li> <li>3) рассасывание и регенерация</li> <li>4) изъязвление и перфорация</li> <li>5) развитие раковой опухоли</li> </ol>
288	Экссудат, содержащий мало лейкоцитов и много жидкости <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) гнойный</li> <li>3) фибринозный</li> <li>4) геморрагический</li> <li>5) гнилостный</li> </ol>
289	Экссудат, содержащий большое количество нейтрофильных лейкоцитов <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) гнойный</li> <li>3) фибринозный</li> <li>4) геморрагический</li> <li>5) гнилостный</li> </ol>

290	Экссудат, содержащий большое количество фибрина 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) геморрагический 5) гнилостный
291	Клетка воспалительного инфильтрата гематогенного происхождения 1) эндотелиальная 2) лаброцит 3) фибробласт 4) лимфоцит 5) эпителиоидная
292	Клетка воспалительного инфильтрата гистиогенного происхождения 1) моноцит 2) лимфоцит 3) эпителиоидная 4) нейтрофильный лейкоцит 5) эозинофильный лейкоцит
293	Типичный исход продуктивного воспаления 1) нагноение 2) склероз 3) петрификация 4) оссификация 5) расплавление ткани
294	Морфологический вид продуктивного воспаления 1) гранулематозное 2) гнойное 3) геморрагическое 4) гнилостное 5) серозное
295	Продуктивным воспалением называется воспаление с 1) выраженной альтерацией 2) образованием гранул 3) преобладанием пролиферации 4) разрастанием фиброзной ткани 5) выраженной экссудацией
296	Наиболее типичное течение продуктивного воспаления 1) острое 2) подострое 3) хроническое 4) молниеносное
297	Пролиферируют в очаге продуктивного воспаления 1) макрофаги 2) ретикулоциты 3) эритроциты 4) нейтрофильные лейкоциты 5) базофильные лейкоциты

298	<p>Характерно для продуктивного межочечного миокардита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаги сухого некроза</li> <li>2) формирование абсцесса</li> <li>3) чаще острое течение</li> <li>4) круглоклеточный инфильтрат в строме</li> <li>5) формирование гигантоклеточных гранулем</li> </ol>
299	<p>Типичный исход продуктивного межочечного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек</li> <li>2) склероз</li> <li>3) нагноение</li> <li>4) обызвествление</li> <li>5) оссификация</li> </ol>
300	<p>Гранулема – это очаг</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойного воспаления</li> <li>2) скопления лимфоидных клеток</li> <li>3) скопление клеток, способных к фагоцитозу</li> <li>4) казеозного некроза</li> <li>5) фиброзной ткани</li> </ol>
301	<p>Выберите термин неприемлимый для названия типа гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпителиоидноклеточная</li> <li>2) гигантоклеточная</li> <li>3) иммунная</li> <li>4) специфическая</li> <li>5) смешанная</li> </ol>
302	<p>Назовите тип гранулемы, выделяемый по клеточному составу</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) специфическая</li> <li>2) гигантоклеточная</li> <li>3) иммунная</li> <li>4) липогранулема</li> <li>5) острая</li> </ol>
303	<p>Выделите неинфекционную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) туберкулезная</li> <li>2) олеогранулема</li> <li>3) сифилитическая</li> <li>4) при склероме</li> <li>5) при проказе</li> </ol>
304	<p>Выделите инфекционную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) олеогранулема</li> <li>2) липогранулема</li> <li>3) сифилитическая</li> <li>4) вокруг инородного тела</li> <li>5) при асбестозе</li> </ol>
305	<p>Неиммунная гранулема развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) альвеококкозе</li> <li>2) туберкулезе</li> <li>3) сифилисе</li> <li>4) проказе</li> <li>5) склероме</li> </ol>



306	Иммунная гранулема развивается при 1) альвеококкозе 2) асбестозе 3) инородном теле 4) туберкулезе 5) силикозе
307	При какой острой инфекции типично развитие гранулем 1) дизентерии 2) дифтерии 3) скарлатине 4) сальмонеллезе 5) иерсиниозе
308	Выберите неверное положение в отношении туберкулезной гранулемы 1) милиарная 2) в центре влажный некроз 3) эпителиоидноклеточная 4) иммунная 5) специфическая
309	Укажите неверное положение в отношении туберкулезной гранулемы 1) милиарная 2) в центре сухой некроз 3) основные клетки эпителиоидные 4) в исходе нежный рубчик 5) может нагнаиваться
310	Выберите неверное положение в отношении сифилитической гранулемы 1) солитарная 2) иммунная 3) специфическая 4) неинфекционная 5) в исходе грубый рубец
311	Назовите тип гранулемы, развивающийся вокруг шовного материала 1) иммунная 2) специфическая 3) гигантоклеточная 4) инъекционная 5) с высоким уровнем обмена клеток
312	Типичный исход гранулемы 1) склероз 2) нагноение 3) ослизнение 4) рассасывание 5) образование кисты
313	Осложнение сифилитического мезаортита 1) аневризма брюшного отдела аорты 2) аневризма грудного отдела аорты 3) инфаркт миокарда 4) кардиосклероз 5) аортальный порок сердца

314	<p>Гранулема неустановленной этиологии развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизме</li> <li>2) туберкулезе</li> <li>3) склероме</li> <li>4) саркоидозе</li> <li>5) сифилисе</li> </ol>
315	<p>Типичная локализация воспалительных полипов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозные оболочки</li> <li>2) мозговые оболочки</li> <li>3) слизистые оболочки аногенитальной области</li> <li>4) слизистые оболочки полости носа</li> <li>5) повсеместно</li> </ol>
316	<p>Типичная локализация остроконечных кондилом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозные оболочки</li> <li>2) мозговые оболочки</li> <li>3) слизистые оболочки аногенитальной области</li> <li>4) слизистые оболочки бронхов</li> <li>5) слизистые оболочки полости носа</li> </ol>
317	<p>Выделите неверное положение в характеристике сифилитической гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) можно называть гумма</li> <li>2) макроскопически один крупный очаг</li> <li>3) в исходе грубый рубец</li> <li>4) развивается в третичном периоде сифилиса</li> <li>5) локализуется только в печени</li> </ol>
318	<p>Что такое «пролиферация»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гибель клеток</li> <li>2) повреждение клеток</li> <li>3) исход воспаления</li> <li>4) размножение клеток</li> <li>5) синоним регенерации</li> </ol>
319	<p>Выделите неиммунную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при туберкулезе</li> <li>2) при сифилисе</li> <li>3) при риносклероме</li> <li>4) при проказе</li> <li>5) вокруг инородного тела</li> </ol>
320	<p>При туберкулезе гранулема</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофагальная</li> <li>2) эпителиоидноклеточная</li> <li>3) гигантоклеточная</li> <li>4) некротическая</li> <li>5) регенераторная</li> </ol>
321	<p>Специфическая гранулема развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизме</li> <li>2) туберкулезе</li> <li>3) иерсиниозе</li> <li>4) эхинококке</li> <li>5) вокруг шовного материала</li> </ol>

322	<p>Высокая скорость обмена клеточных элементов наблюдается в гранулеме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вокруг инородного тела</li> <li>2) липогранулеме</li> <li>3) при туберкулезе</li> <li>4) вокруг шовного материала</li> </ol>
323	<p>Для гранулематозных болезней характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острое течение</li> <li>2) чаще полное выздоровление</li> <li>3) нарушение иммунного гомеостаза</li> <li>4) обязательно проявление экссудации</li> <li>5) обязательно формирование казеозного некроза</li> </ol>
324	<p>Увеличение объема функциональных структур с увеличением функции называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия</li> <li>2) дисплазия</li> <li>3) гипертрофия</li> <li>4) атрофия</li> <li>5) метаплазия</li> </ol>
325	<p>Увеличение числа клеточных элементов называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия</li> <li>2) дисплазия</li> <li>3) гипертрофия</li> <li>4) гиперплазия</li> <li>5) метаплазия</li> </ol>
326	<p>Выберите вид гипертрофии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рабочая</li> <li>2) нейротическая</li> <li>3) от давления</li> <li>4) церебральная</li> <li>5) дисфункциональная</li> </ol>
327	<p>Железистая гиперплазия эндометрия относится к гипертрофии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рабочей</li> <li>2) викарной</li> <li>3) коррелятивной</li> <li>4) нейрогуморальной</li> </ol>
328	<p>Вид гипертрофии при пороке сердца</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рабочая</li> <li>2) викарная</li> <li>3) коррелятивная</li> <li>4) нейрогуморальная</li> </ol>
329	<p>Вид гипертрофии миокарда при гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рабочая</li> <li>2) викарная</li> <li>3) коррелятивная</li> <li>4) нейрогуморальная</li> </ol>
330	<p>Гипертрофия миокарда происходит за счет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличения размеров миоцитов</li> <li>2) увеличения количества миоцитов</li> <li>3) отека стромы</li> <li>4) дистрофии миоцитов</li> </ol>

331	<p>Причина физиологической гипертрофии миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) порок сердца</li> <li>2) кардиосклероз</li> <li>3) большие физические нагрузки</li> <li>4) гипертоническая болезнь</li> <li>5) токсический миокардит</li> </ol>
332	<p>Для гипертрофии сердца в стадии компенсации из перечисленного характерно только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение размеров сердца</li> <li>2) утолщение стенки желудочков</li> <li>3) миогенная дилатация полостей</li> <li>4) дряблая консистенция миокарда</li> <li>5) жировая дистрофия миоцитов</li> </ol>
333	<p>В гипертрофированном миокарде при декомпенсации развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия миоцитов</li> <li>2) гиперплазия миоцитов</li> <li>3) дистрофия миоцитов</li> <li>4) регенерация</li> <li>5) гипертрофия миоцитов</li> </ol>
334	<p>При декомпенсации в сердце развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение количества миоцитов</li> <li>2) увеличение размера миоцитов</li> <li>3) атрофия миоцитов</li> <li>4) дистрофия миоцитов</li> </ol>
335	<p>В каком органе развивается викарная гипертрофия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сердце</li> <li>2) желудке</li> <li>3) почках</li> <li>4) матке</li> <li>5) мочевом пузыре</li> </ol>
336	<p>Для фазы декомпенсации гипертрофированного сердца из перечисленного характерно только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дряблость миокарда</li> <li>2) тоногенное расширение камер</li> <li>3) увеличение толщины стенки желудочков</li> <li>4) нарастание веса сердца</li> <li>5) нарастание размеров миоцитов</li> </ol>
337	<p>Нейрогуморальная гипертрофия развивается в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сердце при гипертонической болезни</li> <li>2) молочных железах при беременности</li> <li>3) мочевом пузыре при гиперплазии предстательной железы</li> <li>4) почке при удалении второй почки</li> <li>5) стенке желудка при стенозе привратника</li> </ol>
338	<p>Прижизненное уменьшение объема функционирующих структур называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипертрофия</li> <li>2) гиперплазия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) гипоплазия</li> <li>5) гипоплазия</li> </ol>

339	<p>К местной атрофии относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дисфункциональная</li> <li>2) раковая кахексия</li> <li>3) гипофизарная кахексия</li> <li>4) церебральная кахексия</li> <li>5) алиментарное истощение</li> </ol>
340	<p>К общей атрофии относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) алиментарное истощение</li> <li>2) нейротическая атрофия</li> <li>3) атрофия от давления</li> <li>4) атрофия от бездействия</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
341	<p>К местной атрофии относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) викарная</li> <li>2) раковая</li> <li>3) от недостаточности кровоснабжения</li> <li>4) церебральная</li> <li>5) гипофизарная</li> </ol>
342	<p>Пример атрофии от давления – атрофия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) костного мозга лучевой болезни</li> <li>2) почки при наличии камней</li> <li>3) мышц при переломе кости</li> <li>4) миокарда при атеросклерозе коронарной артерии</li> </ol>
342	<p>Пример атрофии от действия физических факторов – атрофия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) костного мозга при лучевой болезни</li> <li>2) почки при наличии камней</li> <li>3) мышц при переломе кости</li> <li>4) коры надпочечников при приеме кортикостероидов</li> </ol>
344	<p>Пример атрофии от недостаточности кровоснабжения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаговая атрофия миокарда при атеросклерозе коронарной артерии</li> <li>2) атрофия коры надпочечников при приеме кортикостероидов</li> <li>3) атрофия мышц при переломе кости</li> <li>4) атрофия зрительного нерва при удалении глаза</li> </ol>
345	<p>Переход одного вида тканей в другой, родственной ей, называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дисплазия</li> <li>2) анаплазия</li> <li>3) гиперплазия</li> <li>4) метаплазия</li> <li>5) малигнизация</li> </ol>
346	<p>Бурая атрофия типична для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудка</li> <li>2) легких</li> <li>3) предстательной железы</li> <li>4) почек</li> <li>5) печени</li> </ol>
347	<p>При нарушении оттока ликвора в головном мозге развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек и набухание</li> <li>2) гидроцефалия</li> <li>3) опухоль</li> <li>4) менингит</li> <li>5) энцефалит</li> </ol>

348	Возможна метаплазия соединительной ткани в 1) костную 2) мышечную 3) нервную 4) эпителиальную 5) кроветворную
349	При метаплазии в слизистой оболочке бронхов развивается эпителий 1) цилиндрический 2) призматический 3) мерцательный 4) кубический 5) многослойный плоский
350	Метаплазия эпителия бронхов развивается на фоне 1) лимфостаза 2) полнокровия 3) некроза 4) острого воспаления 5) хронического воспаления
351	На фоне метаплазии эпителия бронхов развивается 1) дистрофия 2) атрофия 3) некроз 4) раковая опухоль 5) воспаление
352	Синоним общей атрофии 1) гипоплазия (аплазия) 2) истощение (кахексия) 3) гипертрофия (гиперплазия) 4) недоразвитие (карликовость)
353	Врастание соединительной ткани в патологический очаг называется 1) метаплазия 2) инкапсуляция 3) организация 4) петрификация 5) дисплазия
354	Обрастание соединительной тканью патологического очага называется 1) метаплазия 2) инкапсуляция 3) организация 4) петрификация 5) дисплазия
355	Очаговый склероз на месте патологического очага называется 1) киста 2) кардиосклероз 3) рубец 4) цирроз 5) петрификат
356	Выраженный склероз органа с перестройкой и деформацией называется 1) рубец 2) диффузный склероз 3) цирроз

	<p>4) диффузный фиброз 5) очаговый фиброз</p>
357	<p>Нарушение пролиферации и дифференцировки клеток с появлением клеточной атипии в части клеток называется</p> <p>1) гиперплазия 2) метаплазия 3) анаплазия 4) дисплазия 5) организация</p>
358	<p>Выделите вид заживления ран</p> <p>1) путем организации 2) путем инкапсуляции 3) путем метаплазии 4) первичным натяжением 5) все перечисленное</p>
359	<p>Восстановление структурных элементов ткани взамен погибшим называется</p> <p>1) организация 2) регенерация 3) метаплазия 4) дисплазия 5) анаплазия</p>
360	<p>Что такое грануляционная ткань?</p> <p>1) волокнистая соединительная ткань 2) молодая соединительная ткань 3) зрелая соединительная ткань 4) бедная сосудами ткань 5) бедная клетками ткань</p>
361	<p>Не может быть структурным компонентом грануляционной ткани</p> <p>1) пролиферирующие соединительнотканые клетки 2) пролиферирующие эндотелиальные клетки 3) ретикулярные волокна 4) коллагеновые волокна в большом количестве 5) тонкостенные кровеносные сосуды</p>
362	<p>Какая ткань не может регенерировать по типу реституции?</p> <p>1) соединительная 2) костная 3) кровь 4) эпителий 5) скелетные мышцы</p>
364	<p>Для рубцовой ткани характерно</p> <p>1) обилие пролиферирующих соединительнотканых клеток 2) обилие хромотропных волокон 3) обилие коллагеновых волокон 4) обилие кровеносных сосудов 5) интенсивная инфильтрация лейкоцитами</p>

365	Компенсаторная гипертрофия сердца развивается при 1) ДВС-синдроме 2) шоке 3) остром миокардите 4) гипертонической болезни 5) токсической миокардиодистрофии
366	К атрофии относится 1) агенезия (полное отсутствие) органа 2) аплазия (сохранение в виде зачатка) органа 3) гипоплазия (недоразвитие) органа 4) уменьшение размеров органа при жизни 5) все перечисленное
367	К физиологической атрофии относится 1) атрофия половых желез в пожилом возрасте 2) атрофия от давления 3) атрофия от бездействия 4) атрофия от дисфункции 5) все перечисленное
368	При алиментарном истощении в органах накапливается пигмент 1) меланин 2) гемосидерин 3) липофусцин 4) билирубин 5) солянокислый гематин
369	О чем еще, кроме атрофии говорит накопление липофусцина в клетке? 1) об активации апоптоза 2) о регенерации 3) о бывшем кровоизлиянии 4) о мутации 5) о повышенной функциональной нагрузке
370	Опухоль – патологический процесс, характеризующийся 1) неадекватным размножением незрелых клеток 2) пролиферацией и гиперплазией клеток 3) гиперплазией и метаплазией клеток 4) размножением и дифференцировкой клеток
371	Основной морфологический диагностический критерий опухоли 1) инфильтрирующий рост 2) патология деления клетки 3) тканевой и (или) клеточный атипизм 4) нарушение дифференцировки клеток 5) пролиферация клеток
372	К проявлению тканевого атипизма опухоли относится только 1) разнообразная форма клеток 2) разнообразная величина ядер клеток 3) разнообразная форма ядер клеток 4) неправильное соотношение клеток и волокон 5) нарушение строения клеток
373	Выделите название варианта роста опухоли по отношению к окружающим тканям 1) уницентричный 2) инфильтративный



	3) экзофитный
374	Выделите название типа роста опухоли по отношению к просвету полового органа 1) уницентричный 2) мультицентричный 3) аппозиционный 4) экзофитный 5) инфильтративный
375	Назовите путь метастазирования 1) уницентричный 2) мультицентричный 3) лимфогенный 4) инфильтративный 5) аппозиционный
376	Назовите путь метастазирования 1) имплантационный 2) инфильтративный 3) экспансивный 4) аппозиционный 5) местнодеструктурирующий
377	Выделите название типа роста опухоли по отношению к просвету полового органа 1) уницентричный 2) мультицентричный 3) аппозиционный 4) эндофитный 5) инфильтративный
378	Морфологический атипизм в опухоли может быть 1) антигенный и гистохимический 2) биохимический и гистохимический 3) экспансивный и инфильтративный 4) тканевой и клеточный
379	Органоидная опухоль имеет 1) хорошо развитую паренхиму 2) хорошо развитую строму 3) два отчетливых компонента – строму и паренхиму 4) два одинаковых по объему компонента – строму и паренхиму
380	Гистиоидная опухоль имеет 1) хорошо развитую паренхиму 2) хорошо развитую строму 3) два отчетливых компонента – строму и паренхиму 4) два одинаковых по объему компонента – строму и паренхиму
381	Выделите положение, не относящееся к процессу метастазирования 1) отрыв опухолевых клеток от основного узла 2) перенос опухолевых клеток 3) развитие вторичных опухолевых узлов 4) развитие некрозов и кровоизлияний в опухолевых узлах

382	<p>Какой принцип положен в основу единой международной классификации опухолей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анатомический</li> <li>2) топографический</li> <li>3) гистогенетический</li> <li>4) гистохимический</li> <li>5) антигенный</li> </ol>
383	<p>Тип роста опухоли по отношению к окружающим тканям</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экзофитный</li> <li>2) эндофитный</li> <li>3) экспансивный</li> <li>4) уницентрический</li> <li>5) мультицентрический</li> </ol>
384	<p>Тип роста опухоли относительно просвета органа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экспансивный</li> <li>2) инфильтративный</li> <li>3) уницентрический</li> <li>4) мультицентрический</li> <li>5) экзофитный</li> </ol>
385	<p>Тип роста опухоли по количеству фокусов первичного развития</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экспансивный</li> <li>2) инфильтративный</li> <li>3) уницентрический</li> <li>4) локальный</li> <li>5) экзофитный</li> </ol>
386	<p>Тип роста опухоли по количеству фокусов первичного развития</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экспансивный</li> <li>2) инфильтративный</li> <li>3) аппозиционный</li> <li>4) мультицентрический</li> <li>5) экзофитный</li> </ol>
387	<p>Главный структурный компонент опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) строма</li> <li>2) паренхима</li> <li>3) кровеносные сосуды</li> <li>4) некроз</li> <li>5) кровоизлияния</li> </ol>
388	<p>Выделите неверное положение в характеристике доброкачественной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолевые клетки дифференцированные</li> <li>2) рост экспансивный</li> <li>3) не метастазирует</li> <li>4) не рецидивирует</li> <li>5) оказывает общее влияние на организм</li> </ol>
389	<p>Выделите неверное положение в характеристике злокачественной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолевые клетки недифференцированные</li> <li>2) рост инфильтративный</li> <li>3) не рецидивирует</li> <li>4) метастазирует</li> <li>5) оказывает общее влияние на организм</li> </ol>

390	<p>Что такое опухоль с местнодеструктивным ростом?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) злокачественная опухоль с инфильтративным ростом</li> <li>2) опухоль только с одним свойством злокачественности – инфильтративным ростом</li> <li>3) опухоль, не дающая метастазов</li> <li>4) опухоль с признаками аппозиционного роста</li> </ol>
391	<p>К опухолям с местнодеструктивным ростом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венозная гемангиома</li> <li>2) кавернозная гемангиома</li> <li>3) капиллярная гемангиома</li> <li>4) хондрома</li> <li>5) фиброма кожи</li> </ol>
392	<p>К опухолям с местнодеструктивным ростом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хондрома</li> <li>2) липома</li> <li>3) фиброма кожи</li> <li>4) ангиофиброма носоглотки</li> <li>5) ангиосаркома</li> </ol>
393	<p>Состояние нарушенной дифференцировки клеток называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атипизм</li> <li>2) анаплазия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) метаплазия</li> <li>5) гипоплазия</li> </ol>
394	<p>Совокупность свойств, отличающих опухоль от нормальных тканей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атипизм</li> <li>2) анаплазия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) малигнизация</li> <li>5) катаплазия</li> </ol>
395	<p>Для злокачественной опухоли характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) низкая степень дифференцировки клеток</li> <li>2) не метастазирует</li> <li>3) не рецидивирует</li> <li>4) рост экспансивный</li> <li>5) оказывает только местное влияние</li> </ol>
396	<p>Рецидив опухоли – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие новой опухоли</li> <li>2) возобновление роста опухоли на прежнем месте</li> <li>3) ускорение темпов роста опухоли</li> <li>4) разновидность метастазирования</li> <li>5) развитие новых центров опухолевого роста</li> </ol>
397	<p>Наиболее современный диагностический метод установления гистогенеза опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистохимический</li> <li>2) гистологический</li> <li>3) цитологический</li> <li>4) иммуноморфологический</li> <li>5) метод магнитного резонанса</li> </ol>

398	<p>Проявление местного влияния опухоли на организм</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ускорение СОЭ</li> <li>2) анемия</li> <li>3) кахексия</li> <li>4) разрушение окружающих тканей</li> <li>5) гормональные нарушения</li> </ol>
399	<p>Проявление общего влияния опухоли на организм</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия окружающих тканей</li> <li>2) разрушение окружающих тканей</li> <li>3) кахексия</li> <li>4) сдавление кровеносных сосудов</li> <li>5) деформация органа и тканей</li> </ol>
400	<p>Зрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) состоящая из клеток полностью идентичных нормальным</li> <li>2) состоящая из дифференцированных клеток</li> <li>3) состоящая из недифференцированных клеток</li> <li>4) не обладающая инвазивным ростом</li> <li>5) не метастазирующая</li> </ol>
401	<p>Зрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) состоящая из недифференцированных клеток</li> <li>2) состоящая из дифференцированных клеток</li> <li>3) не способная метастазировать</li> <li>4) не обладающая общим влиянием на организм</li> <li>5) любая опухоль небольших размеров</li> </ol>
402	<p>Незрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) состоящая из недифференцированных клеток</li> <li>2) состоящая из дифференцированных клеток</li> <li>3) способная рецидивировать</li> <li>4) способная метастазировать</li> <li>5) разрушающая окружающие ткани</li> </ol>
403	<p>К опухолям мезенхимального происхождения относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) ангиосаркома</li> <li>3) папиллома</li> <li>4) гепатома</li> <li>5) костная мозоль</li> </ol>
404	<p>К доброкачественным мезенхимальным опухолям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ангиофиброма носоглотки</li> <li>2) фиброма кожи</li> <li>3) лейомиосаркома</li> <li>4) десмоид</li> <li>5) хондросаркома</li> </ol>
405	<p>К доброкачественным опухолям мезенхимального генеза относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фибромиома</li> <li>2) лейомиосаркома</li> <li>3) остеосаркома</li> <li>4) десмоид</li> <li>5) липосаркома</li> </ol>

406	<p>Определение саркомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незрелая опухоль из фиброзной ткани</li> <li>2) незрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения</li> <li>3) зрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения</li> <li>4) зрелая опухоль из фиброзной ткани</li> </ol>
407	<p>К злокачественным мезенхимальным опухолям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фибромиома</li> <li>2) лейомиосаркома</li> <li>3) ангиофиброма носоглотки</li> <li>4) десмоид</li> <li>5) хондрома</li> </ol>
408	<p>Для кавернозной гемангиомы печени характерно только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тканевой и клеточный атипизм</li> <li>2) незрелые клетки</li> <li>3) злокачественное течение</li> <li>4) построена из сосудов венозного типа</li> <li>5) метастазирует гематогенно</li> </ol>
409	<p>Злокачественная мезенхимальная опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липосаркома</li> <li>2) десмоид</li> <li>3) капиллярная гемангиома</li> <li>4) остеома</li> <li>5) фиброма</li> </ol>
410	<p>Доброкачественная опухоль из мышечной ткани</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фиброма</li> <li>2) фибросаркома</li> <li>3) гемангиома</li> <li>4) лейомиома</li> <li>5) лейомиосаркома</li> </ol>
411	<p>Излюбленный путь метастазирования сарком</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфогенный</li> <li>2) гематогенный</li> <li>3) периневральный</li> <li>4) имплантационный</li> </ol>
412	<p>Выделите неверное положение в отношении капиллярной гемангиомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) зрелая опухоль</li> <li>2) обладает местнодеструктивным ростом</li> <li>3) метастазирует</li> <li>4) развивается из кровеносных сосудов</li> <li>5) часто встречается в коже</li> </ol>
413	<p>Наиболее частая локализация лейомиомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кожа</li> <li>2) сердце</li> <li>3) матка</li> <li>4) мягкие ткани</li> <li>5) желудок</li> </ol>
414	<p>Гистологическая разновидность фибросаркомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мягкая</li> <li>2) плотная</li> <li>3) недифференцированная</li> <li>4) ювенильная</li> </ol>

	5) десмоид
415	Не выделяют вид гемангиомы 1) капиллярная 2) венозная 3) артериальная 4) кавернозная 5) гломусангиома
416	Первые метастазы саркомы мягких тканей нижней конечности локализуются в 1) костях 2) регионарных лимфоузлах 3) почках 4) печени 5) легких
417	Первые метастазы саркомы брыжейки тонкого кишечника локализуются в 1) костях 2) регионарных лимфоузлах 3) почках 4) печени 5) легких
418	Выделите неверное положение в характеристике кавернозной гемангиомы печени 1) обладает тканевым атипизмом 2) клетки зрелые 3) часто бессимптомное течение 4) построена из сосудов венозного типа 5) метастазирует гематогенно
419	Меланома кожи развивается на основе 1) внутридермального невуса 2) меланоцитарной дисплазии 3) пигментного пятна 4) витилиго 5) лентиго
420	Наиболее частая локализация меланомы 1) кожа 2) глаз 3) прямая кишка 4) ротовая полость 5) легкие
421	Выделите неверное положение в характеристике меланомы 1) злокачественная 2) метастазирует 3) растет экспансивно 4) может быть беспигментной 5) рецидивирует

422	<p>Выделите неверное положение в характеристике невуса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобное образование</li> <li>2) опасен при наличии дисплазии</li> <li>3) всегда малигнизируется</li> <li>4) может быть беспигментным</li> <li>5) типичная локализация кожи</li> </ol>
423	<p>Выделите опухоль с наиболее высокой степенью злокачественности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемангиома</li> <li>2) липосаркома</li> <li>3) дифференцированная фибросаркома</li> <li>4) гемангиосаркома</li> <li>5) десмоид</li> </ol>
424	<p>Выделите опухоль с наиболее высокой степенью злокачественности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дифференцированная фибросаркома</li> <li>2) остеобластокластома</li> <li>3) меланома</li> <li>4) липосаркома</li> <li>5) десмоид</li> </ol>
425	<p>Саркома – это незрелая опухоль, развивающаяся из</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпителия</li> <li>2) кроветворной ткани</li> <li>3) фиброзной ткани</li> <li>4) тканей, производных мезенхимы</li> <li>5) тканей, производных мезенхимы</li> </ol>
426	<p>Незрелая опухоль, развивающаяся из кровеносных сосудов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемангиома</li> <li>2) гемангиосаркома</li> <li>3) гистиоцитома</li> <li>4) лимфангиома</li> <li>5) лимфангиосаркома</li> </ol>
427	<p>Незрелая опухоль, развивающаяся из тканей производных мезенхимы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) папиллома</li> <li>3) карцинома</li> <li>4) рак</li> <li>5) рак</li> </ol>
428	<p>Зрелая доброкачественная опухоль, развивающаяся из фиброзной ткани</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) фиброма</li> <li>3) ангиома</li> <li>4) папиллома</li> <li>5) карцинома</li> </ol>
429	<p>Зрелая опухоль, развивающаяся из кровеносных сосудов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфангиома</li> <li>2) гемангиома</li> <li>3) гемангиосаркома</li> <li>4) карциносаркома</li> <li>5) мезенхимомма</li> </ol>
430	<p>Опухоли из эпителия имеют тип строения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) органоидный</li> <li>2) гистиоидный</li> </ol>

431	<p>Выберите название зрелой опухоли из эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липома</li> <li>2) фиброма</li> <li>3) аденома</li> <li>4) карцинома</li> <li>5) рак</li> </ol>
432	<p>Выберите зрелую опухоль, развивающуюся из многослойного плоского эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) папиллома</li> <li>3) карцинома</li> <li>4) цистаденома</li> <li>5) лимфангиома</li> </ol>
433	<p>Выберите морфологическую разновидность аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) папиллома</li> <li>2) гемангиома</li> <li>3) цистаденома</li> <li>4) аденокарцинома</li> <li>5) ангиофиброма</li> </ol>
434	<p>Назовите морфологическую разновидность аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ангиосаркома</li> <li>2) фибросаркома</li> <li>3) фиброаденома</li> <li>4) аденокарцинома</li> <li>5) ангиофиброма</li> </ol>
435	<p>В характеристике папилломы верно только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незрелая опухоль</li> <li>2) экзофитный рост типичен</li> <li>3) дает метастазы</li> <li>4) рост быстрый</li> <li>5) оказывает общее влияние</li> </ol>
436	<p>Выберите неверное положение в характеристике аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) зрелая опухоль</li> <li>2) атипизм тканевой</li> <li>3) медленный рост</li> <li>4) местное влияние на организм</li> <li>5) не малигнизируется</li> </ol>
437	<p>Выберите неверное положение в характеристике доброкачественной эпителиальной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тканевой атипизм</li> <li>2) гистиоидный тип строения</li> <li>3) экспансивный рост</li> <li>4) не метастазирует</li> <li>5) не рецидивирует</li> </ol>
438	<p>Наиболее частая локализация папилломы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) пищевод</li> <li>3) кожа</li> <li>4) толстый кишечник</li> <li>5) плевра</li> </ol>



439	<p>Наиболее частая локализация цистаденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) прямая кишка</li> <li>3) молочная железа</li> <li>4) поджелудочная железа</li> <li>5) яичник</li> </ol>
440	<p>Наиболее частая локализация фиброаденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) прямая кишка</li> <li>3) молочная железа</li> <li>4) поджелудочная железа</li> <li>5) яичник</li> </ol>
441	<p>При малигнизации аденомы развивается обычно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарцинома</li> <li>2) перстневидноклеточный рак</li> <li>3) слизистый рак</li> <li>4) солидный рак</li> <li>5) фиброзный рак</li> </ol>
442	<p>Изменение эпителия, соответствующее облигатному предраку</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гиперплазия</li> <li>2) метаплазия</li> <li>3) пролиферация</li> <li>4) дисплазия I – II степени</li> <li>5) дисплазия III степени</li> </ol>
443	<p>Карцинома (рак) – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) любая опухоль из эпителия</li> <li>2) зрелая опухоль из эпителия</li> <li>3) незрелая опухоль из эпителия</li> <li>4) незрелая опухоль из железистого эпителия</li> <li>5) любая опухоль из железистого эпителия</li> </ol>
444	<p>Выделите неверное положение в характеристике «рака на месте»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не прорастает базальную мембрану</li> <li>2) фон – дисплазия III степени</li> <li>3) не метастазирует</li> <li>4) не рецидивирует</li> <li>5) имеет плохой прогноз</li> </ol>
445	<p>Выделите неверное положение в характеристике дисплазии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пролиферация клеток с нарушением дифференцировки</li> <li>2) часть клеток с признаками атипии</li> <li>3) обратимая патология</li> <li>4) малигнизируется обычно III степень</li> <li>5) имеет начальные признаки инвазивного роста</li> </ol>
446	<p>Плоскоклеточный рак особенно типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) щитовидной железы</li> <li>2) поджелудочной железы</li> <li>3) шейки матки</li> <li>4) тела матки</li> <li>5) желудка</li> </ol>

447	<p>Признак высокой степени дифференцировки плоскоклеточного рака</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ороговения</li> <li>2) слизееобразование</li> <li>3) солидные структуры</li> <li>4) патологические митозы</li> <li>5) воспалительные инфильтраты</li> </ol>
448	<p>Рак из железистого эпителия чаще развивается в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудке</li> <li>2) пищеводе</li> <li>3) бронхах</li> <li>4) шейке матки</li> <li>5) мочевом пузыре</li> </ol>
449	<p>Морфологический признак рака (карциномы) как злокачественной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формирование железистых структур</li> <li>2) слизееобразование</li> <li>3) клеточный атипизм</li> <li>4) ороговение</li> <li>5) мало стромы</li> </ol>
450	<p>Нельзя отнести к группе недифференцированного рака</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарциному</li> <li>2) солидный рак</li> <li>3) слизистый рак</li> <li>4) медулярный рак</li> <li>5) фиброзный рак</li> </ol>
451	<p>Ранний путь метастазирования раковых опухолей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематогенный</li> <li>2) лимфогенный</li> <li>3) имплантационный</li> <li>4) периневральный</li> </ol>
452	<p>Ранние метастазы рака локализуются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) регионарных лимфоузлах</li> <li>2) отдаленных лимфоузлах</li> <li>3) легких</li> <li>4) печени</li> </ol>
453	<p>Выделите неверное положение в отношении аденокарциномы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается из железистого эпителия</li> <li>2) формирует железистоподобные структуры</li> <li>3) имеет клеточный атипизм</li> <li>4) обладает высокой степенью злокачественности</li> <li>5) типичен инвазивный рост</li> </ol>
454	<p>Основной критерий начала инвазивного роста</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) высокая митотическая активность</li> <li>2) высокая степень клеточной атипии</li> <li>3) разрушение базальной мембраны</li> <li>4) глубокий акантоз</li> <li>5) выраженная дисплазия как фон</li> </ol>
455	<p>Рак, развивающийся из многослойного плоского эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарцинома</li> <li>2) солидный</li> <li>3) фиброзный</li> <li>4) плоскоклеточный</li> </ol>

	5) слизистый
456	Неблагоприятный прогностический признак рака (карциномы) 1) невысокая степень клеточной атипии 2) невысокая митотическая активность 3) неглубокая инвазия 4) небольшой размер опухоли 5) раковые эмболы в кровеносных сосудах
457	Для слизистого рака характерно только 1) клеточный атипизм с гиперпродукцией слизи 2) экспансивный рост 3) отсутствие рецидива 4) метастазирование позднее 5) хороший прогноз
458	Для фиброзного рака характерно только 1) низкая степень злокачественности 2) метастазирование позднее 3) большое количество стромы с комплексами атипичных клеток 4) не дает рецидива 5) хороший прогноз
459	Карцинома, отличающаяся высокой степенью злокачественности 1) аденокарцинома эндометрия 2) недифференцированный рак легких 3) плоскоклеточный рак шейки матки 4) плоскоклеточный рак нижней губы
460	Карцинома, отличающаяся высокой степенью злокачественности 1) аденокарцинома эндометрия 2) аденокарцинома желудка 3) скирр молочной железы 4) плоскоклеточный рак легких 5) плоскоклеточный рак нижней губы
461	Морфологический критерий, позволяющий диагностировать аденокарциному среди прочих карцином 1) обилие митозов 2) высокая степень клеточной атипии 3) формирование железистых структур 4) слизееобразование 5) ороговение
462	Незрелая опухоль, развивающаяся из эпителия 1) аденома 2) папиллома 3) саркома 4) рак 5) дисплазия

463	<p>Зрелая опухоль, развивающаяся из железистого эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) папиллома</li> <li>3) саркома</li> <li>4) карцинома</li> <li>5) рак</li> </ol>
464	<p>Наиболее благоприятный прогноз имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарцинома</li> <li>2) «рак на месте»</li> <li>3) плоскоклеточный рак</li> <li>4) фиброзный рак</li> <li>5) мелкоклеточный рак</li> </ol>
465	<p>Выделите неверное положение в отношении «рака на месте»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не метастазирует</li> <li>2) опухолевые клетки врастают в лимфатические сосуды</li> <li>3) является нулевой стадией рака</li> <li>4) хороший прогноз при лечении</li> <li>5) переходит в инвазивный рак</li> </ol>
466	<p>Рак (карцинома) – это незрелая опухоль из</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпителия</li> <li>2) фиброзной ткани</li> <li>3) кроветворной ткани</li> <li>4) серозных оболочек</li> <li>5) мезенхимы</li> </ol>
467	<p>По теории опухолевой прогрессии любая опухоль развивается в направлении</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нарастания степени зрелости клеток</li> <li>2) увеличения степени дифференцировки клеток</li> <li>3) нарастания степени злокачественности</li> <li>4) уменьшения степени злокачественности</li> </ol>
468	<p>Проявление тканевого атипизма в эпителиальной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разная форма и величина железистых структур</li> <li>2) разная форма и величина железистых клеток</li> <li>3) укрупнение ядер опухолевых клеток</li> <li>4) высокая митотическая активность</li> <li>5) полиморфизм клеток</li> </ol>
469	<p>К проявлению клеточного атипизма в эпителиальной опухоли относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разная форма и величина железистых структур</li> <li>2) разная форма и величина железистых клеток</li> <li>3) неправильное соотношение стромы и паренхимы</li> <li>4) доминирование стромы над паренхимой</li> <li>5) некрозы и кровоизлияния</li> </ol>
470	<p>К разновидности карциномы относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) фиброаденома</li> <li>3) скирр</li> <li>4) цистаденома</li> <li>5) папиллома</li> </ol>

471	<p>Для фиброзного рака (скирр) справедливо только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) недифференцированный рак</li> <li>2) умеренный клеточный атипизм</li> <li>3) строит железистые структуры</li> <li>4) содержит мало стромы</li> <li>5) мягкой консистенции</li> </ol>
472	<p>Для аденокарциномы справедливо только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) недифференцированный рак</li> <li>2) строит железистые структуры из атипичных клеток</li> <li>3) обладает экспансивным ростом</li> <li>4) не дает рецидива</li> <li>5) метастазирует рано</li> </ol>
473	<p>Для плоскоклеточного рака справедливо только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) может развиваться на основе дисплазии эпителия</li> <li>2) обладает высокой степенью злокачественности</li> <li>3) не дает рецидива</li> <li>4) оказывает только местное влияние</li> <li>5) экспансивно растет</li> </ol>
474	<p>Для мелкоклеточного рака справедливо только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стромы много</li> <li>2) растет медленно</li> <li>3) состоит из атипичных лимфоцитоподобных клеток</li> <li>4) метастазы дает поздно</li> <li>5) прогноз хороший</li> </ol>
475	<p>Назовите типичную локализацию ранних метастазов раковой опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) окружающие ткани</li> <li>2) регионарные лимфоузлы</li> <li>3) печень</li> <li>4) легкие</li> <li>5) брюшина</li> </ol>
476	<p>Ретроградное лимфогенное метастазирование опухоли – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) распространение опухолевых клеток по току лимфы</li> <li>2) распространение опухолевых клеток против тока лимфы</li> <li>3) попадание опухолевых клеток в лимфоузлы</li> <li>4) попадание опухолевых клеток в грудной лимфатический проток</li> </ol>
477	<p>Рак, какого органа может давать рано (быстро) распространенные метастазы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудка</li> <li>2) кожи</li> <li>3) шейки матки</li> <li>4) тела матки</li> <li>5) молочной железы</li> </ol>
478	<p>Рак, какого органа может давать рано (быстро) распространенные метастазы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудка</li> <li>2) кожи</li> <li>3) шейки матки</li> <li>4) тела матки</li> <li>5) легких</li> </ol>

479	<p>Чем обусловлен гуморальный иммунитет?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) иммунными комплексами</li> <li>2) макрофагами</li> <li>3) Т- и В-лимфоцитами</li> <li>4) антителами</li> <li>5) системой комплемента</li> </ol>
480	<p>Чем обусловлен клеточный иммунитет?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) иммунными комплексами</li> <li>2) макрофагами</li> <li>3) Т- и В-лимфоцитами</li> <li>4) антителами</li> <li>5) системой комплемента</li> </ol>
481	<p>Что следует отнести к патологическому состоянию иммунной системы?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) реакции гиперчувствительности</li> <li>2) аутоиммунные болезни</li> <li>3) синдромы иммунодефицита</li> <li>4) амилоидоз</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
482	<p>Иммунное повреждение тканей – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) апоптоз</li> <li>2) фагоцитоз</li> <li>3) реакции гиперчувствительности</li> <li>4) аутолиз</li> <li>5) воспаление</li> </ol>
483	<p>Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности I типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) образование иммунных комплексов</li> <li>2) образование антигенспецифических антител</li> <li>3) активирование нейтрофилов</li> <li>4) сенсibilизация лимфоцитов</li> <li>5) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ</li> </ol>
484	<p>Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности II типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) образование иммунных комплексов</li> <li>2) формирование восприимчивости клеток к фагоцитозу/лизису путем присоединения антител</li> <li>3) сенсibilизация лимфоцитов</li> <li>4) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ</li> <li>5) активация нейтрофилов</li> </ol>
485	<p>Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности III типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) активация нейтрофилов вследствие активирования комплемента иммунными комплексами</li> <li>2) опсонизация клеток антителами</li> <li>3) сенсibilизация лимфоцитов</li> <li>4) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ</li> </ol>

486	<p>Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности IV типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие клеточного иммунитета с участием сенсibilизированных лимфоцитов</li> <li>2) высвобождение vasoактивных и спазмогенных веществ</li> <li>3) активирование нейтрофилов</li> <li>4) образование антигенспецифических антител</li> <li>5) образование иммунных комплексов</li> </ol>
487	<p>Проявление системной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ДВС-синдром</li> <li>2) отеки</li> <li>3) геморрагический синдром</li> <li>4) анафилактический шок</li> <li>5) распространенные васкулиты</li> </ol>
488	<p>Проявление местной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кожная аллергия, крапивница</li> <li>2) аллергический ринит</li> <li>3) аллергический конъюнктивит</li> <li>4) бронхиальная астма</li> <li>5) аллергический гастроэнтерит</li> <li>6) все перечисленное</li> </ol>
489	<p>Морфологические проявления местной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гиперемия и повышение проницаемости</li> <li>2) спазм гладкой мускулатуры</li> <li>3) повышение секреции желез</li> <li>4) инфильтрация эозинофилами, нейтрофилами, базофилами, моноцитами</li> <li>5) повреждение эпителиальных клеток</li> <li>6) все перечисленное</li> </ol>
490	<p>В чем суть реакций гиперчувствительности II типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие ДВС-синдрома</li> <li>2) появление антител, направленных против собственных клеток и тканей</li> <li>3) развитие шока</li> <li>4) диффузные клеточные инфильтрации тканей</li> <li>5) развитие гиперплазии лимфоидной ткани</li> </ol>
491	<p>В чем суть реакций гиперчувствительности III типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) диффузные клеточные инфильтрации тканей</li> <li>2) распространенные отеки</li> <li>3) острое общее венозное полнокровие</li> <li>4) иммуннокомплексное повреждение тканей</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
492	<p>Первоначальное морфологическое проявление реакций гиперчувствительности III типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) геморрагический синдром</li> <li>2) острый некротизирующий васкулит</li> <li>3) тромбоз легочной артерии</li> <li>4) повышение сосудистой проницаемости</li> <li>5) гранулематозное воспаление</li> </ol>

493	<p>Назовите синоним реакций гиперчувствительности IV типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фагоцитоз</li> <li>2) некроз</li> <li>3) апоптоз</li> <li>4) реакции гиперчувствительности замедленного типа</li> <li>5) анафилаксия</li> </ol>
494	<p>Назовите эффекторные клетки реакций гиперчувствительности IV типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофаги</li> <li>2) эозинофилы</li> <li>3) специфически сенсibilизированные Т-лимфоциты</li> <li>4) эпителиальные клетки</li> </ol>
495	<p>В чем биологическая роль реакций гиперчувствительности замедленного типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) защита от устойчивых микробов, способных размножаться внутри фаголизосом макрофагов</li> <li>2) ответная реакция на повреждение</li> <li>3) возмещение утраченных, поврежденных структур</li> <li>4) полное уничтожение чужеродных агентов</li> <li>5) пусковой механизм воспаления</li> </ol>
496	<p>Тип иммунной реакции, развертывающейся при отторжении трансплантата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) реакция гиперчувствительности немедленного типа</li> <li>2) реакции гиперчувствительности II типа</li> <li>3) фагоцитоз</li> <li>4) реакции гиперчувствительности III типа</li> <li>5) реакции гиперчувствительности IV типа</li> </ol>
497	<p>В какие клетки трансформируются макрофаги при персистенции внутри них антигена?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плазматические клетки</li> <li>2) лимфоциты</li> <li>3) эпителиоидные клетки</li> <li>4) сидеробласты</li> <li>5) моноциты</li> </ol>
498	<p>Заболевание, при котором развертывается классическая реакция гиперчувствительности замедленного типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) грипп</li> <li>2) склеродермия</li> <li>3) ВИЧ-инфекция</li> <li>4) туберкулез</li> <li>5) брюшной тиф</li> </ol>
499	<p>Какой морфологический тип воспаления характерен для реакций гиперчувствительности замедленного типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойное</li> <li>2) фибринозное</li> <li>3) катаральное</li> <li>4) межучное</li> <li>5) гранулематозное</li> </ol>
500	<p>В чем суть аутоиммунных заболеваний?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие иммунологической толерантности</li> <li>2) генетически детерминированный иммунодефицит</li> <li>3) развитие иммунных реакций против собственных антигенов</li> <li>4) нарушение структуры HLA-антигенов</li> </ol>



	5) накопление в клетках и тканях необычных продуктов обмена
	Раздел 2. Частный курс патологической анатомии
1	Рак желудка чаще имеет гистологическое строение: 1) аденокарциномы 2) плоскоклеточного рака 3) недифференцированного рака 4) перстневидного рака 5) фиброзного рака
2	Какая анатомическая форма рака желудка встречается наиболее часто? 1) диффузный 2) бляшковидный 3) полипозный 4) блюдцеобразный 5) инфильтративно-язвенный
3	Назовите локализацию первых лимфогенных метастазов рака желудка 1) надключичные лимфоузлы 2) большой сальник 3) параортальные лимфоузлы 4) лимфоузлы малой и большой кривизны желудка 5) яичник
4	Опухоль Крукенберга представляет собой: 1) тератобластому яичников 2) двусторонний рак яичников солидного строения 3) двусторонний метастаз рака желудка в яичники 4) метастаз рака в надключичный лимфатический узел 5) опухоль почки
5	Первые гематогенные метастазы рака желудка располагаются в 1) головном мозге 2) телах позвонков 3) печени 4) легких 5) почках
6	Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще имеет гистологическое строение 1) аденокарциномы 2) плоскоклеточного рака 3) недифференцированного рака 4) рабдомиосаркомы 5) лейомиомы
7	Не относится к осложнениям рака пищевода 1) свищи 2) аспирационная пневмония 3) эмпиема плевры 4) хроническая пневмония 5) гнойный медиастинит
8	Какие изменения эпителия бронхов являются облигатным предраком? 1) дисплазия второй степени 2) дисплазия третьей степени 3) гиперплазия 4) дисплазия первой степени

	5) плоскоклеточная метаплазия
9	Облигатное предраковое изменение эпителия бронхов 1) гиперплазия 2) метаплазия 3) дисплазия 2 степени 4) дисплазия 3 степени 5) атрофия
10	Наиболее частое предраковое заболевание легких 1) острая пневмония 2) хроническая пневмония 3) острый бронхит 4) хронический бронхит 5) хронический абсцесс
11	Рак легких чаще имеет гистологическое строение 1) перстневидно-клеточного рака 2) слизистого рака 3) аденокарциномы 4) железисто-плоскоклеточного 5) плоскоклеточного
12	Рак легких чаще имеет гистологическое строение 1) недифференцированного (анapластического) рака 2) аденокарциномы 3) железисто-плоскоклеточного 4) бронхоальвеолярного 5) перстневидно-клеточного
13	Не относится к легочным осложнениям рака легкого 1) ателектаз 2) легочное кровотечение 3) хронический бронхит 4) нагноение и некроз опухоли 5) пневмоторакс
14	Наиболее частая причина смерти при раке легкого 1) прогрессирование раковой опухоли 2) нагноение 3) пневмоторакс 4) ателектаз 5) легочное кровотечение
15	Назовите заболевание молочной железы являющееся облигатным предраком 1) множественные папилломы протоков 2) аденома 3) фибroadенома 4) непролиферирующий фибroadеноматоз 5) все перечисленное
16	Наиболее часто встречается гистологическая форма рака молочной железы 1) протоковый неинфильтрирующий 2) протоковый инфильтрирующий 3) дольковый неинфильтрирующий 4) дольковый инфильтрирующий 5) рак Педжета
17	Первые лимфогенные метастазы рака молочной железы располагаются в

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) передних грудных лимфоузлах</li> <li>2) надключичных лимфоузлах</li> <li>3) подмышечных лимфоузлах</li> <li>4) подключичных лимфоузлах</li> <li>5) все перечисленные локализации</li> </ol>
18	<p>К облигатным предраковым изменениям эпителия шейки матки относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дисплазия 1 степени</li> <li>2) дисплазия 2 степени</li> <li>3) дисплазия 3 степени</li> <li>4) гиперплазия</li> <li>5) атрофия</li> </ol>
19	<p>Наиболее частая гистологическая разновидность рака шейки матки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плоскоклеточный ороговевающий</li> <li>2) плоскоклеточный неороговевающий</li> <li>3) высокодифференцированная аденокарцинома</li> <li>4) низкодифференцированный аденогенный рак</li> <li>5) умереннодифференцированная аденокарцинома</li> </ol>
20	<p>Гистологическим признаком «рака на месте» является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инвазивный рост</li> <li>2) метастазы</li> <li>3) внутриэпителиальный злокачественный рост</li> <li>4) кровоизлияния в ткани опухоли</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
21	<p>Назовите облигатное предраковое заболевание эндометрия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) типичная простая гиперплазия эндометрия</li> <li>2) атипичная сложная гиперплазия эндометрия</li> <li>3) хронический эндометрит</li> <li>4) железисто-фиброзный полип эндометрия</li> <li>5) атрофия эндометрия</li> </ol>
22	<p>Наиболее частая гистологическая разновидность рака эндометрия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарцинома</li> <li>2) железисто-плоскоклеточный рак</li> <li>3) недифференцированный рак</li> <li>4) плоскоклеточный ороговевающий</li> <li>5) плоскоклеточный неороговевающий</li> </ol>
23	<p>Деление лейкозов на острые и хронические основано на</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистогенезе лейкозных клеток</li> <li>2) степени дифференцировки лейкозных клеток</li> <li>3) возможности развития бластного криза</li> <li>4) причине вызвавшей развитие лейкоза</li> <li>5) результатах лечения цитостатиками</li> </ol>
24	<p>Параметры, которые учитывают при постановке диагноза лейкоз</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистогенез лейкозных клеток</li> <li>2) степень дифференцировки лейкозных клеток</li> <li>3) иммуногистохимические маркеры</li> <li>4) молекулярногенетические изменения лейкозных клеток</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
25	<p>Что такое бластный криз?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) этап резкого озлаочествления лейкоза</li> <li>2) этап ремиссии при лейкозе</li> <li>3) уменьшение объема лейкозных инфильтратов в органах</li> </ol>

	<p>4) синоним геморрагического синдрома 5) миелосклероз в результате лечения цитостатиками</p>
26	<p>Причина смерти при лейкозах</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) прогрессирование основного заболевания</li> <li>2) кровоизлияние в головной мозг</li> <li>3) сепсис</li> <li>4) профузное кишечное кровотечение</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
27	<p>Наиболее частая гистогенетическая форма острого лейкоза у детей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) недифференцированный</li> <li>2) лимфобластный</li> <li>3) миелобластный</li> <li>4) плазмобластный</li> <li>5) монобластный</li> </ol>
28	<p>К лейкозам миелоцитарного происхождения относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миелолейкоз</li> <li>2) лимфолейкоз</li> <li>3) лимфогранулематоз</li> <li>4) миеломная болезнь</li> <li>5) парапротеинемические лейкозы</li> </ol>
29	<p>К лимфомам не относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфосаркома</li> <li>2) грибовидный микоз</li> <li>3) лимфолейкоз</li> <li>4) опухоль Беркитта</li> <li>5) болезнь Ходжкина</li> </ol>
30	<p>Не относится к острым лейкозам</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миелобластный</li> <li>2) монобластный</li> <li>3) мегакариобластный</li> <li>4) истинная полицитемия</li> <li>5) лимфобластный</li> </ol>
31	<p>Синоним поликлоновой стадии хронического лейкоза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бластный криз</li> <li>2) доброкачественная стадия</li> <li>3) стадия развития осложнений</li> <li>4) геморрагический синдром</li> </ol>
32	<p>Синоним моноклоновой стадии хронического лейкоза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бластный криз</li> <li>2) терминальная стадия</li> <li>3) злокачественная стадия</li> <li>4) доброкачественная стадия</li> </ol>
33	<p>При каком лейкозе характерно появление пиоидного костного мозга</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый миелобластный</li> <li>2) хронический миелоцитарный</li> <li>3) миеломная болезнь</li> <li>4) хронический лимфоцитарный</li> <li>5) острый лимфобластный</li> </ol>
34	<p>Для какой формы лейкоза характерно наличие штампованных дефектов в плоских костях</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миеломная болезнь</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) истинная полицитемия</li> <li>3) лимфогранулематоз</li> <li>4) хронический миелоз</li> <li>5) лимфосаркома</li> </ol>
35	<p>Для какого вида гемобластоза характерно раннее увеличение лимфоузлов в виде пакетов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый плазмобластный лейкоз</li> <li>2) хронический миелоцитарный лейкоз</li> <li>3) лимфогранулематоз</li> <li>4) острый миелобластный лейкоз</li> <li>5) хроничный моноцитарный лейкоз</li> </ol>
36	<p>Характерным признаком лимфогранулематоза, является пролиферация клеток</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Аничкова</li> <li>2) Вирхова</li> <li>3) Пирогова-Лангханса</li> <li>4) Рид-Березовского-Штернберга</li> <li>5) всех перечисленных</li> </ol>
37	<p>Какие клетки опухолевой природы пролиферируют при лимфогранулематозе?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клетки Ходжкина</li> <li>2) эозинофильные лейкоциты</li> <li>3) нейтрофильные лейкоциты</li> <li>4) базофильные лейкоциты</li> <li>5) клетки Пирогова-Лангханса</li> </ol>
38	<p>Какие клетки неопухолевой природы накапливаются в опухоли при лимфогранулематозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эозинофильные лейкоциты</li> <li>2) многоядерные клетки Рид-Березовского-Штернберга</li> <li>3) одноядерные клетки Ходжкина малые</li> <li>4) одноядерные клетки Ходжкина большие</li> <li>5) мегакариоциты</li> </ol>
39	<p>Клинико-морфологические варианты лимфогранулематоза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфогистиоцитарный вариант</li> <li>2) нодулярный склероз</li> <li>3) смешанно-клеточный вариант</li> <li>4) вариант с преобладанием лимфоидной ткани</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
40	<p>При генерализации лимфогранулематоза селезенка носит название</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сальная</li> <li>2) саговая</li> <li>3) мускатная</li> <li>4) порфиновая</li> <li>5) панцирная</li> </ol>
41	<p>Наиболее тяжелое поражение стенки артерии при атеросклерозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) жировые пятна и полосы</li> <li>2) фиброзные бляшки</li> <li>3) изъязвление</li> <li>4) отложение солей кальция</li> <li>5) пролиферация гладкомышечных клеток</li> </ol>
42	<p>Изменения сосудов при атеросклерозе, относящиеся к осложнениям</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формирование фиброзной бляшки</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) изъязвление</li> <li>3) отложение солей кальция</li> <li>4) тромбоз</li> <li>5) инфильтрация интимы липидами</li> </ol>
43	<p>Какие артерии поражаются при атеросклерозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аорта</li> <li>2) артерии нижних конечностей</li> <li>3) мезентериальные артерии</li> <li>4) артерии головного мозга</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
44	<p>Не относится к изменениям интимы артерий в долипидную стадию атеросклероза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повреждение эндотелиальных клеток</li> <li>2) отложение белков и липидов субэндотелиально</li> <li>3) набухание и деструкция эластических мембран</li> <li>4) разрастание соединительной ткани</li> <li>5) пролиферация гладкомышечных клеток и макрофагов</li> </ol>
45	<p>Назовите изменения характерные для стадии атероматоза при атеросклерозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) накопление липидов в цитоплазме гладкомышечных клеток и макрофагов</li> <li>2) набухание и деструкция эластических мембран</li> <li>3) распад соединительной ткани с образованием детрита</li> <li>4) новообразование сосудов в краях бляшки</li> <li>5) разрастание соединительной ткани с формированием фиброзной бляшки</li> </ol>
46	<p>Какие типы аневризм аорты Вы знаете</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) цилиндрическая</li> <li>2) мешковидная</li> <li>3) грыжевидная</li> <li>4) расслаивающая</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
47	<p>Какой отдел аорты наиболее значительно поражается при атеросклерозе?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) восходящий отдел</li> <li>2) дуга аорты</li> <li>3) грудной отдел</li> <li>4) брюшной отдел</li> <li>5) все отделы аорты поражаются равномерно</li> </ol>
48	<p>Не относится к осложнениям атеросклероза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие пристеночного тромба</li> <li>2) разрыв стенки сосуда (аневризмы)</li> <li>3) отложение солей кальция в стенке сосуда</li> <li>4) образование аневризмы</li> <li>5) стенозирование просвета сосуда</li> </ol>
49	<p>При атеросклерозе наиболее часто развивается аневризма в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) артериях нижних конечностей</li> <li>2) коронарных сосудах</li> <li>3) мезентериальных сосудах</li> <li>4) аорте</li> <li>5) артериях верхних конечностей</li> </ol>
50	<p>При острых нарушениях кровообращения при атеросклерозе в органах</p>

	<p>развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия паренхиматозных элементов</li> <li>2) некроз</li> <li>3) склероз</li> <li>4) петрификация</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
51	<p>При хронических нарушениях кровообращения при атеросклерозе в органах развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия паренхиматозных элементов</li> <li>2) некроз</li> <li>3) воспаление</li> <li>4) кровоизлияния</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
52	<p>Основной фактор риска развития гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) избыток NaCl в пище</li> <li>2) малоподвижный образ жизни</li> <li>3) табакокурение</li> <li>4) тучность</li> <li>5) сахарный диабет</li> </ol>
53	<p>По характеру течения выделяется форма гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) доброкачественная</li> <li>2) транзиторная</li> <li>3) распространенных изменений сосудов</li> <li>4) изменений органов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
54	<p>Приводит к развитию симптоматической артериальной гипертензии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) феохромоцитома</li> <li>2) поликистоз почек</li> <li>3) коарктация аорты</li> <li>4) атеросклероз почечных артерий</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
55	<p>Не характерно для морфологических проявлений гипертонического криза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фибриноидный некроз стенки артериолы</li> <li>2) деструкция базальной мембраны артериолы</li> <li>3) диапедез эритроцитов</li> <li>4) эластофиброз</li> <li>5) плазматическое пропитывание стенки артериолы</li> </ol>
56	<p>Какая дистрофия развивается в стенке артериол при гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) амилоидоз</li> <li>2) гиалиноз</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) баллонная дистрофия</li> <li>5) гиалиново-капельная дистрофия</li> </ol>
57	<p>Не характерно для гипертонического криза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плазматическое пропитывание стенок артериол</li> <li>2) фибриноидный некроз</li> <li>3) диапедезные кровоизлияния</li> <li>4) гиалиноз стенок артериол</li> <li>5) тромбоз</li> </ol>
58	<p>Не типично при гипертонической болезни поражение</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) артериол</li> <li>2) артерий мышечного типа</li> <li>3) артерий эластическо-мышечного типа</li> <li>4) крупных вен</li> <li>5) артерий эластического типа</li> </ol>
59	<p>Артериолы какого органа наиболее резко поражаются при гипертонической болезни?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сердца</li> <li>2) печени</li> <li>3) надпочечников</li> <li>4) почек</li> <li>5) легких</li> </ol>
60	<p>Какие изменения сердца развиваются при гипертонической болезни?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипертрофия правого желудочка</li> <li>2) гипертрофия левого желудочка</li> <li>3) атрофия кардиомиоцитов</li> <li>4) крупноочаговый кардиосклероз</li> <li>5) кардиомиопатия</li> </ol>
61	<p>При гипертонической болезни атеросклероз имеет особенность</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формируются бляшки циркулярного типа с резким сужением просвета сосуда</li> <li>2) развитие атеросклероза замедляется</li> <li>3) бляшки начинают формироваться в венах</li> <li>4) начинает развиваться атеросклероз в аорте</li> <li>5) в бляшках происходит отложение солей кальция</li> </ol>
62	<p>При гипертонической болезни в стадию изменений органов почка носит название</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вторичносморщенная почка</li> <li>2) первичносморщенная почка</li> <li>3) большая сальная почка</li> <li>4) цианотичная почка</li> <li>5) шоковая почка</li> </ol>
63	<p>Не характерно для первичносморщенных почек</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) склероз клубочков</li> <li>2) амилоидоз клубочков</li> <li>3) гиалиноз клубочков</li> <li>4) эластофиброз артерий</li> <li>5) атрофия канальцев</li> </ol>
64	<p>Формирование первичносморщенных почек приводит к</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хронической почечной недостаточностью</li> <li>2) острой почечной недостаточностью</li> <li>3) гепато-ренальному синдрому</li> <li>4) нефритическому синдрому</li> <li>5) нефротическому синдрому</li> </ol>
65	<p>При гипертонической болезни в связи с хронической ишемией в головном мозге развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия нейронов</li> <li>2) перицеллюлярный и периваскулярный отек</li> <li>3) отложения гемосидерина</li> <li>4) кровоизлияние</li> <li>5) массивные некрозы в подкорковых ядрах</li> </ol>



66	<p>Наиболее типичная локализация кровоизлияний в головном мозге при гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) подкорковые ядра больших полушарий головного мозга</li> <li>2) ядра мозжечка</li> <li>3) Варолиев мост</li> <li>4) продолговатый мозг</li> <li>5) мозолистое тело</li> </ol>
67	<p>При гипертонической болезни в связи с острыми нарушениями кровообращения в головном мозге развиваются изменения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия и дистрофия нейронов</li> <li>2) отложения гемосидерина</li> <li>3) циркуляторные некрозы</li> <li>4) разрастание глии</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
68	<p>С каким заболеванием патогенитически связана ИБС</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атеросклероз</li> <li>2) миокардит</li> <li>3) кардиомиопатия</li> <li>4) пороки сердца</li> <li>5) вегетососудистая дистония</li> </ol>
69	<p>При ИБС в коронарных артериях имеет место</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стенозирующий атеросклероз</li> <li>2) липидные пятна и полосы</li> <li>3) кровоизлияния</li> <li>4) аневризма</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
70	<p>Не относится к непосредственным причинам, вызывающим инфаркт миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) длительный стойкий спазм коронарных артерий</li> <li>2) тромбоз</li> <li>3) эмболия</li> <li>4) функциональное перенапряжение миокарда в условиях стенозирования коронарных артерий</li> <li>5) разрыв стенки аневризмы коронарной артерии</li> </ol>
71	<p>Какова длительность ишемии миокарда, при которой повреждения полностью обратимы?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 20-30 минут</li> <li>2) 45-60 минут</li> <li>3) 1-1,5 часа</li> <li>4) 3-4 часа</li> <li>5) 6-8 часов</li> </ol>
72	<p>Через какое время зона инфаркта миокарда становится видна макро- и микроскопически</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 2-3 часа</li> <li>2) 6-8 часов</li> <li>3) 12-16 часов</li> <li>4) 18-24 часа</li> <li>5) Более 36 часов</li> </ol>
73	<p>Инфаркт миокарда в некротическую стадию имеет цвет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) темно-вишневый</li> <li>2) красный</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) бело-серый</li> <li>4) темно-бурый</li> <li>5) беловато-желтоватый</li> </ul>
74	<p>С чем связана неправильная форма участка инфаркта миокарда?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кровоснабжение сердца осуществляется в диастолу</li> <li>2) магистральный тип кровоснабжения</li> <li>3) рассыпной тип кровоснабжения</li> <li>4) большое количество анастомозов</li> <li>5) затрудненный венозный отток</li> </ul>
75	<p>Не относится к макроскопическим изменениям при ишемии длительностью до 18 часов при инфаркте миокарда.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаговая бледность миокарда</li> <li>2) пестрота миокарда</li> <li>3) дряблость</li> <li>4) очаг неправильной формы белого цвета</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
76	<p>Что лежит в основе прекращения сердечной деятельности при внезапной сердечной смерти</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) летальные аритмии</li> <li>2) экстрасистолия</li> <li>3) нарушение проводимости по пучку Гиса</li> <li>4) фибрилляция предсердий</li> <li>5) образование пристеночного тромба в хронической аневризме сердца</li> </ul>
77	<p>Не относится к микроскопическим изменениям в донекротическую стадию инфаркта миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) снижение активности дегидрогеназ</li> <li>2) исчезновение гликогена из цитоплазмы кардиомиоцитов</li> <li>3) деструкция ультраструктур кардиомиоцитов</li> <li>4) нарушение микроциркуляции</li> <li>5) исчезновение ядер кардиомиоцитов</li> </ul>
78	<p>Рубцевания инфаркта миокарда завершается к концу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 1-й недели</li> <li>2) 3-й недели</li> <li>3) 6-й недели</li> <li>4) 3-го месяца</li> <li>5) 6-го месяца</li> </ul>
79	<p>Какой морфологический тип некроза характерен для миокарда?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) коагуляционный</li> <li>2) колликвационный</li> <li>3) сухая гангрена</li> <li>4) влажная гангрена</li> <li>5) фибриноидный</li> </ul>
80	<p>К осложнениям инфаркта миокарда в доклинический период относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кардиогенный шок</li> <li>2) тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>3) миомаляция с тампонадой</li> <li>4) разрыв острой аневризмы сердца</li> <li>5) разрыв хронической аневризмы сердца</li> </ul>
81	<p>Причина смерти больных инфарктом миокарда в поздний период</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) тромбоэмболия легочной артерии</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>3) разрыв хронической аневризмы сердца</li> <li>4) разрыв сердца в области инфаркта</li> <li>5) кардиогенный шок</li> </ul>
82	<p>Назовите морфологический вид инфаркта, типичный для миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ишемический инфаркт с геморрагическим венчиком.</li> <li>2) ишемический</li> <li>3) геморрагический</li> <li>4) белый</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
83	<p>Причина смерти больного острой ИБС в ранний период</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кардиогенный шок</li> <li>2) асистолия</li> <li>3) фибрилляция желудочков</li> <li>4) острая сердечная недостаточность</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
84	<p>Не относится к осложнениям инфаркта миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) миомаляция с разрывом</li> <li>2) острая аневризма сердца</li> <li>3) тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>4) перикардит</li> <li>5) кардиогенный шок</li> </ul>
85	<p>Что такое трансмуральный инфаркт миокарда?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркт на всю толщу сердечной мышцы</li> <li>2) инфаркт, всегда приводящий к развитию кардиогенного шока</li> <li>3) инфаркт, при котором всегда развивается тампонада сердца</li> <li>4) инфаркт, на месте которого происходит полное восстановление клеток миокарда</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
86	<p>В области инфаркта миокарда спустя 6 недель развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) крупноочаговый кардиосклероз</li> <li>2) мелкоочаговый кардиосклероз</li> <li>3) гипертрофия кардиомиоцитов</li> <li>4) дистрофия кардиомиоцитов</li> <li>5) морфологических изменений не остается</li> </ul>
87	<p>При трансмуральном инфаркте часто развивается перикардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) гнойный</li> <li>3) катаральный</li> <li>4) фибринозный</li> <li>5) гнилостный</li> </ul>
88	<p>В исходе постинфарктного перикардита возможно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) полная облитерация полости перикарда</li> <li>2) развитие панцирного сердца</li> <li>3) развитие волосатого сердца</li> <li>4) образование спаек между листками перикарда</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
89	<p>Причина смерти больных хронической ишемической болезнью сердца</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>2) кардиогенный шок</li> <li>3) смертельные аритмии</li> </ul>

	<p>4) острая сердечная недостаточность</p> <p>5) все перечисленное</p>
90	<p>Не относится к морфологическим изменениям сердца при хронической ишемической болезни</p> <p>1) острая аневризма сердца</p> <p>2) хроническая аневризма сердца</p> <p>3) постинфарктные рубцы</p> <p>4) мелкоочаговый кардиосклероз</p> <p>5) гипертрофия левого желудочка сердца</p>
91	<p>К какой группе цереброваскулярных болезней относятся инфаркты головного мозга</p> <p>1) к группе, связанной с ишемическими повреждениями</p> <p>2) к внутричерепным кровоизлияниям</p> <p>3) гипертензионным цереброваскулярным заболеваниями</p> <p>4) к ишемической энцефалопатии</p> <p>5) к геморрагическому инсульту</p>
92	<p>При «инсульте» в головном мозге может развиваться</p> <p>1) внутримозговая гематома</p> <p>2) субарахноидальное кровоизлияние</p> <p>3) ишемический инфаркт</p> <p>4) геморрагический инфаркт</p> <p>5) все перечисленное</p>
93	<p>Цереброваскулярное заболевание, при котором развиваются ишемические повреждения головного мозга</p> <p>1) внутримозговая гематома</p> <p>2) геморрагическая инфильтрация</p> <p>3) субарахноидальное кровоизлияние</p> <p>4) инфаркт головного мозга</p> <p>5) все перечисленное</p>
94	<p>Наиболее частая причина инфаркта головного мозга</p> <p>1) длительный спазм церебральных артерий</p> <p>2) тромбоз артерий</p> <p>3) эмболия</p> <p>4) разрыв стенки артериолы</p> <p>5) повышение проницаемости стенки кровеносного сосуда</p>
95	<p>Изменение головного мозга при так называемом гипертензионном цереброваскулярном заболевании</p> <p>1) геморрагический инфаркт головного мозга</p> <p>2) ишемический инфаркт головного мозга</p> <p>3) ишемическая энцефалопатия</p> <p>4) лакунарные изменения головного мозга</p> <p>5) все вышеперечисленные</p>
96	<p>Нельзя отнести к «инсульту» головного мозга</p> <p>1) ишемический инфаркт</p> <p>2) геморрагический инфаркт</p> <p>3) гематому</p> <p>4) субкортикальную лейкоэнцефалопатию</p> <p>5) все перечисленное</p>

97	<p>Нельзя отнести к инсульту</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемические повреждения отдельных нервных клеток</li> <li>2) атрофию коры</li> <li>3) субкортикальную лейкоэнцефалопатию</li> <li>4) лакунарные изменения головного мозга</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
98	<p>Через какой интервал времени ишемический инфаркт головного мозга виден макроскопически</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 2-5 часов</li> <li>2) 6-12 часов</li> <li>3) 12-18 часов</li> <li>4) 18-24 часов</li> </ol>
99	<p>Обычно гематома головного мозга развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) путем разрыва кровеносного сосуда</li> <li>2) путем разъедания</li> <li>3) путем диапедеза</li> </ol>
100	<p>С каким заболеванием чаще связано развитие инфаркта головного мозга</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипертонической болезнью</li> <li>2) атеросклерозом</li> <li>3) ревматизмом</li> <li>4) септическим эндокардитом</li> <li>5) всем перечисленным</li> </ol>
101	<p>С каким заболеванием чаще связано развитие внутримозгового кровоизлияния</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипертонической болезнью</li> <li>2) ревматизмом</li> <li>3) атеросклерозом</li> <li>4) септическим эндокардитом</li> <li>5) всем перечисленным</li> </ol>
102	<p>С каким инфекционным агентом связано развитие ревматизма</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) золотистый стафилококк</li> <li>2) В-гемолитический стрептококк</li> <li>3) вирусы</li> <li>4) микоплазма</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
103	<p>Необходимое условие развития ревматизма при наличии стрептококковой инфекции</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) переохлаждение</li> <li>2) генетически обусловленная</li> <li>4) снижение иммунного ответа после перенесенной инфекции</li> <li>5) пожилой возраст</li> <li>6) мужской пол</li> </ol>
104	<p>Морфологически доказанное нарушение иммунного гомеостаза при ревматизме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие реакций гиперчувствительности (ГНТ, ГЗТ)</li> <li>2) преимущественное поражение сердца и сосудов</li> <li>3) экссудативные изменения в органах и тканях</li> <li>4) преимущественное поражение митрального клапан</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
105	<p>Не выделяют клинико-морфологическую форму ревматизма</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кардиоваскулярную</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) полиартритическую</li> <li>3) нодозную</li> <li>4) церебральную</li> <li>5) почечную</li> </ul>
106	<p>В центре ревматической гранулемы имеется некроз</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) казеозный</li> <li>2) влажный</li> <li>3) колликвационный</li> <li>4) фибриноидный</li> <li>5) гангрена</li> </ul>
107	<p>Ревматические гранулемы называются</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бляшки Мак – Каллума</li> <li>2) узелки Ашоффа</li> <li>3) очаги Абрикосова</li> <li>4) очаги Симона</li> <li>5) очаги Ашофф-Пуля</li> </ul>
108	<p>«Активированные» гистиоциты в составе ревматической гранулемы называются</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) клетками Пирогова -Лангханса</li> <li>2) клетками Вирхова</li> <li>3) клетками Ходжшкина</li> <li>4) клетками Березовского-Штернберга</li> <li>5) клетками Аничкова</li> </ul>
109	<p>Не должно быть в составе «цветущей» ревматической гранулемы</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) фокуса фибриноидного некроза</li> <li>2) лимфоцитов</li> <li>3) разрастания фиброзной ткани</li> <li>4) макрофагов</li> <li>5) клеток Аничкова</li> </ul>
110	<p>Наиболее часто поражаемый клапан при ревматизме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) аортальный</li> <li>2) митральный</li> <li>3) легочной артерии</li> <li>4) трехстворчатый</li> <li>5) поражаются все с одинаковой частотой</li> </ul>
111	<p>Не может развиваться при ревматизме эндокардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диффузный (вальвулит Талалаева)</li> <li>2) острый бородавчатый</li> <li>3) бородавчатый</li> <li>4) тромбо-язвенный</li> <li>5) фибропластический</li> </ul>
112	<p>Тромботические наложения на створках клапана бывают при эндокардите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диффузном (вальвулите Талалаева)</li> <li>2) остром бородавчатом</li> <li>3) фибропластическом</li> <li>4) пороке сердца</li> <li>5) всем перечисленном</li> </ul>
113	<p>В исходе воспаления в клапане при ревматизме развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мукоидное набухание</li> <li>2) фибриноидное набухание</li> <li>3) гранулемы</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) склероз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
114	<p>Наиболее тяжелая форма ревматического эндокардита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диффузный (вальвулите Талалаева)</li> <li>2) острый бородавчатый</li> <li>3) возвратно-бородавчатый</li> <li>4) фибропластический</li> <li>5) все имеют тяжелое течение</li> </ul>
115	<p>Наиболее тяжелое течение имеет ревматический миокардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) узелковый продуктивный</li> <li>2) очаговый экссудативный</li> <li>3) диффузный экссудативный</li> <li>4) все имеют тяжелое течение</li> </ul>
116	<p>Наиболее легкое (часто латентное) течение имеет ревматический миокардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) узелковый продуктивный</li> <li>2) очаговый экссудативный</li> <li>3) диффузный экссудативный</li> <li>4) все имеют легкое течение</li> </ul>
117	<p>Диагностическое морфологическое изменение при узелковом продуктивном миокардите это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мукоидное набухание</li> <li>2) фибриноидное набухание</li> <li>3) гранулемы в интерстиции</li> <li>4) диффузные воспалительные инфильтраты в интерстиции</li> <li>5) некроз кардиомиоцитов</li> </ul>
118	<p>При какой морфологической форме ревматического миокардита возможна смерть от острой сердечной недостаточности</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) узелковом продуктивном</li> <li>2) очаговом экссудативном</li> <li>3) диффузном экссудативном</li> <li>4) фибропластическом</li> <li>5) при всех перечисленных</li> </ul>
119	<p>Типичный исход ревматического узелкового продуктивного миокардита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) крупноочаговый кардиосклероз</li> <li>2) мелкоочаговый кардиосклероз</li> <li>3) митральный порок сердца</li> <li>4) аортальный порок сердца</li> <li>5) комбинированный порок сердца</li> </ul>
120	<p>Не может развиваться при ревматизме перикардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) гнойный</li> <li>3) фибринозный</li> <li>4) серозно-фибринозный</li> </ul>
121	<p>«Волосатое сердце» - это макроскопический вид сердца при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозном перикардите</li> <li>2) гнойном перикардите</li> <li>3) фибринозном перикардите</li> <li>4) организации экссудата в полости перикарда</li> <li>5) петрификации экссудата в полости перикарда</li> </ul>
122	<p>«Панцирное сердце» это макроскопический вид сердца при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозном перикардите</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) фибринозном перикардите</li> <li>3) гнойном перикардите</li> <li>4) организации экссудата в полости перикарда</li> <li>5) организация и петрификации экссудата в полости перикарда</li> </ul>
123	<p>Исход воспаления суставов при ревматизме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) рассасывание экссудата с восстановлением структуры</li> <li>2) организация экссудата с облитерацией полости</li> <li>3) резкая деформация и неподвижность</li> <li>4) разрушение хрящевой пластинки, формирующей суставную поверхность</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
124	<p>Морфологическое изменение в головном мозге при ревматизме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) васкулиты мелких сосудов</li> <li>2) тромбоз магистральных артерий</li> <li>3) инфаркты</li> <li>4) гематома</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
125	<p>Приобретенные пороки сердца чаще развиваются при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ревматическом эндокардите</li> <li>2) атеросклерозе с поражением полулунный аортального клапана</li> <li>3) септическом эндокардите</li> <li>4) сифилитическом поражении аортального клапана</li> <li>5) бруцеллезе</li> </ul>
126	<p>Порок сердца без проявлений сердечной недостаточности называется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) декомпенсированным</li> <li>2) компенсированным</li> <li>3) комбинированным</li> <li>4) приобретенным</li> <li>5) врожденным</li> </ul>
127	<p>Декомпенсированный порок сердца – это порок, при котором имеется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый венозный застой в органах</li> <li>2) хронический венозный застой в органах</li> <li>3) малокровие органов</li> <li>4) недостаточность кровоснабжения артериальной кровью органов</li> <li>5) гипертрофия миокарда желудочков сердца</li> </ul>
128	<p>Наиболее частая причина смерти при пороке сердца</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>2) острая сердечная недостаточность</li> <li>3) смертельные тромбоэмболии</li> <li>4) паралич гипертрофированного сердца</li> <li>5) пневмонии</li> </ul>
129	<p>Наиболее частый агент острых пневмоний</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) пневмококк</li> <li>2) стафилококк</li> <li>3) стрептококк</li> <li>4) микоплазма</li> <li>5) вирусы</li> </ul>
130	<p>Нельзя отнести к клинико-морфологическим формам острой пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) крупозную пневмонию</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) очаговую</li> <li>3) бронхопневмонию</li> <li>4) межочную</li> <li>5) паренхиматозную</li> </ul>
131	<p>Не выделяют стадию крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) прилива</li> <li>2) красного опеченения</li> <li>3) серого опеченения</li> <li>4) разрешения</li> <li>5) стадию осложнений</li> </ul>
132	<p>Для стадии серого опеченения типичен экссудат</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) гнойный</li> <li>3) фибринозный</li> <li>4) геморрагический</li> <li>5) серозно-фибринозный</li> </ul>
133	<p>Тяжелое легочное осложнение крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гнойный медиастинит</li> <li>2) перикардит</li> <li>3) абсцессы в органах вне легких</li> <li>4) абсцесс легкого</li> <li>5) гнойный артрит</li> </ul>
134	<p>Тяжелое внелегочное осложнение крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) карнификация легкого</li> <li>2) абсцесс легкого</li> <li>3) гангрена легкого</li> <li>4) эмпиема плевры</li> <li>5) гнойный медиастинит</li> </ul>
135	<p>Причина смерти при крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диффузная эмфизема легких</li> <li>2) пневмосклероз</li> <li>3) острая легочно-сердечная недостаточность</li> <li>4) хроническая легочно-сердечная недостаточность</li> <li>5) декомпенсация гипертрофированного сердца</li> </ul>
136	<p>Синоним бронхопневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1)</li> <li>2) крупозная пневмония</li> <li>3) долевая</li> <li>4) плевропневмония</li> <li>5) интерстициальная</li> <li>6) очаговая</li> </ul>
137	<p>Типичная морфологическая черта только бронхопневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) воспаление экссудативное</li> <li>2) экссудат скапливается в просвете альвеол</li> <li>3) воспалительные изменения бронхов (бронхиол)</li> <li>4) склероз стенки бронхов</li> <li>5) обязательны некрозы</li> </ul>
138	<p>Наиболее реальная причина смерти при бронхопневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бактериальный шок</li> <li>2) острая почечная недостаточность</li> <li>3) острая легочно-сердечная недостаточность</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) хроническая легочно-сердечная недостаточность</li> <li>5) легочные осложнения гнойного характера</li> </ul>
139	<p>При выздоровлении от бронхопневмонии в легком наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) нагноение</li> <li>2) рассасывание экссудата</li> <li>3) карнификация</li> <li>4) развитие гангрены</li> <li>5) развитие ателектазов</li> </ul>
140	<p>Наиболее частая этиология межлужочной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) вирусы</li> <li>2) микоплазма</li> <li>3) пневмоциста</li> <li>4) хламидии</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
141	<p>Для межлужочной пневмонии наиболее характерно развитие в легком</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острого бронхита (бронхиолита)</li> <li>2) воспалительного инфильтрата в межальвеолярных перегородках</li> <li>3) ателектазов</li> <li>4) накопление экссудата в просвете альвеол</li> <li>5) обязательная карнификация</li> </ul>
142	<p>Не относится к характерным морфологическим изменениям при хронических неспецифических заболеваниях легких</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хронический бронхит</li> <li>2) острый бронхит</li> <li>3) бронхоэктазы</li> <li>4) эмфизема</li> <li>5) пневмосклероз</li> </ul>
143	<p>Что такое бронхоэктазы?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) сужение просвета бронхов</li> <li>2) расширение просвета бронхов</li> <li>3) хроническое воспаление стенки бронхов</li> <li>4) гиперплазия и метаплазия эпителия бронхов</li> <li>5) фиброз стенки бронхов</li> </ul>
144	<p>Что такое эмфизема легких?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) спадение респираторного отдела легких</li> <li>2) избыточное содержание воздуха в легких</li> <li>3) уменьшение воздушности легких из-за сдавления со стороны плевры</li> <li>4) разрастание фиброзной ткани в легких</li> <li>5) воспалительные инфильтраты в стенках альвеол</li> </ul>
145	<p>Не относится к группе хронических неспецифических заболеваний легких</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) фиброзирующий альвеолит</li> <li>2) хронический бронхит</li> <li>3) острый бронхит</li> <li>4) эмфизема легких</li> <li>5) бронхоэктатическая болезнь</li> </ul>
146	<p>К развитию бронхоэктазов обычно приводит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый бронхит</li> <li>2) хронический бронхит</li> <li>3) бронхопневмония</li> <li>4) пневмосклероз</li> </ul>

	5) все перечисленное
147	<p>Наиболее яркое морфологическое изменение в стадии альвеолита при интерстициальной болезни легких</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эктазия бронхиол</li> <li>2) фиброз межальвеолярных перегородок</li> <li>3) воспалительная инфильтрация интерстиция альвеол</li> <li>4) воспалительная инфильтрация стенки бронхов</li> <li>5) эмфизема</li> </ol>
148	<p>Легочная гипертензия при хронических неспецифических заболеваниях легких развивается из-за</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хронической сердечно-легочной недостаточности</li> <li>2) острой сердечно-легочной недостаточности</li> <li>3) гипертрофии правого желудочка сердца</li> <li>4) хронического венозного застоя в легких</li> <li>5) редукции капиллярного русла при пневмосклерозе</li> </ol>
149	<p>Наиболее частая причина смерти при хронических неспецифических заболеваниях легких</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острая сердечно-легочная недостаточность</li> <li>2) хроническая сердечно-легочная недостаточность</li> <li>3) гангрена легких</li> <li>4) острый абсцесс легких</li> <li>5) диффузный гранулематозный альвеолит</li> </ol>
150	<p>Наиболее частая морфологическая форма острого гастрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) катаральный (простой)</li> <li>2) фибринозный</li> <li>3) гнойный</li> <li>4) некротический (коррозивный)</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
151	<p>Не типично для картины катарального гастрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) десквамация покровного эпителия</li> <li>2) слизистая дистрофия эпителиальных клеток</li> <li>3) воспалительная инфильтрация</li> <li>4) нарушения кровообращения</li> <li>5) разрастание соединительной ткани</li> </ol>
152	<p>Наиболее частый исход острого гастрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) переход в хронический гастрит</li> <li>3) склеротическая деформация желудка</li> <li>4) развитие рака желудка</li> <li>5) развитие хронической язвы</li> </ol>
153	<p>Наиболее частый этиологический фактор, вызывающий хронический гастрит</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нарушение питания (раздражающая пища)</li> <li>2) алкоголь</li> <li>3) helicobacter pylori</li> <li>4) токсические вещества (желчь, лекарства)</li> <li>5) аутоиммунные факторы</li> </ol>
154	<p>Не выделяют морфологическую форму хронического гастрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хронический поверхностный</li> <li>2) хронический атрофический</li> <li>3) фибринозный</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) лимфоцитарный</li> <li>5) гранулематозный</li> </ul>
155	<p>Самое значимое морфологическое изменение для постановки диагноза хронический атрофический гастрит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) воспалительная инфильтрация</li> <li>2) атрофии желез</li> <li>3) дистрофии покровно-ямочного эпителия</li> <li>4) метаплазия покровно-ямочного эпителия</li> <li>5) эрозии</li> </ul>
156	<p>Морфологическое изменение слизистой оболочки типичное только для атрофического гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофии покровно-ямочного эпителия</li> <li>2) воспалительная инфильтрация</li> <li>3) расстройства кровообращения</li> <li>4) разрастание фиброзной ткани</li> <li>5) эрозии</li> </ul>
157	<p>Морфологический критерий активности хронического гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия покровно-ямочного эпителия</li> <li>2) атрофия желез</li> <li>3) разрастание фиброзной ткани</li> <li>4) кишечная метаплазия</li> <li>5) воспалительная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами</li> </ul>
158	<p>Наиболее частая морфологическая форма хронического гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хронический поверхностный гастрит</li> <li>2) хронический атрофический гастрит</li> <li>3) хеликобактерный гастрит</li> <li>4) активный хронический гастрит</li> <li>5) гранулематозный гастрит</li> </ul>
159	<p>Предраковое изменение эпителия при хроническом гастрите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гиперплазия</li> <li>2) дистрофия</li> <li>3) метаплазия</li> <li>4) дисплазия</li> <li>5) гиперпродукция слизи</li> </ul>
160	<p>Рак желудка наиболее часто развивается на фоне</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хронического хеликобактерного гастрита</li> <li>2) хронического поверхностного гастрита</li> <li>3) хронического гастрита А (аутоиммунного)</li> <li>4) хронического активного гастрита</li> <li>5) хронического неактивного гастрита</li> </ul>
161	<p>Морфологическое изменение в дне хронической язвы, соответствующее обострению</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) разрастание соединительной ткани</li> <li>2) появление дисплазии эпителия</li> <li>3) наличие фибриноидного некроза</li> <li>4) склероз стенок кровеносных сосудов</li> <li>5) эпителизация дна язвы</li> </ul>
162	<p>К язвенно-деструктивным осложнениям хронической язвы желудка относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) стеноз выходного отдела желудка</li> <li>2) гастрит</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) малигнизация</li> <li>4) деформация желудка</li> <li>5) перфорация язвы</li> </ul>
163	<p>Что такое пенетрация язвы желудка</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) синоним перфорация</li> <li>2) сквозное отверстие в дне язвы</li> <li>3) проникновение некроза из области дна язвы в соседние органы</li> <li>4) развитие флегмоны желудка</li> <li>5) синоним стеноза желудка</li> </ul>
164	<p>К острому аппендициту относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмонозный аппендицит</li> <li>2) водянка аппендикулярного отростка</li> <li>3) мукоцеле</li> <li>4) облитерация просвета аппендикса</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
165	<p>К хроническому аппендициту относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмонозный аппендицит</li> <li>2) мукоцеле</li> <li>3) поверхностный аппендицит</li> <li>4) гангренозный аппендицит</li> <li>5) апостематозный аппендицит</li> </ul>
166	<p>Осложнение острого аппендицита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мукоцеле</li> <li>2) облитерация просвета аппендикса</li> <li>3) эмпиема отростка</li> <li>4) водянка аппендикулярного отростка</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
167	<p>Осложнение острого аппендицита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) перфорация стенки аппендикса</li> <li>2) эмпиема</li> <li>3) периаппендицит</li> <li>4) пилефлебит</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
168	<p>Для гистологического заключения флегмонозный аппендицит необходимы изменения</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение аппендикса в размерах</li> <li>2) воспаление серозной оболочки аппендикса</li> <li>3) склероз стенки отростка</li> <li>4) разлитое гнойное воспаление стенки аппендикса</li> <li>5) эрозии</li> </ul>
169	<p>Диагностическое морфологическое изменение при поверхностном аппендиците</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) облитерация просвета аппендикса</li> <li>2) перфорация стенки</li> <li>3) расстройства кровообращения</li> <li>4) эрозии</li> <li>5) наличие первичного аффекта в слизистой оболочке аппендикса</li> </ul>
170	<p>Не относится к деструктивным формам острого аппендицита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмонозный аппендицит</li> <li>2) апостематозный</li> <li>3) водянка червеобразного отростка</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) гангренозный аппендицит</li> <li>5) флегмонозно-язвенный</li> </ul>
171	<p>Причина токсической дистрофии печени (массивного прогрессирующего некроза печени)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) тяжелые инфекции</li> <li>2) тяжелые интоксикации</li> <li>3) может быть при вирусном гепатите В</li> <li>4) может быть при позднем гестозе</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
172	<p>Основное морфологическое изменение при токсической дистрофии печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаговые некрозы гепатоцитов</li> <li>2) ступенчатые некрозы</li> <li>3) мостовидные некрозы</li> <li>4) массивные некрозы</li> <li>5) воспалительные инфильтраты в строме</li> </ul>
173	<p>Исход массивного прогрессирующего некроза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) постнекротический цирроз печени</li> <li>3) острый гепатит</li> <li>4) хронический гепатит</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
174	<p>Наиболее частая причина смерти при массивном прогрессирующем некрозе печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острая печеночная недостаточность</li> <li>2) хроническая печеночная недостаточность</li> <li>3) инфекционные осложнения</li> <li>4) шок</li> <li>5) ДВС-синдром</li> </ul>
175	<p>Причина стеатоза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) сахарный диабет</li> <li>2) алкогольная интоксикация</li> <li>3) гипоксия</li> <li>4) общее ожирение</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
176	<p>Основное морфологическое изменение в печени при стеатозе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаги некроза гепатоцитов</li> <li>2) массивный некроз гепатоцитов</li> <li>3) жировая дистрофия гепатоцитов</li> <li>4) расстройства кровообращения</li> <li>5) очаговые воспалительные инфильтраты в строме</li> </ul>
177	<p>Назовите наиболее частую причину гепатита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) алкоголь</li> <li>2) лекарственные препараты</li> <li>3) токсические вещества</li> <li>4) гепатотропные вирусы</li> <li>5) эндогенные интоксикации</li> </ul>
178	<p>Клинико-морфологическая форма вирусного гепатита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) безжелтушная</li> <li>2) желтушная</li> <li>3) фульминантная</li> <li>4) некротическая</li> </ul>

	5) все перечисленные
179	Обязательное морфологическое изменение печени при гепатите 1) дистрофия гепатоцитов 2) некроз гепатоцитов 3) холестаз 4) фиброз 5) воспалительные инфильтраты
180	Не бывает при безжелтушной форме вирусного гепатита 1) гидропической дистрофии гепатоцитов 2) баллонной дистрофии гепатоцитов 3) массивного некроза гепатоцитов 4) воспалительных инфильтратов без разрушения гепатоцитов пограничной пластинки 5) пролиферации звездчатых ретикулоцитов
181	Самое яркое морфологическое изменение печени при желтушной форме вирусного гепатита 1) гидропическая дистрофия гепатоцитов 2) жировая дистрофия гепатоцитов 3) очаги некроза гепатоцитов 4) диффузные воспалительные инфильтраты с разрушением гепатоцитов пограничной пластинки 5) воспалительные инфильтраты без разрушения гепатоцитов пограничной пластинки
182	Самое яркое морфологическое изменение печени при фульминантной форме вирусного гепатита 1) дистрофия гепатоцитов 2) массивный некроз гепатоцитов 3) слабо выраженные воспалительные инфильтраты 4) фиброз стромы 5) расстройства кровообращения
183	Исход острого вирусного гепатита 1) выздоровление 2) переход в хронический гепатит 3) переход в постнекротический цирроз печени 4) смертельный исход 5) все перечисленные
184	Тельца Каунсильмана - это 1) гепатоциты в состоянии дистрофии 2) гепатоциты в состоянии апоптоза 3) гипертрофированные гепатоциты 4) активированные макрофаги 5) очаговые скопления лимфоцитов в виде фолликулов
185	Не относится к алкогольным поражениям печени 1) стеатоз печени 2) гепатит 3) цирроз 4) массивный прогрессирующий некроз печени
186	Исходом алкогольного стеатоза печени может быть 1) массивный прогрессирующий некроз печени 2) портальный цирроз печени 3) вирусный гепатит

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) аутоиммунный гепатит</li> <li>5) крупноузловой цирроз печени</li> </ul>
187	<p>Не характерно для морфологии алкогольного гепатита наличие</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофии гепатоцитов</li> <li>2) очагов некроза гепатоцитов</li> <li>3) массивного некроза гепатоцитов</li> <li>4) телец Маллори</li> <li>5) воспалительных инфильтратов в строме</li> </ul>
188	<p>Тельца Маллори - это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) некротизированные гепатоциты</li> <li>2) гепатоциты в состоянии апоптоза</li> <li>3) накопление липидов в цитоплазме гепатоцитов</li> <li>4) аморфные эозинофильные включения в цитоплазме гепатоцитов</li> <li>5) очаговые скопления лимфоцитов в строме печени</li> </ul>
189	<p>Обычно алкогольный цирроз печени бывает</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) портальным</li> <li>2) крупноузловым</li> <li>3) первичным билиарным</li> <li>4) вторичным билиарным</li> <li>5) криптогенным</li> </ul>
190	<p>Не включают в морфологическую классификацию циррозов печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мелкоузловой цирроз</li> <li>2) крупноузловой цирроз</li> <li>3) крупно-мелкоузловой цирроз (смешанный)</li> <li>4) неполный септальный цирроз</li> <li>5) портальный цирроз</li> </ul>
191	<p>Вариант цирроза печени, выделяемый по морфогенезу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) алкогольный цирроз печени</li> <li>2) портальный цирроз</li> <li>3) мелкоузловой цирроз</li> <li>4) декомпенсированный цирроз</li> <li>5) мультилобулярный цирроз</li> </ul>
192	<p>Обязательные морфологические изменения печени при циррозе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) альтерация гепатоцитов</li> <li>2) извращенная регенерация</li> <li>3) диффузный склероз</li> <li>4) перестройка структуры печени</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
193	<p>Исключите не характерную черту постнекротического цирроза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) печень крупнобугристая</li> <li>2) ложные дольки мелкие</li> <li>3) соединительнотканые септы широкие</li> <li>4) сближение триад</li> <li>5) при декомпенсации чаще печеночная недостаточность</li> </ul>
194	<p>Исключите не характерную черту портального цирроза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) печень мелкобугристая</li> <li>2) ложные дольки мелкие</li> <li>3) соединительнотканые септы широкие</li> <li>4) резкое нарушение ангиоархитектоники органа</li> <li>5) при декомпенсации чаще портальная гипертензия</li> </ul>
195	<p>Проявление портальной гипертензии</p>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) расширение портокавальных анастомозов</li> <li>2) желтуха</li> <li>3) геморрагический синдром</li> <li>4) печеночный гломерулосклероз</li> <li>5) печеночная недостаточность</li> </ol>
196	<p>Для декомпенсированного цирроза печени характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) печень увеличена в размерах</li> <li>2) печень уменьшена в размерах</li> <li>3) гиперплазия околопортальных лимфоузлов</li> <li>4) проявление портальной гипертензии</li> <li>5) аллергические реакции (артралгия, кожная сыпь)</li> </ol>
197	<p>Нельзя отнести к проявлениям портальной гипертензии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желтуху</li> <li>2) асцит</li> <li>3) расширение портокавальных анастомозов</li> <li>4) кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка</li> <li>5) склероз воротной вены с тромбозом</li> </ol>
198	<p>Нельзя отнести к проявлениям портальной гипертензии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) асцит</li> <li>2) расширение портокавальных анастомозов</li> <li>3) кровотечение из вен пищевода и желудка</li> <li>4) гепаторенальный синдром</li> <li>5) склероз и тромбоз воротной вены</li> </ol>
199	<p>Для декомпенсированного цирроза печени характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аллергические реакции (артралгия, кожная сыпь)</li> <li>2) проявления печеночной недостаточности</li> <li>3) наличие структурной перестройки органа</li> <li>4) наличие диффузного склероза печени</li> <li>5) формирование в печени лимфоидных скоплений в виде фолликулов</li> </ol>
200	<p>Наиболее частая причина смерти при портальном циррозе печени</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфекционные осложнения</li> <li>2) печеночная недостаточность</li> <li>3) асцит-перитонит</li> <li>4) спленомегалия</li> <li>5) кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка</li> </ol>
201	<p>Наиболее частая причина смерти при постнекротическом циррозе печени</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) спленомегалия</li> <li>2) асцит-перитонит</li> <li>3) печеночная недостаточность</li> <li>4) тромбоз воротной вены с развитием некроза кишечника</li> <li>5) гепаторенальный синдром</li> </ol>
202	<p>Нельзя отнести к ренальным симптомам гломерулонефрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) протеинурию</li> <li>2) гематурию</li> <li>3) цилиндрурию</li> <li>4) диспротеинемию</li> <li>5) олигурию</li> </ol>
203	<p>Нельзя отнести к экстраренальным симптомам гломерулонефрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) артериальную гипертензию</li> <li>2) диспротеинемию</li> <li>3) отеки</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) гиперазотемию</li> <li>5) олигурию</li> </ul>
204	<p>Какие клетки почечного клубочка пролиферируют при гломерулонефрите?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) эндотелий</li> <li>2) клетки мезангия</li> <li>3) подоциты</li> <li>4) нефротелий капсулы</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
205	<p>Наиболее частый этиологический фактор острого гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) золотистый стафилококк</li> <li>2) пневмококк</li> <li>3) <math>\beta</math>-гемолитический стрептококк</li> <li>4) менингококк</li> <li>5) неизвестный фактор</li> </ul>
206	<p>Назовите возможный этиологический фактор острого гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) <math>\beta</math>-гемолитический стрептококк</li> <li>2) стафилококк</li> <li>3) пневмококк</li> <li>4) некоторые вирусы</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
207	<p>Ведущий механизм повреждения базальной мембраны почечного клубочка при гломерулонефрите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) повреждение циркулирующими иммунными комплексами</li> <li>2) повреждение осажденными иммунными комплексами</li> <li>3) прямое воздействие бактериальных токсинов</li> <li>4) нарушение кровообращения с ишемией</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
208	<p>Назовите наиболее ранние морфологические изменения в почечном клубочке при остром гломерулонефрите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) экссудативные изменения сосудистого клубочка</li> <li>2) продуктивные изменения сосудистого клубочка</li> <li>3) продуктивные изменения капсулы клубочка</li> <li>4) склероз и гиалиноз сосудистого клубочка</li> <li>5) атрофия сосудистого клубочка</li> </ul>
209	<p>В какой срок должно укладываться течение острого гломерулонефрита?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 2 – 3 недели</li> <li>2) 1,5 – 2 месяца</li> <li>3) 1,5 – 12 месяцев</li> <li>4) 6 месяцев – 2 года</li> <li>5) многие годы</li> </ul>
210	<p>Наиболее частый исход острого гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) переход в подострый гломерулонефрит</li> <li>3) переход в хронический гломерулонефрит</li> <li>4) смерть от острой почечной недостаточности</li> <li>5) смерть от хронической почечной недостаточности</li> </ul>
211	<p>Укажите другое название подострого гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) фибропластический</li> <li>2) полулунный</li> <li>3) мезангиальный</li> <li>4) экссудативный интракапиллярный</li> </ul>

	5) экссудативный экстракапиллярный
212	Как еще можно назвать «полулунный» гломерулонефрит? 1) подострый 2) быстро прогрессирующий 3) злокачественный 4) всеми перечисленными терминами 5) ни один из терминов не подходит
213	Наиболее закономерный исход подострого гломерулонефрита 1) выздоровление 2) переход в хронический гломерулонефрит 3) смерть от почечной недостаточности 4) переход в острый гломерулонефрит 5) развитие амилоидоза почек
214	Наиболее яркое морфологическое изменение почечного клубочка при подостром гломерулонефрите 1) пролиферация эндотелия 2) пролиферация нефротелия капсулы и подоцитов 3) пролиферация мезангиальных клеток 4) экссудативные изменения в сосудистом клубочке 5) накопление экссудата в полости капсулы
215	Для нефротического синдрома обязательна 1) незначительная протеинурия 2) значительная протеинурия 3) гематурия 4) азотемия 5) артериальная гипертензия
216	Не может развиваться как морфологический вариант хронического гломерулонефрита 1) мезангиальнопролиферативный 2) мезангиальнокапиллярный 3) мембранопротеративный 4) экссудативный интракапиллярный 5) фибропластический
217	В исходе воспаления в почечном клубочке при хроническом гломерулонефрите развивается 1) гиалиноз 2) склероз 3) атрофия 4) деформация сосудистого клубочка 5) все перечисленное
218	Наиболее частая причина смерти при хроническом гломерулонефрите 1) острая почечная недостаточность 2) хроническая почечная недостаточность 3) сердечная недостаточность 4) инфекционные осложнения 5) гепаторенальный синдром
219	Закономерный исход хронического гломерулонефрита 1) выздоровление 2) смерть от хронической почечной недостаточности 3) смерть от острой почечной недостаточности 4) переход в подострый гломерулонефрит

	5) переход в острый гломерулонефрит
220	К невоспалительным гломерулопатиям относится 1) липоидный нефроз 2) мембранозная гломерулопатия 3) фокальный гломерулярный склероз 4) нефропатия с минимальными изменениями 5) все перечисленное
221	К невоспалительным гломерулопатиям относится 1) липоидный нефроз 2) мембранозная гломерулопатия 3) диабетическая гломерулопатия 4) амилоидоз 5) все вышеперечисленное
222	Самое яркое электронномикроскопическое изменение почечного клубочка при липоидном нефрозе 1) отложение иммунных комплексов в базальной мембране 2) накопление мембраноподобного вещества с утолщением базальной мембраны 3) расщепление базальной мембраны 4) интерпозиция клеток мезангия 5) исчезновение малых отростков подоцитов
223	Синоним «болезни малых отростков подоцитов» 1) мембранозная гломерулопатия 2) диабетическая гломерулопатия 3) нефропатия с минимальными изменениями 4) фокальный гломерулярный склероз 5) печеночный гломерулосклероз
224	Причина некротического нефроза 1) шок 2) шокоподобные ситуации 3) тяжелые инфекции 4) тяжелые отравления 5) все перечисленное
225	Причина некротического нефроза 1) шок 2) обменно-алиментарные нарушения 3) гломерулонефрит 4) рак почки 5) амилоидоз почек
226	Патогенетический механизм некротического нефроза 1) отложение иммунных комплексов на базальной мембране клубочка 2) повреждение базальной мембраны клубочка почечными аутоантителами 3) повреждение базальной мембраны клубочка бактериальными токсинами 4) воздействие на эпителий канальцев токсических веществ 5) все перечисленное
227	Наиболее тяжелое морфологическое изменение при некротическом нефрозе 1) дистрофия эпителия канальцев 2) некроз эпителия канальцев 3) ишемия коркового слоя почки

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) отек интерстиция почки</li> <li>5) очаговые лейкоцитарные инфильтраты в интерстиции почки</li> </ul>
228	<p>Назовите морфологическое изменение в почках в шоковую стадию некротического нефроза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) отложение иммунных комплексов в базальной мембране клубочка</li> <li>2) пролиферация клеток мезангия</li> <li>3) выраженный некроз эпителия канальцев</li> <li>4) выраженные нарушения кровообращения</li> <li>5) атрофия эпителия канальцев</li> </ul>
229	<p>Назовите морфологическое изменение, позволяющее говорить об олигоанурической стадии некротического нефроза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ишемия коркового слоя почки</li> <li>2) отек интерстиция почки</li> <li>3) дистрофия эпителия канальцев</li> <li>4) некроз эпителия канальцев</li> <li>5) атрофия эпителия канальцев</li> </ul>
230	<p>Для полного восстановления функции почек при некротическом нефрозе необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаговое разрастание соединительной ткани</li> <li>2) полная регенерация эпителия канальцев</li> <li>3) рассасывание отечной жидкости в интерстиции почки</li> <li>4) переход дистрофии эпителия канальцев в некроз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
231	<p>Возможный исход некротического нефроза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) переход в хронический гломерулонефрит</li> <li>3) развитие амилоидоза почек</li> <li>4) развитие первичного нефротического синдрома</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
232	<p>Вторичный амилоидоз с поражением почек развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) остром гломерулонефрите</li> <li>2) некротическом нефрозе</li> <li>3) циррозах печени</li> <li>4) острых воспалительных заболеваниях легких</li> <li>5) хронических гнойно-деструктивных заболеваниях легких</li> </ul>
233	<p>Амилоидоз почек может развиваться при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) лимфогранулематозе</li> <li>2) гнойно-деструктивных заболеваниях легких</li> <li>3) хроническом остеомиелите</li> <li>4) ревматоидном полиартрите</li> <li>5) всем перечисленном</li> </ul>
234	<p>При амилоидозе почек неизбежно развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гематурия</li> <li>2) нефритический синдром</li> <li>3) гепаторенальный синдром</li> <li>4) острая почечная недостаточность</li> <li>5) хроническая почечная недостаточность</li> </ul>
235	<p>Амилоидоз почек неизбежно приводит к хронической почечной недостаточности, так как развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) прогрессивное нарушение кровообращения коркового слоя</li> <li>2) нарастающая атрофия канальцев и гибель структур почечного</li> </ul>

	<p>клубочка</p> <p>3) некроз капиллярных петель клубочка и эпителия канальцев</p> <p>4) диффузный склероз интерстиция почки</p> <p>5) все перечисленное</p>
236	<p>Морфологический вид воспаления в пейеровых бляшках тонкого кишечника при брюшном тифе</p> <p>1) серозное</p> <p>2) гнойное</p> <p>3) катаральное</p> <p>4) продуктивное</p> <p>5) альтеративное</p>
237	<p>Морфологический тип воспаления в пейеровых бляшках тонкого кишечника при брюшном тифе</p> <p>1) гнойное</p> <p>2) продуктивное</p> <p>3) гранулематозное</p> <p>4) альтеративное</p>
238	<p>В пейеровых бляшках при брюшном тифе развиваются гранулемы</p> <p>1) эпителиоидноклеточные</p> <p>2) гигантоклеточные</p> <p>3) макрофагальные</p> <p>4) похожие на туберкулезные</p> <p>5) с творожистым некрозом</p>
239	<p>Исход гранулем в пейеровых бляшках при брюшном тифе</p> <p>1) некроз</p> <p>2) фиброз</p> <p>3) нагноение</p> <p>4) рубцевание</p> <p>5) склероз</p>
240	<p>Не выделяют стадию брюшного тифа</p> <p>1) мозговидного набухания</p> <p>2) некроза</p> <p>3) образования язв</p> <p>4) рубцевания</p> <p>5) заживления</p>
241	<p>Наиболее тяжелые изменения при брюшном тифе развиваются в</p> <p>1) желудке</p> <p>2) тонком кишечнике</p> <p>3) 12-ти перстной кишке</p> <p>4) толстом кишечнике</p> <p>5) прямой кишке</p>
242	<p>Какой вид воспаления развивается в регионарных лимфоузлах тонкого кишечника при брюшном тифе</p> <p>1) серозное</p> <p>2) гнойное</p> <p>3) гранулематозное</p> <p>4) альтеративное</p> <p>5) с казеозным некрозом</p>
243	<p>Наиболее тяжелое кишечное осложнение брюшного тифа</p> <p>1) образование язв в пейеровых бляшках</p> <p>2) некроз макрофагальных гранулем</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) кишечное кровотечение</li> <li>4) пневмония</li> <li>5) кожная сыпь</li> </ul>
244	<p>Наиболее тяжелое кишечное осложнение брюшного тифа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) пневмония</li> <li>2) сепсис</li> <li>3) остеомиелит</li> <li>4) прободение кишки и перитонит</li> <li>5) дистрофические изменения паренхиматозных органов</li> </ul>
245	<p>Не выделяют клинико-морфологическую форму сальмонеллеза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) интестинальную</li> <li>2) брюшнотифозную</li> <li>3) септическую</li> <li>4) абдоминальную</li> </ul>
246	<p>Наиболее поражаемый отдел кишечника при сальмонеллезе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) тонкий кишечник</li> <li>3) толстый кишечник</li> <li>4) илеоцекальный угол</li> <li>5) прямая кишка</li> </ul>
247	<p>Интестинальная форма сальмонеллеза проявляется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гастроэнтеритом</li> <li>2) гастроэнтероколитом</li> <li>3) колит</li> <li>4) проктитом</li> <li>5) дуоденитом</li> </ul>
248	<p>В тонком кишечнике при сальмонеллезе развивается воспаление</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) катаральное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) фибринозное</li> <li>4) крупозное</li> <li>5) дифтеритическое</li> </ul>
249	<p>Наиболее реальная причина смерти при сальмонеллезе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дисбактериоз</li> <li>2) пневмония</li> <li>3) метастатические гнойники в органах</li> <li>4) токсико-инфекционный шок</li> <li>5) обезвоживание</li> </ul>
250	<p>Не выделяют морфологическую форму иерсиниоза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) абдоминальную</li> <li>2) скарлатиноподобную</li> <li>3) артралгическую</li> <li>4) септическую</li> <li>5) брюшнотифозную</li> </ul>
251	<p>При иерсиниозе могут поражаться отделы кишечника</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) тонкий кишечник</li> <li>3) толстый кишечник</li> <li>4) аппендикс</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
252	<p>При иерсиниозе в подвздошной кишке может развиваться</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) катаральное воспаление</li> <li>2) формирование язв</li> <li>3) формирование гранулем</li> <li>4) все перечисленные</li> </ol>
253	<p>Нельзя отнести к абдоминальной форме иерсиниоза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) терминальный илеит</li> <li>2) аппендикопатию</li> <li>3) мезаденит</li> <li>4) катаральный энтероколит с формированием язв</li> <li>5) дифтеритический колит</li> </ol>
254	<p>Гранулемы при иерсиниозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофагальные</li> <li>2) эпителиоидноклеточные</li> <li>3) гигантоклеточные</li> <li>4) с наличием казеозного некроза</li> <li>5) можно назвать гуммами</li> </ol>
255	<p>Исход гранулем при иерсиниозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие казеозного некроза</li> <li>2) некроз и гнойное расплавление</li> <li>3) обызвествление</li> <li>4) петрификация</li> <li>5) оссификация</li> </ol>
256	<p>Наиболее реальная причина смерти при иерсиниозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) внутрикишечное кровотечение</li> <li>2) рубцовые стенозы кишечника</li> <li>3) септическая форма болезни</li> <li>4) пневмония</li> <li>5) артриты</li> </ol>
257	<p>Клетки, входящие в состав гранулемы при иерсиниозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофаги</li> <li>2) эпителиоидные</li> <li>3) гигантские многоядерные клетки</li> <li>4) сегментоядерные лейкоциты</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
258	<p>Наиболее типично поражение при дизентерии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудка</li> <li>2) тонкого кишечника</li> <li>3) мезентериальных лимфоузлов</li> <li>4) толстого кишечника</li> <li>5) аппендикса</li> </ol>
259	<p>В толстом кишечнике при дизентерии развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) продуктивное воспаление</li> <li>2) гранулематозное воспаление</li> <li>3) экссудативное воспаление</li> <li>4) разлитое гнойное воспаление</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
260	<p>Для начальной стадии дизентерии характерно воспаление</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) катаральное</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) дифтеритическое</li> <li>4) продуктивное</li> </ol>



	5) гранулематозное
261	У детей при дизентерии часто развивается колит 1) крупозный 2) дифтеритический 3) фолликулярно-язвенный 4) продуктивный 5) флегмонозный
262	Наиболее частый вариант колита при современной дизентерии 1) катаральный 2) флегмонозный 3) крупозный 4) дифтеритический 5) все перечисленное
263	При хронической дизентерии возможно осложнение 1) бронхопневмония 2) серозные артриты 3) перфорация стенки кишки и перитонит 4) перфорация стенки кишки и парапроктит 5) амилоидоз
264	Не выделяют стадию (период) развития холеры 1) токсическую 2) алгидную 3) стадию энтерита 4) стадию гастроэнтерита
265	Морфологический тип воспаления при холерном энтерите 1) флегмонозное 2) крупозное 3) дифтеритическое 4) серозное 5) серозное с образованием язв
266	Морфологический вид энтерита характерный для холеры 1) серозный (серозно-геморрагический) 2) фолликулярный (фолликулярно-язвенный) 3) дифтеритический 4) крупозный 5) флегмонозный
267	Не может развиваться в кишечнике при холерном энтерите 1) расстройство кровообращения 2) отек 3) десквамация эпителия ворсин 4) формирование язв 5) лимфогистиоцитарная инфильтрация
268	Характерные изменения почек при тяжелой холере 1) некротический нефроз 2) пиелонефрит 3) пиелит 4) паранефрит 5) инфаркты почек
269	Специфическое осложнение при холере 1) пневмония 2) рожа

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) сепсис</li> <li>4) холерный тифоид</li> <li>5) пиелонефрит</li> </ul>
270	<p>Наиболее характерное общее изменение при тяжелой холере</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кожная сыпь</li> <li>2) бронхопневмония</li> <li>3) обезвоживание</li> <li>4) миокардит</li> <li>5) жировая дистрофия печени</li> </ul>
271	<p>Практически не наблюдается при современной холере</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) интоксикация</li> <li>2) диарея</li> <li>3) рвота</li> <li>4) эксикоз</li> <li>5) дистрофические изменения паренхиматозных органов</li> </ul>
272	<p>272. В алгидный период появляется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) интоксикация</li> <li>2) обезвоживание (эксикоз)</li> <li>3) диарея</li> <li>4) рвота</li> <li>5) гипертермия</li> </ul>
273	<p>Наиболее частое место первичной фиксации стрептококка при скарлатине</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) небные миндалины</li> <li>2) кожа</li> <li>3) легкие</li> <li>4) лимфоузлы шеи</li> <li>5) мягкие ткани шеи</li> </ul>
274	<p>Первичный скарлатинозный аффект представлен</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) воспалением небных миндалин</li> <li>2) регионарным лимфаденитом</li> <li>3) флегмоной мягких тканей шеи</li> <li>4) заглочным абсцессом</li> <li>5) отитом</li> </ul>
275	<p>Наиболее частая морфологическая форма ангины при скарлатине в настоящее время</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) катаральная</li> <li>2) некротическая</li> <li>3) гнойная</li> <li>4) фолликулярная</li> <li>5) фибринозная</li> </ul>
276	<p>Общее проявление скарлатины, связанное с токсемией</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кожная сыпь</li> <li>2) эксикоз</li> <li>3) токсический миокардит</li> <li>4) синдром Уотерхауса – Фридериксена</li> <li>5) паренхиматозный неврит</li> </ul>
277	<p>Тяжелые гнойно-некротические осложнения скарлатины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) заглочный абсцесс</li> <li>2) гнойный отит</li> <li>3) гнойно- некротический лимфаденит</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) флегмона шеи</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
278	<p>Тяжелое осложнение первого периода скарлатины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмона шеи</li> <li>2) бородавчатый эндокардит</li> <li>3) артриты</li> <li>4) васкулиты</li> </ul>
279	<p>Тяжелое осложнение второго периода скарлатины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмона шеи</li> <li>2) абсцесс головного мозга</li> <li>3) гнойный менингит</li> <li>4) септикопиемия</li> <li>5) гломерулонефрит</li> </ul>
280	<p>Характер осложнений второго периода скарлатины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) токсические</li> <li>2) гнойно-некротические</li> <li>3) обменные</li> <li>4) аллергические</li> <li>5) септические</li> </ul>
281	<p>На какие органы и системы оказывает действие экзотоксин дифтерийной палочки</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) сердце</li> <li>2) сосудистую систему</li> <li>3) нервную систему</li> <li>4) надпочечники</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
282	<p>Наиболее типичная локализация местных изменений при дифтерии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) раневая поверхность</li> <li>2) слизистая оболочка носа</li> <li>3) слизистая оболочка дыхательных путей</li> <li>4) зев и миндалины</li> <li>5) гениталии (у девочек)</li> </ul>
283	<p>Какой морфологический вид воспаления типичен для дифтерии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) фибринозное</li> <li>4) геморрагическое</li> <li>5) продуктивное</li> </ul>
284	<p>Какая морфологическая разновидность воспаления типична для дифтерии зева и миндалин</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) дифтеритическое</li> <li>4) гнойное</li> <li>5) гнилостное</li> </ul>
285	<p>Какая морфологическая разновидность воспаления типична для дифтерии дыхательных путей (гортани, трахеи)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) дифтеритическое</li> <li>4) гнойное</li> </ul>

	5) гнилостное
286	При какой клинико-морфологической форме дифтерии развивается наиболее тяжелая токсемия 1) дифтерии дыхательных путей 2) дифтерии носа 3) дифтерии ран 4) дифтерии зева и миндалин 5) дифтерии кожи
287	Что такое истинный круп 1) отек гортани 2) спазм гладких мышц гортани 3) крупозное воспаление гортани с отделением фибринозной пленки 4) крупозное воспаление бронхов с нарушением их проходимости 5) синоним раннего паралича сердца
288	Наиболее типичные общетоксические проявления при дифтерии 1) токсический миокардит 2) паренхиматозный неврит 3) дистрофия и некроз надпочечников 4) некротический нефроз 5) все перечисленные
289	Синоним острой сердечной недостаточности при токсическом миокардите при дифтерии 1) ранний паралич сердца 2) поздний паралич сердца 3) истинный круп 4) ложный круп 5) нисходящий круп
290	Ранний паралич сердца при дифтерии развивается в связи с 1) истинным крупом 2) ложным крупом 3) нисходящим крупом 4) токсическим миокардитом 5) паренхиматозным невритом
291	Поздний паралич сердца при дифтерии развивается в связи с 1) истинным крупом 2) ложным крупом 3) нисходящим крупом 4) токсическим миокардитом 5) паренхиматозным невритом
292	Морфологические изменения при токсическом миокардите при дифтерии 1) дистрофия кардиомиоцитов 2) очаги некроза кардиомиоцитов 3) лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция 4) расстройства кровообращения 5) все перечисленные
293	Наиболее частая причина смерти при дифтерии в настоящее время 1) ранний паралич сердца 2) поздний паралич сердца 3) асфиксия при истинном крупе 4) асфиксия при ложном крупе 5) нисходящий круп

294	Клинико-морфологические формы менингококковой инфекции 1) назофарингит 2) гнойный менингит 3) менингоэнцефалит 4) менингококемия 5) все перечисленные
295	Наиболее тяжелая клинико-морфологическая форма менингококковой инфекции 1) назофарингит 2) пневмония 3) гнойный менингит 4) септицемия 5) септикопиемия
296	При менингококкцемии не успевает развиваться 1) серозный менингит 2) гнойный менингит 3) геморрагический синдром 4) некроз и кровоизлияния в надпочечниках 5) некротический нефроз
297	Что такое синдром Уотерхауса- Фридериксена при менингококковой инфекции 1) острая надпочечниковая недостаточность 2) хроническая надпочечниковая недостаточность 3) острая почечная недостаточность 4) хроническая почечная недостаточность 5) геморрагический синдром при менингококкцемии
298	При синдроме Уотерхауса-Фридериксена имеет место 1) атрофия коры надпочечников 2) очаговая гиперплазия коры надпочечников 3) некроз и кровоизлияния в надпочечниках 4) гидроцефалия в исходе менингита 5) множественные кровоизлияния в разных органах
299	При менингококковом менингите типично развитие воспаления 1) серозного 2) гнойного 3) геморрагического 4) фибринозного 5) дифтеритического
300	При гнойном менингите развивается гидроцефалия из-за 1) скопления гнойного экссудата 2) развития фиброзной ткани на месте гнойного экссудата 3) рассасывания гнойного экссудата 4) присоединения энцефалита 5) субарахноидального кровоизлияния
301	Не принято выделять клинико-морфологическую форму гриппа 1) легкую 2) тяжелую 3) средней тяжести 4) септическую
302	При какой форме гриппа возможен смертельный исход 1) легкой

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой</li> <li>4) септической</li> <li>5) токсико-септической</li> </ul>
303	<p>" Большое пестрое легкое" развивается при форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой, обусловленной интоксикацией</li> <li>4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией</li> <li>5) септической форме</li> </ul>
304	<p>Смерть от геморрагического отека легких возможна при форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой, обусловленной интоксикацией</li> <li>4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией</li> <li>5) септической</li> </ul>
305	<p>Смерть от отека и набухания головного мозга возможна при форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой, обусловленной интоксикацией</li> <li>4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией</li> <li>5) септической</li> </ul>
306	<p>Смерть от кровоизлияния в продолговатом мозгу возможна при форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой, обусловленной интоксикацией</li> <li>4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией</li> <li>5) септической</li> </ul>
307	<p>В "большом пестром легком "при гриппе появляется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бронхопневмония</li> <li>2) микроабсцессы</li> <li>3) мелкие кровоизлияния</li> <li>4) ателектазы</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
308	<p>При гриппозной пневмонии не может быть в легком</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) скопления в альвеолах серозного экссудата</li> <li>2) лимфоидно-клеточных инфильтратов в межальвеолярных перегородках</li> <li>3) расстройств кровообращения</li> <li>4) специфических вирусных включений в альвеолярном эпителии</li> <li>5) микроабсцессов</li> </ul>
309	<p>Не бывает при легкой форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозно-слизистого ринита</li> <li>2) серозно-слизистого ларингита</li> <li>3) серозно-слизистого трахеита</li> <li>4) катарального воспаления крупных бронхов</li> </ul>

	5) гриппозной пневмонии
310	Первичный туберкулезный аффект в легком представлен 1) очаговой казеозной пневмонией 2) очаговой казеозной бронхопневмонией 3) сливной больших масштабов казеозной пневмонией 4) туберкулезной гранулемой 5) очагом обызвествления
311	При туберкулезном лимфадените некроз 1) влажный 2) колликвационный 3) сухой 4) гангрена 5) фибриноидный
312	Морфологический вид первичного некроза при туберкулезе 1) влажный 2) колликвационный 3) сухой 4) фибриноидный 5) гангрена
313	Туберкулезная гранулема по морфологическим параметрам является 1) макрофагальной 2) эпителиоидноклеточной 3) гигантоклеточной 4) неспецифической 5) неиммунной
314	При заживлении очагов воспаления при туберкулезе происходит 1) организация 2) инкапсуляция 3) петрификация 4) оссификация 5) все перечисленное
315	Заживший первичный аффект в легком при туберкулезе называется очагом 1) Абрикосова 2) Гона 3) Ашофф-Пуля 4) Ассмана-Редекера 5) Симона
316	Наиболее часто встречающаяся в настоящее время форма прогрессирования первичного туберкулеза 1) гематогенная 2) лимфожелезистая 3) рост первичного аффекта 4) милиарная 5) гематогенная с преимущественным поражением легких
317	Наиболее частый исход первичного туберкулеза 1) выздоровление 2) смерть 3) переход в гематогенную форму 4) переход во вторичный туберкулез 5) развитие первичной хронической легочной чахотки
318	Наиболее часто встречающаяся форма гематогенного туберкулеза

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) генерализованный гематогенный туберкулез</li> <li>2) милиарный туберкулез</li> <li>3) острейший милиарный сепсис</li> <li>4) гематогенный туберкулез с внелегочным поражением</li> <li>5) острый милиарный туберкулез</li> </ol>
319	<p>Наиболее часто встречающаяся форма гематогенного туберкулеза с поражением легких</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый милиарный туберкулез</li> <li>2) хронический милиарный туберкулез</li> <li>3) гематогенно-диссеминированный (крупноочаговый) туберкулез</li> <li>4) острый очаговый туберкулез</li> <li>5) фиброзно-очаговый туберкулез</li> </ol>
320	<p>Для гематогенно-диссеминированного хронического крупноочагового туберкулеза характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) поражение верхушек легких</li> <li>2) зеркальное расположение очагов</li> <li>3) продуктивный тип воспаления</li> <li>4) сетчатый пневмосклероз в исходе</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
321	<p>Гематогенный туберкулез может проявить себя как</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый кавернозный</li> <li>2) фиброзно-кавернозный</li> <li>3) милиарный</li> <li>4) острый очаговый</li> <li>5) фиброзно-очаговый</li> </ol>
322	<p>Морфологически острый очаговый туберкулез представлен</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаговой казеозной пневмонией</li> <li>2) очаговой казеозной бронхопневмонией</li> <li>3) сливной больших масштабов казеозной пневмонией</li> <li>4) туберкулезной гранулемой</li> <li>5) острой каверной</li> </ol>
323	<p>Не относится к формам вторичного туберкулеза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый очаговый туберкулез</li> <li>2) фиброзно-очаговый туберкулез</li> <li>3) очаг-инфильтрат Ассмана-Редекера</li> <li>4) очаг Гопа</li> <li>5) цирротический туберкулез</li> </ol>
324	<p>Туберкулема – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острая каверна при туберкулезе</li> <li>2) хроническая каверна при туберкулезе</li> <li>3) очаг творожистого некроза 2-5 см в диаметре в тонкой капсуле</li> <li>4) доброкачественная опухоль легкого</li> <li>5) острая каверна после опорожнения масс некроза</li> </ol>
325	<p>Очаг Ашофф-Пуля – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) свежая очаговая казеозная пневмония</li> <li>2) свежая очаговая казеозная бронхопневмония</li> <li>3) инкапсулированный первичный туберкулезный аффект</li> <li>4) инкапсулированный очаг Абрикосова</li> <li>5) очаг воспаления при инфильтративном туберкулезе</li> </ol>
326	<p>Наиболее тяжелая форма вторичного туберкулеза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый очаговый туберкулез</li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) фиброзно-очаговый туберкулез</li> <li>3) острый кавернозный туберкулез</li> <li>4) туберкулема</li> <li>5) казеозная пневмония</li> </ul>
327	<p>Для формирования острой каверны в легком при туберкулезе необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) опорожнение масс казеозного некроза через бронх</li> <li>2) опорожнение расплавленных лейкоцитами масс творожистого некроза через бронх</li> <li>3) рассасывание некроза с формированием полости</li> <li>4) инкапсуляция очага творожистого некроза</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
328	<p>Типичная локализация в легком изменений при остром очаговом туберкулезе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) симметрично в верхушках легких</li> <li>2) нижнее-задние отделы легких</li> <li>3) верхушка правого легкого</li> <li>4) верхушка левого легкого</li> <li>5) средняя доля правого легкого</li> </ul>
329	<p>Благоприятный исход острой каверны при консервативном лечении туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) переход в хроническую каверну</li> <li>2) спадение краев и рубцевание</li> <li>3) «рост» каверны</li> <li>4) развитие пневмоторакса</li> <li>5) легочное кровотечение из аррозированного сосуда в стенке каверны</li> </ul>
330	<p>Наиболее частая форма туберкулеза, встречаемая на вскрытии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый очаговый туберкулез</li> <li>2) фиброзно-очаговый туберкулез</li> <li>3) туберкулема</li> <li>4) острый кавернозный туберкулез</li> <li>5) фиброзно-кавернозный туберкулез</li> </ul>
331	<p>Причина смерти при вторичном туберкулезе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая легочно-сердечная недостаточность</li> <li>2) легочное кровотечение</li> <li>3) амилоидоз</li> <li>4) в результате обострения специфического процесса</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
332	<p>Не является характерной чертой фиброзно-кавернозного туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) наличие хронической каверны</li> <li>2) разрастание фиброзной ткани в легком</li> <li>3) разноплановые туберкулезные очаги в легком</li> <li>4) асимметрия поражения</li> <li>5) распространение микобактерий преимущественно лимфогенным и гематогенным путями</li> </ul>
333	<p>В настоящее время наблюдается при туберкулезе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение заболеваемости и смертности</li> <li>2) увеличение заболеваемости и смертности</li> <li>3) уменьшение количества больных первичным туберкулезом</li> <li>4) уменьшение числа специфических осложнений</li> <li>5) уменьшение числа деструктивных форм</li> </ul>
334	<p>Что такое входные ворота инфекции при сепсисе</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) место локализации септического очага</li> <li>2) локализация первого метастатического абсцесса</li> <li>3) регионарный лимфаденит</li> <li>4) место проникновения инфекции в организм</li> <li>5) место размножения инфекционного агента</li> </ol>
335	<p>Что такое септический очаг</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) место проникновения инфекции в организм</li> <li>2) место размножения инфекта с формированием очага воспаления</li> <li>3) регионарный гнойный лимфаденит</li> <li>4) первый метастатический гнойный очаг</li> <li>5) любой фокус гнойного воспаления при сепсисе</li> </ol>
336	<p>Нельзя отнести к местным изменениям при сепсисе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) септический очаг</li> <li>2) регионарный лимфаденит</li> <li>3) местный флебит и тромбофлебит</li> <li>4) распространенные васкулиты</li> </ol>
337	<p>Нельзя отнести к общим изменениям при сепсисе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) септический очаг</li> <li>2) метастатические гнойники в органах</li> <li>3) распространенные васкулиты</li> <li>4) межочечное воспаление в паренхиматозных органах</li> <li>5) септическую селезенку</li> </ol>
338	<p>Укажите принцип классификации сепсиса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по этиологии</li> <li>2) по характеру входных ворот</li> <li>3) по течению</li> <li>4) по клинико-морфологическим особенностям</li> <li>5) по всем перечисленным параметрам</li> </ol>
339	<p>Не выделяют клинико-морфологическую форму сепсиса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) септицемию</li> <li>2) хронический сепсис</li> <li>3) острейший милиарный сепсис</li> <li>4) септикопиемию</li> <li>5) септический эндокардит</li> </ol>
340	<p>Клинико-морфологическая форма сепсиса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) токсическая</li> <li>2) скарлатиноподобная</li> <li>3) абдоминальная</li> <li>4) септикопиемия</li> <li>5) токсико-септическая</li> </ol>
341	<p>Морфологический вид воспаления в септическом очаге</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) катаральное</li> <li>4) крупозное</li> <li>5) продуктивное</li> </ol>
342	<p>Клинико-морфологическая форма сепсиса с быстрым бурным течением</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) септицемию</li> <li>2) септикопиемию</li> <li>3) хронический сепсис</li> <li>4) септический эндокардит</li> </ol>

	5) токсическая
343	Наиболее типичное морфологическое изменение при септицемии 1) септическая селезенка 2) множественные абсцессы в разных органах 3) очаг гнойного воспаления во входных воротах инфекции 4) резко выраженные нарушения кровообращения, геморрагический синдром 5) тромбо-язвенный эндокардит
344	Наиболее яркие морфологические изменения при септикопиемии 1) выраженные расстройства кровообращения, геморрагический синдром 2) гнойные процессы в воротах инфекции и в органах 3) межуточное воспаление в органах 4) гиперплазия лимфоидной и кроветворной ткани 5) тромбо-язвенный эндокардит
345	Для септического (бактериального) эндокардита обязательно наличие 1) гнойного воспаления в воротах инфекции 2) регионарного гнойного лимфаденита 3) метастатических гнойников в разных органах 4) гемолитической желтухи 5) тромбо-язвенного эндокардита и васкулитов
346	Фоновое заболевание при септическом (бактериальном) эндокардите 1) аутоиммунный миокардит 2) ревматические поражения клапанов 3) ишемическая болезнь сердца 4) иммунокомплексный гломерулонефрит 5) все перечисленные
347	Фоновое заболевание при септическом (бактериальном) эндокардите 1) ревматические поражения клапанов 2) атеросклеротические поражения клапанов 3) изменения клапанов после перенесенного сифилиса 4) врожденные пороки сердца 5) все перечисленные
348	Имунокомплексного характера поражение при септическом (бактериальном) эндокардите проявляется как 1) септическая селезенка 2) гемолитическая желтуха 3) метастатические гнойники в органах 4) дистрофические изменения паренхиматозных органов 5) гломерулонефрит
349	Наиболее часто при септическом (бактериальном) эндокардите поражается клапан 1) аортальный 2) митральный 3) сочетание аортального и митрального 4) трехстворчатый 5) клапаны легочной артерии
350	Не типично развитие в створках клапана при тромбо-язвенном эндокардите 1) некрозов с изъязвлением 2) тромботических наложений 3) клеточных воспалительных инфильтратов

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) склеротических изменений в исходе воспаления</li> <li>5) мукоидного и фибриноидного набухания</li> </ul>
351	<p>Морфологическая форма клапанного эндокардита типичная для сепсиса</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый бородавчатый эндокардит</li> <li>2) возвратно-бородавчатый эндокардит</li> <li>3) фибропластический</li> <li>4) тромбо-язвенный</li> <li>5) диффузный вальвулит Талалаева</li> </ul>
352	<p>Что рассматривают в качестве септического очага при септическом (бактериальном) эндокардите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаг гнойного воспаления в воротах инфекции</li> <li>2) тромбо-язвенный эндокардит</li> <li>3) распространенные васкулиты</li> <li>4) межочечный миокардит</li> <li>5) иммунокомплексный гломерулонефрит</li> </ul>
353	<p>Септическая селезенка развивается в результате</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гнойного воспаления ткани селезенки</li> <li>2) продуктивного воспаления ткни селезенки</li> <li>3) образования ишемических инфарктов</li> <li>4) гиперплазии клеточных элементов селезенки</li> <li>5) дистрофических изменения селезенки</li> </ul>
354	<p>Какой тип ответных воспалительных тканевых реакций типичен для септического (бактериального) эндокардита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гнойно-деструктивный</li> <li>2) продуктивный</li> <li>3) альтеративно-продуктивный</li> <li>4) экссудативный</li> <li>5) альтеративный</li> </ul>
355	<p>Не характерно для внешнего вида селезенки при сепсисе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) увеличена в размерах</li> <li>2) дряблой консистенции</li> <li>3) красного цвета</li> <li>4) дает обильный соскоб</li> <li>5) на разрезе имеет сальный вид</li> </ul>
356	<p>При септицемии септический очаг</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) плохо выражен или отсутствует</li> <li>2) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции</li> <li>3) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции</li> <li>4) локализуется в створках клапана сердца</li> </ul>
357	<p>При септикопиемии септический очаг</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) не может быть выявлен на вскрытии</li> <li>2) плохо выражен</li> <li>3) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции</li> <li>4) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции</li> <li>5) локализуется в створках клапанов сердца</li> </ul>
358	<p>При септическом (бактериальном) эндокардите септический очаг</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) не может быть выявлен на вскрытии</li> <li>2) плохо выражен</li> <li>3) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции</li> <li>4) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции</li> <li>5) локализуется в створках клапанов сердца</li> </ul>

359	Пути заражения ВИЧ-инфекцией 1) половой 2) парентеральный (инъекционный) 3) трансплацентарный 4) все перечисленные
360	Назовите финальный период ВИЧ-инфекции 1) инкубационный 2) пре-СПИД 3) СПИД 4) генерализованной лимфаденопатией 5) все перечисленные
361	Клинический вариант течения финальной стадии СПИДа 1) с легочным синдромом 2) с поражением центральной нервной системы 3) с желудочно-кишечным синдромом 4) лихорадка неясного генеза 5) все перечисленные
362	Изменения в легких в последнем периоде СПИДа 1) ателектазы 2) эмфизема 3) бронхоэктазы 4) пневмония 5) пневмосклероз
363	Наиболее частый этиологический фактор пневмонии при СПИДе 1) пневмококки 2) стафилококки 3) пневмоцисты 4) стрептококки 5) патогенные палочки
364	Как называются инфекции типичные для СПИДа 1) контагиозные 2) карантинные 3) особоопасные 4) трансмиссивные 5) оппортунистические
365	Наиболее частая причина смерти при СПИДе 1) оппортунистические инфекции 2) бактериальный шок 3) ДВС-синдром 4) острые нарушения мозгового кровообращения 5) компенсация гипертрофированного сердца
366	Наиболее частая опухоль при СПИДе 1) рабдомиосаркома 2) остеосаркома 3) саркома Капоши 4) аденокарцинома желудка 5) рак легких
367	Особенность течения инфекций у больных СПИДом 1) тяжелое рецидивирующее течение 2) склонность к генерализации 3) выраженная альтерация

	<p>4) плохая рассасываемость экссудатов</p> <p>5) все перечисленные</p>
368	<p>Какие инфекции называются оппортунистическими</p> <p>1) вызываемыми крайне вирулентными штаммами</p> <p>2) вызываемыми крайне патогенными штаммами</p> <p>3) вызываемыми слабовирулентными возбудителями</p> <p>4) прионовые инфекции</p> <p>5) антропозоонозные инфекции</p>
	Раздел 3. Биопсийно-секционный курс
1	<p>ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</p> <p>1) лечебная</p> <p>2) информационно-статистическая</p> <p>3) диагностическая</p> <p>4) профилактическая</p> <p>5) учебно-педагогическая</p>
2	<p>ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СОСТОИТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВАНИИ</p> <p>1) клинических проявлений</p> <p>2) биохимических изменений</p> <p>3) рентгенологических изменений</p> <p>4) данных клинического обследования</p> <p>5) морфологических изменений</p>
3	<p>ПРИЖИЗНЕННАЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ</p> <p>1) мазков-отпечатков</p> <p>2) патологических жидкостей</p> <p>3) биопсийного (операционного) материала</p> <p>4) цитологического материала</p> <p>5) секционного материала</p>
4	<p>ПОСМЕРТНАЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МАТЕРИАЛА</p> <p>1) патологоанатомического вскрытия</p> <p>2) судебно-медицинского вскрытия</p> <p>3) взятого путем биопсии</p> <p>4) взятого во время операции</p> <p>5) взятого эндоскопически</p>
5	<p>В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РАБОТЕ ПАТОЛОГОАНАТОМА ДОМИНИРУЕТ ОБЪЕМ</p> <p>1) посмертной патологоанатомической диагностики</p> <p>2) прижизненной патологоанатомической диагностики</p> <p>3) иммуногистохимической диагностики</p> <p>4) электронномикроскопической диагностики</p> <p>5) гистохимической диагностики</p>

6	<p>СОГЛАСНО АНАЛИЗАМ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОМИНИРУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) злокачественные опухоли</li> <li>2) травмы и отравления</li> <li>3) алкогольные поражения</li> <li>4) сердечно-сосудистые заболевания</li> <li>5) заболевания бронхо-легочной системы</li> </ol>
7	<p>РУКОВОДСТВО ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) министр здравоохранения РФ</li> <li>2) министр здравоохранения субъекта РФ</li> <li>3) главный внештатный патологоанатом субъекта</li> <li>4) заведующие патологоанатомическими отделениями больниц</li> <li>5) заведующие патологоанатомическими бюро</li> </ol>
8	<p>ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ) ВРАЧ-ПАТОЛОГОАНАТОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ НА ОСНОВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинических сведений</li> <li>2) биохимических показателей</li> <li>3) иммуногистохимических исследований</li> <li>4) морфологических исследований</li> <li>5) гистохимических исследований</li> </ol>
9	<p>КЛЮЧЕВАЯ ФИГУРА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ РАБОТУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) главный внештатный патологоанатом субъекта РФ</li> <li>2) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим бюро</li> <li>4) врач-патологоанатом</li> <li>5) лаборант-гистолог</li> </ol>
10	<p>К ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патологоанатомические отделения лечебных учреждений</li> <li>2) патоморфологические отделы НИИ</li> <li>3) патологоанатомические бюро</li> <li>4) регионарные институты патологии</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
11	<p>СРЕДИ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА, ИССЛЕДУЕМОГО В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ДОМИНИРУЮТ ОБЪЕКТЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудочно-кишечного тракта</li> <li>2) бронхо-легочной системы</li> <li>3) желез внутренней секреции</li> <li>4) женской половой системы</li> <li>5) мужской моче-половой системы</li> </ol>
12	<p>КРОМЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) участие в экспертизе качества лечения</li> <li>2) достоверную информацию органов здравоохранения</li> <li>3) учебно-педагогическую деятельность</li> <li>4) участие в лицензионно-акредитационной деятельности</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>

13	<p>ДИАГНОЗ В МЕДИЦИНЕ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перечисление основных симптомов болезни</li> <li>2) перечисление основных синдромов болезни</li> <li>3) краткое заключение о сути болезни</li> <li>4) развернутое заключение о сути болезни</li> <li>5) наиболее полная информация о болезни</li> </ol>
14	<p>ВИДЫ ДИАГНОЗОВ В МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический</li> <li>2) патологоанатомический</li> <li>3) судебно-медицинский</li> <li>4) эпидемиологический</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
15	<p>ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА В МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) танатологический</li> <li>2) этиологический</li> <li>3) патогенетический</li> <li>4) нозологический</li> <li>5) синдромный</li> </ol>
16	<p>ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЕ ЕДИНСТВО ФОРМУЛИРОВОК ДИАГНОЗОВ В МЕДИЦИНЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ БЛАГОДАРЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) приказам Минздрава РФ</li> <li>2) постановлением Минздрава РФ</li> <li>3) Международной классификации болезней ВОЗ</li> <li>4) базовым учебным руководствам</li> <li>5) методической литературе</li> </ol>
17	<p>СЛОВЕСНАЯ ФОРМУЛИРОВКА ОТДЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА СОГЛАСНО МКБ-10 ПРЕОБРАЗУЕТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) буквенные коды</li> <li>2) цифровые коды</li> <li>3) буквенно-цифровые коды</li> <li>4) классы болезней</li> <li>5) рубрики болезней</li> </ol>
18	<p>ДИАГНОЗЫ КОНКРЕТНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СОГЛАСНО МКБ-10 ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ДОЛЖНЫ КОДИРОВАТЬСЯ СОГЛАСНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патогенезу</li> <li>2) этиологии</li> <li>3) танатогенезу</li> <li>4) нозологии</li> <li>5) основной причине смерти</li> </ol>
19	<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинической</li> <li>2) патологоанатомической</li> <li>3) национальной</li> <li>4) теоретической</li> <li>5) статистической</li> </ol>
20	<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинической</li> <li>2) патологоанатомической</li> <li>3) национальной</li> </ol>



	<p>4) теоретической 5) договорной</p>
21	<p>КЛАССЫ БОЛЕЗНЕЙ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ВЫДЕЛЕНЫ НА ОСНОВАНИИ</p> <p>1) единого принципа 2) нескольких принципов 3) только этиологии 4) только патогенеза 5) только нозологии</p>
22	<p>ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕДИНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ДЛЯ ОБРАБОТКИ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В МКБ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КОДИРОВАНИЕ</p> <p>1) буквенное 2) цифровое 3) буквенно- цифровое 4) произвольное 5) национальное</p>
23	<p>ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ - ЭТО</p> <p>1) основное заболевание 2) осложнение основного заболевания 3) непосредственная причина смерти 4) смертельное осложнение 5) проявление основного заболевания</p>
24	<p>ЧАЩЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) проявление основного заболевания 2) само основное заболевание 3) осложнение основного заболевания 4) сопутствующее заболевание 5) ятрогенная патология</p>
25	<p>ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ САМО ПО СЕБЕ ИЛИ ЧЕРЕЗ СВОИ ОСЛОЖНЕНИЯ</p> <p>1) обусловило тяжесть состояния больного 2) определило характер лечебных мероприятий 3) определило выбор оперативного лечения 4) обусловило состояние нетрудоспособности больного 5) привело к смерти</p>
26	<p>В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЫЧНО ЗАПИСЫВАЮТСЯ В ПОРЯДКЕ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ</p> <p>1) согласно степени тяжести 2) в произвольном порядке 3) по усмотрению патологоанатома 4) согласно записи в клиническом диагнозе 5) в патогенетической последовательности</p>
27	<p>В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА «ИНФАРКТ МИОКАРДА» ЗАПИСЫВАЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ</p> <p>1) названия основного заболевания 2) проявления основного заболевания 3) осложнения основного заболевания</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) сопутствующего заболевания</li> <li>5) осложнения сопутствующего заболевания</li> </ul>
28	<p>В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЗАПИСЫВАЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ В КАЧЕСТВЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) проявления основного заболевания</li> <li>2) осложнения основного заболевания</li> <li>3) фонового заболевания</li> <li>4) сопутствующего заболевания</li> <li>5) осложнения сопутствующего заболевания</li> </ul>
29	<p>ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЯХ «ГЕМАТОМА ГОЛОВНОГО МОЗГА» ЗАПИСЫВАЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ В КАЧЕСТВЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) названия основного заболевания</li> <li>2) проявления основного заболевания</li> <li>3) осложнения основного заболевания</li> <li>4) сопутствующего заболевания</li> <li>5) осложнения сопутствующего заболевания</li> </ul>
30	<p>МОНОКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) одной нозологической единицы</li> <li>2) двух нозологических единиц</li> <li>3) двух и более нозологических единиц</li> <li>4) нескольких нозологических единиц</li> <li>5) «семейства болезней»</li> </ul>
31	<p>БИКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) одной нозологической единицы</li> <li>2) двух нозологических единиц</li> <li>3) трех нозологических единиц</li> <li>4) трех и более нозологических единиц</li> <li>5) «семейства болезней»</li> </ul>
32	<p>МУЛЬТИКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) одной нозологической единицы</li> <li>2) двух нозологических единиц</li> <li>3) трех и более нозологических единиц</li> <li>4) одной непосредственной причины смерти</li> <li>5) нескольких осложнений основного заболевания</li> </ul>
33	<p>КОМБИНИРОВАННОЕ ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) одной нозологической единицы</li> <li>2) двух нозологических единиц</li> <li>3) трех нозологических единиц</li> <li>4) трех и более нозологических единиц</li> <li>5) «семейства болезней»</li> </ul>
34	<p>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ В КАЧЕСТВЕ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) конкурирующих заболеваний</li> <li>2) «семейства болезней»</li> <li>3) сопутствующих заболеваний</li> <li>4) полипатии</li> <li>5) родовых (групповых) понятий</li> </ol>
35	<p>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ В КАЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сочетанных заболеваний</li> <li>2) «семейства болезней»</li> <li>3) сопутствующих заболеваний</li> <li>4) полипатии</li> <li>5) родовых (групповых) понятий</li> </ol>
36	<p>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ КАК</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основное и фоновое заболевание</li> <li>2) «семейство болезней»</li> <li>3) сопутствующие заболевания</li> <li>4) полипатии</li> <li>5) родовых (групповых) понятий</li> </ol>
37	<p>В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ В СЛУЧАЕ БИКАУЗАЛЬНОГО ИЛИ МУЛЬТИКАУЗАЛЬНОГО ВАРИАНТА ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ УКАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одна нозологическая единица</li> <li>2) две нозологических единиц</li> <li>3) несколько нозологических единиц</li> <li>4) любое количество нозологических единиц</li> <li>5) «семейство» нозологических единиц</li> </ol>
38	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАПИСЬ «ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) возможна</li> <li>2) нет, невозможна</li> <li>3) в очень редких случаях</li> <li>4) только как сопутствующее заболевание</li> <li>5) только как фоновое</li> </ol>
39	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАПИСЬ «ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) возможна</li> <li>2) нет, невозможна</li> <li>3) только как фоновое заболевание</li> <li>4) только как сопутствующее заболевание</li> <li>5) в редких случаях как основное заболевание</li> </ol>
40	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ТОЛЬКО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемическую болезнь сердца</li> <li>2) цереброваскулярные болезни</li> <li>3) алкогольную болезнь</li> <li>4) ревматические болезни</li> <li>5) инфаркт миокарда</li> </ol>

41	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ТОЛЬКО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемическую болезнь сердца</li> <li>2) цереброваскулярные болезни</li> <li>3) ревматические болезни</li> <li>4) алкогольную болезнь</li> <li>5) внутримозговую гематому</li> </ol>
42	<p>ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАЗВАНИЙ, ОТРАЖАЮЩИХ РОДОВУЮ (ГРУППОВУЮ) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ, НАПРИМЕР, «ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА», «ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ», «АЛОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) возможна</li> <li>2) нет, невозможна</li> <li>3) возможна в крайне редких случаях</li> <li>4) только в качестве фонового заболевания</li> <li>5) только в качестве сопутствующего заболевания</li> </ol>
43	<p>ЯТРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЖЕТ ФИГУРИРОВАТЬ В ФОРМУЛИРОВКАХ ДИАГНОЗА В КАЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основного заболевания</li> <li>2) одного из сочетанных заболеваний</li> <li>3) одного из конкурирующих заболеваний</li> <li>4) сопутствующего заболевания</li> <li>5) всех перечисленных вариантов</li> </ol>
44	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОИЗВОДИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач любой специальности</li> <li>2) врач-клиницист</li> <li>3) врач-патологоанатом</li> <li>4) санитар морга</li> <li>5) лаборант-гистолог</li> </ol>
45	<p>ВРАЧ-ПАТОЛОГОАНАТОМ ПРОИЗВОДИТ АУТОПСИЮ В СЛУЧАЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) насильственной смерти</li> <li>2) ненасильственной смерти</li> <li>3) смерти от отравлений</li> <li>4) смерти от механических травм</li> <li>5) криминального аборта</li> </ol>
46	<p>ОБЫЧНО ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нозологическая форма, обусловившая смертельный исход</li> <li>2) нозологическая форма, по поводу которой лечился больной</li> <li>3) смертельное осложнение болезни, обусловившее смертельный исход</li> <li>4) проявление болезни, обусловившее смертельный исход</li> <li>5) заболевание, по поводу которого лечился больной</li> </ol>
47	<p>НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патологический процесс, обусловивший смертельный исход</li> <li>2) патологический процесс, развившийся в результате лечения</li> <li>3) наиболее длительно текущее заболевание больного</li> <li>4) заболевание, по поводу которого больной госпитализирован</li> <li>5) заболевание, по поводу которого лечился больной</li> </ol>
48	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ ОТ ТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ, КОТОРЫЕ НЕ ВОЗНИКАЮТ САМОСТОЯТЕЛЬНО И</p>

	<p>ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАНЫ С ОСНОВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проявления болезни</li> <li>2) осложнения болезни</li> <li>3) ятрогенная патология</li> <li>4) сопутствующие заболевания</li> <li>5) фоновые заболевания</li> </ol>
49	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ (СИМПТОМЫ, СИНДРОМЫ), ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕОТЪЕМЛИМОЙ (ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ) СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЧАСТЬЮ БОЛЕЗНИ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проявления болезни</li> <li>2) осложнения болезни</li> <li>3) сопутствующие заболевания</li> <li>4) комбинированные заболевания</li> <li>5) фоновые заболевания</li> </ol>
50	<p>НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА (ЕДИНИЦА) БОЛЕЗНИ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всегда основное заболевание</li> <li>2) всегда сопутствующее заболевание</li> <li>3) групповое (родовое) понятие в структуре болезней</li> <li>4) любое нарушение жизнедеятельности организма</li> <li>5) тип болезни, отличающийся от других болезней по различным параметрам</li> </ol>
51	<p>ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В РУБРИКАХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нозологическая форма, не играющая роль в смертельном исходе</li> <li>2) нозологическая форма, обусловившая смертельный исход</li> <li>3) патологическое изменение, обусловившее смертельный исход</li> <li>4) заболевание, по поводу которого больной госпитализирован</li> <li>5) заболевание, по поводу которого проводилось лечение</li> </ol>
52	<p>СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В РУБРИКАХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нозологическая форма, не играющая роль в смертельном исходе</li> <li>2) нозологическая форма, обусловившая смертельный исход</li> <li>3) патологические изменения, обусловившие смертельный исход</li> <li>4) одно из конкурирующих заболеваний</li> <li>5) фоновое заболевание</li> </ol>
53	<p>КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 8890/0</li> <li>2) 8442/1</li> <li>3) 8077/2</li> <li>4) 8480/3</li> <li>5) 8490/6</li> </ol>
54	<p>КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ПОГРАНИЧНОЙ ОПУХОЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 8441/0</li> <li>2) 8442/1</li> <li>3) 8460/2</li> <li>4) 8020/3</li> <li>5) 8490/6</li> </ol>
55	<p>КОД (ШИФР) КАРЦИНОМЫ «НА МЕСТЕ» ПО МКБ-10</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 8470/0</li> <li>2) 8472/1</li> <li>3) 8380/2</li> <li>4) 8890/3</li> <li>5) 8490/6</li> </ol>
56	<p>КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 8890/0</li> <li>2) 8030/1</li> <li>3) 8380/2</li> <li>4) 8931/3</li> <li>5) 8490/6</li> </ol>
57	<p>КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 9054/0</li> <li>2) 8898/1</li> <li>3) 8380/2</li> <li>4) 8932/3</li> <li>5) 8490/6</li> </ol>
58	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ КОНСТАТАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) через 20 мин</li> <li>2) через 1 час</li> <li>3) через 1 сутки</li> <li>4) по истечению 3 суток</li> <li>5) в любые сроки</li> </ol>
59	<p>НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ В СТАЦИОНАРЕ ВМЕСТЕ С ТРУПОМ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) копия больничного листа</li> <li>2) история болезни (история родов)</li> <li>3) выписка их истории болезни (истории родов, карты больного)</li> <li>4) справка о госпитализации и лечении больного</li> <li>5) копия листа с назначением лечебных мероприятий</li> </ol>
60	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оформление обязательной медицинской документации</li> <li>2) получение статистических данных</li> <li>3) контроль за достоверностью и полнотой прижизненной диагностики</li> <li>4) получение данных для отчетной документации</li> <li>5) выявление патоморфоза заболеваний</li> </ol>
61	<p>ВСЕ СЛУЧАИ ОТМЕНЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) приказами Министерства здравоохранения субъекта РФ</li> <li>2) приказами главного врача лечебного учреждения</li> <li>3) указаниями внештатного главного патологоанатома субъекта РФ</li> <li>4) положениями соответствующей статьи Основ законодательств РФ</li> <li>5) указаниями главного патологоанатома РФ</li> </ol>
62	<p>РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ТРУПА БЕЗ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ В ВИДЕ ПИСЬМЕННОГО УКАЗАНИЯ С ОБОСНОВАНИЕМ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (КАРТЕ БОЛЬНОГО) ДАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) главный внештатный патологоанатом субъекта РФ</li> </ol>

	<p>2) заведующий клиническим отделением</p> <p>3) заведующий патологоанатомическим отделением</p> <p>4) главный врач (заместитель, дежурный врач) лечебного учреждения</p> <p>5) врач-патологоанатом, проводящий вскрытие</p>
63	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ХОДЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПРИЗНАКОВ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЯ НА НАСИЛЬСТВЕННУЮ СМЕРТЬ</p> <p>1) вызывается в секционный зал лечащий врач</p> <p>2) вызывается в секционный зал судебно-медицинский эксперт</p> <p>3) вскрытие прекращается, ставится в известность главный врач</p> <p>4) вскрытие продолжается в обычном порядке</p> <p>5) вскрытие продолжается в присутствии второго патологоанатома</p>
64	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЯ НА НЕГО ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН</p> <p>1) оформить экстренное извещение (форма № 058/у)</p> <p>2) вызвать в секционный зал инфекциониста</p> <p>3) вызвать в секционный зал эпидемиолога</p> <p>4) оформить протокол вскрытия в обычном порядке</p> <p>5) вызвать в морг представителя Центра госсанэпиднадзора</p>
65	<p>ПРИСУТСТВИЕ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА</p> <p>1) не обязательно</p> <p>2) обязательно</p> <p>3) не желательно</p> <p>4) желательно</p> <p>5) рекомендуется</p>
66	<p>ВЫДАЧА ТРУПА БЕЗ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ЗАПРЕЩЕНА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ</p> <p>1) от лечебных мероприятий и передозировки лекарственных средств</p> <p>2) при неустановленном клиническом диагнозе</p> <p>3) во время или после оперативного вмешательства</p> <p>4) от инфекционных болезней</p> <p>5) во всех перечисленных случаях</p>
67	<p>ТРУП НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ С ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ И</p> <p>1) свидетельством о смерти</p> <p>2) выпиской из истории болезни</p> <p>3) специальным бланком-направлением</p> <p>4) больничным листом</p> <p>5) разрешением главного врача на проведение вскрытия</p>
68	<p>ТРУП, УМЕРШЕГО В СТАЦИОНАРЕ, НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ С ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ И СПЕЦИАЛЬНЫМ БЛАНКОМ-НАПРАВЛЕНИЕМ С ПОДПИСЬЮ</p> <p>1) главного врача или лица его заменяющего</p> <p>2) заведующего патологоанатомическим отделением</p> <p>3) заведующим клиническим отделением</p> <p>4) любого врача клинического отделения</p> <p>5) любого врача лечебного учреждения</p>
69	ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА

	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) остается и хранится в патологоанатомическом отделении</li> <li>2) возвращается в клиническое отделение</li> <li>3) передается администрации лечебного учреждения</li> <li>4) отсылается на хранение в архив лечебного учреждения</li> <li>5) уничтожается</li> </ol>
70	<p>В СЛУЧАИ СМЕРТИ ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА (НА ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ) ТРУП УМЕРШЕГО НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ НАПРАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) родственник больного</li> <li>2) участковый врач (заведующий поликлиникой)</li> <li>3) представитель администрации района</li> <li>4) внештатный главный патологоанатом субъекта РФ</li> <li>5) работники ЗАГСа</li> </ol>
71	<p>ТРУП УМЕРШЕГО ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА ДОСТАВЛЯЕТСЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ С ОФОРМЛЕННОЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) медицинской картой амбулаторного больного</li> <li>2) справкой с данными амбулаторной карты больного</li> <li>3) историей болезни</li> <li>4) выпиской из амбулаторной карты</li> <li>5) свидетельством о смерти</li> </ol>
72	<p>ТРУП УМЕРШЕГО ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА ДОСТАВЛЯЕТСЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ С ОФОРМЛЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТОЙ И</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бланком-направлением на патологоанатомическое вскрытие</li> <li>2) выпиской из амбулаторной карты больного</li> <li>3) справкой с данными из амбулаторной карты больного</li> <li>4) историей болезни</li> <li>5) свидетельством о смерти</li> </ol>
73	<p>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день вскрытия</li> <li>2) в течение 3 суток</li> <li>3) в течении 5 суток</li> <li>4) в течение 10 суток</li> <li>5) в течение 30 суток</li> </ol>
74	<p>МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с помощью пишущей машинки</li> <li>2) на компьютере</li> <li>3) только печатным способом</li> <li>4) только от руки</li> <li>5) способ заполнения не регламентирован</li> </ol>
75	<p>ТЕКСТОВАЯ ЧАСТЬ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день производства вскрытия</li> <li>2) в течение 2 суток</li> <li>3) в течение 3 суток</li> <li>4) в течение 10 дней</li> <li>5) в течение 30 дней</li> </ol>
76	СРОК ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА



	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1 день</li> <li>2) 3 дня</li> <li>3) 10 дней</li> <li>4) 30 дней</li> <li>5) точно не определен</li> </ol>
77	<p>В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (I) ЧАСТИ В КАЖДОЙ СТРОЧКЕ «а», «б», «в» ЗАПИСЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одно заболевание (патологическое состояние)</li> <li>2) два заболевания (патологических состояний)</li> <li>3) три заболевания (патологических состояний)</li> <li>4) четыре заболевания (патологических состояний)</li> <li>5) неограниченное количество заболеваний</li> </ol>
78	<p>МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день вскрытия</li> <li>2) на следующий день после вскрытия</li> <li>3) через 3 суток</li> <li>4) через 10 суток</li> <li>5) через 30 суток</li> </ol>
79	<p>«ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ» МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ВЫДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) занятости врачей-патологоанатомов</li> <li>2) загруженности работников регистратуры</li> <li>3) невозможности установить патологоанатомический диагноз</li> <li>4) отсутствия клинического диагноза в истории болезни</li> <li>5) отсутствия предварительного клинического диагноза</li> </ol>
80	<p>СРОК, В КОТОРЫЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫДАНО МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ВЗАМЕН ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) через 3 суток</li> <li>2) через 7 дней</li> <li>3) через 10 дней</li> <li>4) через 2 недели</li> <li>5) не позднее 1 месяца</li> </ol>
81	<p>ОФОРМЛЕННАЯ В УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ, НАПРАВЛЯЕМАЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический диагноз при поступлении больного</li> <li>2) предварительный клинический диагноз</li> <li>3) заключительный клинический диагноз</li> <li>4) записи о консультациях узких специалистов</li> <li>5) направление на госпитализацию из поликлиники</li> </ol>
82	<p>ОФОРМЛЕННАЯ В УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ, НАПРАВЛЯЕМАЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический диагноз направившего учреждения</li> <li>2) клинический диагноз при поступлении</li> <li>3) предварительный клинический диагноз</li> <li>4) клинический посмертный эпикриз</li> <li>5) выписной клинический эпикриз</li> </ol>

83	<p>В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИЙСКИХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ФОРМА ПРОТОКОЛА АУТОПСИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) единая, регламентированная приказами Министерства РФ</li> <li>2) произвольная</li> <li>3) определенная местными органами здравоохранения</li> <li>4) установленная руководителем медицинского учреждения</li> <li>5) соответствует наиболее распространенному варианту</li> </ol>
84	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОБЯЗАН СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обоснование заболевания на клиническом уровне</li> <li>2) обоснование заболевания с помощью лабораторных исследований</li> <li>3) обоснование заболевания на морфологическом уровне</li> <li>4) консультации узких специалистов</li> <li>5) консультацию заведующего клиническим отделением</li> </ol>
85	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОБЯЗАН СОДЕРЖАТЬ СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предварительного клинического диагноза с патологоанатомическим</li> <li>2) клинического диагноза при поступлении с патологоанатомическим</li> <li>3) заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим</li> <li>4) всех клинических диагнозов с патологоанатомическим</li> <li>5) заключений консультантов с патологоанатомическим диагнозом</li> </ol>
86	<p>СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА С ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по основному заболеванию</li> <li>2) по важнейшим осложнениям основного заболевания</li> <li>3) по всем осложнениям основного заболевания</li> <li>4) по непосредственной причине смерти</li> <li>5) по всем рубрикам (разделам) диагноза</li> </ol>
87	<p>СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ) ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРОИЗВОДИТСЯ ТОЛЬКО С ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ, ЗАПИСАННЫМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) на лицевой стороне истории болезни</li> <li>2) в клиническом эпикризе</li> <li>3) в заключение консультанта</li> <li>4) в специальном бланке-направлении</li> <li>5) в свидетельстве о смерти</li> </ol>
88	<p>ЗАМЕНА «МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ» НА ДРУГОЕ НОВОЕ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) письменного заявления лица, утратившее первое свидетельство</li> <li>2) устной просьбе лица, утратившее первое свидетельство</li> <li>3) просьбе работников ЗАГС</li> <li>4) просьбе главного врача медицинского учреждения</li> <li>5) просьбе заведующего клиническим отделением</li> </ol>
89	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (1) ЧАСТИ ЗАПОЛНЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) три строчки «а», «б», «в»</li> <li>2) две строчки «а» и «б»</li> <li>3) возможно заполнение одной строчки «а»</li> <li>4) возможно заполнение строчки «г» при травмах и отравлениях</li> </ol>

	5) все варианты возможны
90	В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВОДИТСЯ БУКВЕННО-ЦИФРОВОЕ КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первоначальной причины смерти</li> <li>2) непосредственной причины смерти</li> <li>3) всех осложнений основного заболевания</li> <li>4) всех сопутствующих заболеваний</li> <li>5) осложнений сопутствующих заболеваний</li> </ol>
91	«МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ» ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ВЫДАЕТ РОДСТВЕННИКАМ ТОЛЬКО <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-патологоанатом</li> <li>2) врач-клиницист</li> <li>3) регистратор</li> <li>4) санитар морга</li> <li>5) лаборант-гистолог</li> </ol>
92	В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» В ПУНКТЕ 18, ВО ВТОРОЙ (II) ЧАСТИ ЗАПИСЫВАЕТСЯ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основная причина смерти</li> <li>2) непосредственная причина смерти</li> <li>3) осложнения основного заболевания</li> <li>4) травмы и отравления</li> <li>5) иные важные патологические состояния, способствующие смерти</li> </ol>
93	В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» НАИМЕНОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОБЫЧНО ВНОСИТСЯ В ПУНКТ 18 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в строчку «а» I части</li> <li>2) в строчку «б» I части</li> <li>3) в строчку «в» I части</li> <li>4) в строчку «г» I части</li> <li>5) во II часть</li> </ol>
94	ПУНКТЫ «ОБРАЗОВАНИЕ» И «ЗАНЯТОСТЬ» МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ ОФОРМЛЯЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соответствующих документов</li> <li>2) по запросу в соответствующие органы</li> <li>3) со слов родственников</li> <li>4) по информации главного врача</li> <li>5) по информации заведующего клиническим отделением</li> </ol>
95	ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врачом-клиницистом</li> <li>2) врачом-патологоанатомом</li> <li>3) судебно-медицинским экспертом</li> <li>4) фельдшером</li> <li>5) всеми перечисленными</li> </ol>
96	СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РЕГИСТРАЦИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ ВСЕХ РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ ИЛИ МЕРТВОРОЖДЕННЫМИ, ИМЕЮЩИМИ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) массу тела 500 г, рост 25 см и более</li> <li>2) массу тела 700 г, рост 27 см и более</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) массу тела 1000 г, рост 35 см и более</li> <li>4) массу тела 1300 г, рост 40 см и более</li> <li>5) массу тела 1600 г, рост 45 см и более</li> </ul>
97	<p>В ГОСУДАРСТВЕННУЮ СТАТИСТИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ВКЛЮЧАЮТСЯ ТОЛКО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ В ЗАГСЕ СЛУЧАИ СМЕРТИ НА ОСНОВАНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) медицинского свидетельства о перинатальной смерти форма №1062/у-98</li> <li>2) медицинского свидетельства о рождении форма № 103\у-98</li> <li>3) медицинского свидетельства о смерти форма № 106/У-98</li> <li>4) констатации перинатальной смерти в истории болезни</li> <li>5) констатации смерти в истории родов</li> </ul>
98	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА СЛЕДУЮЩАЯ ЗАПИСЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>2) хроническая легочная недостаточность</li> <li>3) хроническая легочно-сердечная недостаточность</li> <li>4) фиброзно-кавернозный туберкулез легких</li> <li>5) вторичный амилоидоз с поражением почек</li> </ul>
99	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА СЛЕДУЮЩАЯ ЗАПИСЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) атеросклероз коронарных артерий</li> <li>2) тромбоз коронарных артерий</li> <li>3) острый инфаркт миокарда</li> <li>4) острая сердечная недостаточность</li> <li>5) ишемическая болезнь сердца</li> </ul>
100	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) отек легких</li> <li>2) гипертонический криз</li> <li>3) цереброваскулярные болезни</li> <li>4) гипертоническая болезнь</li> <li>5) внутримозговая гематома</li> </ul>
101	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гнойный перитонит</li> <li>2) панкреатогенный шок</li> <li>3) операция лапоратомия</li> <li>4) алкогольная болезнь</li> <li>5) алкогольный панкреанекроз</li> </ul>
102	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) рак тела желудка</li> <li>2) некроз раковой опухоли тела желудка</li> <li>3) массивное желудочное кровотечение</li> <li>4) постгеморрагическая анемия</li> <li>5) острая сердечная недостаточность</li> </ul>

103	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (I) ЧАСТИ ПРИ ПЕРЕЧИСЛЕНИИ ЦЕПИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ «а», «б», «в» НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ УКАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первой</li> <li>2) последней</li> <li>3) в промежуточной строчке</li> <li>4) всегда в строчке «б»</li> <li>5) всегда в строчке «в»</li> </ol>
104	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) легочное сердце</li> <li>2) фиброзно-кавернозный туберкулез легких</li> <li>3) хроническая сердечно-легочная недостаточность</li> <li>4) гипертрофия правого желудочка сердца</li> <li>5) мускатная печень</li> </ol>
105	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атеросклероз коронарной артерии</li> <li>2) тромбоз коронарной артерии</li> <li>3) фибрилляция желудочков сердца</li> <li>4) ишемическая болезнь сердца</li> <li>5) атеросклеротический кардиосклероз</li> </ol>
106	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойный перитонит</li> <li>2) острый панкреатит</li> <li>3) алкогольный панкреонекроз</li> <li>4) хроническая алкогольная интоксикация</li> <li>5) алкогольная болезнь</li> </ol>
107	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рак тела желудка</li> <li>2) метастазы раковой опухоли желудка в лимфатические узлы</li> <li>3) метастазы раковой опухоли желудка в печень</li> <li>4) обширный некроз раковой опухоли желудка</li> <li>5) массивное желудочное кровотечение</li> </ol>
108	<p>ПРИ БИКАУЗАЛЬНОЙ И МУЛЬТИКАУЗАЛЬНОЙ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ НУЖНО СЧИТАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) только одну нозологическую единицу</li> <li>2) две нозологических единицы</li> <li>3) две и более</li> <li>4) три</li> <li>5) любое количество</li> </ol>
109	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ПРИ БИКАУЗАЛЬНОЙ И МУЛЬТИКАУЗАЛЬНОЙ ФОРМУЛИРОВКЕ</p>

	<p>ДИАГНОЗА МОЖЕТ ФИГУРИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) только одна нозологическая единица</li> <li>2) не более двух нозологических единиц</li> <li>3) три</li> <li>4) четыре</li> <li>5) любое количество</li> </ol>
110	<p>ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСНОВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ И ПОЛИПАТИЯХ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ ЕДИНИЦУ, ЗАПИСАННУЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в первой строчке диагноза</li> <li>2) второй строчке диагноза</li> <li>3) третьей</li> <li>4) четвертой</li> <li>5) последней строчке диагноза</li> </ol>
111	<p>«ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ» МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ВЫДАЕТСЯ В СЛУЧАЯХ, ЕСЛИ К МОМЕНТУ ВЫДАЧИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патологоанатом в данный момент занят</li> <li>2) регистратор занят</li> <li>3) вид и причина смерти не установлены</li> <li>4) вскрытие перенесено на неустановленный срок</li> <li>5) не все заболевания клинического диагноза подтверждены морфологически</li> </ol>
112	<p>МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ВЗАМЕН «ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО» ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ В СРОК НЕ БОЛЕЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 3 дней</li> <li>2) 7 дней</li> <li>3) 1 месяца</li> <li>4) 2 месяцев</li> <li>5) 3 месяцев</li> </ol>
113	<p>В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (I) ЧАСТИ ПРИ ПЕРЕЧИСЛЕНИИ ЦЕПИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ В СТРОЧКАХ «а», «б», «в» ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ УКАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первой</li> <li>2) последней</li> <li>3) в промежуточной строке</li> <li>4) всегда в строке «в»</li> <li>5) всегда в строке «б»</li> </ol>
114	<p>В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (I) ЧАСТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИШЬ ОДНА СТРОЧКА «а», В СТРОЧКАХ «б» и «в» ДЕЛАЮТСЯ ПРОЧЕРКИ, ЕСЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первоначальная причина смерти не выявлена</li> <li>2) известна только непосредственная причина смерти</li> <li>3) основное заболевание не установлено</li> <li>4) первоначальная причина смерти является непосредственной причиной</li> <li>5) патогенетическую цепочку событий невозможно выявить</li> </ol>
115	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) диагностика заболеваний на морфологическом уровне</li> <li>2) получение статистических данных</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) получение данных для текущей отчетности</li> <li>4) выявление дефектов оказания медицинской помощи</li> <li>5) диагностика изменений на морфологическом уровне</li> </ul>
116	<p>В ПОНЯТИЕ «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» ВКЛЮЧАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) противоправные действия врачей</li> <li>2) противоправные действия среднего медперсонала</li> <li>3) дефект оказания помощи больному в рамках профессиональной деятельности</li> <li>4) дефект оказания помощи больному вне медицинской деятельности</li> <li>5) нанесение вреда здоровью больному по злему умыслу</li> </ul>
117	<p>ВЫЯВЛЕНИЕ ОШИБОК КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ПУТЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) сличения клинического и патологоанатомического диагнозов</li> <li>2) анализа назначений клинического обследования больного</li> <li>3) анализа назначений медикаментозной терапии</li> <li>4) анализа тактики ведения больного</li> <li>5) сличения объема обследования со стандартом медицинской помощи</li> </ul>
118	<p>СЛИЧЕНИЕ (СОПОСТАВЛЕНИЕ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) только по основному заболеванию</li> <li>2) только по важнейшим осложнениям основного заболевания</li> <li>3) только по непосредственной причине смерти</li> <li>4) только по сопутствующим заболеваниям</li> <li>5) по всем рубрикам (разделам) диагноза</li> </ul>
119	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ СЛИЧЕНИЯ (СОПОСТАВЛЕНИЯ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) получение статистических показателей</li> <li>2) выявление ошибок клинической диагностики</li> <li>3) выявление ошибок оказания медицинской помощи</li> <li>4) оценка полноты оказания медицинской помощи</li> <li>5) оценка правильности выбора методов лечения</li> </ul>
120	<p>НАИБОЛЬШЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СЛИЧЕНИЕ (СОПОСТАВЛЕНИЕ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) основному заболеванию</li> <li>2) осложнениям основного заболевания</li> <li>3) непосредственной причине смерти</li> <li>4) сопутствующим заболеваниям</li> <li>5) осложнениям сопутствующих заболеваний</li> </ul>
121	<p>К РАСХОЖДЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПО ОСНОВНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ОТНОСИТСЯ НЕСОВПАДЕНИЕ ПО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) нозологии</li> <li>2) этиологии</li> <li>3) локализации поражения</li> <li>4) не распознавание одного из заболеваний в составе комбинированного</li> <li>5) всему перечисленному</li> </ul>
122	<p>ПРИЧИНЫ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОГУТ БЫТЬ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) субъективные и объективные</li> <li>2) клинические и морфологические</li> <li>3) лечебные и организационные</li> <li>4) операционные и реанимационные</li> <li>5) медикаментозные и инструментальные</li> </ol>
123	<p>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кратковременность пребывания больного в стационаре</li> <li>2) неполноценное клиническое обследование по вине врача</li> <li>3) неправильная интерпретация клинических данных</li> <li>4) недооценка результатов лабораторных исследований</li> <li>5) неправильное оформление и построение диагноза</li> </ol>
124	<p>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) трудность обследования больного из-за тяжести состояния</li> <li>2) неполноценное клиническое обследование по вине врача</li> <li>3) неправильная интерпретация клинических данных</li> <li>4) недооценка результатов лабораторных исследований</li> <li>5) неправильное оформление и построение диагноза</li> </ol>
125	<p>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атипичное развитие и течение заболевания</li> <li>2) неполноценное клиническое обследование по вине врача</li> <li>3) неправильная интерпретация клинических данных</li> <li>4) недооценка результатов лабораторных исследований</li> <li>5) неправильное оформление и построение диагноза</li> </ol>
126	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) неполноценное клиническое обследование по вине врача</li> <li>2) кратковременное пребывание больного в стационаре</li> <li>3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния</li> <li>4) атипичное развитие и течение заболевания</li> <li>5) недостаточная изученность и редкость заболевания</li> </ol>
127	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) неправильную интерпретацию клинических данных</li> <li>2) кратковременность пребывания больного в стационаре</li> <li>3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния</li> <li>4) атипичное развитие и течение болезни</li> <li>5) недостаточная изученность и редкость болезни</li> </ol>
128	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) недооценка лабораторных (специальных) методов исследования</li> <li>2) кратковременность пребывания больного в стационаре</li> <li>3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния</li> <li>4) атипичное развитие и течение болезни</li> <li>5) недостаточная изученность и редкость болезни</li> </ol>
129	<p>ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА СССР ОТ 04.04.83 г. №375 УТВЕРЖДЕНЫ КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ В КОЛИЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) двух категорий</li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) трех категорий</li> <li>3) четырех категорий</li> <li>4) пяти категорий</li> <li>5) шесть категорий</li> </ul>
130	<p>К I КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) заболевание не распознано на предыдущем этапе диагностики</li> <li>2) заболевание должно было, но не распознано в данном лечебном учреждении</li> <li>3) заболевание не распознано из-за недостатка обследования больного</li> <li>4) неправильная диагностика привела к ошибочной тактике лечения</li> <li>5) ошибочная диагностика не повлекла за собой смерти больного</li> </ul>
131	<p>К II КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) заболевание должно было, но не распознано в данном лечебном учреждении</li> <li>2) заболевание не распознано на предыдущем этапе диагностики</li> <li>3) ошибочная диагностика привела к ошибочной тактике лечения</li> <li>4) ошибочная диагностика не повлекла за собой смерти больного</li> <li>5) правильная диагностика невозможна из-за тяжести состояния</li> </ul>
132	<p>К III КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) неправильная диагностика привела к смерти больного</li> <li>2) заболевание не распознано на предыдущем этапе диагностики</li> <li>3) ошибочная диагностика не повлекла за собой смерти больного</li> <li>4) правильная диагностика была невозможна из-за тяжести больного</li> <li>5) в учреждении не имелись необходимые методы исследования</li> </ul>
133	<p>СЛУЧАИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ПРОИЗОШЕДШИЕ ПО ПРИЧИНЕ ОШИБОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРЕДЫДУЩЕМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ОТНОСЯТСЯ К</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) I категории расхождения</li> <li>2) II категории расхождения</li> <li>3) III категории расхождения</li> <li>4) IV категории расхождения</li> <li>5) V категории расхождения</li> </ul>
134	<p>СЛУЧАИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ПРОИЗОШЕДШИЕ ИЗ-ЗА НЕДОСТАТОЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В ДАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ, НО КОГДА ЭТО ОБСТОЯТЕЛЬСТВО НЕ ИМЕЛО РЕШАЮЩЕГО ЗНАЧЕНИЯ В СМЕРТЕЛЬНОМ ИСХОДЕ, ОТНОСЯТСЯ К</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) I категории расхождения</li> <li>2) II категории расхождения</li> <li>3) III категории расхождения</li> <li>4) IV категории расхождения</li> <li>5) V категории расхождения</li> </ul>
135	<p>СЛУЧАИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ПРИ КОТОРЫХ</p>

	<p>НЕПРАВИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВЛЕКЛА ЗА СОБОЙ ОШИБОЧНУЮ ТАКТИКУ, ПРИВЕДШУЮ К СМЕРТЕЛЬНОМУ ИСХОДУ, ОТНОСЯТСЯ К</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I категории расхождения</li> <li>2) II категории расхождения</li> <li>3) III категории расхождения</li> <li>4) IV категории расхождения</li> <li>5) V категории расхождения</li> </ol>
136	<p>СОГЛАСНО «ПОЛОЖЕНИЮ О РЕГИСТРАЦИИ ЯТРОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ» ИНСТРУКТИВНОГО ПИСЬМА КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ АДМИНИСТРАЦИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ОТ 2.03.99 г. ЯТРОГЕНИИ ПРИНЯТО ДЕЛИТЬ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) две категории</li> <li>2) три категории</li> <li>3) четыре категории</li> <li>4) пять категорий</li> <li>5) шесть категорий</li> </ol>
137	<p>ЯТРОГЕНИЯ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) смертельное осложнение основного заболевания</li> <li>2) любое тяжелое осложнение основного заболевания</li> <li>3) любая патология, вызванная действием врача</li> <li>4) осложнение хирургического вмешательства</li> <li>5) любое сопутствующее заболевание</li> </ol>
138	<p>ЯТРОГЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ В КАЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основного заболевания</li> <li>2) одного из комбинированных заболеваний</li> <li>3) непосредственной причины смерти</li> <li>4) сопутствующего заболевания</li> <li>5) всего перечисленного</li> </ol>
139	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ I КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ятрогении, имеющие существенную роль в танатогенезе</li> <li>2) ятрогении, не имеющие существенной роли в танатогенезе</li> <li>3) ятрогении как второе заболевание в комбинированном заболевании</li> <li>4) ятрогении, явившиеся причиной летального исхода</li> <li>5) ятрогении, обусловленные ошибочными действиями врача</li> </ol>
140	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ II КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ятрогении не связанные с основным заболеванием</li> <li>2) ятрогении как второе заболевание в составе комбинированного</li> <li>3) ятрогении как основное заболевание, приведшее к смерти</li> <li>4) ятрогении, обусловившие смертельный исход</li> <li>5) ятрогении, обусловленные ошибочными действиями врача</li> </ol>
141	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ III КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ятрогении, не связанные с основным заболеванием</li> <li>2) ятрогении, обусловившие смертельный исход заболевания</li> <li>3) ятрогении как осложнения, не имеющие отношения к смерти</li> <li>4) ятрогении как сопутствующие заболевания</li> <li>5) ятрогении, не имеющие отношения к смертельному исходу</li> </ol>
142	<p>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА КОМИССИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ (КИЛИ) – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всех случаев летальных исходов лечебного учреждения</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) спорных случаев летальных исходов</li> <li>3) сложных случаев летальных исходов</li> <li>4) наиболее значимых для всех врачей случаев летальных исходов</li> <li>5) случаев смерти при ятрогениях</li> </ul>
143	<p><b>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ЛЕЧЕБНО КОНТРОЛЬНЫХ КОМИССИЙ (ЛКК) – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) всех случаев летальных исходов лечебного учреждения</li> <li>2) случаев расхождения диагнозов III категории</li> <li>3) наиболее значимых для всех врачей учреждения летальных исходов</li> <li>4) всех случаев смерти от ятрогений</li> <li>5) всех случаев ятрогений</li> </ul>
144	<p><b>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ОБЩЕБОЛЬНИЧНЫХ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) всех случаев летальных исходов в лечебном учреждении</li> <li>2) наиболее значимых для всех врачей учреждения летальных исходов</li> <li>3) всех летальных исходов от ятрогений</li> <li>4) всех случаев ятрогений</li> <li>5) случаев расхождения диагнозов I и II категории</li> </ul>
145	<p><b>В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ОТ ЯТРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЯВЛЕННОЙ ВПЕРВЫЕ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) заполнить предварительное медицинское свидетельство о смерти</li> <li>2) заполнить окончательное медицинское свидетельство о смерти</li> <li>3) не заполнять медицинское свидетельство о смерти</li> <li>4) заполнить медицинское свидетельство о смерти с двумя подписями</li> <li>5) заполнить, но не выдавать медицинское свидетельство о смерти</li> </ul>
146	<p><b>ВЫЯВЛЕННЫЕ НА АУТОПСИИ ОШИБКИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН ДОВОДИТЬ ДО СВЕДЕНИЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) главного внештатного патологоанатома субъекта РФ</li> <li>2) правоохранительных органов</li> <li>3) работников Министерства здравоохранения субъекта РФ</li> <li>4) врачей-клиницистов</li> <li>5) сотрудников ЗАГСa</li> </ul>
147	<p><b>ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ МОГУТ БЫТЬ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диагностическими</li> <li>2) лечебными</li> <li>3) организационными</li> <li>4) связанными с поведением медицинского персонала</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
148	<p><b>УЧАСТИЕ В РАБОТЕ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) для всех лечащих врачей</li> <li>2) для всех врачей лечебного учреждения</li> <li>3) для всех врачей патологоанатомического отделения</li> <li>4) для всех заведующих отделениями</li> <li>5) только для сотрудников администрации лечебного учреждения</li> </ul>
149	<p><b>БИОПСИЯ – ЭТО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) фрагмент тканей (органов), получаемый от больной</li> <li>2) цитологический материал, получаемый от больной</li> <li>3) метод морфологического прижизненного исследования тканей</li> </ul>

	<p>4) метод морфологического исследования секционного материала</p> <p>5) метод цитологической диагностики заболеваний</p>
150	<p>БИОПТАТ – ЭТО</p> <p>1) метод морфологического прижизненного исследования тканей</p> <p>2) метод цитологической диагностики заболеваний</p> <p>3) фрагмент тканей (органов), получаемый при биопсии</p> <p>4) цитологический материал для диагностики заболеваний</p> <p>5) органы (части органов), получаемые при операции</p>
151	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА</p> <p>1) определение прогноза заболевания</p> <p>2) выбор метода лечения</p> <p>3) выбор метода оперативного лечения</p> <p>4) уточнение клинического диагноза</p> <p>5) прогнозирование осложнений заболевания</p>
152	<p>ОПЕРАЦИОННЫЙ (БИОПСИЙНЫЙ) МАТЕРИАЛ ИЛИ МАТЕРИАЛ, СПОНТАННО ОТТОГШИЙСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАПРАВЛЯЮТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <p>1) цитологическое</p> <p>2) патологоанатомическое</p> <p>3) иммуноморфологическое</p> <p>4) биохимическое</p> <p>5) гистохимическое</p>
153	<p>БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ТКАНЬ ИССЕКАЕТСЯ ОТКРЫТЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>1) пункционная</p> <p>2) эндоскопическая</p> <p>3) инцизионная</p> <p>4) трепанобиопсия</p> <p>5) кюретаж-биопсия</p>
154	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ</p> <p>1) инцизионная</p> <p>2) эксцизионная</p> <p>3) пункционная</p> <p>4) эндоскопическая</p> <p>5) кюретаж – биопсия</p>
155	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ</p> <p>1) инцизионная</p> <p>2) пункционная</p> <p>3) эндоскопическая</p> <p>4) трепанобиопсия</p> <p>5) кюретаж – биопсия</p>
156	<p>ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ БИОПСИЯ</p> <p>1) инцизионная</p> <p>2) пункционная</p> <p>3) эндоскопическая</p> <p>4) трепанобиопсия</p> <p>5) кюретаж-биопсия</p>
157	<p>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО ВЗЯТИЕ ФРАГМЕНТА ТКАНИ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) путем выскабливания</li> <li>2) путем аспирации</li> <li>3) с помощью полой иглы</li> <li>4) открытым способом путем иссечения под контролем глаза</li> <li>5) с помощью эндоскопа</li> </ol>
158	<p>ЭКСЦИЗИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) операция удаления части органа</li> <li>2) операция удаления всего органа</li> <li>3) иммунологический метод диагностики</li> <li>4) цитологический метод диагностики</li> <li>5) метод предоперационной терапии</li> </ol>
159	<p>ЭКСЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) забирается фрагмент патологического очага</li> <li>2) забирается весь патологический очаг целиком</li> <li>3) проводится иммунологическое исследование</li> <li>4) забирается весь орган</li> <li>5) проводится цитологическое исследование</li> </ol>
160	<p>БИОПСИЙНЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ДОЛЖЕН ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день взятия</li> <li>2) на следующий день</li> <li>3) в течение 3-х суток</li> <li>4) в течение 5-ти суток</li> <li>5) в течение 10-ти суток</li> </ol>
161	<p>ПРИ ПЛАНОВОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБЫЧНО ДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день взятия материала</li> <li>2) на следующий день</li> <li>3) через 3-5 суток</li> <li>4) через 10-15 суток</li> <li>5) в течение 1 месяца</li> </ol>
162	<p>ПРИ СРОЧНОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) через 20 – 25 минут после доставки материала в отделение</li> <li>2) через 1 час</li> <li>3) через 1 сутки</li> <li>4) на 3-5 сутки</li> <li>5) через 10 суток</li> </ol>
163	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) до операции</li> <li>2) во время операции</li> <li>3) после операции</li> <li>4) после проведения лучевого лечения</li> <li>5) после проведения химиотерапии</li> </ol>
164	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫБОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) объема оперативного вмешательства</li> <li>2) вида послеоперационной терапии</li> <li>3) методов послеоперационного ведения больного</li> <li>4) вида дополнительного послеоперационного лечения</li> <li>5) методов профилактики послеоперационных осложнений</li> </ol>
165	<p>ФИКСАЦИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА В КЛИНИЧЕСКОМ</p>

	<p>ОТДЕЛЕНИИ ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 40% растворе формалина</li> <li>2) 10% растворе формалина</li> <li>3) физиологическом растворе</li> <li>4) дистиллированной воде</li> <li>5) неразведенном формальдегиде</li> </ol>
166	<p>БИОПСИЙНЫЙ И ОПЕРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врачами патологоанатомического отделения</li> <li>2) любым сотрудником патологоанатомического отделения</li> <li>3) лаборантами-гистологами патологоанатомического отделения</li> <li>4) заведующим клиническим отделением</li> <li>5) сотрудниками клинического отделения</li> </ol>
167	<p>ДОСТАВЛЕННЫЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОД РАСПISКУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дежурному лаборанту-гистологу</li> <li>2) регистратору</li> <li>3) дежурному врачу-патологоанатому</li> <li>4) заведующему патологоанатомическим отделением</li> <li>5) санитару морга</li> </ol>
168	<p>НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЦЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ МАТЕРИАЛУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ориентировочное</li> <li>2) описательное</li> <li>3) предположительное</li> <li>4) неполное (предварительное)</li> <li>5) окончательное (диагностическое)</li> </ol>
169	<p>В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШИФРУЕТСЯ (КОДИРУЕТСЯ) ПО МКБ-Х ТОЛЬКО ЗАКЛЮЧЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) описательное</li> <li>2) ориентировочное</li> <li>3) окончательное (диагностическое)</li> <li>4) неполное (предварительное)</li> <li>5) молекулярно-генетическое</li> </ol>
170	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический</li> <li>2) рентгенологический</li> <li>3) биохимический</li> <li>4) гистологический</li> <li>5) цитологический</li> </ol>
171	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИСТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистологический</li> <li>2) цитологический</li> <li>3) рентгенологический</li> <li>4) клинический</li> <li>5) иммуногистохимический</li> </ol>

172	<p>О НАРУШЕНИЯХ ПРИ ЗАБОРЕ, ФИКСАЦИИ. МАРКИРОВКЕ, ЗАПОЗДАЛОЙ ДОСТАВКЕ, НЕПРАВИЛЬНО ЗАПОЛНЕННЫХ БЛАНКАХ НАПРАВЛЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ В АДМИНИСТРАЦИЮ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СООБЩАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дежурный лаборант-гистолог</li> <li>2) регистратор</li> <li>3) любой врач-патологоанатом</li> <li>4) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>5) санитар морга</li> </ol>
173	<p>ПЕРВЫЙ ЭТАП ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макроскопическое описание присланного материала</li> <li>2) вырезка кусочков (фрагментов)</li> <li>3) фиксация кусочков (фрагментов)</li> <li>4) гистологическая обработка объектов</li> <li>5) проверка сведений в бланке направления и маркировки материала</li> </ol>
174	<p>ОПЕРАЦИОННЫЙ (БИОПСИЙНЫЙ) МАТЕРИАЛ ОТ ОДНОГО БОЛЬНОГО, ПОЛУЧЕННЫЙ В ВИДЕ НЕСКОЛЬКИХ ОБЪЕКТОВ, ДОЛЖЕН НАПРАВЛЯТЬСЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с одним бланком направлением</li> <li>2) с двумя и более бланками</li> <li>3) с количеством бланков, соответствующим количеству объектов</li> <li>4) с отдельными бланками к каждому объекту</li> <li>5) с отдельными бланками к каждому удаленному органу</li> </ol>
175	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ И ВЫРЕЗКУ ОПЕРАЦИОННОГО (БИОПСИЙНОГО) МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРОИЗВОДИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) врач-патологоанатом</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) санитар морга</li> <li>6) процессов</li> </ol>
176	<p>КОЛИЧЕСТВО КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ДЛЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) врач-патологоанатом, производящий вырезку</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) представитель администрации лечебного учреждения</li> </ol>
177	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ОКРАСКОЙ ДЛЯ ВСЕХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ СРЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) окраска по Ван-Гизон</li> <li>2) пикрофуксином</li> <li>3) суданом 3 или 4</li> <li>4) гематоксилин-эозином</li> <li>5) альциановым синим</li> </ol>
178	<p>БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОДЛЕЖИТ</p>

	<p>ОБСУЖДЕНИЮ С ЗАВЕДУЮЩИМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ (КОНСУЛЬТАНТОМ) В СЛУЧАЯХ ДИАГНОСТИКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобных процессов</li> <li>2) доброкачественных опухолей</li> <li>3) злокачественных опухолей</li> <li>4) острых воспалительных процессов</li> <li>5) хронических воспалительных процессов</li> </ol>
179	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОФОРМЛЯЕТСЯ С ДВУМЯ ПОДПИСЯМИ ВРАЧЕЙ-ПАТОЛОГОАНАТОМОВ В СЛУЧАЯХ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобных процессов</li> <li>2) доброкачественных опухолей</li> <li>3) зрелых опухолей</li> <li>4) редких заболеваний (редких опухолей)</li> <li>5) хронических воспалительных процессов</li> </ol>
180	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПОДЛЕЖИТ БУКВЕННО-ЦИФРОВОМУ КОДИРОВАНИЮ ПО МКБ-10, ЕСЛИ ОНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предположительное</li> <li>2) предварительное</li> <li>3) окончательное (диагностическое)</li> <li>4) ориентировочное</li> <li>5) описательное</li> </ol>
181	<p>ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ДОЛЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тип патологического процесса</li> <li>2) конкретную болезнь</li> <li>3) конкретный круг болезней</li> <li>4) вид патологических изменений тканей</li> <li>5) наличие опухолевых клеток</li> </ol>
182	<p>ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) конкретную болезнь</li> <li>2) конкретную нозологическую единицу</li> <li>3) гистологический тип опухоли</li> <li>4) конкретный круг болезней</li> <li>5) описание типа тканей</li> </ol>
183	<p>ОФОРМЛЕННЫЙ БЛАНК (ПРОТОКОЛ) НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) самому пациенту</li> <li>2) родственнику пациента</li> <li>3) лечащему врачу, направившему материал на исследование</li> <li>4) врачу-консультанту</li> <li>5) представителю администрации лечебного учреждения</li> </ol>
184	<p>ВОЗМОЖНА ВЫДАЧА КСЕРОКОПИИ ПРОТОКОЛА ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ НА РУКИ БОЛЬНОМУ (ЕГО</p>



	<p>РОДСТВЕННИКУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по устной просьбе лечащего врача</li> <li>2) по письменному требованию больного (его родственника)</li> <li>3) по устному требованию родственника больного</li> <li>4) по требованию администрации лечебного учреждения</li> <li>5) по требованию заведующего клиническим отделением</li> </ol>
185	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ВЗЯТИЯ МАТЕРИАЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) срочная</li> <li>2) плановая</li> <li>3) экспресс-биопсия</li> <li>4) инцизионная</li> <li>5) экстренная</li> </ol>
186	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПОЛУЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инцизионная</li> <li>2) эндоскопическая</li> <li>3) трепанобиопсия</li> <li>4) срочная</li> <li>5) экстренная</li> </ol>
187	<p>ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА И ОБЪЕМА ФИКСАТОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1:1</li> <li>2) 1:2</li> <li>3) 1:5</li> <li>4) 1:10</li> <li>5) 1:20</li> </ol>
188	<p>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с использованием троакара</li> <li>2) с использованием эндоскопа</li> <li>3) путем хирургического иссечения фрагмента открытым способом</li> <li>4) путем выскабливания</li> <li>5) путем аспирации</li> </ol>
189	<p>ЭКСЦИЗИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) операция удаления части органа</li> <li>2) операция удаления всего органа</li> <li>3) иммунологический метод диагностики</li> <li>4) цитологический метод диагностики</li> <li>5) метод предоперационной терапии</li> </ol>
190	<p>ЭКСЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) забирается фрагмент патологического очага</li> <li>2) забирается весь патологический очаг целиком</li> <li>3) проводится иммунологическое исследование</li> <li>4) забирается весь орган</li> <li>5) проводится цитологическое исследование</li> </ol>
191	<p>БИОПСИЙНЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ДОЛЖЕН ДОСТАВЛЯТЬСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день взятия</li> <li>2) на следующий день</li> <li>3) в течение 3-х суток</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) в течение 5-ти суток</li> <li>5) в течение 10-ти суток</li> </ul>
192	<p>ПРИ ПЛАНОВОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБЫЧНО ДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) в день взятия материала</li> <li>2) на следующий день</li> <li>3) через 3-5 суток</li> <li>4) через 10-15 суток</li> <li>5) в течение 1 месяца</li> </ul>
193	<p>ПРИ СРОЧНОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) через 20 – 25 минут после доставки материала в отделение</li> <li>2) через 1 час</li> <li>3) через 1 сутки</li> <li>4) на 3-5 сутки</li> <li>5) через 10 суток</li> </ul>
194	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) до операции</li> <li>2) во время операции</li> <li>3) после операции</li> <li>4) после проведения лучевого лечения</li> <li>5) после проведения химиотерапии</li> </ul>
195	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫБОРА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) объема оперативного вмешательства</li> <li>2) вида послеоперационной терапии</li> <li>3) методов послеоперационного ведения больного</li> <li>4) вида дополнительного послеоперационного лечения</li> <li>5) методов профилактики послеоперационных осложнений</li> </ul>
196	<p>ФИКСАЦИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 40% растворе формалина</li> <li>2) 10% растворе формалина</li> <li>3) физиологическом растворе</li> <li>4) дистиллированной воде</li> <li>5) неразведенном формальдегиде</li> </ul>
197	<p>БИОПСИЙНЫЙ И ОПЕРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) врачами патологоанатомического отделения</li> <li>2) любым сотрудником патологоанатомического отделения</li> <li>3) лаборантами-гистологами патологоанатомического отделения</li> <li>4) заведующим клиническим отделением</li> <li>5) сотрудниками клинического отделения</li> </ul>
198	<p>ДОСТАВЛЕННЫЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОД РАСПИСКУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дежурному лаборанту-гистологу</li> <li>2) регистратору</li> <li>3) дежурному врачу-патологоанатому</li> <li>4) заведующему патологоанатомическим отделением</li> <li>5) санитару морга</li> </ul>

199	<p>НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЦЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ МАТЕРИАЛУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ориентировочное</li> <li>2) описательное</li> <li>3) предположительное</li> <li>4) неполное (предварительное)</li> <li>5) окончательное (диагностическое)</li> </ol>
200	<p>В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШИФРУЕТСЯ (КОДИРУЕТСЯ) ПО МКБ-Х ТОЛЬКО ЗАКЛЮЧЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) описательное</li> <li>2) ориентировочное</li> <li>3) окончательное (диагностическое)</li> <li>4) неполное (предварительное)</li> <li>5) молекулярно-генетическое</li> </ol>
201	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический</li> <li>2) рентгенологический</li> <li>3) биохимический</li> <li>4) гистологический</li> <li>5) цитологический</li> </ol>
202	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИСТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистологический</li> <li>2) цитологический</li> <li>3) рентгенологический</li> <li>4) клинический</li> <li>5) иммуногистохимический</li> </ol>
203	<p>О НАРУШЕНИЯХ ПРИ ЗАБОРЕ, ФИКСАЦИИ, МАРКИРОВКЕ, ЗАПОЗДАЛОЙ ДОСТАВКЕ, НЕПРАВИЛЬНО ЗАПОЛНЕННЫХ БЛАНКАХ НАПРАВЛЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ В АДМИНИСТРАЦИЮ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СООБЩАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дежурный лаборант-гистолог</li> <li>2) регистратор</li> <li>3) любой врач-патологоанатом</li> <li>4) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>5) санитар морга</li> </ol>
204	<p>ПЕРВЫЙ ЭТАП ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макроскопическое описание присланного материала</li> <li>2) вырезка кусочков (фрагментов)</li> <li>3) фиксация кусочков (фрагментов)</li> <li>4) гистологическая обработка объектов</li> <li>5) проверка сведений в бланке направления и маркировки материала</li> </ol>
205	<p>ОПЕРАЦИОННЫЙ (БИОПСИЙНЫЙ) МАТЕРИАЛ ОТ ОДНОГО БОЛЬНОГО, ПОЛУЧЕННЫЙ В ВИДЕ НЕСКОЛЬКИХ ОБЪЕКТОВ, ДОЛЖЕН НАПРАВЛЯТЬСЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с одним бланком направлением</li> <li>2) с двумя и более бланками</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) с количеством бланков, соответствующим количеству объектов</li> <li>4) с отдельными бланками к каждому объекту</li> <li>5) с отдельными бланками к каждому удаленному органу</li> </ul>
206	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ И ВЫРЕЗКУ ОПЕРАЦИОННОГО (БИОПСИЙНОГО) МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРОИЗВОДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) врач-патологоанатом</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) санитар морга</li> </ul>
207	<p>КОЛИЧЕСТВО КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ДЛЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) врач-патологоанатом, производящий вырезку</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) представитель администрации лечебного учреждения</li> </ul>
208	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ОКРАСКОЙ ДЛЯ ВСЕХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ СРЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) окраска по Ван-Гизон</li> <li>2) пикрофуксином</li> <li>3) суданом 3 или 4</li> <li>4) гематоксилин-эозином</li> <li>5) альциановым синим</li> </ul>
209	<p>БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОДЛЕЖИТ ОБСУЖДЕНИЮ С ЗАВЕДУЮЩИМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ (КОНСУЛЬТАНТОМ) В СЛУЧАЯХ ДИАГНОСТИКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобных процессов</li> <li>2) доброкачественных опухолей</li> <li>3) злокачественных опухолей</li> <li>4) острых воспалительных процессов</li> <li>5) хронических воспалительных процессов</li> </ul>
210	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОФОРМЛЯЕТСЯ С ДВУМЯ ПОДПИСЯМИ ВРАЧЕЙ-ПАТОЛОГОАНАТОМОВ В СЛУЧАЯХ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобных процессов</li> <li>2) доброкачественных опухолей</li> <li>3) зрелых опухолей</li> <li>4) редких заболеваний (редких опухолей)</li> <li>5) хронических воспалительных процессов</li> </ul>
211	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПОДЛЕЖИТ БУКВЕННО-ЦИФРОВОМУ КОДИРОВАНИЮ ПО МКБ-10, ЕСЛИ ОНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) предположительное</li> <li>2) предварительное</li> <li>3) окончательное (диагностическое)</li> <li>4) ориентировочное</li> <li>5) описательное</li> </ul>
212	ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО

	<p>БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ДОЛЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тип патологического процесса</li> <li>2) конкретную болезнь</li> <li>3) конкретный круг болезней</li> <li>4) вид патологических изменений тканей</li> <li>5) наличие опухолевых клеток</li> </ol>
213	<p>ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) конкретную болезнь</li> <li>2) конкретную нозологическую единицу</li> <li>3) гистологический тип опухоли</li> <li>4) конкретный круг болезней</li> <li>5) описание типа тканей</li> </ol>
214	<p>ОФОРМЛЕННЫЙ БЛАНК (ПРОТОКОЛ) НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) самому пациенту</li> <li>2) родственнику пациента</li> <li>3) лечащему врачу, направившему материал на исследование</li> <li>4) врачу-консультанту</li> <li>5) представителю администрации лечебного учреждения</li> </ol>
215	<p>ВОЗМОЖНА ВЫДАЧА КСЕРОКОПИИ ПРОТОКОЛА ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ НА РУКИ БОЛЬНОМУ (ЕГО РОДСТВЕННИКУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по устной просьбе лечащего врача</li> <li>2) по письменному требованию больного (его родственника)</li> <li>3) по устному требованию родственника больного</li> <li>4) по требованию администрации лечебного учреждения</li> <li>5) по требованию заведующего клиническим отделением</li> </ol>
216	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ВЗЯТИЯ МАТЕРИАЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) срочная</li> <li>2) плановая</li> <li>3) экспресс-биопсия</li> <li>4) инцизионная</li> <li>5) экстренная</li> </ol>
217	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПОЛУЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инцизионная</li> <li>2) эндоскопическая</li> <li>3) трепанобиопсия</li> <li>4) срочная</li> <li>5) экстренная</li> </ol>
218	<p>ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА И ОБЪЕМА ФИКСАТОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1:1</li> <li>2) 1:2</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) 1:5</li> <li>4) 1:10</li> <li>5) 1:20</li> </ul>
219	<p>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) с использованием троакара</li> <li>2) с использованием эндоскопа</li> <li>3) путем хирургического иссечения фрагмента открытым способом</li> <li>4) путем выскабливания</li> <li>5) путем аспирации</li> </ul>
220	<p>ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) путем аспирации</li> <li>2) с использованием специальной полой иглы</li> <li>3) путем аспирации</li> <li>4) путем иссечения фрагмента открытым способом</li> <li>5) путем выскабливания специальной кюреткой</li> </ul>
221	<p>БЛАНК НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ЗАПОЛНЯЕТ И ПОДПИСЫВАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) медицинская сестра</li> <li>3) младший медперсонал</li> <li>4) средний медперсонал</li> <li>5) интерн (ординатор)</li> </ul>
222	<p>ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ИЗ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 0,5 x 0,5 x 0,5 см</li> <li>2) 1 x 1 x 0,5 см</li> <li>3) 2 x 2 x 1 см</li> <li>4) 2,5 x 2,5 x 1 см</li> <li>5) 3 x 3 x 1 см</li> </ul>
223	<p>СРОК ОБРАБОТКИ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПРЕВЫШАЕТ 3-5 ДНЕЙ В СЛУЧАЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) резецированного желудка</li> <li>2) глазного яблока</li> <li>3) полипов эндометрия</li> <li>4) полипов цервикального канала</li> <li>5) аппендикулярных отростков</li> </ul>
224	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПРЕВЫШАЕТ 3-5 ДНЕЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гастробиоптатов</li> <li>2) костной ткани</li> <li>3) соскобов эндометрия</li> <li>4) щитовидной железы</li> <li>5) предстательной железы</li> </ul>
225	<p>ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИЗ АРХИВА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВЫДАЮТСЯ НА РУКИ ПАЦИЕНТУ ИЛИ ЕГО РОДСТВЕННИКУ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) по письменному заявлению пациента (его родственника)</li> <li>2) по устному требованию пациента (его родственника)</li> <li>3) по письменному требованию знакомого пациента</li> <li>4) по устному требованию знакомого пациента</li> <li>5) любому лицу по письменному требованию</li> </ol>
226	<p>РЕЗУЛЬТАТ, ПОЛУЧЕННЫЙ ПРИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ДО СВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ДОВОДИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-патологоанатом</li> <li>2) лечащий врач</li> <li>3) регистратор</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) заведующий патологоанатомическим отделением</li> </ol>
227	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения</li> <li>2) болезнях лаборантов-гистологов</li> <li>3) необходимости дополнительной вырезки материала</li> <li>4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске</li> <li>5) ремонте помещения патологоанатомического отделения</li> </ol>
228	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения</li> <li>2) болезнях лаборантов-гистологов</li> <li>3) необходимости дополнительных окрасок (на жир, слизь и др.)</li> <li>4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске</li> <li>5) ремонте помещения патологоанатомического отделения</li> </ol>
229	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения</li> <li>2) болезнях лаборантов-гистологов</li> <li>3) необходимости иммуногистохимических исследований</li> <li>4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске</li> <li>5) ремонте помещения патологоанатомического отделения</li> </ol>
230	<p>В СЛУЧАХ НЕПРАВИЛЬНОГО ЗАПОЛНЕНИЯ КЛИНИЦИСТАМИ БЛАНКА НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, НЕПРАВИЛЬНОЙ МАРКИРОВКИ ОБЪЕКТОВ И ДРУГИХ ОШИБКАХ ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) произвести вырезки и сообщить заведующему отделением</li> <li>2) произвести вырезку и сообщить врачам-клиницистам</li> <li>3) не производить вырезку и сообщить заместителю главного врача</li> <li>4) не производить вырезку и сообщить врачам-клиницистам</li> <li>5) не производить вырезку, вернуть материал врачам-клиницистам</li> </ol>
231	<p>В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСКОБОВ ЭНДОМЕТРИЯ КРОМЕ ВСЕХ ОБЫЧНЫХ СВЕДЕНИЙ О ПАЦИЕНТКЕ ВРАЧ-ГИНЕКОЛОГ ОБЯЗАН УКАЗЫВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) данные УЗИ малого таза</li> </ol>

2) данные исследования гормонального статуса 3) результаты осмотра терапевта 4) сведения о менструальном цикле и его нарушениях 5) результаты осмотра других специалистов (офтальмологов, ЛОР-врачей)
--

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Правильный – всегда первый вариант ответа. При компьютерном тестировании варианты правильных ответов меняются.

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций:

УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента миникейса
Н	-	<b>01</b>
Ф	A/01.5	Прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с их интерпретацией.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной М. 62-х лет, заядлый курильщик, длительное время страдает хронической патологией бронхов. Неоднократно обращался к врачам, получал соответствующее лечение. Во время последнего обращения к врачу при рентгенологическом исследовании легких обнаружен ателектаз. В связи с этим назначена и выполнена бронхоскопия.</p> <p>При бронхоскопии осмотрена слизистая оболочка нижнего долевого бронха, обнаружено небольшого размера образование на широком основании с неровной шероховатой поверхностью, немного выступающее в просвет бронха. Предположительно последнее было расценено как рост злокачественной опухоли. Произведена биопсия. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В гистологических препаратах, изготовленных из биопсийного материала, при окраске гематоксилин-эозин врач-патологоанатом обнаружил фрагменты опухоли, имеющей строение плоскоклеточного неороговевающего рака, а также фрагменты слизистой оболочки бронха с гистологической картиной хронического воспалительного процесса и предраковыми изменениями эпителия.</p>
В	1	Опишите возможные гистологические изменения слизистой



		оболочки бронха, соответствующие диагнозу хронический бронхит.
Э	-	При хроническом бронхите в стенке бронха имеется лимфогистиоцитарная инфильтрация, возможно с добавлением других клеток воспалительного ряда, фиброз, гиперпродукция слизи слизистыми железами, может быть разрастание грануляционной ткани, разноплановые изменения эпителия слизистой оболочки (атрофия, гиперплазия, метаплазия, дисплазия).
P2	-	Ответ правильный, полный. Гистологические изменения стенки бронха при хроническом бронхите описаны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологические изменения стенки бронха при хроническом бронхите описаны частично правильно или описаны с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите возможные предраковые изменения эпителия слизистой оболочки бронхов при хроническом бронхите. Какое изменение эпителия имеет наибольшее значение при развитии рака?
Э	-	К предраковым изменениям эпителия слизистой оболочки бронха можно отнести гиперплазию, метаплазию, дисплазию 1,2,3 степени. Наибольшее значение при развитии рака имеет дисплазия эпителия 3 степени, так как она непосредственно предшествующее развитию рака.
P2	-	Ответ правильный, полный. Предраковые изменения эпителия названы правильно, полностью. Изменение эпителия, имеющее наибольшее значение в развитии рака, названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Предраковые изменения эпителия названы не все. Изменение эпителия, имеющее наибольшее значение в развитии рака названо правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите гистологическую картину плоскоклеточного неороговевающего рака.
Э	-	Плоскоклеточный рак – это опухоль, имеющая органоидное строение, то есть состоящая из двух четко сформированных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима опухоли представлена полями, тяжами, комплексами атипичных клеток, имеющих сходство с клетками многослойного плоского эпителия. Строма опухоли состоит из узких прослоек соединительной ткани.
P2	-	Гистологическая картина плоскоклеточного ороговевающего рака описана правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологическая картина плоскоклеточного неороговевающего рака описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	С какими гистологическими вариантами карцином необходимо дифференцировать плоскоклеточный рак?
Э	-	Плоскоклеточный рак необходимо дифференцировать с

		вариантами аденогенного рака, особенно аденокарциномой низкой степени дифференцировки и недифференцированным раком.
P2	-	Ответ правильный. Гистологические варианты карцином, с которыми нужно дифференцировать плоскоклеточный рак, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологические варианты карцином, с которыми нужно дифференцировать плоскоклеточный рак, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Почему важно максимально точно установить гистологический вариант карциномы на уровне исследования биопсийного материала?
Э	-	Точно установленный гистологический вариант опухоли дает возможность адекватно планировать лечение больного, планировать оперативное лечение, подбирать наиболее эффективные курсы химиотерапии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обоснование необходимости точной верификации гистологического типа опухоли дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование необходимости точной верификации гистологического типа опухоли дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>02</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала и последов с их интерпретацией
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больному Н. 47-ми лет с клиническим диагнозом «рак желудка средней трети малой кривизны» произведено оперативное вмешательство. Удаленный желудок направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование. В патологоанатомическом отделении при вырезке операционного материала на малой кривизне желудка обнаружена опухоль 6х5 см, растущая в просвет в виде узла с неровной бугристой поверхностью, изъязвлением в центре, валикообразно приподнятыми краями. На поперечном срезе, произведенном через опухоль, глубокий рост белесоватой однородной ткани практически через всю толщу стенки желудка. Произведена

		<p>вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков), в том числе забраны в обработку все обнаруженные регионарные лимфатические узлы.</p> <p>При окрасе гематоксилин-эозин в гистологических препаратах найдена раковая опухоль, имеющая строение высокодифференцированной аденокарциномы (рака кишечного типа), при гистологическом исследовании лимфатических узлов метастазов не обнаружено.</p>
В	1	Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака желудка обнаружена в операционном материале? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	В операционном материале блюдцеобразный рак желудка. Опухоль растет в просвет желудка в виде экзофитного образования, в центральной зоне которого некроз с формированием изъязвления.
P2	-	Ответ правильный, полный. Анатомическая форма рака желудка названа правильно. Обоснование ответа дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомическая форма рака желудка названа правильно, обоснование дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите гистологическое строение аденокарциномы кишечного типа?
Э	-	Аденокарцинома является гистологической разновидностью аденогенного рака, имеет органоидное строение, т.е. сформирована из двух четко выраженных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима представлена атипичными клетками, образующими железистоподобные структуры с просветами. Атипичные клетки имеют сходство с эпителием кишечного типа. Строма представлена узкими прослойками соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный. Гистологическое описание строения аденокарциномы дано полно, правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологическое описание строения аденокарциномы дано частично правильно или дано не точно с ошибками
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Как вы оцените в прогностическом отношении такое гистологическое строение рака?
Э	-	В сравнительном отношении аденокарцинома кишечного типа является наиболее высоко дифференцированной раковой опухолью желудка, поэтому имеет относительно благоприятный прогноз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Оценка прогноза заболевания при данном гистологическом типе опухоли дана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Оценка прогноза заболевания при данном гистологическом типе опухоли дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Укажите правила вырезки фрагментов (кусочков) из подобного

		операционного материала. Сколько фрагментов необходимо вырезать, из каких мест, сколько забирать в обработку обнаруженных лимфатических узлов?
Э	-	Вырезаются 1-2 фрагмента (кусочка) из опухоли вне некроза, фрагмент из зоны по границе опухоли с окружающими тканями, фрагмент из стенки желудка вне опухоли, забираются фрагменты из краев резекции и все регионарные лимфатические узлы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Правила вырезки операционного материала изложены правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Правила вырезки операционного материала изложены частично правильно или изложены с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Какая информация должна быть отражена в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования в разделе микроскопическое описание кроме констатации гистологического типа опухоли в данном случае?
Э	-	В протоколе прижизненного патологоанатомического исследования кроме констатации гистологического типа опухоли, указывается степень дифференцировки аденокарциномы (высокая, умеренная, низкая) или степень злокачественности 1,2,3, наличие в опухоли некроза, воспалительных клеточных инфильтратов, нарушений кровообращения. Определяется глубина инвазивного роста опухоли соответственно слоям стенки желудка, наличие или отсутствие роста опухоли в краях резекции, выявляется фоновое заболевание (например, хронический атрофический гастрит с дисплазией эпителия), наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах, реактивные или иные изменения лимфатических узлов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Информация, которая должна быть изложена в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования, названа полностью, правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Информация, которая должна быть в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования, дана частично правильно или дана с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>03</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей и их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных данных
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В патологоанатомическое отделение из операционной доставлен удаленный желудок. Клинический диагноз рак антрального отдела желудка, подтвержденный гистологическим исследованием биопсийного материала, взятого в рамках предоперационного исследования.</p> <p>При осмотре со стороны слизистой оболочки в нижней трети тела и антральном отделе желудка складки неровные, грубые, соответственно им стенка резко утолщена, плотная, в выходном отделе просвет желудка сужен. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков).</p> <p>По результатам микроскопического исследования гистологических препаратов в окраске гематоксилин-эозин и окраске альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией дано заключение слизистый рак (перстневидно клеточный рак). Установлен инвазивный рост опухоли практически на всю толщину стенки желудка с подрастанием под серозную оболочку, в регионарных лимфатических узлах метастазы раковой опухоли.</p>
В	1	Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака желудка в операционном материале? Обоснуйте ответ.
Э	-	В операционном материале диффузный рак желудка. Стенка желудка утолщена, плотная, рельеф складок изменен, складки резко утолщены, деформированы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Анатомическая форма рака желудка названа правильно. Обоснование диагностики такой формы рака дано точно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомическая форма рака желудка названа правильно. Обоснование диагностики такой формы рака дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите гистологическое строение слизистого рака (перстневидно клеточного рака).
Э	-	Слизистый (перстневидно клеточный) рак имеет строение органоидной опухоли, то есть состоит из двух четко сформированных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима опухоли представлена полями атипичных клеток, продуцирующих большое количество слизи. Слизь в опухоли накапливается в виде «озер», в которых находятся опухолевые клетки. При накоплении слизи в цитоплазме опухолевых клеток последние приобретают округлую форму, ядро клетки отодвигается слизью на периферию, клетка приобретает вид «перстневидной». Строма состоит из узких прослоек соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание гистологического строения слизистого рака желудка дано правильно и полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание гистологического строения слизистого рака желудка дано частично правильно или

		дано с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
B	3	Назовите локализацию регионарных лимфатических узлов в желудке. Почему необходимо их гистологическое исследование? Какое количество лимфатических узлов необходимо исследовать?
Э	-	Регионарные лимфатические узлы желудка располагаются в виде цепочки вдоль большой и малой кривизны. Гистологическое исследование регионарных лимфатических узлов в операционном материале производится в первую очередь, чтобы обнаружить или исключить наличие в них метастазов, эта информация определяет стадию и прогноз болезни. В гистологическую обработку забираются все обнаруженные при вырезке лимфатические узлы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Локализация регионарных лимфатических узлов названа правильно. Обоснование необходимости гистологического исследования лимфатических узлов изложено правильно. Количество исследуемых лимфатических узлов названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный, Локализация регионарных лимфатических узлов названа правильно, Обоснование гистологического исследования лимфатических узлов изложено частично правильно. Количество исследуемых лимфатических узлов названо правильно или названо не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какая информация может быть получена при использовании дополнительной окраски альтиановым синим в комбинации с ШИК-реакцией?
Э	-	При использовании окраски альтиановым синим в комбинации с ШИК-реакцией вещества, находящиеся в слизи, окрашиваются в ярко-розовый или голубой цвет, поэтому раковые клетки, имеющие перстневидный вид хорошо верифицируются.
P2	-	Ответ правильный. Обоснование использование дополнительной окраски дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование использования дополнительной окраски дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Оцените прогноз у данного больного, учитывая информацию, полученную при исследовании операционного материала (гистологический тип опухоли, глубина инвазивного роста опухоли, наличие метастазов). Обоснуйте ответ.
Э	-	В данном случае у больного прогноз крайне неблагоприятный, срок жизни больного небольшой. Слизистый (перстневидноклеточный) рак желудка, относится к группе недифференцированных карцином, опухоль имеет глубокий инвазивный рост практически на всю толщину стенки, а также имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах. Вся эта информация говорит об опухоли с высокой степенью злокачественности в стадии прогрессирования.

P2	-	Ответ полный, правильный. Прогноз заболевания определен правильно, обоснование прогноза заболевания дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Прогноз заболевания определен правильно. Обоснование прогноза заболевания дано частично правильно или дано не полно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>04</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>У больной К. 42-х лет выявлена раковая опухоль левой молочной железы, по поводу которой произведена операция радикальная мастэктомии. Операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В патологоанатомическом отделении при вырезке операционного материала в верхнем наружном квадранте молочной железы обнаружен плотный опухолевый узел диаметром 4 см, на разрезе белесоватого цвета, с нечеткими границами и мелкозернистой, тусклой поверхностью. В жировой клетчатке подмышечной области 5 лимфатических узлов разного размера, в том числе два плотных размером 1,5x1,0 см. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков) из опухолевого узла, из молочной железы вне опухоли, обнаруженных лимфатических узлов.</p> <p>При микроскопическом исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, обнаружена раковая опухоль молочной железы, имеющая строение протокового инвазивного рака, в двух лимфатических узлах метастазы опухоли.</p>
В	1	Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака молочной железы обнаружена в операционном материале?
Э	-	В операционном материале узловая форма рака молочной железы.
P2	-	Ответ правильный. Анатомическая (макроскопическая) форма рака молочной железы названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомическая (макроскопическая) форма рака молочной железы названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	2	Укажите правила вырезки операционного материала в данном случае. Сколько фрагментов (кусочков) вырезать, из каких зон опухоли и молочной железы, в каких количествах забирать лимфатические узлы?
Э	-	При вырезке операционного материала в удаленной молочной железе вырезают 1-2 фрагмента (кусочка) из опухолевого узла, фрагмент на границе опухоли с окружающими тканями, фрагмент из молочной железы вне опухоли, в гистологическую обработку забираются все обнаруженные лимфатические узлы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Правила вырезки операционного материала изложены правильно, полностью
P1	-	Ответ частично правильный. Правила вырезки операционного материала изложены частично правильно или изложены с ошибками.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Назовите основные гистологические варианты рака молочной железы согласно последней Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при микроскопическом исследовании операционного материала.
Э	-	Основные гистологические варианты рака молочной железы: протоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа), дольковый инвазивный рак, микроинвазивный рак, другие редкие формы рака (медулярный, слизистый, тубулярный и др.).
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные гистологические варианты рака молочной железы названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные гистологические варианты рака молочной железы названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Назовите наиболее частый гистологический вариант рака молочной железы, диагностируемый в операционном материале.
Э	-	В операционном материале наиболее часто диагностируется протоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа).
P2	-	Ответ правильный, полный. Наиболее частый гистологический вариант рака молочной железы, диагностируемый в операционном материале, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Наиболее частый гистологический вариант рака молочной железы, диагностируемый в операционном материале, назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Какова частота рака молочной железы в настоящее время? Почему она такова?
Э	-	В настоящее время в развитых странах мира и в нашей стране рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных опухолей у женщин, частота его имеет



		тенденцию роста. Высокая частота рака молочной железы связана, видимо, с дисгормональным состоянием женщин в развитых странах, где катастрофически снижается рождаемость, нет длительного периода грудного вскармливания, широко распространены дисгормональные заболевания молочных желез (мастопатии, папилломатоз), имеются и другие факторы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Частота рака молочной железы названа правильно. Обоснование ответа дано правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Частота рака молочной железы названа правильно. Обоснование ответа дано не полностью.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>05</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На патологоанатомическое вскрытие поступил труп женщины 52-х лет с клиническим диагнозом «рак левой молочной железы, состояние после радикальной мастэктомии, дата ____, метастазы в печени, головном мозге, костях позвоночника».</p> <p>Радикальная мастэктомия произведена год назад. Согласно гистологическому типу обнаруженной в операционном материале карциномы и результатам иммуногистохимического исследования, в том числе на выявление экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухолевых клетках, была назначена и выполнена активная противоопухолевая терапия. Значительного положительного эффекта добиться не удалось, быстро развились отдаленные метастазы в различные органы, наступила смерть.</p> <p>На патологоанатомическом вскрытии найдены множественные метастазы рака в печени, головном мозге, костях позвоночника, почках. По данным аутопсии непосредственной причиной смерти больной явилось прогрессирование злокачественной опухоли.</p>
В	1	Назовите основные гистологические варианты карцином молочной железы согласно Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ, которые выявляют при исследовании операционного материала в обзорных окрасках?
Э	-	Основные гистологические варианты карцином молочной железы: потоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа), дольковый инвазивный рак,

		микроинвазивный рак, другие редкие формы (медуллярный, слизистый, тубулярный и др.).
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные гистологические варианты рака молочной железы названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные варианты рака молочной железы названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Назовите возможные дополнительные методы исследования карцином молочной железы при изучении на уровне операционного материала? Какова их цель?
Э	-	В качестве дополнительных методов исследования рака молочной железы в операционном материале используются иммуногистохимические методы, в том числе выявление экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона опухолевых клеток, выявление экспрессии маркеров пролиферации, а также молекулярно-генетические методы. Уточнение перечисленных параметров позволяет наиболее точно подобрать эффективные методы лечения.
P2	-	Ответ правильный, полный. Дополнительные методы исследования изложены правильно. Цель исследования обоснована правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Дополнительные методы изложены частично правильно. Цель исследования обоснована не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Что вы можете сказать о метастазировании рака молочной железы. Наиболее типичные пути метастазирования, редкие пути? Где локализуются ранние метастазы, где отдаленные? Каким путем развились метастазы в печень, головной мозг, кости позвоночника у умершей, которая описана в задаче?
Э	-	Наиболее типичные пути метастазирования рака молочной железы лимфогенный и гематогенный. Редкий путь периневральный. Ранние метастазы развиваются лимфогенно, локализуются в регионарных лимфатических узлах (подмышечных, передних грудных, окологрудных, надключичных, подключичных). Отдаленные метастазы развиваются гематогенно, локализуются в разных органах, чаще в костях позвоночника, легких, печени, почках.
P2	-	Ответ полный, правильный. Пути метастазирования рака молочной железы названы правильно. Локализация ранних лимфогенных метастазов названа правильно. Отдаленные метастазы названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Пути метастазирования рака молочной железы названы частично правильно. Локализация лимфогенных метастазов названа частично правильно. Отдаленные метастазы названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
B	4	Как можно объяснить летальный исход от прогрессирования злокачественной опухоли?

Э	-	Летальный исход от прогрессирования опухоли объясняется способностью злокачественной опухоли оказывать общее влияние на организм (изменять обмен веществ, вызывать общее токсическое влияние, другие изменения, не совместимые с жизнью).
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение летального исхода от прогрессирования злокачественной опухоли дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение летального исхода от прогрессирования злокачественной опухоли изложено частично правильно или изложено с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Уточните в целом прогноз у больных при раке молочной железы. Объясните, почему такой?
Э	-	В целом прогноз при раке молочной железы плохой, пятилетняя выживаемость больных всего около 50 – 60%. Это объясняется биологическими свойствами данной опухоли, опухоль в большинстве случаев обладает высоким исходным потенциалом злокачественности, быстро становится способной давать метастазы, быстро оказывает общее влияние на организм и быстро приводит к смерти.
P2	-	Ответ правильный, полный. Прогноз при раке молочной железы изложен правильно. Объяснение такого прогноза заболевания изложено правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Прогноз при раке молочной железы изложен правильно. Объяснение такого прогноза заболевания изложено частично правильно или изложено не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>06</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная П. 37-ми лет обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей, контактные кровотечения. При гинекологическом осмотре на слизистой оболочке влажной порции шейки матки обнаружен небольшого размера патологический очаг в виде шероховатых сосочкового вида разрастаний. Предварительный клинический диагноз рак

		<p>шейки матки.</p> <p>Выполнено цитологическое исследование, выявившее в мазках наличие атипичных эпителиальных клеток.</p> <p>С целью уточнения диагноза на гистологическом уровне произведена биопсия. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В гистологических препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином, фрагмент шейки матки с наличием тяжелой дисплазии и очагами рака «на месте» в покровном эпителии. Под покровным эпителием инвазивный рост плоскоклеточного неороговевающего рака, очаговые лимфоидноклеточные инфильтраты вокруг комплексов раковых клеток.</p>
В	1	Назовите анатомическую (макроскопическую) форму рака влагалищной части шейки матки у больной. Обоснуйте ответ.
Э	-	Во влагалищной части шейки матки обнаружена экзофитная форма рака. Опухоль растет экзофитно в виде шероховатых сосочкового вида разрастаний на поверхность слизистой оболочки влагалищной части шейки матки.
P2	-	Ответ правильный, полный. Анатомическая форма рака шейки матки названа правильно. Обоснование диагностики такой анатомической формы рака изложено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомическая форма рака молочной железы названа правильно. Обоснование диагностики такой анатомической формы рака дано не точно.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите основные гистологические формы рака шейки матки, выделяемые согласно последней Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз при исследовании операционного материала.
Э	-	Среди гистологических форм рака шейки матки выделяют плоскоклеточный рак (неороговевающий, ороговевающий, редкие варианты плоскоклеточного рака), железистые карциномы (аденокарциномы цервикального типа, муцинозного, эндометриоидного, редкие варианты).
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные гистологические варианты рака шейки матки названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основных гистологических вариантов рака шейки матки названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Какая необходимая информация должна быть указана патологоанатомом при микроскопическом описании гистологического препарата в данном случае кроме гистологического типа раковой опухоли?
Э	-	При микроскопическом описании кроме гистологического типа опухоли необходимо указать глубину инвазии опухоли и ее горизонтальное распространение в мм. Также фоновые

		предраковые изменения, если они имеются, воспалительные инфильтраты, некрозы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Информации, которая должна быть указана патологоанатомом при микроскопическом описании опухоли, названа правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Информация, которая должна быть указана при микроскопическом описании опухоли, названа частично правильно или названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Уточните изменения многослойного плоского эпителия шейки матки, считающиеся предраковыми. Какие диагностические термины для их обозначения предлагает использовать последняя Гистологическая классификация гинекологических заболеваний ВОЗ?
Э	-	К предраковым изменениям эпителия относятся дисплазии эпителия, легкой, умеренной и тяжелой степени (1,2,3 степени) и рак «на месте», которые также обозначаются как цервикальная интраэпителиальная неоплазия 1,2,3 степени (ЦИН 1,2,3 степени). В последней Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ предложены названия: - низкой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения; - высокой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения.
P2	-	Ответ полный, правильный. Предраковые изменения эпителии названы правильно. Диагностические термины для их обозначения, которые предлагает использовать последняя Гистологическая классификация ВОЗ, даны правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Предраковые изменения эпителия названы частично правильно или названы не точно. Диагностические термины для их обозначения, которые предлагает использовать последняя Гистологическая классификации ВОЗ, даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Изложите современные представления на этиологию рака шейки матки. Инфицированность, каким вирусом, имеет значение в развитии рака шейки матки?
Э	-	В настоящее время основным этиологическим фактором рака шейки матки считается вирус папилломы человека, его онкогенные штаммы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Современные представления на этиологию рака шейки матки изложены правильно, типы вируса названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Современные представления на этиологию рака шейки матки названы, типы вирусов названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>07</b>

Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>У женщины 33-х лет при проведении гинекологического осмотра на слизистой оболочке влагалищной порции шейки матки найден небольшого размера очаг, выделяющийся на фоне нормальной слизистой оболочки более интенсивным красным цветом.</p> <p>С целью уточнения диагноза произведена кольпоскопия с соответствующими пробами, выявлена атипическая кольпоскопическая картина. Со слизистой оболочки влагалищной порции шейки взяты мазки, произведенное цитологическое исследование не позволило поставить диагноз.</p> <p>С целью морфологической диагностики выполнена прицельная биопсия влагалищной порции шейки матки. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>При исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином найдена картина эктопии, в зоне эктопии плоскоклеточная метаплазия как покровного эпителия, так и эпителия части цервикальных желез, в метаплазированном многослойном плоском эпителии очаги дисплазия 3 степени, имеется подозрение на "рак на месте". Кроме этого обнаружены койлоциты, очаговые круглоклеточные воспалительные инфильтраты.</p>
В	1	<p>Дайте определение эктопия шейки матки (эндоцервикоза)? Почему в части случаев эктопия шейки матки рассматривается как предраковое заболевание? Уточните изменения эпителия являющиеся предраковыми.</p>
Э	-	<p>Эктопия шейки матки – это смещение структур слизистой оболочки цервикального канала во влагалищную часть шейки матки.</p> <p>В настоящее время эктопия шейки матки может рассматриваться как вариант нормального строения шейки, (до 25 лет возможно наблюдение), в значительной части случаев эктопия исчезает самостоятельно. В части случаев эктопию нужно рассматривать как предраковое заболевание, так как при изменении баланса половых гормонов в зоне эктопии возникает плоскоклеточная метаплазия. При наличии онкогенных штаммов вируса папилломы человека в метаплазированном эпителии может развиваться дисплазия (цервикальная интраэпителиальная</p>

		неоплазия), на фоне которой может развиваться рак шейки матки.
P2	-	Ответ полный, правильный. Определение эктопии шейки матки дано правильно. Случаи, когда эктопия становится предраковым заболеванием, названы правильно. Изменения эпителия, являющиеся предраковыми, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение эктопии шейки матки дано не точно. Случаи, когда эктопия шейки матки становится предраковым, названы не точно. Предраковые изменения эпителия названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Дайте определение дисплазия эпителия? Опишите морфологическую картину пласта многослойного плоского эпителия при дисплазии 3 степени.
Э	-	Дисплазия эпителия – это патологический процесс, характеризующейся нарушением пролиферации и дифференцировки клеток с появлением клеточной атипии и нарушением архитектоники эпителиального пласта. При дисплазии 3 степени большая часть пласта многослойного плоского эпителия (2/3 пласта) замещена пролиферирующими атипичными клетками.
P2	-	Ответ полный, правильный. Определение дисплазии эпителия дано правильно. Описание морфологической картины эпителиального пласта при дисплазии 3 степени дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение дисплазии эпителия дано не точно. Описание морфологической картины эпителиального пласта при дисплазии 3 степени дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный, или ответ дан с грубыми ошибками, или ответ отсутствует.
B	3	Что такое «рак на месте»? Опишите гистологические изменения эпителиального пласта при «раке на месте».
Э	-	«Рак на месте» - это один из вариантов эпителиальной неоплазии. При «раке на месте» весь эпителиальный пласт замещен пролиферирующими атипичными клетками, базальная мембрана не изменена.
P2	-	Ответ правильный. Морфологическая картина эпителиального пласта при «раке на месте» описана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный Морфологическая картина эпителиального пласта при «раке на месте» описана не точно.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Что такое койлоциты? Опишите внешний вид койлоцитов, их расположение в эпителиальном пласте.
Э	-	Койлоциты – это клетки многослойного плоского эпителия, имеющие характерный вид из-за присутствия вируса папилломы человека. Они крупного размера, имеют крупное округлое ядро, иногда два ядра, их цитоплазма светлая, пустая. Koilos переводится как пустой. Располагаются койлоциты, главным образом, в поверхностном и промежуточном слоях пласта многослойного плоского эпителия.

P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение, что такое койлоциты, дано правильно. Описание внешнего вида койлоцитов и их расположение в эпителиальном пласте дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение, что такое койлоциты, дано правильно. Описание внешнего вида койлоцитов и их расположение в эпителиальном пласте дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Какие диагностические термины нужно использовать согласно последней Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ при оформлении заключения в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования в данном случае?
Э	-	При оформлении заключение в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования необходимо использовать следующие термины: - низкой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения шейки матки; - высокой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения шейки матки с соответствующими кодами (шифрами).
P2	-	Ответ правильный, полный. Диагностические термины, которые должны использоваться согласно Гистологической классификации ВОЗ, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Диагностические термины, которые должны использоваться согласно Гистологической классификации ВОЗ, названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>08</b>
Ф	A/01.5	Поведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получении данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной М. 54 лет в течение многих лет страдал хроническим миелоцитарным лейкозом. При первой госпитализации диагноз был установлен на основании исследования мазков костного мозга грудины, в том числе при использовании иммуногистохимических, цитогенетических, других методов исследования. В клетках гемопоэза была выявлена Ph-хромосома. Подобранное лечение в течение многих лет давало положительный эффект. Больной неоднократно госпитализировался в связи с обострениями заболевания, получал



		<p>адекватную терапию.</p> <p>В последний раз поступил в гематологическое отделение в тяжелом состоянии. Проведено очередное исследование костного мозга, миелограмма соответствовала бластному кризу (терминальной стадии). Несмотря на предпринятые лечебные мероприятия помочь больному не удалось, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>Результаты аутопсии подтвердили заключительный клинический диагноз.</p>
В	1	Какие две стадии выделяют в течение хронического миелоцитарного лейкоза, как они называются?
Э	-	В течение хронического миелоцитарного лейкоза выделяют две стадии: 1 стадия - моноклоновая (доброкачественная), 2 стадия – поликлоновая (злокачественная, терминальная, бластный криз).
P2	-	Ответ правильный, полный. Две стадии лейкоза и их синонимы даны правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Две стадии лейкоза названы, синонимы названы частично правильно или названы не все.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Перечислите основные типовые клиничко-морфологические изменения в 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза.
Э	-	Для 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза характерно относительно доброкачественное длительное течение. В костном мозге лейкозные клетки представлены дифференцирующимися клетками миелоидного ряда, эти клетки имеются в крови, выселяются в разные органы с формированием лейкозных инфильтратов, имеется умеренная анемия, тромбоцитопения, геморрагический синдром отсутствует, язвенно-некротических изменений в слизистых оболочках ротовой полости, зева, желудочно-кишечного тракта нет, инфекционных осложнений нет.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные типовые клиничко-морфологические изменения при 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза перечислены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные типовые клиничко-морфологические изменения при 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза перечислены частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Перечислите основные типовые клиничко-морфологические изменения, характерные для 2-ой стадии хронического лейкоза.
Э	-	Для 2-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза характерно появление в костном мозге большом количестве бластных клеток, выселение их на периферию с увеличением объемов инфильтратов в разных органах, нарастание анемии, тромбоцитопении, появление проявлений геморрагического синдрома, развитие язвенно-некротических изменений слизистых оболочек ротовой полости, зева, желудочно-

		кишечного тракта, присоединение инфекционных осложнений.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные типовые клинко-морфологические изменения во 2-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза перечислены правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные типовые изменения при 2-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза перечислены частично правильно или перечислены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Уточните стадию лейкоза у больного при последнем поступлении в гематологическое отделение. Оцените прогноз, обоснуйте его.
Э	-	При последнем поступлении у больного 2-ая стадия (бластный криз, терминальная стадия). Прогноз неблагоприятный, неизбежен смертельный исход, так как в этой стадии подавлять размножения опухолевых клеток невозможно, опухоль не управляемая.
P2	-	Ответ правильный полный. Стадия лейкоза названа правильно. Прогноз определен правильно, обоснование его сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Стадия лейкоза названа правильно, прогноз назван правильно, обоснование его сделано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Что вы можете сказать о лечебном патоморфозе лейкозов?
Э	-	В настоящее время наблюдается лечебный патоморфоз лейкозов. Имеются хорошие результаты лечения со значительным продлением жизни значительной части больных, уменьшение объема лейкозных инфильтратов в органах, уменьшение числа инфекционных осложнений, изменении топографии лейкозных инфильтратов с поражением костей черепа и поражением лейкозными клетками ЦНС, возможность развития цитостатической болезни.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные проявления лечебного патоморфоза лейкозов названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные проявления лечебного патоморфоза лейкозов названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>09</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ</b>

<b>РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>		
У	-	<p>Больной К. 62 лет, участник ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, уже несколько лет страдает хроническим лимфолейкозом. При первой госпитализации в анализе крови значительное повышение количества лейкоцитов, главным образом, за счет дифференцирующихся лимфоцитарных форм, умеренная анемия, незначительная тромбоцитопения. Имелось увеличение лимфатических узлов нескольких локализаций. Кроме этого слабость, потеря веса.</p> <p>При исследовании костного мозга грудины в миелограмме характерные изменения, позволившие поставить диагноз хронического лимфоцитарного лейкоза. Произведено фенотипирование лимфоидных клеток, выявлена характерная экспрессия пан-В-клеточных маркеров CD20, CD79a, CD5, CD23. Выполнены цитогенетические и молекулярно-генетические исследования, выявившие трисомию хромосомы 12.</p> <p>Подобран план лечения, который дал эффект ремиссии. В настоящее время поступил в тяжелом состоянии с распространенной пневмонией, от которой наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>Результаты аутопсии подтвердили заключительный клинический диагноз.</p>
В	1	Назовите основные типовые морфологические изменения при таком лейкозе (изменения костного мозга, периферических органов) в начальной и терминальной стадии.
Э	-	При хроническом лимфоцитарном лейкозе в костном мозге появляются лейкозные клетки, по морфологии, соответствующие дифференцирующимся клеткам лимфопоэза. Наблюдается выселение этих клеток в кровь, увеличение лимфатических узлов разных локализаций в виде пакетов за счет инфильтрации их лейкозными клетками, увеличение других органов (печени, почек и др.), в терминальной стадии возможен бластный криз с появлением большого количества бластных форм в костном мозге, угнетение ростков кроветворения, присоединение инфекционных осложнений.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные типовые проявления при хроническом лимфолейкозе в начальной и терминальной стадиях названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные типовые проявления при хроническом лимфолейкозе в начальной и терминальной стадиях названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	С какой целью выполняются специальные методы исследования, выявляющие иммуногистохимические, цитогенетические, молекулярно-генетические особенности лимфоидных клеток при лейкозе?
Э	-	Все перечисленные специальные методы исследования (иммуногистохимические, цитогенетические, молекулярно-генетические) позволяют наиболее точно верифицировать

		вариант лейкоза и подобрать наиболее адекватные методы лечение, особенно варианты цитостатической терапии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Цель выполнения специальных методов исследования сформулирована правильно.
P1	-	Ответ неполный. Цель выполнения специальных методов исследования дана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Назовите клеточный источник развития такого лейкоза.
Э	-	Клеточный источник такого лейкоза В-лимфоциты, это β-клеточный лейкоз.
P2	-	Ответ правильный. Клеточный источник такого лейкоза назван правильно, точно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клеточный источник данного лейкоза назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Укажите возраст, наиболее поражаемый при таком лейкозе.
Э	-	Хроническим лимфоцитарным лейкозом чаще болеют взрослые люди, особенно пожилые.
P2	-	Ответ правильный. Возраст, наиболее поражаемый при таком лейкозе, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Возраст, наиболее поражаемый при таком лейкозе, назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
B	5	Оцените прогноз такого лейкоза, в том числе в условиях современных методов лечения. Укажите наиболее частые причины смерти при таком лейкозе.
Э	-	Такой лейкоз обычно имеет относительно благоприятный прогноз, можно продлить жизнь больным на многие годы. Наиболее частые причины смерти: инфекционные осложнения, проявления бластного криза (прогрессирования опухоли).
P2	-	Ответ правильный, полный. Прогноз определен правильно. Наиболее частые причины смерти указаны правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Прогноз назван не точно. Наиболее частые причины смерти указаны частично правильно или указаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>10</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В онкологическом стационаре на обследовании находится ребенок 14-ти лет. Заболевание началось с появлением жалоб на слабость, невысокую периодическую лихорадку, небольшую потерю веса, затем родители заметили увеличение лимфатических узлов шеи. Обратились к врачу.</p> <p>При осмотре имеется увеличение одной группы лимфатических узлов шеи в виде пакета. Произведен ряд клинических исследований, возникло подозрение на лимфому Ходжкина (лимфогранулематоз). С целью уточнения клинического диагноза выполнена биопсия лимфатических узлов шеи. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>По результатам исследования гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, дано заключение о наличии классической лимфомы Ходжкина, смешанноклеточного типа. Назначено иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследование.</p>
В	1	Дайте определение лимфомы Ходжкина.
Э	-	Лимфома Ходжкина – вариант злокачественной лимфомы, при которой в составе опухоли имеются клетки Ходжкина и клетки Рида-Штернберга.
P2	-	Ответ правильный. Определение лимфомы Ходжкина дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение лимфомы Ходжкина дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный, определение дано неверно или ответ отсутствует.
В	2	Назовите клетки опухолевой природы, пролиферирующие при этой лимфоме. Как они выглядят под микроскопом? Какие неопухолевые клетки накапливаются в составе этой опухоли?
Э	-	При этой лимфоме пролиферируют опухолевые клетки, получившие название клеток Ходжкина и клеток Рида-Штернберга. Клетки Ходжкина одноядерные клетки, ядро округлое, расположено эксцентрично. Клетки Рида-Штернберга крупные многоядерные (двухядерные) клетки, ядра наслаиваются друг на друга (двухлопастные ядра). Клетки Ходжкина и клетки Рид-Штернберга являются диагностическими. Кроме них в этой опухоли накапливается большое количество неопухолевых клеток: лимфоцитов, гистиоцитов, макрофагов, эпителиоидных клеток, стромальных ретикулярных клеток, небольшое количество плазматических клеток, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Клетки опухолевой природы названы и описаны правильно. Неопухолевые клетки перечислены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Опухолевые клетки названы, но

		описаны не точно, Неопухолевые клетки перечислены частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Обоснуйте необходимость назначения иммуногистохимического и молекулярно-генетического исследований?
Э	-	Использование современных методов исследования (иммуногистохимического, молекулярно-генетического) необходимо для наиболее точной верификации опухоли и подбора адекватных методов лечения.
P2	-	Ответ правильный. Необходимость назначения специальных методов исследования обоснована правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Необходимость назначения специальных методов исследования обоснована не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Назовите классические варианты этой опухоли согласно Гистологической классификации ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Классические варианты лимфомы Ходжкина: вариант с преобладанием лимфоцитов (лимфогистиоцитарный), смешанноклеточный вариант, нодулярный склероз, вариант с лимфоидным вытеснением (истощением). Выделяют также другие редкие варианты.
P2	-	Ответ правильный, полный. Классические варианты лимфомы Ходжкина названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Классические варианты лимфомы Ходжкина названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Какие стадии согласно распространенности опухоли принято выделять при лимфоме Ходжкина? Какие морфологические изменения им соответствуют? Какая, предположительно, стадия заболевания у больного, который описан в задаче?
Э	-	Лимфома Ходжкина является злокачественной прогрессирующей опухолью, согласно распространенности опухоли можно выделять: изолированную (локальную) стадию и генерализованную стадию. В изолированную стадию поражена одна группа лимфатических узлов, в генерализованную стадию имеется поражение нескольких групп лимфатических узлов и метастатическое поражение органов. У больного, который описан в задаче, предположительно изолированная стадия.
P2	-	Ответ правильный, полный. Стадии распространенности опухоли названы правильно. Морфологические изменения, соответствующие им, названы правильно. Стадия заболевания у больного, который описан в задаче, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Стадии распространенности опухоли названы частично правильно или названы не точно. Морфологические изменения, соответствующие им, названы частично правильно или названы не точно. Стадия заболевания у больного, который описан в задаче, названа не точно.

P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>11</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей, их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причине смерти.
Ф	C/04.8	Контроль качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений по материалам прижизненных патологоанатомических исследований и патологоанатомических вскрытий.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОРОСЫ.</b>
У	-	<p>В клинику экстренно с жалобами на сильные боли в животе машиной скорой медицинской помощи доставлен мужчина 65 лет. Через несколько минут после поступления резкое падение артериального давления, нитевидный пульс. Из-за кратковременного пребывания в лечебном учреждении установить точный клинический диагноз не удалось.</p> <p>Были оказаны реанимационные мероприятия, которые эффекта не дали, наступила смерть. С заключительным клиническим диагнозом «острый инфаркт миокарда, внезапная остановка сердечной деятельности» труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружен резко выраженный атеросклероз аорты. В брюшном отделе резко выраженное расширение и деформация просвета в связи с выбуханием стенки, которое расценили как атеросклеротическую аневризму брюшного отдела аорты. Имеется разрыв стенки аневризмы, свежие тромботические наложения на внутренней поверхности, обширная гематома мягких тканей забрюшинной области, скопление жидкой крови и свертков в нижнем этаже брюшной полости.</p>
В	1	Опишите макроскопические изменения стенки аорты при атеросклерозе.
Э	-	При осмотре аорты со стороны интимы видны многочисленные пятна и полосы желтого цвета, многочисленные бляшки белесоватого или желтого цвета разного размера, выступающие в просвет, изъязвленные бляшки, бляшки со свежими кровоизлияниями, бляшки с плотными каменистыми включениями.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическое описание изменений стенки аорты при атеросклерозе дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание макроскопических изменений аорты дано частично правильно или дано не точно.

P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Назовите типичную локализацию атеросклеротической аневризмы и редкие локализации атеросклеротических аневризм.
Э	-	Атеросклеротическая аневризма наиболее типично развивается в брюшном отделе аорты. Редко атеросклеротические аневризмы формируются в грудном отделе или других отделах аорты, редко атеросклеротические аневризмы локализуются в прецеребральных, церебральных артериях и других артериях.
P2	-	Ответ правильный, полный. Типичная локализация атеросклеротической аневризмы названа правильно, редкие локализации названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Типичная локализация атеросклеротической аневризмы названа правильно, редкие локализации названы частично правильно или названы неправильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответа отсутствует.
B	3	Почему в аневризмах часто образуются тромбы? Объясните патогенез образования тромбов в аневризмах.
Э	-	В аневризмах, как правило, образуются тромбы, так как имеется непосредственный местный этиологический фактор образования тромба – нарушение движения крови в аневризме (замедление, завихрения). Из-за нарушения движения крови возникает агрегация тромбоцитов, выброс факторов свертывания, образование из растворенного фибриногена фибрина, затем агрегация форменных элементов крови с формированием свертка.
P2	-	Ответ правильный. Объяснение патогенеза образования тромба в аневризмах дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза образования тромба в аневризме дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие варианты аневризм аорты принято выделять в зависимости от их анатомической формы? Какие варианты аневризм принято выделять в зависимости от тканей, формирующих ее стенку? Какая аневризма аорты диагностирована у больного, который описан в задаче?
Э	-	Выделяют следующие анатомические формы аневризм аорты: грибовидную, грыжевидную, цилиндрическую. В зависимости от того, какими тканями сформирована стенка аневризмы, выделяют истинные и ложные аневризмы. Отдельно выделяют расслаивающую аневризму аорты. Она формируется при разрыве и расслоении током крови среднего слоя аорты от интимы или от адвентиции с образованием дополнительного канала. У больного, который описан в задаче, аневризма истинная и, видимо, грибовидная.
P2	-	Ответ правильный, полный. Анатомические варианты аневризм аорты и прочие варианты аневризмы аорты названы правильно. Варианты аневризмы аорты у больного, который описан в задаче,



		названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомические варианты аневризмы аорты и прочие варианты аневризмы аорты названы частично правильно. Варианты аневризмы аорты у больного, который описан в задаче, названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Проведите сличение клинического и патологоанатомического диагнозов, установите категорию расхождения, причины расхождения. Обоснуйте ваш ответ.
Э	-	В качестве основного заболевания выставляется «атеросклеротическая аневризма брюшного отдела аорты». Осложнениями основного заболевания является «разрыв стенки аневризмы, кровотечение». В данном случае имеется расхождение клинического и патологоанатомического диагноза по основному заболеванию. Расхождения диагнозов относятся к III категории, так как клинический диагноз не был поставлен правильно в виду кратковременности пребывания больного в данном лечебном учреждении. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов произошло по субъективным причинам.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов сделано правильно. Категория расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов указана правильно. Причина расхождения установлена верно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов сделано частично правильно или с делана не точно. Категория расхождения указана неверно или не точно. Причина расхождения диагнозов установлена неправильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>12</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У больного Р. 82-х лет заболевание началось с сильных болей в животе, около суток находилась дома, занимался самолечением.

		<p>На вторые сутки вызвана машина скорой помощи, врач которой предложил экстренную госпитализацию. При поступлении в приемный покой лечебного учреждения состояние тяжелое, признаки интоксикации, клинические признаки перитонита.</p> <p>Пациент срочно взят в операционную. При лапаротомии обнаружено изменение значительной части тонкого и толстого кишечника, кишечник багрово-синюшного, а местами черного цвета. Радикально операцию выполнить не удалось. Вскоре наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии найден тяжелый атеросклероз мезентериальных артерий, обтурирующий свежий тромб нижней мезентериальной артерии, нижняя треть тонкого и всего толстого кишечника в состоянии некроза, багрово-синюшного, местами черного цвета. В брюшной полости выпот в виде мутной жидкости, окрашенной кровью.</p>
В	1	Опишите подробно макроскопические изменения стенок мезентериальных артерий, увиденные на вскрытии.
Э	-	При осмотре мезентериальных артерий со стороны интимы видны желтые пятна и полосы, неравномерно утолщение стенки из-за наличия плотных белесоватых или желтоватых бляшек, выступающих в просвет, часть бляшек изъязвлена, часть с наличием свежих кровоизлияний, имеются также плотные каменистые отложения (видимо отложения извести).
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание макроскопических изменений мезентериальных артерий при атеросклерозе дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание макроскопических изменений мезентериальных артерий дано частично правильно или дано не полно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Объясните патогенез возникновения тромба в нижней мезентериальной артерии, а также патогенез развития некроза кишечника.
Э	-	<p>При атеросклерозе имеются выраженные нарушения целостности стенки кровеносного сосуда, это один из основных этиологических моментов образования тромбов. При наличии атеросклеротической бляшки, особенно изъязвленной, на ее поверхности происходит агрегация тромбоцитов, высвобождение факторов свертывания, благодаря которым из растворимого фибриногена образуются нити фибрина и дальнейшая агрегация форменных элементов крови.</p> <p>Тромб закрывает просвет мезентериальной артерии (обтурирующий тромб), прекращается поступление артериальной крови к кишечнику (острая ишемия), развивается некроз кишечника.</p>
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза развития тромба в артерии при атеросклерозе изложено правильно. Объяснение развития некроза в кишечнике изложено правильно.

P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение возникновения тромба в артерии при атеросклерозе дано частично правильно или с ошибками. Объяснение развитие некроза кишечника дано частично правильно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Уточните морфологический вид некроза кишечника. Как вы объясните, почему в кишечнике часто развивается именно этот морфологический вид некроза.
Э	-	Развившийся некроз кишечника следует считать влажной гангреной. Такой морфологический вид некроз часто развивается в кишечнике, так как здесь имеются необходимые условия для его развития, Это соприкосновение некротизированных тканей с внешней средой (микроорганизмами) и выраженные расстройства кровообращения с пропитыванием эритроцитами зон некроза. Эти условия необходимы для образования черного пигмента, сернистого железа.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологический вид некроза кишечника назван правильно. Объяснение развития именно такой морфологической разновидности некроза в кишечнике дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологический вид некроза кишечника назван не точно. Объяснение развития этого морфологического вида некроза дано частично правильно или дано с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие оперативные вмешательства могут производиться больным с тромбозом мезентериальных артерий и почему такие?
Э	-	При такой патологии в очень ранние временные сроки (первые минуты) в настоящее время возможна операция тромбартериоэктомии с восстановлением артериального кровоснабжения кишечника. Если некроз уже сформировался, необходима резекция значительной части кишечника.
P2	-	Ответ правильный, полный. Виды оперативного вмешательства названы правильно. Выбор их обоснован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Виды оперативного вмешательства названы правильно. Выбор их обоснован частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как нужно сформулировать патологоанатомический диагноз в данном случае? Что следует считать основным заболеванием, что является осложнениями?
Э	-	В данном случае основное заболевание следует формулировать «атеросклеротическая гангрена нижней трети тонкого и всего толстого кишечника, атеросклероз нижней мезентериальной артерии со свежим обтурирующим тромбом», осложнение основного заболевания «разлитой серозно-геморрагический перитонит».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз

		сформулирован правильно. Основное заболевание и его осложнение определено правильно.
P1	-	Ответ дан частично правильно. Основное заболевание сформулировано правильно, осложнения определены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>13</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В специализированное отделение лечебного учреждения поступил больной К. 54 лет с клиническим диагнозом острый инфаркт миокарда. Заболевание началось ночью на загородной даче, накануне вскопал значительную площадь земельного участка для посадки картофеля. Состояние тяжелое. По данным ЭКГ и других методов исследования в миокарде левого желудочка сердца обширный инфаркт.</p> <p>Начата активная терапия, которая значительного эффекта не оказала, нарастали симптомы острой сердечной левожелудочковой недостаточности, смерть наступила через 76 часов от начала болевого приступ. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При производстве аутопсии патологоанатом обнаружил стенозирующий атеросклероз левой коронарной артерии с поражением ее передней межжелудочковой ветви, в миокарде левого желудочка сердца в области верхушки, передней и боковой стенок морфологические изменения, соответствующие обширному трансмуральному инфаркту, в легких полнокровие, отек.</p>
В	1	Опишите типичную макроскопическую картину инфаркта миокарда, увиденную на вскрытии.
Э	-	На разрезе в толще миокарда левого желудочка сердца патологический очаг неправильной формы бело-желтого цвета, плотной консистенции, по границе с неизменным миокардом темно-вишневый венчик.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая картина инфаркта миокарда сердца описано правильно и полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая картина инфаркта миокарда описана частично правильно или описана не полно.
P0	-	Ответ неправильный ответ отсутствует.

В	2	Опишите типичную микроскопическую картину инфаркта миокарда у такого умершего.
Э	-	При микроскопическом исследовании в патологическом очаге гистологические признаки некроза кардиомиоцитов (отсутствие ядер, кариолизис), по периферии патологического очага зона полнокровия и свежие кровоизлияния.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина инфаркта миокарда описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопической картины инфаркта миокарда описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Что такое трансмуральный инфаркт миокарда? Какие изменения при нем могут развиваться со стороны эндокарда и со стороны эпикарда?
Э	-	Трансмуральный инфаркт – это инфаркт большой площади, захватывающий всю толщину сердечной мышцы. При нем со стороны эндокарда может образовываться тромб, в эпикарде соответственно инфаркту воспалительные изменения, чаще фибринозный перикардит.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение трансмурального инфаркта дано правильно. Изменения при нем со стороны эндокарда и со стороны эпикарда названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение трансмурального инфаркта дано частично правильно или не точно. Изменения со стороны эндокарда и со стороны эпикарда даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Опишите микроскопические изменения коронарных артерий при атеросклерозе в стадии атероматоза, которые должны быть обнаружены в секционном материала? Объяснить патогенез развития инфаркта миокарда у такого больного с такими изменениями коронарных артерий?
Э	-	При гистологическом исследовании в стенке коронарной артерии обнаруживается атеросклеротическая бляшка в виде разрастания фиброзной ткани значительно суживающая просвет сосуда, имеется некроз центра бляшки, отложением липидов в бляшке, появление новообразованных кровеносных сосудов и макрофагов в краях бляшки. В данном случае острая коронарная недостаточность видимо развилась в силу несоответствия пониженного притока артериальной крови по суженным коронарным артериям высоким потребностям миокарда при тяжелой физической работе.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения коронарных артерий в стадии атероматоза названы правильно. Объяснение патогенеза развития инфаркта миокарда у такого больного сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения коронарных артерий в стадии атероматоза названы частично

		правильно или названы не точно. Объяснение патогенеза развития инфаркта миокарда у такого больного сделано частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Какая нозологическая единица должно быть записано в качестве основного заболевания? Что нужно записать в качестве осложнений основного заболевания? Что следует считать непосредственной причиной смерти в данном случае?
Э	-	В качестве основного заболевания в данном случае следует записать «острый инфаркт миокарда, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий». В качестве осложнений основного заболевания следует записать «острая левожелудочковая сердечная недостаточность, отек легких». Непосредственной причиной смерти следует считать острую левожелудочковую недостаточность с развитием отека легких.
P2	-	Ответ правильный и полный. Патологоанатомический диагноз сформулировано правильно. Нозологическая единица, которая должна быть записана в качестве основного заболевания, названа правильно. Осложнения основного заболевания названы правильно. Непосредственная причина смерти определена правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основное заболевание сформулировано правильно. Осложнения основного заболевания указаны частично правильно. Непосредственная причина заболевания названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>14</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия соответственно профилю учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У мужчины 42-х лет внезапно возникли сильные боли за грудиной. Вызвана специализированная бригада скорой медицинской помощи, врач, которой диагностировал клиническую картину кардиогенного шока. Снятая электрокардиограмма (ЭКГ) позволила выявить острые нарушения коронарного кровообращения, подозрение на начинающийся инфаркт миокарда левого желудочка сердца. Срочно была начата интенсивная терапия, в том числе противошоковая, которую продолжали проводить и в приемном

		<p>отделении лечебного стационара. Несмотря на оказанные лечебные мероприятия, возникло нарушение ритма сердца, фибрилляция желудочков. Реанимационные мероприятия эффекта не дали, смерть наступила от прекращения сердечной деятельности через 5 часов после начала болевого приступа. Труп умершего направлен на патологоанатомическое вскрытие с заключительным клиническим диагнозом острый инфаркт миокарда.</p> <p>На аутопсии обнаружена выраженная патология коронарных артерий, морфологические признаки нарушений коронарного кровообращения в миокарде.</p>
В	1	Опишите макроскопические изменения миокарда левого желудочка сердца, которые увидит патологоанатом при производстве вскрытия.
Э	-	В толще миокарда левого желудочка сердца неравномерное кровенаполнение, очаги красно-вишневого цвета неравномерно чередуются с участка бледно-серого цвета. Миокард дряблой консистенции. Патологического очага с характерными изменениями, позволяющими диагностировать по макроскопической картине инфаркт миокарда, не обнаружено.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание макроскопических изменений миокарда, развивающихся в данном случае, дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание макроскопических изменений миокарда, развивающихся в данном случае, дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопические изменения миокарда левого желудочка сердца, которые сможет увидеть патологоанатом в гистологических препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином в данном случае.
Э	-	При микроскопическом исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, изготовленных из многочисленных фрагментах, вырезанных из миокарда левого желудочка, некротических изменений кардиомиоцитов не обнаружено. Имеется неравномерное кровенаполнение, местами полнокровие, особенно капилляров, мелкие кровоизлияния, отек, зоны малокровия.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание микроскопических изменений миокарда, развивающихся в данном случае, дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание микроскопических изменений миокарда, развивающихся в данном случае, дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Укажите дополнительные методы, которыми можно воспользоваться для диагностики патологии миокарда в подобном случае? Как нужно оценивать полученный результат?

Э	-	В качестве дополнительных методов исследования секционного материала возможна окраска на выявление гликогена в цитоплазме кардиомиоцитов, реакция с телуридом калия, с солями тетразолия, выявляющими активность дегидрогеназ, возможно исследование в поляризованном свете, люминисцентная микроскопия и другие методы. Если зоны ишемии сформировались, то в них должно обнаруживаться отсутствие гликогена в кардиомиоцитов, снижение активности дегидрогеназ, очаговые изменения лучепреломления в поляризованном свете и отсутствие свечения при люминисцентной микроскопии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные дополнительные методы исследования секционного материал указаны правильно, полностью. Оценка полученных результатов исследования дана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные дополнительные методы исследования секционного материала указаны частично правильно или указаны не точно. Оценка полученных результатов исследования дана частично правильно или дана не точно.
P0	-	Ответ неправильно или ответ отсутствует.
В	4	Какие изменения коронарных артерий должны быть обнаружены у умершего?
Э	-	У умершего должен быть обнаружен выраженный, возможно стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, возможно наличие свежего тромба в просвете коронарной артерии.
P2	-	Ответ правильный. Морфологические изменения коронарных артерий названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения коронарных артерий названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае, какие варианты оформления основного заболевания возможны в случае смерти в ранний период инфаркта миокарда? Что явилось осложнениями и непосредственной причиной смерти больного в случае, который описан в задаче?
Э	-	В качестве основного заболевания возможна формулировка «внезапная коронарная смерть, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий». Эта формулировка уместна, если с помощью гистологических методов и дополнительных специальных методов исследования зоны ишемии или зоны некроза миокарда не обнаружены. Если дополнительные методы исследование позволили выявить зону ишемии или зону некроза миокарда, то в качестве основного заболевания можно выставить «острый инфаркт миокарда, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий». В случае, который описан в задаче, осложнением основного заболевания следует считать фибрилляцию желудочков сердца (по клиническим данным), она является также непосредственной причиной смерти больного.



P2	-	Ответ правильный, полный. Изложены два возможных варианта оформления основного заболевания, они обоснованы. Осложнение основного заболевания и непосредственная причина смерти названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Изложен только один вариант оформления основного заболевания, он обоснован не точно. Осложнение основного заболевания и непосредственная причина смерти названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>15</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент Р. 56-ти лет страдает ишемической болезнью сердца (ИБС), в анамнезе инфаркт миокарда, по поводу которого прошел курс стационарного лечения, затем лечился амбулаторно, планировалось хирургическое лечение. Однако развился повторный инфаркт миокарда, с которым был срочно госпитализирован в специализированный лечебный стационар, где проводилась интенсивная терапия.</p> <p>Состояние оставалось тяжелым, на 5-ый день госпитализации возникло расширение границ сердца, которое расценили как развитие аневризмы сердца, стали нарастать признаки острой сердечной недостаточности. Внезапно развилась клиническая картина острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Причиной смерти явилось острое нарушение мозгового кровообращения. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии заключительный клинический диагноз нашел подтверждение, обнаружена острая аневризма левого желудочка сердца, морфологические изменения головного мозга, развившиеся в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).</p>
В	1	Что такое острая аневризма сердца? Чем сформирована стенка острой аневризмы сердца?
Э	-	Острая аневризма сердца – это выпячивание стенки сердца в зоне свежего инфаркта миокарда. Стенка острой аневризмы сердца образована зоной некротизированного миокарда.
P2	-	Ответ правильный. Определение острой аневризмы сердца дано правильно. Патологическое изменение в ее стенке названо

		правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение острой аневризмы сердца дано не точно. Патологическое изменение в ее стенке даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Какое изменение обычно развиваются в области аневризмы сердца со стороны эндокарда? Объясните патогенез его развития.
Э	-	Очень часто в острой аневризме со стороны эндокарда формируется пристеночный тромб. В аневризме сердца движение крови неправильное, оно замедленное, есть завихрения. Это является одним из основных этиологических факторов образования тромба, появляется агрегация тромбоцитов, выделение факторов свертывания крови, образование из растворенного фибриногена фибрина и агрегация форменных элементов крови.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменение, развивающееся в аневризме сердца со стороны эндокарда, названо правильно. Патогенез образования тромба в аневризме сердца изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Изменение, развивающееся в аневризме сердца со стороны эндокарда, названо правильно. Патогенез образования тромба в аневризме изложен частично правильно или изложен с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Как можно объяснить патогенез острого нарушения мозгового кровообращения при наличии острой аневризмы стенки левого желудочка сердца? Какие морфологические изменения головного мозга должен обнаружить патологоанатом?
Э	-	В острой аневризме сердца образовался тромб, при отрыве его частей возникла тромбоэмболия. Тромбоэмболы с током крови по артериям большого круга кровообращения могли попасть в разные органы, в том числе в головной мозг, при закрытии просвета артерии тромбоэмболом прекратилось артериальное кровоснабжение участка головного мозга (острая ишемия), в головном мозге развился ишемический инфаркт.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза острого нарушения мозгового кровообращения дано правильно. Морфологическое изменение головного мозга названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез острого нарушения мозгового кровообращения изложен не точно или с ошибками. Название патологии головного мозга дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие патологические изменения миокарда вне аневризмы сердца может обнаружить патологоанатом при производстве вскрытия данного умершего?
Э	-	Известно, что пациент уже длительное время страдает ИБС, в анамнезе инфаркт миокарда, поэтому патологоанатом при

		производстве вскрытия и при гистологическом исследовании секционного материала должен обнаружить гипертрофию миокарда левого желудочка сердца, мелкоочаговую атрофию кардиомиоцитов, мелкоочаговый кардиосклероз, постинфарктный рубец.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологические изменения миокарда вне аневризмы названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологические изменения миокарда вне аневризмы сердца названы частично правильно или названы с ошибками
P0	-	Ответ отсутствует или ответ неправильный.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Назовите осложнения основного заболевания, что нужно считать непосредственной причиной смерти больного в данном случае?
Э	-	В качестве основного заболевания в данном случае будет фигурировать «острый инфаркт миокарда, атеросклероз коронарных артерий». Осложнениями заболевания будут «острая аневризма сердца, тромб аневризмы, ишемический инфаркт головного мозга». Непосредственная причина смерти – ишемический инфаркт головного мозга.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основное заболевание определено и сформулировано правильно. Осложнения основного заболевания названы правильно, полностью. Непосредственная причина смерти названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основное заболевание сформулировано правильно. Осложнения основного заболевания названы частично правильно или не точно. Непосредственная причина смерти названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>16</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной В. 54-х лет длительное время страдал хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), имел в анамнезе тяжелый инфаркт миокарда, длительное время получал медикаментозное лечение, планировалось оперативное лечение. В настоящее время был госпитализирован в терапевтическое отделение лечебного учреждения в тяжелом состоянии с

		<p>проявлениями хронической сердечной недостаточности. Проводилась интенсивная терапия с целью улучшения сократительной способности миокарда. Однако лечебные мероприятия эффекта не дали, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружены морфологические изменения, соответствующие хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), хроническая аневризма левого желудочка сердца, атеросклероз коронарных артерий. Также имелись изменения в органах большого и малого кругов кровообращения, соответствующие хроническому венозному застою.</p>
В	1	Что такое хроническая аневризма сердца? Какой тканью образована ее стенка?
Э	-	Хроническая аневризма сердца – это выпячивание стенки сердца в области постинфарктного рубца. Стенка хронической аневризмы сердца сформирована фиброзной тканью (соединительной тканью).
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение хронической аневризмы сердца дано правильно. Ткань, формирующая стенку хронической аневризмы сердца, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение хронической аневризмы сердца дано правильно. Ткань, формирующая стенку хронической аневризмы сердца, названа неправильно или названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите патологические изменения в миокарде левого желудочка сердца, соответствующие хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), которые мог обнаружить патологоанатом в секционном материале вне аневризмы.
Э	-	При хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) вне аневризмы в миокарде левого желудочка сердца имеются гипертрофия миокарда, очаговая атрофия кардиомиоцитов, мелкоочаговый кардиосклероз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологические изменения при ХИБС в миокарде левого желудочка сердца вне аневризмы названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологические изменения при ХИБС в миокарде левого желудочка сердца вне хронической аневризмы названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Перечислите смертельные осложнения хронической аневризмы сердца. От какого осложнения наступила смерть данного больного?
Э	-	Смертельными осложнениями при хронической ишемической аневризме сердца могут быть: разрыв стенки аневризмы с тампонадой полости перикарда, смертельные тромбоэмболии с развитием инфаркта головного мозга, хроническая сердечная недостаточность. Смерть данного больного наступила от

		хронической сердечной недостаточности с развитием хронического венозного застоя.
P2	-	Ответ правильный, полный. Смертельные осложнения хронической аневризмы названы правильно. Осложнение, послужившее причиной смерти, названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Смертельные осложнения хронической аневризмы названы частично или названы с ошибками. Смертельное осложнение, послужившее причиной смерти, названо правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какой метод лечения хронической аневризмы сердца существует в настоящее время?
Э	-	В настоящее время возможен хирургический метод лечения хронической аневризмы сердца.
P2	-	Ответ правильный. Метод лечения хронической аневризмы назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Метод лечения хронической аневризмы сердца назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как нужно сформулировать патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае основным заболеванием следует считать «хроническую аневризму сердца, атеросклероз коронарных артерий». Осложнением основного заболевания в данном случае является «хроническая сердечная недостаточность».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно, основное заболевание названо правильно, осложнение основного заболевания названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно, основное заболевание названо не точно, осложнение основного заболевания названо правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>17</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В терапевтическом стационаре находится больной Д. 72 лет, уже длительное время страдающий хронической ишемической

		<p>болезнью сердца (ХИБС). В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Многократно лечился амбулаторно и стационарно. В последние годы постепенно стали нарастать проявления хронической сердечной недостаточности. Постоянно принимал препараты, поддерживающие сократительную способность миокарда.</p> <p>Во время последней госпитализации лечебные мероприятия эффекта не дали, смерть наступила от хронической сердечной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружен резко выраженный атеросклероз коронарных артерий, изменения сердца типичные для хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), в том числе крупноочаговый и мелкоочаговый кардиосклероз, проявления хронического венозного застоя в органах малого и большого кругов кровообращения.</p>
В	1	Объясните патогенез крупноочагового кардиосклероза при ишемической болезни сердца.
Э	-	Крупноочаговый кардиосклероз при ХИБС – это постинфарктный кардиосклероз, крупный очаг соединительной ткани (рубец) сформировался в результате организации инфаркта миокарда.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза крупноочагового кардиосклероза дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза крупноочагового кардиосклероза дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Объясните патогенез мелкоочагового кардиосклероза при ишемической болезни сердца.
Э	-	Мелкоочаговый кардиосклероз при ХИБС развивается в результате хронической ишемии, возникающей из-за атеросклероза коронарных артерий. Атеросклеротические бляшки суживают просвет коронарных артерий (атеросклеротический мелкоочаговый кардиосклероз).
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза мелкоочагового кардиосклероза дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза мелкоочагового кардиосклероза дано частично или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Какие еще изменения миокарда левого желудочка, кроме кардиосклероза, могли быть обнаружены на вскрытии у умершего?
Э	-	У умершего от ХИБС кроме кардиосклероза в миокарде левого желудочка сердца должна быть гипертрофия кардиомиоцитов, на ее фоне мелкоочаговая атрофия кардиомиоцитов. К проявлениям ХИБС также относится хроническая аневризма сердца.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологические изменения в

		миокарде левого желудочка сердца при ХИБС названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологические изменения миокарда левого желудочка сердца названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Назовите изменения органов и тканей малого и большого кругов кровообращения, обусловленные хроническим венозным застоем, используйте для обозначения патологии общепризнанные термины и названия.
Э	-	В органах и тканях малого и большого кругов кровообращения развивается хронический венозный застой, поэтому в легких развивается картина бурой индурации, печень приобретает вид мускатной, в почках и селезенке цианотическая индурация, развиваются отеки (анасарка, асцит, гидроторакс, гидроперикардium), цианоз кожи, особенно акроцианоз, возможны некрозы (язвы) кожи и мягких тканей нижних конечностей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменения в органах малого и большого кругов кровообращения при хроническом венозном застое названы правильно, перечислены все полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения в органах малого и большого кругов кровообращения при хроническом венозном застое названы частично правильно или названы не точно, с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Сформулируйте патологоанатомический диагноз в данном случае.
Э	-	В данном случае в качестве основного заболевания может быть записан «крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз, мелкоочаговый кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий», осложнением основного заболевания является «хроническая сердечная недостаточность с развитием хронического венозного застоя в органах большого и малого кругов кровообращения».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не полно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>18</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.

...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В неврологическое отделение больницы госпитализирован больной Д. 74-х лет в крайне тяжелом состоянии. Имеются признаками острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМГ), правосторонний паралич.</p> <p>Известно, что ранее уже были нарушения мозгового кровообращения, после которых проводилась длительная восстановительная терапия. Артериальное давление в норме, предполагают нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.</p> <p>Начата интенсивная терапия, на 5-е сутки состояние больного ухудшилось, возникли клинические признаки нарастающего отека головного мозга. Несмотря на лечебные мероприятия через сутки наступила смерть. В заключительный клинический диагноз выставлен «ишемический инсульт». Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>Произведена аутопсия, результаты морфологических изменений совпали с заключительным клиническим диагнозом.</p>
В	1	Какое морфологическое изменение головного мозга должно быть обнаружено на вскрытии согласно клиническому диагнозу?
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии в головном мозге должен быть обнаружен ишемический инфаркт.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологическое изменение головного мозга названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологическое изменение головного мозга названо не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите патологию артерий, кровоснабжающих головной мозг, у умершего. Уточните поражение, каких артерий, кровоснабжающих головной мозг, может привести к развитию ишемического инсульта?
Э	-	У умершего атеросклероз артерий, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга. Имеет значение поражение, как церебральных артерий, так и прецеребральных, например, ветви сонной артерии, паравертебральной артерии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патология артерий, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга, названа правильно. Артерии названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патология артерий, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга, названа правильно. Артерии названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Объясните патогенез развития ишемического инсульта у больного.
Э	-	На атеросклеротической бляшке артерий, обеспечивающих



		кровообращение головного мозга, может образоваться тромб, возникает острая ишемия и формирование ишемического инфаркта головного мозга.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза ишемического инсульта головного мозга дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза ишемического инфаркта головного мозга частично правильное или не точное.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае основным заболеванием следует считать «ишемический инфаркт головного мозга, атеросклероз церебральных, прецеребральных артерий».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно или сформулирован с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как понимать термин "инсульт" (дайте определение)? Перечислите все морфологические изменения головного мозга, которые могут иметь место при клиническом диагнозе «инсульт».
Э	-	Инсульт – это групповое понятие, обобщающее острые локальные расстройства мозгового кровообращения, сопровождающиеся повреждением вещества головного мозга (обычно некрозом) с нарушением его функции. К морфологическим изменениям, происходящим в головном мозге при инсульте, можно отнести ишемический, геморрагический, смешанный инфаркт головного мозга, внутримозговую гематому, субарахноидальное кровоизлияние.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение инсульта дано правильно. Морфологические изменения головного мозга, относящиеся к инсульту, названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение инсульта дано правильно, морфологические изменения головного мозга перечислены частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>19</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В клинику доставлен больной Л. 62 лет в тяжелом состоянии с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому типу, с правосторонним параличом. В анамнезе многолетняя гипертоническая болезнь. Накануне был тяжелый гипертонический криз. Начата интенсивная терапия, планировалось оперативное вмешательство на головном мозге.</p> <p>Однако проведенные лечебные мероприятия эффекта не дали, стали нарастать признаки отека головного мозга, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружена выраженная гипертрофия левого желудочка сердца, толщина миокарда левого желудочка 2,5 см, вес сердца 510 г, также обширное внутримозговое кровоизлияние (гематома головного мозга), выраженные изменения интимы аорты характерные для атеросклероза.</p> <p>При микроскопическом исследовании секционного материала в головном мозге, почках, других органах изменения артериол и мелких внутриорганных артерий типичные для гипертонической болезни и гипертонического криза.</p>
В	1	Назовите микроскопические изменения стенок артериол и внутриорганных мелких артерий типичные для длительно текущей гипертонической болезни, которые можно обнаружить в секционном материале в данном случае.
Э	-	При длительно текущей гипертонической болезни в секционном материале в стенках артериол можно обнаружить плазматическое пропитывание, гиалиноз (артериологиалиноз), фиброз (артериолосклероз), во внутриорганных артериях мелкого калибра фиброз (эластофиброз).
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения стенок артериол и мелких внутриорганных артерий, типичные для длительно текущей гипертонической болезни, названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения стенок артериол и мелких внутриорганных артерий, типичные для длительно текущей гипертонической болезни, названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите микроскопические изменения стенок артериол, развивающиеся во время гипертонического криза.
Э	-	При гипертоническом кризе возникает деструкция базальных мембран артериол, плазматическое пропитывание, диапедез эритроцитов, фибриноидный некроз стенки с формированием микроаневризм.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения стенок артериол, развивающиеся при гипертоническом кризе, названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения

		стенок артериол, развивающиеся при гипертоническом кризе, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Что такое гематома (определение)? Объясните патогенез гематомы головного мозга при гипертоническом кризе.
Э	-	Гематома – это кровоизлияние с разрушением ткани (некрозом ткани). Внутримозговая гематома головного мозга развивается путем разрыва стенки артериолы или микроаневризмы стенки артериолы во время гипертонического криза.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение гематомы дано правильно. Объяснение патогенеза гематомы головного мозга при гипертоническом кризе дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение гематомы дано правильно. Объяснение патогенеза гематомы головного мозга при гипертоническом кризе дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Объясните патогенез гипертрофии миокарда левого желудочка сердца при гипертонической болезни.
Э	-	При гипертонической болезни развивается рабочая (компенсаторная) гипертрофия миокарда левого желудочка сердца, так как в условиях повышенного артериального давления миокарду приходится сокращаться с большей силой, чтобы преодолеть периферическое сопротивление крови.
P2	-	Ответ правильный. Патогенез гипертрофии миокарда левого желудочка сердца при гипертонической болезни изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез гипертрофии миокарда левого желудочка сердца при гипертонической болезни изложен частично правильно или изложен не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае в патологоанатомическом диагнозе основное заболевание формулируется как комбинированное, где под цифрой 1 записывается «внутримозговое кровоизлияние по типу гематомы», под цифрой 2 в качестве фонового заболевания «гипертоническая болезнь».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован частично правильно или в диагнозе есть неточности.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>20</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных

		органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная Е. 46 лет поступила в терапевтический стационар с проявлениями хронической сердечной недостаточности. Известно, что в детстве перенесла ревмокардит, в течение жизни несколько раз имела обострение ревматизма, по поводу которых лечилась стационарно и амбулаторно, уже много лет имеет ревматический комбинированный митральный порок сердца.</p> <p>При последнем поступлении нарастали симптомы хронической сердечной недостаточности, которые в клинике расценивают как проявления декомпенсации. Проводилась активная терапия, поддерживающая сократительную способность миокарда, однако значительного эффекта от лечения добиться не удалось, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии заключительный клинический диагноз нашел подтверждение, обнаружены анатомические изменения, соответствующие комбинированному митральному пороку сердца, выраженные изменения в органах, соответствующие состоянию декомпенсации.</p>
В	1	Дайте определение порока сердца, дайте определение приобретенного порока сердца.
Э	-	Порок сердца – это стойкое отклонение в строении сердца, нарушающее его функцию. Приобретенный порок сердца – это порок сердца, возникающий в ходе приобретенных заболеваний и характеризующийся поражением клапанного аппарата или магистральных сосудов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение порока сердца дано правильно. Определение приобретенного порока сердца дано правильно.
P1	-	Ответ дан частично правильно. Определение порока сердца дано не точно. Определение приобретенного порока сердца дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите макроскопические и микроскопические изменения створок митрального клапана у умершей, которые могли быть обнаружены на аутопсии.
Э	-	На аутопсии створки митрального клапана деформированы, укорочены, утолщены, могут быть сросшимися, при пальпации плотные с каменистого характера включениями, сужение (стеноз) предсердно-желудочкового отверстия. Хордальные нити могут быть утолщены, укорочены. При микроскопическом

		исследовании секционного материала в створках разрастание соединительной ткани (склероз), гиалиноз, новообразованные кровеносные сосуды, отложение солей кальция.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание макроскопических и микроскопических изменений створок митрального клапана у умершей даны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопические или микроскопические изменения створок митрального клапана у умершей даны частично правильно или даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Назовите морфологические изменения сердца, соответствующие стадии компенсации приобретенного порока сердца? Какие морфологические изменения в сердце развиваются в стадии декомпенсации?
Э	-	В стадии компенсации имеет место рабочая (компенсаторная) гипертрофия миокарда, соответствующих отделов сердца. В стадии декомпенсации развивается жировая дистрофия кардиомиоцитов, дилатация полостей сердца, в предсердиях могут образовываться тромбы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения сердца, соответствующие стадии компенсации, даны правильно. Морфологические изменения в сердце, развивающиеся в стадии декомпенсации, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения сердца, соответствующие стадии компенсации, даны правильно. Морфологические изменения сердца, развивающиеся в стадии декомпенсации, перечислены частично правильно или даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Уточните морфологическую картину изменений в легких, печени, почек, селезенки, легких, изменений в больших серозных полостях, коже и подкожной жировой клетчатке в связи с декомпенсацией, используйте специальные названия для обозначения этих изменений.
Э	-	В стадии декомпенсации развивается хронический венозный застой в органах малого и большого кругов кровообращения, формируется бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки, отеки (анасарка, асцит, гидроторакс, гидроперикардium), акроцианоз, возможны язвы кожи и мягких тканях нижних конечностей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологическая картина изменений в легких, печени, почек, селезенки, больших серозных полостях, коже в связи с декомпенсацией названа правильно, специальные названия для обозначения этих изменений использованы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологическая картина изменений в легких, печени, почках селезенке, больших серозных полостях, коже в связи с декомпенсацией названа правильно, специальные названия для обозначения этих

		изменений даны частично правильно или даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите непосредственные причины смерти при пороках сердца. Какова непосредственная причина смерти у больной в данном случае? Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	При приобретенных пороках сердца наиболее частой непосредственной причиной смерти является хроническая сердечная недостаточность. Возможна смерть от внезапной остановки сердца (от паралича сердца), от смертельных тромбоэмболий с нарушением мозгового кровообращения, от пневмонии и других причин. У данной умершей непосредственной причиной смерти явилась хроническая сердечная недостаточность. В качестве основного заболевания должен быть вписан «ревматический комбинированный митральный порок сердца», осложнениями основного заболевания будут «хроническая сердечная недостаточность, хронический венозный застой в органах малого и большого кругов кровообращения».
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственные причины смерти при приобретенных пороках сердца названы правильно. Непосредственная причина смерти больной, которая описана в задаче, названа правильно. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственные причины смерти при приобретенных пороках сердца названы частично правильно. Непосредственная причина смерти больной, которая описана в задаче, названа правильно. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>21</b>
Ф	A/01.8	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В пульмонологическое отделение поступил больной В. 62-х лет. Известно, что страдает хроническим алкоголизмом (диагноз хронического алкоголизма выставлен психиатром ранее, имеются документальные подтверждения). Причина госпитализация связана с острой пневмонией, которая развилась после сильного переохлаждения (уснул на улице в

		<p>холодное время года после приема большой дозы алкоголя). Первые дни болезни к врачам не обращался, должного лечения не получал, лечился самостоятельно.</p> <p>В лечебное учреждение доставлен родственниками в тяжелом состоянии. Диагностирована тяжелая сливная двухсторонняя бронхопневмония, осложненная абсцедированием, развитием эмпиемы плевры. На рентгенограмме легких формирование нескольких полостных образований, уровень жидкости в правой плевральной полости. Несмотря на интенсивную антибактериальную терапию и другие методы лечения наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии макроскопическая картина легких соответствовала клиническому диагнозу бронхопневмония с абсцедированием. Микроскопическое исследование секционного материала подтвердили клинический диагноз.</p>
В	1	Какие обстоятельства способствовали развитию тяжелой пневмонии у больного и почему?
Э	-	У больного развитию острой пневмонии способствовали многочисленные обстоятельства: хронический алкоголизм, накануне прием большой дозы алкоголя, пожилой возраст, сильное переохлаждение.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обстоятельства, способствующие развитию пневмонии у больного, изложены правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Обстоятельства, способствующие развитию пневмонии у больного, изложены частично правильно или изложены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопическую картину легких при такой пневмонии.
Э	-	В гистологических препаратах воспалительные изменения стенок мелких бронхов и бронхиол со скоплением гноя или другого экссудата в их просветах, воспалительной клеточной инфильтрацией стенки бронха, воспалительное изменение респираторного отдела легки в виде сливных очагов экссудативной пневмонии со скоплением гноя или иного экссудата в просветах альвеол, полнокровие. На этом фоне формирование абсцессов с очаговым скоплением большого количества нейтрофильных лейкоцитов и расплавлением ткани легкого.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина острой бронхопневмонии изложена правильно, полно. Микроскопические изменения легкого при абсцедировании изложены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина острой бронхопневмонии изложена частично правильно. Микроскопическая картина изменений легкого при абсцедировании изложена не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	3	Что такое абсцесс (определение)? Опишите строение стенки острого абсцесса.
Э	-	Абсцесс – это очаговое гнойное воспаление с расплавлением ткани и последующим формированием полости. Если абсцесс сформировался как полостное образование, то стенка его состоит из ткани органа, пропитанной клетками воспалительной природы с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов, внутри слой из бесструктурной ткани, пропитанной нейтрофильными лейкоцитами.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение абсцесса дано правильно. Описание стенки острого абсцесса дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение абсцесса дано не точно. Описание стенки острого абсцесса дано не точно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
В	4	Какова, на ваш взгляд, непосредственная причина смерти больного?
Э	-	В данном случае непосредственной причиной смерти явились тяжелые гнойного характера осложнения бронхопневмонии абсцессы легких, эмпиема плевры.
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственная причина смерти больного сформулирована правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственная причина смерти больного сформулирована не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае в патологоанатомическом диагнозе основное заболевание формулируется как комбинированное, первым заболеванием под цифрой 1 будет записана «бронхопневмония», вторым фоновым заболеванием под цифрой 2 «хронический алкоголизм». В качестве осложнений основного заболевания будут записаны «абсцессы легкого, эмпиема плевры».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно, составлен как комбинированное основное заболевание. Осложнения основного заболевания определены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз не сформулированный, как комбинированное основное заболевание или два заболевания в комбинированном основном заболевании расставлены неправильно. Осложнения основного заболевания определены правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>22</b>
Ф	A/01.8	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов/, а также отдельных



		органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больному Д. 72-х лет поставлен клинический диагноз рак прямой кишки, который был подтвержден результатами гистологического исследования биоптата, взятого из опухоли. Учитывая возраст больного и тяжелый клинический диагноз, производилась предоперационная подготовка сначала амбулаторная, затем в стационаре.</p> <p>Соответственно клиническому диагнозу и стадии заболевания произведена плановая операция лапаротомия, резекция прямой кишки. Во время проведения операции развилась значительная кровопотеря. Ранний послеоперационный период протекал тяжело, возникла кишечная непроходимость, по поводу которой наложен двухствольный анус. Присоединилась пневмония, которую начали интенсивно лечить, однако без успеха, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии в зоне операций изменения, соответствующие виду и объему выполненного хирургического вмешательства. В задненижних отделах легких резкое венозное полнокровие, ателектазы, картина тяжелой очаговой сливной двухсторонней бронхопневмонии.</p>
В	1	Укажите клинико-морфологическую форму острой пневмонии у больного.
Э	-	У больного бронхопневмония.
Р2	-	Ответ правильный. Клинико-морфологическая форма пневмонии указана правильно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма пневмонии указана не точно.
Р0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите макроскопическую картину легких при вскрытии.
Э	-	Макроскопические изменения. Легкие увеличены в размерах, в нижнезадних отделах безвоздушные, уплотненные, темно-вишневого цвета. На разрезе легкого, на темно-вишневом фоне множественные сливающиеся очаги светло-серого, серо-желтого цвета, безвоздушные, плотной консистенции.
Р2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая картина легкого при бронхопневмонии описана правильно, полно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая картина бронхопневмонии описана частично правильно или не точно.
Р0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	3	Опишите микроскопическую картину легких у умершего.
Э	-	При микроскопическом исследовании секционного материала в легких выражено полнокровие, мелкие бронхи и бронхиолы с воспалительными изменениями, стенки с воспалительным клеточным инфильтратом, в их просвете серозно-гнойный или гнойный экссудат, в респираторной части легких воспалительные патологические очаги, в которых ткань легкого пропитана экссудатом с накоплением в просветах альвеол серозно-гнойный, гнойный экссудат.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина легкого у умершего описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина легкого у умершего описана частично правильно или описана с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	В данном случае пневмония является самостоятельным заболеванием, осложнением заболевания, проявлением заболевания? Какая пневмония у умершего нозокомиальная или контагиозная? Дайте определение нозокомиальной и контагиозной пневмонии.
Э	-	В данном случае пневмония является осложнением основного заболевания. Она является нозокомиальной (внутрибольничной) пневмонией. Нозокомиальная или внутрибольничная пневмония – это пневмония, развивающаяся в лечебном учреждении (больнице) не раньше, чем через 2-е суток после госпитализации/ Nosocomium переводится как больница. Контагиозная или внебольничная пневмония развивается вне лечебного стационара.
P2	-	Ответ правильный, полный. Пневмония отнесена к осложнениям основного заболевания правильно. Определена как нозокомиальная правильно. Определение нозокомиальной и определение контагиозной пневмонии дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Пневмония отнесена к осложнениям основного заболевания правильно. Определена как нозокомиальная правильно. Определение нозокомиальной и определение контагиозной пневмонии дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае основным заболеванием следует считать «рак прямой кишки, операция лапаротомия, резекция прямой кишки дата ____, наложение двухствольного ануса (дата____) по поводу кишечной непроходимости» в качестве осложнения основного заболевания будет записана «сливная двухсторонняя бронхопневмония».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз

		сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>23</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В г. Пижма Свердловской области в июле 2007г. зарегистрирована эпидемическая вспышка легионеллеза. 150 человек были госпитализированы в лечебные учреждения города с диагнозом острая пневмония, в 7 случаях наступил летальный исход.</p> <p>Источником заражения явилась вода в системе водоснабжения городских квартир. В связи с плановым летним ремонтом вода из системы горячего водоснабжения была слита в технические резервуары и находилась в условиях летней теплой температуры воздуха несколько дней. После ремонта воду повторно не стали обеззараживать, закачали в систему водоснабжения. Жители заболели во время мытья под душем в ваннных комнатах собственных городских квартир.</p> <p>У первых госпитализированных, установить этиологию пневмонии не было возможно, назначенная терапия антибиотиками широкого спектра успеха не дала, были летальные исходы. После точной верификации возбудителя удалось подобрать эффективную антибактериальную терапию.</p> <p>В 7 случаях летального исхода при проведении патологоанатомических вскрытий у всех морфологическая картина тяжелой пневмонии.</p>
В	1	Назовите этиологию пневмонии, которая описана в задаче.
Э	-	Этиология пневмонии грамм отрицательная бактерия Legionella
P2	-	Ответ правильный. Этиология пневмонии названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Этиология пневмонии названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите путь передачи этой инфекции. Уточните особенности передачи возбудителя при этом заболевании.
Э	-	Путь передачи инфекционного агента воздушный, воздушно-капельный. Имеются особенности передачи, бактерия должна конденсироваться, накопиться на мельчайших каплях воды или частичках пыли. Местом обитания Legionella pneumophila

		является теплая вода, бактерия может накапливаться в почве. Заразиться можно вдыхая водную аэрозоль, которая образуется при работе кондиционеров, увлажнителей воздуха, в аквапарках, а также при проведении ремонтных работ в помещениях промышленных предприятий и других местах. Практически во всех случаях пути передачи возбудителя искусственно созданы человеком в условиях технического прогресса.
P2	-	Ответ правильный, полный. Пути передачи возбудителя названы правильно. Особенности путей передачи изложены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Пути передачи возбудителя названы правильно. Особенности путей передачи изложены частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Назовите основные морфологические изменения в легком при указанной пневмонии (клинико-морфологический тип пневмонии, площадь поражения легкого, изменения мелких бронхов и бронхиол, изменения альвеол, вид экссудата, изменения межальвеолярных перегородок, наличие некрозов, абсцессов, поражение плевры и другое).
Э	-	Легионеллезная пневмония по морфологическим особенностям является бронхопневмония, часто с поражением большой площади легкого, имеется воспаление бронхиол и мелких бронхов, в альвеолах серозный, серозно-гнойный, фибринозно-гнойный экссудат, в межальвеолярных перегородках воспалительный круглоклеточный инфильтрат, могут быть некрозы межальвеолярных перегородок и стенок бронхиол. Поражение плевры наблюдается почти у половины больных, развивается серозно-фибринозный или фибринозно-гнойный плеврит.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные морфологические изменения в легких при легионеллезной пневмонии названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные морфологические изменения в легких при легионеллезной пневмонии названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Оцените тяжесть такой пневмонии.
Э	-	Легионеллезная пневмония является тяжелой пневмонией, при ней возможен смертельный исход.
P2	-	Ответ правильный. Тяжесть легионеллезной пневмонии определена правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Тяжесть легионеллезной пневмонии определена не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Перечислите возможные причины смерти при ней.
Э	-	Среди возможных причин смерти при легионеллезной пневмонии следует назвать как типичные осложнения бронхопневмонии, это легочные осложнения гнойного характера,

		сердечно-легочная недостаточность, так и такие причины смерти как бактериальный шок, ДВС-синдром, острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность.
P2	-	Ответ правильный, полный. Возможные причины смерти при легионеллезной пневмонии названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Возможные причины смерти при легионеллезной пневмонии названы частично правильно или названы с не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>24</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Молодой врач районной больницы во время эпидемии гриппа почувствовал себя плохо (температура тела 38°, головная боль), однако вынужден был остаться на ночное дежурство и сделать несколько экстренных операций.</p> <p>На следующий день состояние прогрессивно ухудшалось, температура тела 40°, вынужден был остаться дома. На третьи сутки болезни состоянии стало крайне тяжелым, появились выраженные признаки острой дыхательной недостаточности. С диагнозом «грипп, отек легких» помещен в реанимационное отделение лечебного учреждения, начата интенсивная терапия.</p> <p>Несмотря на все используемые лечебные мероприятия значительного положительного эффекта добиться не удалось. Результаты прижизненного исследования выявили наличие в организме частиц вируса гриппа типа А/Н1N1. Выставлен клинический диагноз «грипп, тяжелая форма, отек легких». Смерть наступила от острой дыхательной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии патологоанатомические изменения соответствовали заключительному клиническому диагнозу. Имелась картина токсического геморрагического отека легких, проявления геморрагического синдрома.</p>
В	1	Уточните, какая тяжелая форма гриппа была у больного?
Э	-	У больного тяжелая форма гриппа, обусловленная тяжелой общей интоксикацией.
P2	-	Ответ правильный. Форма тяжелого гриппа названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Форма тяжелого гриппа названа не

		точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Опишите подробно морфологические изменения легких (макроскопические и микроскопические), которые могут быть при этой форме гриппа.
Э	-	Макроскопические изменения. Легкие увеличены в размерах, пониженной воздушности, имеется неравномерно выраженное полнокровие, мелкие сливающиеся кровоизлияния, ателектазы, эмфизема, с поверхности разреза стекает пенистая жидкость, окрашенная кровью. Микроскопические изменения. Выраженные нарушения кровообращения (полнокровие, стаз, кровоизлияния), скопление отечной жидкости с примесью эритроцитов в просветах альвеол. Возможно наличие пневмонии, вызванной вирусом гриппа, с воспалительными круглоклеточными инфильтратами и с примесью нейтрофильных лейкоцитов в межальвеолярных перегородках, серозным, серозно-геморрагическим экссудатом в просветах альвеол.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения легких (макроскопические микроскопические) при такой форме гриппа названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения легких (макроскопические и микроскопические) при такой форме гриппа названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните патогенез развития отека легких при этой форме гриппа.
Э	-	Отек и мелкие кровоизлияния возникают из-за повышения проницаемости стенок капилляров под действием токсинов вируса гриппа (вазопаралитическое воздействие).
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенез развития отека легких при этой форме гриппа дан правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез развития отека при этой форме гриппа дан частично правильно или дан не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие изменения в верхних дыхательных путях могут быть у такого умершего? Какие изменения во внутренних органах могут быть при такой форме гриппа?
Э	-	В верхних дыхательных путях воспалительные изменения, особенно типичен серозно-геморрагический трахеит, трахеобронхит с наличием некрозов. Во внутренних органах дистрофические изменения, расстройства кровообращения (полнокровие, кровоизлияния, отек), воспалительные изменения (чаще менингит, менингоэнцефалит).
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения в верхних дыхательных путях названы правильно. Морфологические изменения во внутренних органах названы правильно.

P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения в верхних дыхательных путях названы частично правильно. Морфологические изменения во внутренних органах названы частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Какая запись будет в рубрике основное заболевания, какая в осложнениях основного заболевания? Что вы можете сказать об особенностях патологоанатомических изменений при гриппе в секционном материале в последние годы?
Э	-	В данном случае основным заболеванием является «грипп, серозно-геморрагический трахеит, гриппозная пневмония, токсический геморрагический отек легких, тип вируса гриппа А/Н1N1», в качестве осложнения можно записать «острая легочно-сердечная недостаточность». При последних эпидемиях гриппа наблюдались смертельные исходы при заражении вирусом гриппа типа А, доминирующими изменениями были изменения в легких с развитием обширных поражений легочной ткани воспалительного характера, имеющих морфологическую картину вирусной пневмонии, то есть пневмонии вызванной, самим вирусом гриппа.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Правильно определено основное заболевание и осложнения основного заболевания. Особенности тяжелых изменений в легких, наблюдаемые при эпидемиях гриппа в последние годы, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Основное заболевание определено правильно, осложнения основного заболевания названы правильно. Особенности поражений легких при последних эпидемиях гриппа не названы.
P0	-	Ответ неправильный или ответа нет.
H	-	<b>25</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также их частей при проведении патологоанатомического вскрытия соответственно профилю учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В период эпидемии гриппа в терапевтический стационар госпитализирован больной К. 62-х лет с тяжелой формой гриппа. Имеет целый ряд сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ожирение, ишемическую болезнь сердца). Заболел гриппом две недели назад, диагноз был установлен участковым терапевтом.

		<p>Лечился амбулаторно, аккуратно выполнял назначения врача. Однако после небольшого улучшения, на второй недели болезни вновь повысилась температура тела. Принято решение о госпитализации.</p> <p>При поступлении выявлена пневмония, проявления дыхательной недостаточности. Интенсивное лечение, проводившееся в течение следующей недели, эффекта не дало, больной помещен в реанимационное отделение, при нарастающих симптомах сердечно-легочная недостаточность наступила смерть. Прижизненное исследование выявило наличие в организме частиц вируса гриппа А/Н1N1. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружены тяжелые разноплановые изменения легких с поражением бронхов и респираторной части легкого, в том числе тяжелая, сливная, больших масштабов бронхопневмония, множественные абсцессы и другие изменения.</p>
В	1	Уточните, какая тяжелая форма гриппа у больного?
Э	-	У больного тяжелая форма гриппа, обусловленная тяжелыми легочными осложнениями, связанными с вторичной инфекцией.
P2	-	Ответ правильный, полный. Форма тяжелого гриппа названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Форма тяжелого гриппа названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Как называется при гриппе легкое с такими морфологическими изменениями? Подробно опишите морфологические изменения таких легких.
Э	-	При гриппе легкое с такими морфологическими изменениями называется «большое пестрое гриппозное легкое». В легких тяжелые разноплановые изменения, тяжелые гнойно-некротический бронхит с поражением бронхов разного калибра, в том числе мелких, бронхоэктазы, тяжелая бронхопневмония, вызванная вторичной бактериальной инфекцией, с наличием в просветах альвеол серозно-геморрагического экссудата, серозно-гнойного, гнойного экссудата, некрозы легочной ткани, абсцессы, полнокровие капилляров, кровоизлияния, ателектазы, эмфизема.
P2	-	Ответ правильный, полный. Название легкого с такими морфологическими изменениями при гриппе дано правильно. Морфологические изменения легких, увиденные на вскрытии, изложены правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Название легкого с такими морфологическими изменениями при гриппе дано правильно. Морфологические изменения легких, увиденные на вскрытии, изложены частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Укажите инфекционные агенты, вызывающие такую пневмонию.
Э	-	Различные инфекционные агенты, чаще бактерии: пневмококки,



		стафилококки, стрептококки, патогенные палочки и другие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Инфекционные агенты перечислены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Инфекционные агенты перечислены частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Как можно объяснить закономерную активизацию вторичной инфекции при гриппе?
Э	-	Вирус гриппа обладает способностью резко снижать иммунные защитные свойства организма, то есть оказывает иммунодепрессивное воздействие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Что необходимо записать в качестве основного заболевания. Что является осложнением основного заболевания.
Э	-	В данном случае в качестве основного заболевания должно быть записано «грипп, вирусно-бактериальная очаговая сливная пневмония с абсцедированием». В качестве осложнения основного заболевания можно записать «острая легочно-сердечная недостаточность».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Основное заболевание названо правильно. Осложнения основного заболевания названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основное заболевание названо правильно. Осложнения основного заболевания названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>26</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной Н. 62-х лет уже в течение нескольких лет предъявляет жалобы на кашель с мокротой слизистого и слизисто-гнойного характера. Последние три месяца кашель стал практически постоянным. Беспокоят одышка, снижение

		<p>массы тела, частые ОРВИ.</p> <p>Рентгенологически выявлено снижение воздушности лёгкого, усиление лёгочного рисунка, изменения более выражены в нижней доле правого лёгкого. Возникло подозрение на рак легкого, поэтому произведена бронхоскопия. При бронхоскопии обнаружено сужение нижнего долевого бронха справа за счет патологического образования, выступающего в просвет. Взят биоптат, который направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>При гистологическом исследовании в мелких фрагментах из стенки бронха выраженный воспалительный инфильтрат, разрастание грануляционной ткани. В слизистой оболочке метаплазия цилиндрического эпителия в многослойный плоский, очаговая дисплазия метаплазированного многослойного плоского эпителия 1 степени. Дано заключение хронический бронхит.</p>
В	1	Назовите основные варианты хронического бронхита, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в подобных случаях. Какой вариант хронического бронхита обнаружен у больного?
Э	-	Выделяют следующие варианты хронического бронхита; хронический слизисто-гнойный, хронический полипозный, хронический деформирующий. У больного обнаружен хронический полипозный бронхит.
P2	-	Ответ полный, правильный. Основные варианты хронического бронхита названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные варианты хронического бронхита названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Что такое метаплазия эпителия? Что такое дисплазия эпителия? Какие степени дисплазии принято выделять?
Э	-	Метаплазия эпителия – это переход одного типа эпителия в другой тип, чаще переход цилиндрического, кубического, железистого в многослойный плоский эпителий. Дисплазия эпителия – это патологический процесс, в основе которого лежит пролиферация эпителия с развитием атипии части клеток и нарушением архитектоники (стратификации) эпителиального пласта, без нарушения базальной мембраны
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение метаплазии дано правильно. Определение дисплазии дано правильно. Степени дисплазии, которые принято выделять, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение метаплазии дано не точно, Определение дисплазии дано не точно. Степени дисплазии, которые принято выделять, названы правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Какое отношение к раку легкого имеют подобные изменения эпителия?
Э	-	Метаплазия эпителия бронхов и особенно дисплазия относятся к

		предраковым изменениям эпителия.
P2	-	Ответ правильный. Отношение метаплазии и особенно дисплазии эпителия бронхов к раку желудка указано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Отношение к раку желудка метаплазии и дисплазии эпителия бронхов указано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Уточните гистологический тип рака, который может развиваться в подобных случаях.
Э	-	В данном случае логично развитие плоскоклеточного рака бронха.
P2	-	Ответ правильный. Гистологический тип рака, развивающийся в этих случаях, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологический тип рака назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Опишите гистологическое строение плоскоклеточного рака.
Э	-	Плоскоклеточный рак – это опухоль, имеющая органоидное строение, в ней два четко выраженных компонента: паренхима и строма. Паренхима представлена полями, тяжами, комплексами атипичных клеток, имеющих сходство с клетками многослойного плоского эпителия, в центре полей может накапливаться роговое вещество (кератогиалин). Строма представлена узкими прослойками соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание гистологического строения плоскоклеточного рака дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание гистологического строения плоскоклеточного рака дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>27</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия согласно профилю учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной Ш. 47-ми лет год назад перенес острую очаговую пневмонию нижней доли левого лёгкого. Из анамнеза известно, что от госпитализации больной отказался, лечился амбулаторно, рекомендации лечащего врача не соблюдал, самостоятельно прекратил лечение. В течение последнего года чувствует себя

		<p>плохо, беспокоит слабость, одышка, повышенная утомляемость, сухой кашель.</p> <p>При обследовании на рентгенологических снимках в левой нижней доле была обнаружена полость диаметром 3 см с горизонтальным уровнем жидкости. Установлен диагноз хронического абсцесса лёгкого.</p> <p>Пациент госпитализирован в хирургическую клинику, где выполнена резекция легкого. Операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В патологоанатомическом отделении при вырезке операционного материала в удаленной части легкого обнаружена полость с неровными плотными краями, неровной бугристой внутренней поверхностью, содержащая густую мутную серо-зеленую жидкость. Для гистологического исследования из стенки полости и из ткани легкого вырезаны фрагменты (кусочки).</p>
В	1	Опишите строение стенки хронического абсцесса, найденного в операционном материале.
Э	-	Стенка хронического абсцесса состоит из наружного слоя из фиброзной ткани, слоя грануляционной ткани, внутри имеется слой бесструктурной ткани, пропитанной нейтрофильными лейкоцитами.
P2	-	Ответ правильный, полный. Строение стенки хронического абсцесса описано правильно, полно, слои названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Строение стенки хронического абсцесса описано частично правильно, слои названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Уточните морфологические изменения доказывающие, что абсцесс имел хроническое течение.
Э	-	В стене абсцесса сформировалась фиброзная и грануляционная ткань, что может быть только при хроническом течении воспалительного процесса.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения, доказывающие, что абсцесс хронический, изложены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения, доказывающие, что абсцесс хронический, названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Каков патогенез развития хронического абсцесса легкого в данном случае?
Э	-	Учитывая анамнез больного, можно говорить о развитии тяжелого осложнения острой пневмонии в виде острого абсцесса, который не зажил, а трансформировался в хронический.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенез хронического абсцесса в легком изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез хронического абсцесса в легком изложен частично правильно или изложен не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	4	Почему больному было показано хирургическое лечение? Какие осложнения общего характера удастся предупредить с помощью резекции легкого при хроническом абсцессе?
Э	-	Больному показано оперативное лечение, так как консервативная терапия при хроническом абсцессе не эффективна. Оперативное лечение радикально излечивает от этого заболевания. С помощью операции удастся предупредить тяжелые осложнения общего характера: развитие вторичного амилоидоза, хроническую интоксикацию с развитием кахексии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обоснование оперативного лечения дано правильно. Осложнения общего характера при хроническом абсцессе названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование оперативного лечения дано правильно. Осложнения общего характера при хроническом абсцессе названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Дайте классификацию заболеваний группы ХНЗЛ по патогенетическому принципу, согласно которой следует проводить дифференциальный диагноз, приведите примеры.
Э	-	Согласно патогенетическому принципу ХНЗЛ делятся на заболевания бронхогенные (хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма, обструктивная эмфизема легких); заболевания пневмониогенные (хронический абсцесс, хроническая пневмония). Заболевания пневмонитогенные (интерстициальная болезнь легких).
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенетическая классификация ХНЗЛ дана правильно, полно. Примеры заболеваний приведены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенетическая классификация дана правильно. Примеры заболеваний приведены частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>28</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В поликлинику обратился больной Ф. 35-ти лет с клиническим диагнозом хронический гастрит. В настоящее время обострение

		<p>заболевания.</p> <p>Проведена гастрофиброскопия, при которой обнаружено следующее: губовидная складка утолщена, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, с более грубой текстурой. Из разных участков слизистой оболочки антрального отдела взято четыре биоптата, которые направлены на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>При гистологическом исследовании биопсийного материала найдена картина активного хронического поверхностного гастрита. Дополнительное окрашивание материала по Романовскому-Гимзе на выявление <i>Helicobacter pylori</i> дало отрицательный результат. Однако при производстве ПЦР выявлены маркеры кокковидных штаммов <i>Helicobacter pylori</i>.</p> <p>Назначен курс терапии, по окончании которой рекомендована повторная гастрофиброскопия, исследование на наличие <i>Helicobacter pylori</i>, при необходимости повторная биопсия слизистой оболочки желудка.</p>
В	1	Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки желудка, увиденные в гистологических препаратах, изготовленных из биопсийного материала, соответствующие диагнозу хронический поверхностный гастрит.
Э	-	В гистологическом препарате фрагменты слизистой оболочки антрального отдела желудка, взятые на глубину, включая мышечную пластинку слизистой оболочки. Имеется слизистая дистрофия покровно-ямочного эпителия, в собственной пластинке слизистой оболочки, в ее верхних отделах очаговые воспалительные лимфоплазматические инфильтраты с присутствием макрофагов и возможно сегментноядерных лейкоцитов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения слизистой оболочки желудка при хроническом поверхностном гастрите изложены правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения слизистой оболочки желудка при хроническом поверхностном гастрите изложены частично правильно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите морфологические критерии активности хронического гастрита.
Э	-	При активном гастрите в составе воспалительного инфильтрата появляются сегментноядерные лейкоциты, могут быть эрозии, полнокровие, отек.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические критерии активности хронического гастрита изложены правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические критерии активности хронического гастрита изложены частично правильно или изложены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Какой отдел желудка раньше и более выражено поражается при

		хроническом хеликобактерном гастрите?
Э	-	При хроническом хеликобактерном гастрите типично поражение антрального отдела желудка, в дальнейшем процесс может распространяться и на тело желудка.
P2	-	Ответ правильный. Отдел желудка, наиболее поражаемый при хроническом хеликобактерном гастрите, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Отдел желудка, наиболее поражаемый при хроническом хеликобактерном гастрите, назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Объясните участие <i>Helicobacter pylori</i> в патогенезе хронического гастрита.
Э	-	Этот микроорганизм находится на поверхности клеток покровно-ямочного эпителия, в процессе своей жизнедеятельности выделяет уреазу, которая рассматривается как повреждающий фактор клеток слизистой оболочки, в ответ на повреждение возникает воспалительная реакция.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение участие <i>Helicobacter pylori</i> в патогенезе хронического гастрита изложено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение участия <i>Helicobacter pylori</i> в патогенезе хронического гастрита изложены частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Укажите морфологические критерии эффективности проведенного эррадикационного лечения, которые могли быть обнаружены при повторной биопсии слизистой оболочки желудка.
Э	-	В качестве эффективного результата терапии может наблюдать исчезновение <i>Helicobacter pylori</i> , исчезновение или уменьшение выраженности морфологических изменений слизистой оболочки, что соответствует ремиссии, состоянию неактивного гастрита.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические критерии эффективности проведенного лечения изложены правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические критерии эффективности проведенного лечения изложены частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>29</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей соответственно профилю учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала с интерпретацией полученных результатов.
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Ш. 42-х лет длительное время страдает хроническим гастритом, неоднократно обследовался в поликлинике, лечился амбулаторно. В последнее время отмечает ухудшение состояния.</p> <p>В рамках программы диспансеризации населения проведена гастрофиброскопия. Было отмечено, что нормальный рельеф складок слизистой оболочки антрального отдела нарушен, складки низкие, местами сглажены, имеется неравномерная гиперемия. Из наиболее измененных мест слизистой оболочки антрального отдела взято несколько кусочков, которые направлены на прижизненное патологоанатомическое исследование. Путем изготовления мазков-отпечатков проведено исследование на наличие <i>Helicobacter pylori</i>, показавшее положительный результат.</p> <p>При гистологическом исследовании биопсийного материала патологоанатом установил морфологическую картину активного хронического атрофического гастрита. Согласно результатам исследования, в том числе морфологического, назначена активная терапия.</p>
В	1	Какие варианты хронических гастритов выделяют на основании этиологии и патогенеза? Какая форма гастрита по этой классификации у больного, который описан в задаче?
Э	-	На основании этиологии и патогенеза выделяют хронический гастрит типа А, типа В, типа С. Так как у больного обнаружен этиологический фактор хронического гастрита <i>Helicobacter pylori</i> , можно считать, что у него гастрит типа В (хеликобактерный гастрит).
Р2	-	Ответ правильный, полный. Варианты хронического гастрита, выделяемые на основании этиологии и патогенеза, названы правильно. Вариант хронического гастрита у больного, который описан в задаче, назван правильно, обоснование выбора варианта хронического гастрита сделано правильно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Варианты хронического гастрита названы частично правильно. Вариант хронического гастрита у больного, который описан в задаче, назван правильно, обоснование выбора варианта хронического гастрита не сделано.
Р0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какие основные морфологические формы хронических гастритов принято выделять? Какие микроскопические изменения слизистой оболочки желудка нужно оценивать при морфологической диагностике хронических гастритов? Объясните, как с этой целью используют визуально-аналоговую шкалу для полуколичественной оценки признаков хронического гастрита.
Э	-	<p>Основные морфологические формы хронических гастритов: хронический поверхностный гастрит (хронический неатрофический гастрит), хронический атрофический гастрит, редкие формы.</p> <p>При хронических гастритах оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки, атрофические изменения,</p>



		оценивают метаплазию, дисплазию эпителия, наличие фиброза. Используя визуально-аналоговую шкалу производят полуколичественную оценку основных признаков хронического гастрита, оценивается: степень хронического гастрита (степень 0,1,2,3), при этом учитывается выраженность воспалительных изменений (выраженность лимфоплазмочитарных инфильтратов, присутствие сегментоядерных лейкоцитов), стадия хронического гастрита (стадия 0,1,2,3), при этом учитывается выраженность атрофии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные морфологические формы хронического гастрита названы правильно. Микроскопические изменения, которые нужно оценивать при морфологической диагностике хронического гастрита, названы правильно. Объяснение как с помощью визуально-аналоговой шкалы производят полуколичественную оценку основных признаков хронического гастрита дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные морфологические формы хронического гастрита названы правильно. Микроскопические изменения, которые нужно оценивать при морфологической диагностике хронического гастрита, названы частично правильно или названы с ошибками. Объяснение как с помощью визуально-аналоговой шкалы производят полуколичественную оценку основных признаков хронического гастрита дано не полно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Что такое активный хронический гастрит? По каким микроскопическим признакам диагностируется активный хронический гастрит в биопсийном материале?
Э	-	Активный хронический гастрит – это стадия обострения хронического гастрита. При нем в слизистой оболочке в составе воспалительных лимфоплазмочитарных инфильтратов появляются сегментоядерные лейкоциты, возможно, их проникновение в зону покровного и ямочного эпителия, скопление нейтрофильных лейкоцитов в желудочных ямках, могут быть эрозии, полнокровие, отек.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение активного хронического гастрита дано правильно. Микроскопические изменения слизистой оболочки при нем названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение активного хронического гастрита дано правильно. Микроскопические изменения слизистой оболочки при нем названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие морфологические изменения эпителия слизистой оболочки при хроническом гастрите требуют особого внимания? Почему?
Э	-	При оценке гистологических изменений эпителия, развивающихся при хроническом атрофическом гастрите, наибольшее внимание заслуживает атрофия, метаплазия, особенно дисплазия эпителия 1,2,3 степени. Эти изменения

		эпителія могут быть предраковыми.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменения эпителия слизистой оболочки желудка, которые требуют особого внимания, названы правильно. Обоснование этого дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Изменения эпителия слизистой оболочки желудка, требующие особого внимания, названы частично правильно. Обоснование этого дано правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Уточните исходы хронического атрофического гастрита.
Э	-	Хронический атрофический гастрит является заболеванием, протекающим многие годы, с обострениями и ремиссиями, излечение мало возможно. Нужно помнить, что на основе хронического атрофического гастрита возможно развитие рака желудка.
P2	-	Ответ правильный, полный. Исходы хронического атрофического гастрита названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Исходы хронического атрофического гастрита названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>30</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Женщина, 52-х лет, длительное время страдала хроническим аутоиммунным тиреоидитом. Уже более года предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, нарушение пищеварения, анемию.</p> <p>Ей с диагностической целью была произведена фиброгастроскопия с биопсией. Гистологическая картина биопсийного материала позволила патологоанатому дать заключение о наличии нейроэндокринной карциномы. В связи с этим диагнозом пациентке была выполнена гастрэктомия. Операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В патологоанатомическом отделении при макроскопическом исследовании операционного материала обращало на себя внимание полное отсутствие складок слизистой оболочки в теле желудка. По результатам гистологического исследования операционного материала было дано заключение о наличии хронического атрофического гастрита с множественными очагами</p>

		дисплазии эпителия 3 степени. Опухоли не обнаружено. Предоперационное гистологическое заключение по биопсийному материалу признано ошибочным. Исследование на наличие <i>Helicobacter pylori</i> дало отрицательный результат.
В	1	Каким типом гастрита страдала женщина согласно этиологии и патогенеза? Мотивируйте свой ответ.
Э	-	Пациентка страдала хроническим гастритом типа А (аутоиммунным). У нее в организме имеются аутоиммунные нарушения, этиологический фактор гастрита типа В не обнаружен.
P2	-	Ответ правильный, полный. Тип гастрита, которым страдала пациентка, назван правильно. Обоснование диагноза сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Тип гастрита, которым страдала пациентка, назван правильно. Обоснование диагноза не сделано.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какова типичная локализация поражения при таком гастрите?
Э	-	При гастрите типа А наиболее выраженные изменения локализуются в слизистой оболочке тела желудка.
P2	-	Ответ правильный. Типичная локализация такого типа гастрита названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Типичная локализация такого типа гастрита названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки желудка, на основании которых поставлен диагноз хронический атрофический гастрит. Выделите из них критерии активности воспалительного процесса.
Э	-	В гистологических препаратах слизистая оболочка тела желудка, имеется дистрофия и атрофия покровно-ямочного эпителия и эпителия желез в сочетании с очаговой гиперплазией, метаплазией, дисплазией, развитие фиброзной ткани на месте атрофированных желез, очаговые воспалительные лимфоплазмочитарные инфильтраты в собственной пластинке слизистой оболочки на всю глубину. При активном хроническом гастрите в воспалительных инфильтратах появляются сегментоядерные лейкоциты, которые могут проникать в зону покровного эпителия, могут быть эрозии, полнокровие, отек.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения слизистой оболочки, на основании которых ставится диагноз хронического атрофического гастрита, описаны правильно, полно. Критерии активности хронического атрофического гастрита выделены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения слизистой оболочки, на основании которых ставится диагноз хронического атрофического гастрита, описаны частично правильно или описаны не точно. Критерии активности хронического атрофического гастрита выделены не точно.

P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Что такое дисплазия эпителия? Как нужно прогностически оценивать дисплазию 3 степени? Какие современные термины предложены в настоящее время для обозначения предраковых изменений эпителия желудка?
Э	-	Дисплазия эпителия – это патологический процесс, в основе которого лежит пролиферация эпителия с появлением атипии в части клеток с нарушением архитектоники эпителиального пласта без повреждения базальной мембраны. Дисплазия эпителия 3 степени является облигатным предраком. В настоящее время для обозначения предраковых изменений эпителия желудка используются термин неоплазия, которая градируется: низкой степени интраэпителиальная неоплазия и высокой степени интраэпителиальная неоплазия.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение дисплазии эпителия дано правильно. Прогностическая оценка дисплазии 3 степени дана правильно. Современные термины, предложенные для обозначения предраковых изменений эпителия желудка, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение дисплазии эпителия дано правильно. Прогностическая оценка дисплазии 3 степени дана правильно. Современные термины, предложенные для обозначения предраковых изменений эпителия желудка, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Оцените правильность производства оперативного вмешательства в данном случае. Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Нужно помнить, что частота развития рака желудка на фоне хронического гастрита типа А высокая. У нашей пациентки имеются тяжелые аутоиммунные нарушения в организме и тяжелые изменения слизистой оболочки желудка. Оперативное лечение произведено по показаниям, оно должно предотвратить возможность развития рака желудка и продлить жизнь больной.
P2	-	Ответ правильный, полный. Оценка правильности производства оперативного вмешательства дана правильно. Обоснование оперативного вмешательства дана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Оценка правильности производства операции дана правильно. Обоснование оперативного вмешательства дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>31</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о

		причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приемный покой хирургической больницы экстренно машиной скорой помощи доставлен больной Д. 42-х лет с симптомами желудочного кровотечения. Из анамнеза установлено, что пациент много лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние сутки беспокоит рвота «кофейной гущей».</p> <p>Было предпринято консервативное лечение, направленное на остановку кровотечения. Эффекта не последовало. Кровотечение приобрело профузный характер, развился ДВС-синдром. Смерть наступила на высоте кровотечения. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии в антральном отделе желудка обнаружен глубокий дефект стенки овальной формы, размером 2,5x1,3см, с валикообразно утолщенными краями, один из которых нависает над краем дефекта, другой сглажен. Дно дефекта шероховатое, серое, обнаружен кровеносный сосуд с утолщенными стенками и зияющим просветом. Произведена вырезка секционного материала для гистологического исследования.</p>
В	1	Назовите микроскопические изменения в дне хронической язвы, соответствующие обострению.
Э	-	При обострении в дне хронической язвы выявляется фибриноидный некроз, пропитанный фибринозно-гнойным экссудатом, под зоной некроза грануляционная ткань, ниже грубоволокнистая фиброзная ткань, могут быть кровеносные сосуды с фибриноидным некрозом.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения в дне хронической язвы, соответствующие обострению названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения в дне хронической язвы, соответствующие обострению, названы частично правильно или даны с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Объясните патогенез кровотечения при хронической язве желудка.
Э	-	При хронической язве кровотечение развивается путем разъедания, происходит разъедание стенки кровеносного сосуда желудочным соком.
P2	-	Ответ правильный. Объяснение патогенеза кровотечения при хронической язве дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза кровотечения при хронической язве дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Объясните патогенез ДВС-синдрома у больного с массивной кровопотерей.

Э	-	При быстрой массивной потере крови в порядке защитной реакции происходит массивный выброс факторов свертывания, последние оказываются, задействованы и израсходованы на образование многочисленных тромбов в сосудах, в первую очередь микроциркуляторного русла. Возникает дефицит факторов свертывания, гипофибриногенемия, следствием этого является повышенная кровоточивость (усиление желудочного кровотечения, множественные кровоизлияния).
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза ДВС-синдрома у больного с массивной кровопотерей дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза ДВС-синдрома у больного с массивной кровопотерей дано частично правильно или дано с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	К какой группе осложнений язвенной болезни желудка следует отнести кровотечение? Перечислите все прочие группы осложнения язвенной болезни желудка.
Э	-	Описанное осложнение можно отнести к группе язвенно-деструктивных осложнений, к этой же группе относятся перфорация дна язвы и пенетрация. Кроме этого выделяют группу осложнений воспалительного характера (гастрит, перигастрит), группу язвенно-рубцовых осложнений (рубцовая деформация желудка, стеноз выходного отверстия), возможна группа комбинированных осложнений.
P2	-	Ответ правильный, полный. Группа осложнений язвенной болезни желудка, к которой относится кровотечение, названа правильно. Прочие группы осложнений язвенной болезни желудка названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Группа осложнений язвенной болезни желудка, к которой относится кровотечение, названа правильно. Прочие осложнения язвенной болезни желудка, названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Назовите непосредственную причину смерти больного. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
Э	-	В данном случае непосредственной причиной смерти можно считать ДВС-синдром. В патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания должна фигурировать «хроническая язва желудка», осложнениями основного заболевания являются кровотечение из аррозированного кровеносного сосуда дна язвы, ДВС-синдром.
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственная причина смерти названа правильно. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственная причина смерти названа правильно. Патологоанатомический диагноз сформулирован частично правильно или сформулирован не точно.

P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>32</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 20-ти лет заболел чуть более суток назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Был вынужден обратиться за медицинской помощью. Врач машины скорой медицинской помощи расценил ситуацию как требующую срочной госпитализации.</p> <p>При поступлении в лечебное учреждение температура тела 37,6°C. Язык сухой, живот вздут, при его пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. В крови лейкоцитоз <math>14,5 \times 10^9/\text{л}</math>. Был поставлен диагноз острого аппендицита, пациент срочно взят в операционную.</p> <p>При лапаротомии обнаружен измененный червеобразный отросток. Найденные изменения позволили хирургу расценить их как проявление воспаления. Произведена аппендектомия.</p> <p>С диагнозом флегмонозный аппендицит операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование, которое подтвердило клинический диагноз.</p>
В	1	Опишите макроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците.
Э	-	При макроскопическом исследовании аппендикулярный отросток увеличен в размере, серозная оболочка тусклая с небольшими шероховатого вида серого цвета наложениями, кровеносные сосуды полнокровны (инъецированы). На разрезе стенка отростка утолщена, просвет расширен, заполнен мутной, густой бело-желтого цвета жидкостью.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	2	Опишите микроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците.
Э	-	При флегмонозном аппендиците при гистологическом исследовании стенка отростка утолщена, имеется полнокровие, отек, выраженная диффузная инфильтрация всех слоев клетками воспалительной природы с доминированием нейтрофильных лейкоцитов. Могут быть эрозии слизистой оболочки. На серозной оболочке наложения из масс фибрина с нейтрофильными лейкоцитами. В просвете отростка накопление экссудата с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов. В брыжейке отростка полнокровие, отек, возможны тромбы, диффузные или очаговые инфильтраты с нейтрофильными лейкоцитами.
P2	-	Ответ правильный. Микроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците описаны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците описаны частично правильно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Назовите осложнения, которые могут развиваться при тяжелых формах острого аппендицита?
Э	-	При тяжелых формах острого аппендицита могут развиваться многочисленные осложнения: переход воспаления на другие органы, в том числе брюшину, гнойный тромбофлебит брыжейки, пилефлебит, пилефлебигические абсцессы печени, эмпиема аппендикулярного отростка, некроз стенки отростка с перфорацией и развитием перитонита, кровотечение.
P2	-	Ответ правильный, полный. Осложнения, которые могут развиваться при тяжелых формах острого аппендицита, названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Осложнения, которые могут развиваться при тяжелых формах острого аппендицита, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Назовите морфологические формы острого аппендицита, которые принято выделять согласно современным классификациям, и с которыми необходимо производить дифференциальную диагностику при исследовании операционного материала.
Э	-	Среди форм острого аппендицита следует назвать: простой аппендицит, поверхностный, группу деструктивных форм, к которым относятся флегмонозный, (флегмонозно-язвенный), апостематозный, гангренозный.
P2	-	Ответ правильный, полный. Формы острого аппендицита названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Формы острого аппендицита названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.



В	5	Дайте определение аппендицита. Что такое вторичный аппендицит?
Э	-	Аппендицит - это воспаление червеобразного отростка слепой кишки с характерным клиническим синдромом. Вторичный аппендицит развивается при переходе воспалительного процесса на аппендикулярный отросток с соседних органов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение аппендицита дано правильно. Определение вторичного аппендицита дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение аппендицита дано не точно. Определение вторичного аппендицита дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>33</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов и их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Молодой мужчина несколько лет употребляет внутривенно наркотические вещества. Полтора года назад перенес острый вирусный гепатит в легкой безжелтушной форме. Спустя год появились жалобы, на быструю утомляемость, периодическую тошноту, чувство тяжести и дискомфорта в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, плохой аппетит и эпизодическое потемнения мочи. Пациент был вынужден обратиться к врачу.</p> <p>При осмотре выявлены субиктеричность склер, обложенность языка, небольшая гепатомегалия и небольшое увеличение селезенки. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л (прямой – 7, непрямой – 18), тимоловая проба – 6 ед., активность АЛТ – 110 Е/л, АСТ – 70 Е/л. По результатам клинического обследования поставлен диагноз «хронический гепатит высокой активности». Для уточнения клинического диагноза произведена пункционная биопсия печени. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p>
В	1	Какие на Ваш взгляд типы гепатотропных вирусов могли быть этиологическим фактором гепатита у больного, описанного в задаче?
Э	-	Больной перенес острый вирусный гепатит, который в данный момент приобрел хроническое течение, заражение у него

		произошло парентерально. Поэтому этиологическим фактором такого гепатита, могут быть гепатотропные вирусы, скорее типа В, возможно типа С, возможно комбинация типа В и типа Д и возможно некоторые другие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Возможная этиология гепатита названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Возможная этиология гепатита названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Почему в данном случае в качестве дополнительного метода обследования рекомендована пункционная биопсия печени?
Э	-	Пункционная биопсия печени с изучением и оценкой морфологических изменений является на сегодняшний день наиболее объективным методом диагностики. С помощью биопсии можно диагностировать наличие воспалительных изменений печени, установить характер течения воспалительного процесса, оценить на морфологическом уровне степень выраженности морфологических изменений (дистрофических и некротических изменений гепатоцитов, воспалительных инфильтратов), то есть выявить признаки активности гепатита на морфологическом уровне, а также констатировать наличие и степень фиброза.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обоснование рекомендации пункционной биопсии как дополнительного метода исследования дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование рекомендации пункционной биопсии как дополнительного метода исследования дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите микроскопические изменения печени при хроническом гепатите.
Э	-	При хроническом гепатите возможна дистрофия гепатоцитов (белковая, жировая при гепатите типа С), апоптоз и некроз гепатоцитов разного масштаба (мелкоочаговый, ступенчатый, мостовидный), воспалительные клеточные инфильтраты в междольковой и внутريدольковой строме из лимфоцитов, гистиоцитов, макрофагов, плазматических клеток. Возможно полнокровие, холестаза, фиброз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения печени при хроническом гепатите названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения печени при хроническом гепатите названы частично правильно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Какие клиничко-морфологические формы хронического гепатита принято выделять, основываясь на активности процесса? Назовите степени активности хронического гепатита. Какие морфологические параметры оцениваются при определении

		степени активности хронического гепатита?
Э	-	Основываясь на активности процесса, выделяют неактивный и активный гепатит. В настоящее время все хронические гепатиты градируются по степени активности. Выделяют 1,2,3 степень активности. Степень активности хронического гепатита определяется в зависимости от выраженности и распространенности некрозов гепатоцитов, от выраженности и распространенности воспалительных инфильтратов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Клинико-морфологические формы хронических гепатитов названы правильно. Степени активности гепатита названы правильно. Морфологические параметры, по которым определяется степень активности хронического гепатита, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологические формы хронического гепатита названы правильно, степени активности хронического гепатита названы не точно. Морфологические параметры, по которым определяется степени активности хронического гепатита, названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Назовите возможные исходы хронического гепатита
Э	-	Хронический гепатит длительно текущее заболевание, болезнь может протекать всю жизнь. Исходом хронического гепатита может быть цирроз печени, переход в цирроз обычно наблюдается при гепатите высокой активности. Возможно выздоровление, обычно при невысокой активности гепатита и при незначительном фиброзе.
P2	-	Ответ правильный, полный. Исходы хронического гепатита названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Исходы хронического гепатита названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>34</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В гастроэнтерологическое отделение больницы поступил больной Л. 54 лет с жалобами, которые расцениваются как проявление дисфункции печени. Следует отметить, что это не первая госпитализация, обусловленная обострением заболевания. Из

		<p>анамнеза жизни известно, что пациент употребляет крепкие алкогольные напитки в неумеренном количестве. Уже ставился диагноз хроническая алкогольная интоксикация, по поводу которой неоднократно лечился амбулаторно и стационарно.</p> <p>Настоящее обращение за медицинской помощью обусловлено значительным ухудшением течения заболевания. При клиническом обследовании помимо признаков дестабилизации функции печени выявлены симптомы, позволяющие предполагать начало формирования цирроза печени.</p> <p>Было принято решение среди комплекса диагностических мероприятий произвести пункционную биопсию печени. Последняя была выполнена, морфологическая картина, обнаруженных изменений печени, соответствовала алкогольному гепатиту с развитием цирроза печени.</p>
В	1	Опишите микроскопические изменения печени при алкогольном гепатите. Выделите микроскопические изменения гепатоцитов, типичные для алкогольного поражения (маркеры алкогольного поражения).
Э	-	Для алкогольного гепатита характерна жировая дистрофия гепатоцитов, также возможна гидропическая дистрофия гепатоцитов, очаговые некрозы гепатоцитов, появление в цитоплазме гепатоцитов алкогольного гиалина (телец Малори), лимфогистиоцитарные воспалительные клеточные инфильтраты с наличием нейтрофильных лейкоцитов. Инфильтраты располагаются как в междольковой (перипортальной) строме, так и проникают в дольку. Со временем формирование фиброза. Для алкогольных поражений печени типична жировая дистрофия гепатоцитов, маркером алкогольных поражений является алкогольный гиалин (тельца Малори).
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения печени при алкогольном гепатите описаны правильно, полно. Микроскопические изменения гепатоцитов, типичные для алкогольных поражений печени, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения печени при алкогольном гепатите описаны частично правильно или описаны с ошибками. Микроскопические изменения гепатоцитов, типичные для алкогольных поражений, названы правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите возможные исходы алкогольного гепатита.
Э	-	Возможные исходы алкогольного гепатита: выздоровление, развитие цирроза печени.
P2	-	Ответ правильный, полный. Возможные исходы алкогольного гепатита названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Возможные исходы алкогольного гепатита названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Часто ли у больных, страдающих хронической алкогольной

		интоксикацией или алкоголизмом, развивается цирроз печени? Какой морфологический и какой морфогенетический вид цирроза печени обычно развивается в исходе алкогольного гепатита?
Э	-	Частота развития цирроза печени у лиц с хронической алкогольной интоксикацией не высокая, около 7%, у больных алкоголизмом несколько выше 17%. При злоупотреблении алкоголем развивается мелкоузловой портальный цирроз печени, затем возможна его трансформация в мелко-крупноузловой.
P2	-	Ответ правильный, полный. Частота развития цирроза печени у больных, страдающих хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом, названа правильно. Морфологический и морфогенетический виды цирроза печени названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Частота развития цирроза печени у больных с хронической алкогольной интоксикацией названа не точно. Морфологический и морфогенетический вид цирроза печени названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Укажите морфологические изменения, позволяющие диагностировать цирроз печени в биопсийном материале.
Э	-	Для диагностики цирроза необходимо наличие обязательных морфологических признаков цирроза: альтерации гепатоцитов (дистрофии, некроза), признаков извращенной регенерации, диффузного разрастания фиброзной ткани, структурной перестройки печени.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения, позволяющие диагностировать цирроз печени в биопсийном материале, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения, позволяющие диагностировать цирроз печени в биопсийном материале, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Назовите основные внепеченочные изменения, развивающиеся при циррозе печени.
Э	-	При циррозе развиваются многочисленные внепеченочные изменения, в первую очередь, связанные с портальной гипертензией. Это варикозное расширение вен кардиального отдела желудка и пищевода, возможно с разрывом их стенок, спленомегалия, асцит, склероз стенки воротной вены, возможно с тромбозом. Также проявления хронической печеночной недостаточности, такие как геморрагический синдром, снижение белкового синтеза, признаки интоксикации с дистрофическими изменениями паренхиматозных органов, нервных клеток головного мозга, возможен печеночный гломерулосклероз и другие изменения.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные внепеченочные изменения, развивающиеся при циррозе печени, названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные внепеченочные изменения, развивающиеся при циррозе печени, названы

		частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>35</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент Н. 42-х лет в прошлом перенес тяжелую форму вирусного гепатита. В течение нескольких лет чувствовал себя удовлетворительно, находился под наблюдением врачей, получал адекватное лечение. Несмотря на это при очередном обследовании установлен диагноз цирроза печени.</p> <p>Настоящая госпитализация связана с нарастающими проявлениями хронической печеночной недостаточности. Назначено интенсивное лечение, однако значительного улучшения состояния не наступило. Течение заболевания отличалось резистентностью к проводимой терапии. Пациент погиб от проявлений хронической печеночной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии обращали на себя внимание изменения печени. Она уменьшена в размерах, плотная, серого цвета, поверхность крупнобугристая, на разрезе дольчатого вида (размер узлов до 3 см в диаметре). Кроме этого найдена нерезко выраженная спленомегалия и другие изменения. Гистологическое исследование секционного материала подтвердило клинический диагноз цирроза печени.</p>
В	1	Назовите вид цирроза печени, найденный на вскрытии, который выделяется по морфологическим особенностям. Укажите морфогенетический вид цирроза печени у данного умершего.
Э	-	У умершего по морфологическим особенностям макронодулярный цирроз печени. По морфогенезу у него постнекротический цирроз печени.
P2	-	Ответ правильный. Вид цирроза, выделяемый по морфологическим особенностям, назван правильно, Морфогенетический вид цирроза назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Вид цирроз печени, выделяемый по морфологическим особенностям, назван не точно. Морфогенетический вид цирроза печени назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопические особенности такого цирроза печени.

Э	-	При микроскопическом исследовании имеются признаки, характерные для макронодулярного постнекротического цирроза печени: ложные дольки крупные мультилобулярного строения, образованные как узлы - регенераты, соединительнотканые септы широкие, имеется сближение триад и междольковых вен.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические особенности цирроза печени описаны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические особенности цирроза печени описаны не полно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	В чем суть структурной перестройки печени при таком циррозе?
Э	-	Структурная перестройка касается перестройки дольковой структуры печени, исчезновение нормальных печеночных долек, появление ложных, в том числе узлов-регенератов, перестройки опорных соединительнотканых структур, кровеносных сосудов, желчевыносящей системы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Суть структурной перестройки печени при таком циррозе изложена правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Суть структурной перестройки печени при таком циррозе изложена частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	В исходе, какой клинико-морфологической формы вирусного гепатита, развился данный цирроз? В исходе, какой еще патологии печени возможно развитие аналогичного морфогенетического вида цирроза?
Э	-	Цирроз печени у больного, описанного в задаче, развился после перенесенной фульминантной (некротической) формы вирусного гепатита. Возможно также развитие постнекротического цирроза печени в исходе массивного прогрессирующего некроза печени (токсическая дистрофия печени), которая возникает от действия разных этиологических факторов, например от действия токсических веществ, инфекционных агентов, в исходе перенесенных поздних токсикозов беременности и других.
P2	-	Ответ правильный, полный. Клинико-морфологическая форма вирусного гепатита, в исходе которой развился данный цирроз, названа правильно. Другие заболевания (другая патология), в исходе которых развивается аналогичного морфогенетического вида цирроз, перечислены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма вирусного гепатита, в исходе которой развился данный цирроз, названа правильно. Другие заболевания (другая патология), в исходе которых развивается аналогичного морфогенетического вида цирроз, перечислены частично правильно или перечислены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Какое ведущее проявление должно доминировать при декомпенсации такого цирроза?
Э	-	Ведущее проявление, доминирующее при постнекротическом

		циррозе печени в стадии декомпенсации, хроническая печеночная недостаточность.
P2	-	Ответ правильный, полный. Ведущее проявление, доминирующее при постнекротическом циррозе печени в стадии декомпенсации, названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Ведущее проявление, доминирующее при постнекротическом циррозе печени в стадии декомпенсации, названо не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>36</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний
Ф	C/04.8	Контроль качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений по материалам прижизненных патологоанатомических исследований и патологоанатомических вскрытий.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приёмное отделение больницы экстренно доставлен мужчина 50-ти лет в состоянии алкогольного опьянения. Был обнаружен соседями на садовом участке без сознания. Заподозрено острое нарушение мозгового кровообращения или острое нарушение коронарного кровообращения. Однако проведенные МРТ головного мозга, электрокардиографическое исследование не подтвердили острую патологию ЦНС и сердца. Дальнейшее обследование провести не удалось в связи со смертельным исходом.</p> <p>На патологоанатомическое вскрытие труп направлен с заключительным клиническим диагнозом «кома III стадии неясной этиологии».</p> <p>На аутопсии обнаружены выраженные изменения печени, она уменьшена в размерах, плотная, мелкобугристая печень. Также варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, в полости желудка 900 мл жидкой крови, в просвете толстого кишечника на всём протяжении дёгтеобразные массы, в брюшной полости 500 мл прозрачной жидкости. В патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания был выставлен цирроз печени.</p>
В	1	Назовите вид цирроза печени, обнаруженный на вскрытии, исходя из морфологических особенностей. Какой это вид цирроза печени по морфогенезу?
Э	-	Исходя из морфологических особенностей, у умершего микронодулярный цирроз печени. По морфогенезу у него



		портальный цирроз печени.
P2	-	Ответ правильный, полный. Вид цирроза печени, обнаруженный на вскрытии, исходя из морфологических особенностей, назван правильно. Вид цирроза печени, выделяемый по морфогенезу, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Вид цирроза печени, обнаруженный на вскрытии, исходя из морфологических особенностей, назван не точно. Вид цирроза, выделяемый по морфогенезу, назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Опишите гистологические (микроскопические) особенности такого цирроза печени.
Э	-	При таком циррозе ложные дольки мелкие, монолобулярного строения, соединительнотканые септы узкие, триады расформированы, имеется выраженная перестройка кровеносного русла, особенно портальной системы, также перестройка желчевыносящей системы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Гистологические (микроскопические) особенности такого цирроза описаны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологические (микроскопические) особенности такого цирроза описаны частично правильно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Почему у больного имело место варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка?
Э	-	У больного при портальном циррозе печени из-за диффузного склероза значительная площадь сосудистого русла редуцировалась, произошла выраженная перестройка кровеносных сосудов органа. Объем крови, проходящий через печень уменьшился, поэтому в системе воротной вены повысилось давление крови, часть крови, минуя печень, стала поступать в систему нижней полой вены по порто-кавальным анастомозам, последние переполнились кровью, расширились, стенка их истончилась.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Объясните скопление крови в полости желудка и просвете тонкого кишечника, а также скопление прозрачной жидкости в брюшной полости.
Э	-	Скопление крови в полости желудка и просвете кишечника развилось в результате разрыва истонченных стенок порто-кавальных анастомозов пищевода и кардиального отдела

		желудка. Скопление прозрачная жидкость в брюшной полости - это скопление отечной жидкости. Ее образование связано с венозным застоем в непарных органах брюшной полости, который развился по причине портальной гипертензии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение скопления крови в полости желудка и просвете тонкого кишечника, а также скопления прозрачной жидкости в брюшной полости дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение скопления крови в полости желудка и просвете тонкого кишечника, а также объяснение скопления прозрачной жидкости в брюшной полости дано частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Что вы можете сказать о расхождении клинического и патологоанатомического диагнозов в данном случае? Какова категория расхождения? Какова причина расхождения?
Э	-	В данном случае имеет место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию, которое относится к III категория расхождения, так как диагноз не был выставлен правильно по причине невозможности полного обследования больного в данном лечебном учреждении. Причина расхождения субъективная, невозможность постановки диагноза из-за кратковременного пребывания больного в данном лечебном учреждении.
P2	-	Ответ правильный, полный. В данном случае расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов определено правильно. Категория расхождения названа, верно. Причина расхождения выбрана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. В данном случае расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов определено правильно. Категория расхождения названа не точно. Причина расхождения выбрана неправильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>37</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная В. 45-х лет находилась в отделении «искусственная почка» с целью проведения программного гемодиализа в связи с терминальной стадией хронической почечной недостаточностью.

		<p>Известно, что многие годы лечилась, имея клинический диагноз хронический гломерулонефрит, в последние годы болезнь протекала с повышением артериального давления.</p> <p>Во время сеанса гемодиализа внезапно развился высокий подъем артериального давления (гипертонический криз), появились симптомы острого нарушения мозгового кровообращения с параличом половины тела.</p> <p>Экстренно переведена в реанимационное отделение, где начала проводиться соответствующая активная терапия. На 2-е сутки при нарастающем отёке головного мозга наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии заключительный клинический диагноз нашел подтверждение.</p>
В	1	Объясните в общих чертах патогенез гипертензии у больного с хроническим гломерулонефритом.
Э	-	При хроническом гломерулонефрите снижается объем циркулирующей крови, проходящий через почечные клубочки, с целью компенсации происходит усиленный выброс ренина с образованием гипертензина и повышение артериального давления.
P2	-	Ответ правильный. Объяснение патогенеза гипертензии у больного с хроническим гломерулонефритом в общих чертах дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза гипертензии у больного с хроническим гломерулонефритом дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какие изменения стенок кровеносных сосудов (артериол, артерий) имеются у больных с длительно текущей гипертонией и могут быть обнаружены в секционном материале?
Э	-	При длительной гипертонии (длительном стойком спазме) возникает нарушение базальных мембран артериол с повышением их проницаемости, постепенно развивается плазморрагия, волокнистые структуры стенок повреждаются (расщепление, фрагментация, деструкция), в итоге развивается гиалиноз, фиброз стенок артериол с сужением просвета. В стенках внутриорганных артерий разрушаются эластические волокна (расщепление, фрагментация), появляется фиброз (эластофиброз) с сужением просвета. В стенках крупных артерий (аорты и ее ветвей) развивается атеросклероз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменения стенок кровеносных сосудов (артерий, артериол) у больного с длительно текущей гипертонией названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Изменения стенок кровеносных сосудов (артерий, артериол) у больного с длительно текущей гипертонией названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Какие изменения стенок артериол развиваются во время внезапного высокого подъема артериального давления

		(гипертонического криза)?
Э	-	Во время внезапного высокого подъема артериального давления из-за резкого стойкого спазма артериол резко повышается проницаемость базальных мембран с плазморрагией, нарушается состояние волокнистых структур до развития фибриноидного некроза, могут формироваться микроаневризмы и их последующий разрыв.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменения стенок артериол, развивающиеся во время внезапного подъема артериального давления (гипертонического криза) названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Изменения стенок артериол, развивающиеся во время внезапного подъема артериального давления (гипертонического криза) названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Какое острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) развилось во время гипертонического криза? Укажите наиболее вероятные морфологические изменения головного мозга, обнаруженные на патологоанатомическом вскрытии. Объясните механизм их развития.
Э	-	В головном мозге развилось острое нарушение мозгового кровообращения по гипертоническому типу (геморрагический инсульт). Вероятно, развилась внутримозговая гематома возможно также субарахноидальное кровоизлияние. Механизм кровоизлияния - разрыв стенки артериолы (разрыв микроаневризмы стенки артериолы).
P2	-	Ответ правильный, полный. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) установлено правильно. Морфологические изменения головного мозга названы правильно. Механизм кровоизлияния назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) установлено правильно. Морфологические изменения головного мозга названы не точно. Механизм кровоизлияния назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Опишите морфологические изменения почек, обнаруженные на вскрытии (макроскопический вид, микроскопические изменения). Как называются такие почки?
Э	-	У больного длительно текущая гипертоническая болезнь. На патологоанатомическом вскрытии почки одинакового вида, уменьшены в размерах, бледно-серого цвета, плотной консистенции, поверхность мелкобугристая (мелкозернистая). На разрезе рисунок органа стерт или отсутствует. Микроскопически почечные клубочки неравномерно атрофированы, в них гиалиноз, фиброз, часть клубочков может быть гипертрофирована. Почечные канальцы в состоянии атрофии, в строме разрастание соединительной ткани. В стенках артериол гиалиноз, фиброз, во внутриорганных артериях эластофиброз.

		Такие почки принято называть вторично-сморщенные почки.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения почек, обнаруженные на вскрытии, описаны правильно, полно. Название таких почек дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения почек, обнаруженные на вскрытии, описаны частично правильно или описаны не точно. Название таких почек дано правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>38</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В патологоанатомическое отделение больницы поступил труп молодой женщины. Известно, что пациентка была экстренно госпитализирована в лечебное учреждение в состоянии шока. Клинический диагноз врача машины скорой медицинской помощи нарушенная внематочная беременность. Диагноз при поступлении был подтвержден дежурным хирургом. Экстренно проведена операция удаление маточной трубы, переливание крови и кровезаменителей.</p> <p>Проведенная противошоковая терапия дала положительные результаты. Однако в послеоперационном периоде появились и стали нарастать признаки острой почечной недостаточности. Интенсивное лечение, в том числе с помощью гемодиализа, положительного эффекта не дало. Смерть наступила на 5-е сутки болезни от проявлений острой почечной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При исследовании секционного материала обнаружена тяжелая патология почек, морфологические изменения в почках соответствовали картине некротического нефроза.</p>
В	1	Перечислите стадии некротического нефроза. В какую стадию умерла больная?
Э	-	Выделяют начальную (шоковую) стадию, олигоанурическую стадию и стадию восстановления диуреза. Больная умерла в олигоанурическую стадию.
P2	-	Ответ правильный, полный. Стадии некротического нефроза перечислены правильно. Стадия, в которую умерла больная, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Стадии некротического нефроза названы не точно. Стадия, в которую умерла больная, названа не

		точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Опишите макроскопическую и микроскопическую картину почек, увиденную на вскрытии и при исследовании секционного материала.
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии фиброзная капсула почек отечная, снимается легко, почки немного увеличены в размерах, обращает на себя внимание вид органа на разрезе, корковый слой резко бледный (бледно-серый), в мозговом веществе темно-вишневые пирамиды. Микроскопически выявляется ишемия коркового слоя, коллапс сосудистых клубочков, в мозговом слое полнокровие, мелкие кровоизлияния, отек, некроз эпителия извитых канальцев почки, небольшие скопления лейкоцитов в строме в зонах некроза.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая и микроскопическая картина почек, увиденная на вскрытии и при исследовании секционного материала, описана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая и микроскопическая картина почек, увиденная на вскрытии и при исследовании секционного материала, описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните патогенез некротических изменений почечных канальцев при геморрагическом шоке.
Э	-	При шоке развиваются тяжелые нарушения гемодинамики, катастрофически падает артериальное давление, развиваются тяжелые нарушения микроциркуляции, в почке происходит сброс крови по кроткому шунту, минуя кору, Эпителиальные структуры, особенно проксимальных извитых отделов канальцев, находятся в состоянии ишемии, в них легко возникают тяжелые дистрофические и некротические изменения.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенез некротических изменений почечных канальцев при шоке изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез некротических изменений почечных канальцев при шоке изложен частично правильно или изложен не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае в качестве основного заболевание будет записана «нарушенная трубная беременность», в качестве осложнений основного заболевания «массивная острая кровопотеря, геморрагический шок, некротический нефроз, острая почечная недостаточность».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован не точно.

P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите другие исходы кроме летального, которые могут быть при некротическом нефрозе. Уточните главное условие, при котором может быть полная регенерация эпителия канальцев.
Э	-	При некротическом нефрозе кроме летального исхода может также быть выздоровление, как полное, так и с ущербом, с очаговым нефросклерозом. Главным условием полной регенерации эпителия почечных канальцев является сохранение целостности базальной мембраны канальцев.
P2	-	Ответ правильный, полный. Другие исходы кроме летального, которые могут быть при некротическом нефрозе, названы правильно. Главное условие полной регенерации эпителия почечных канальцев названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Другие исходы кроме летального, которые могут быть при некротическом нефрозе названы частично правильно. Главное условие полной регенерации эпителия почечных канальцев не названо.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>39</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной П. 36-ти лет с детства страдал сахарным диабетом I типа (ювенильным диабетом). В связи с этим заболеванием постоянно проводилась заместительная терапия инсулином, другие терапевтические мероприятия, которые позволили значительно продлить жизнь больному.</p> <p>Однако в финале болезни появились признаки, типичные для клинического синдрома Киммельстила-Уилсона. Постепенно стали нарастать симптомы нарушения функции почек, что потребовало перевода пациента на программный гемодиализ. Эффект от проводимого лечения был незначительный, временный. Смерть наступила от хронической почечной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии и при гистологическом изучении секционного материала были обнаружены характерные для данного заболевания изменения поджелудочной железы, типичные изменения, соответствующие диабетической микроангиопатии, в том числе изменения соответствующие диабетической гломерулопатии.</p>

В	1	Опишите макроскопический вид поджелудочной железы, увиденный на патологоанатомическом вскрытии.
Э	-	При длительно текущем сахарном диабете на патологоанатомическом вскрытии поджелудочная железа уменьшена в размерах и весе, на разрезе рисунок стерт, нет типичного мелко дольчатого вида, имеются прослойки белесоватой ткани (фиброзной) и прослойки ткани желтого цвета (жировой ткани).
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопический вид поджелудочной железы, увиденный на патологоанатомическом вскрытии, описан правильно.
P1	-	Отчет частично правильный. Макроскопический вид поджелудочной железы, увиденный на патологоанатомическом вскрытии, описан частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопическую картину поджелудочной железы в секционном материале.
Э	-	При микроскопическом исследовании обращает внимание уменьшение количества островков Лангерганса, многие из них уменьшены в размерах, часть напротив увеличена, есть фиброз, липоматоз поджелудочной железы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина поджелудочной железы в секционном материале описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина поджелудочной железы в секционном материале описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Что такое диабетическая микроангиопатия? Какие кровеносные сосуды и как поражаются при ней? В каких органах и тканях она больше выражена?
Э	-	Диабетическая микроангиопатия – это патология сосудов микроциркуляторного русла, развивающаяся при длительно текущем сахарном диабете. При ней поражаются главным образом артериолы и капилляры. В стенках этих сосудов развивается пролиферация клеточных элементов, затем фиброз, гиалиноз с сужением просвета. Диабетическая микроангиопатия в большей степени выражена в почках, сетчатке глаза, головном мозге, органах желудочно-кишечного тракта, коже и других органах.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение диабетической микроангиопатии дано правильно. Кровеносные сосуды и характер их изменений названы правильно. Органы, в которых микроангиопатия развивается в большей степени, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение диабетической микроангиопатии дано правильно. Кровеносные сосуды и характер их изменений названы частично правильно или названы



		не точно. Органы, в которых микроангиопатия развивается в большей степени, названы правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Что такое клинический синдром Киммельстила-Уильсона, какие симптомы он включает?
Э	-	Синдром Киммельстила-Уильсона – это клинический синдром, развивающийся при патологии почек, он включает гипертензию, высокую протеинурию, выраженные отеки.
P2	-	Ответ правильный, полный. Характеристика клинического синдрома Киммельстила-Уильсона дана правильно, симптомы, которые он включает, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Характеристика клинического синдрома Киммельстила-Уильсона дана правильно, симптомы, которые он включает, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите микроскопические изменения почечных клубочков, характерные для диабетической гломерулопатии, которые развиваются в финале заболевания.
Э	-	В финале заболевания при диабетической гломерулопатии развивается фиброз, гиалиноз мезангия и капиллярных петель почечных клубочков, атрофия клубочков.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения почечных клубочков при диабетической микроангиопатии, которые развиваются в финале заболевания, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения почечных клубочков при диабетической гломерулопатии, которые развиваются в финале заболевания, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>40</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф		
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной Ж. 67-ми лет, уже многие годы страдающий сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца (ИБС), общим ожирением, вынужден был обратиться к врачу в связи с сильной болью в правой стопе, которая возникла накануне. При осмотре хирургом кожа пальцев правой стопы багрово-

		<p>синюшная, холодная на ощупь, пульсация артерий тыла стопы отсутствует. Больной госпитализирован в хирургическое отделение. В связи с начинающейся гангреной планировалась операция. Описанные изменения связывают с развитием диабетической макроангиопатии.</p> <p>Внезапно у больного развились сильные боли в области сердца, на проведенной ЭКГ признаки острой ишемии миокарда в области бассейна левой коронарной артерии. С подозрением на инфаркт миокарда переведен в реанимационное отделение. Несмотря на лечебные мероприятия, смерть наступила через 2 часа после начала болевого приступа. Труп умершего направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии обнаружен тяжелый атеросклероз аорты, стенозирующий атеросклероз левой коронарной артерии, свежий тромб в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии, атеросклероз правой бедренной артерии. В миокарде левого желудочка сердца неравномерное кровенаполнение. Очагов ишемии, подтвержденных дополнительными методами исследования, обнаружить не удалось. В коже и мягких тканях правой стопы некротические изменения, выраженные нарушения кровообращения (полнокровие, кровоизлияния).</p>
В	1	Что такое диабетическая макроангиопатия? Какие крупные артерии могут поражаться при сахарном диабете в связи с ней?
Э	-	Так называемая диабетическая макроангиопатия касается поражения крупных артерий (аорты и ее ветвей) атеросклерозом. Поражается аорта, коронарные артерии, церебральные и прецеребральные, артерии нижних конечностей, мезентериальные, почечные и другие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение диабетической макроангиопатии дано правильно. Крупные артерии, поражаемые при макроангиопатии, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение диабетической макроангиопатии дано правильно. Крупные артерии, поражаемые при макроангиопатии, названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Объясните патогенез развития острых нарушений коронарного кровообращения у больного. Почему в секционном материале не обнаружена типичная морфологическая картина инфаркта миокарда?
Э	-	У больных с сахарным диабетом при атеросклерозе коронарных артерий в любой момент может развиваться острое нарушение коронарного кровообращения. У больного накануне уже имелись проявления гиперкоагуляции, поэтому в коронарных артериях мог образоваться тромб. Развилась острая коронарная недостаточность, острые ишемические повреждения миокарда, прекращение сердечной деятельности, асистолия. Учитывая, что с момента начала ишемии прошло очень мало времени, типичная морфологическая картина некроза сформироваться не успела,

		смерть наступила от внезапной остановки сердца (асистолии).
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенез острых нарушений коронарного кровообращения изложен правильно. Возможность наличия тромба в коронарной артерии обосновано правильно. Объяснение, почему в секционном материале не обнаружена типичная картина инфаркта миокарда, дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез острых нарушений коронарного кровообращения изложен частично правильно. Объяснение, почему в секционном материале не обнаружена типичная картина инфаркта миокарда, дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните патогенез развития гангрены нижней конечности при диабетической макроангиопатии.
Э	-	У больного сахарный диабет, диабетическая макроангиопатия, в артериях нижней конечности выраженный атеросклероз. На атеросклеротической бляшке образовался тромб, закрывший просвет, поступление артериальной крови прекратилось, из-за острой ишемии развился некроз мягких тканей стопы по типу влажной гангрены.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза развития гангрены стопы при диабетической макроангиопатии дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза развития гангрены стопы при диабетической макроангиопатии дано частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	Согласно последним рекомендациям Министерства здравоохранения РФ в этих случаях в качестве основного заболевания следует записать «сахарный диабет 2-го типа, диабетическая макроангиопатия, внезапная коронарная смерть, стенозирующий атеросклероз с наличием свежего обтурирующего тромба левой коронарной артерии, диабетическая гангрена правой стопы, атеросклероз правой бедренной артерии».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Какой тип сахарного диабета у больного? Объясните этиопатогенез этого типа сахарного диабета. Объясните в общих чертах патогенез развития атеросклероза при сахарном диабете.
Э	-	У больного сахарный диабет 2-го типа (диабет взрослых). В основе этиопатогенеза этого типа сахарного диабета лежит развитие относительной инсулиновой недостаточности. Выработка инсулина поджелудочной железой практически не

		<p>изменена, но нет возможности усвоения глюкозы периферическими органами, часто в основе этого лежит прогрессирующая с возрастом утрата рецепторов инсулина, возможен и другой патогенез, с иммунными механизмами и другими более редкими механизмами.</p> <p>При сахарном диабете имеется один из факторов риска атеросклероза гипергликемия, сопряжено с ней возникают тяжелые нарушения жирового обмена, ускоренными темпами развивается атеросклероз.</p>
P2	-	<p>Ответ правильный, полный. Тип сахарного диабета у больного, который описан в задаче, назван правильно. Этиопатогенез такого типа сахарного диабета изложен правильно. Патогенез атеросклероза при сахарном диабете в общих чертах изложен правильно.</p>
P1	-	<p>Ответ частично правильный. Тип сахарного диабета у больного, который описан в задаче, назван правильно. Этиопатогенез сахарного диабета такого типа изложен частично правильно. Патогенез атеросклероза при сахарном диабете изложен частично правильно.</p>
P0	-	<p>Ответ неправильный или ответ отсутствует.</p>
Н	-	<b>41</b>
Ф	A/01.5	<p>Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей, их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.</p>
Ф	C/03.8	<p>Проведение патологоанатомического вскрытия с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.</p>
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Молодой мужчина, солдат контрактной службы, заболел остро. Начало заболевания отмечено невысокой лихорадкой, чувством дискомфорта в животе. Был однократный жидкий стул. Лечился самостоятельно.</p> <p>На пятый день болезни повышение температуры до 38,0°C, боли в нижней части живота, увеличение паховых лимфатических узлов, необильная мелкая розеолоподобная сыпь на коже туловища, боли в лучезапястных и голеностопных суставах.</p> <p>При поступлении в гарнизонный госпиталь синдром раздражения брюшины отрицательный. В анализе крови лейкоцитоз, эозинофилия. Правильный диагноз долго не ставился, необходимого лечения не проводилось. В тяжелом состоянии доставлен в областную клиническую больницу</p> <p>При сборе эпиданамнеза выяснилось, что пациент употреблял в пищу салат из свежей капусты, который хранился у него в холодильнике трое суток. По результатам бактериологического и ПЦР исследования установлен иерсиниоз. Несмотря на</p>

		<p>проводимое лечение, состояние больного утяжелялось, развилась септическая форма иерсиниоза, от которой наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаруженные морфологические изменения соответствовали заключительному клиническому диагнозу.</p>
В	1	Укажите, в каких отделах кишечника развиваются наиболее выраженные патологические изменения при иерсиниозе. Опишите морфологические изменения в стенке кишечника при иерсиниозе.
Э	-	При иерсиниозе наиболее типично поражение слепой кишки, подвздошной кишки и аппендикулярного отростка (поражение в области илеоцекального угла). В кишечнике воспалительная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, могут быть гранулемы, расстройства кровообращения, васкулиты и неглубокие плоские язвы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Отдел кишечника, наиболее поражаемый при иерсиниозе, назван правильно. Морфологические изменения в стенке кишки при иерсиниозе описаны правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Отдел кишечника, поражаемый при иерсиниозе, назван инее точно. Морфологические изменения в стенке кишки при иерсиниозе названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопическую картину изменений в лимфатических узлах при иерсиниозе.
Э	-	При иерсиниозе в лимфатических узлах появляются характерные гранулемы, могут быть неспецифические изменения (синус-гистиоцитоз, появление нейтрофильных лейкоцитов и другие).
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина изменений в лимфатических узлах при иерсиниозе описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина изменений в лимфатических узлах описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Какая патология во внутренних органах (печени, почках и других органов) должна быть у умершего в связи с гематогенным распространением микроорганизмов?
Э	-	При септической форме иерсиниоза имеется распространение инфекционного агента по крови с развитием гранулем в разных органах.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патология во внутренних органах, которая должна быть у умершего в связи с гематогенным распространением инфекции, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патология во внутренних органах, которая должна быть у умершего в связи с гематогенным распространением инфекции, названа не точно.

P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Дайте морфологическое описание гранулем при иерсиниозе.
Э	-	При иерсиниозе гранулемы макрофагальные, небольшого размера, кроме макрофагов в составе гранулемы эпителиоидные клетки, гигантские многоядерные клетки Пирогова-Лангханса, лимфоциты. Гранулемы при иерсиниозе склонны к нагноению.
P2	-	Ответ правильный. Морфологическое описание гранулем при иерсиниозе дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологическое описание гранулем при иерсиниозе дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как следует оформлять протокол прижизненного патологоанатомического исследования в случаях обнаружения в биопсийном материале гранулем, например в лимфатических узлах? С какими заболеваниями можно рекомендовать клиницистам проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	В случаях обнаружения гранулем в биопсийном материале, например в лимфатических узлах, патологоанатом должен тщательно и подробно описать их морфологическую картину. Желательно предположительное высказывание в пользу ряда инфекционных или неинфекционных заболеваний, протекающих с формированием подобных гранулем. Однако окончательный диагноз заболевания возможен только путем обобщения морфологической информации с данными клинического обследования больного, выявлении у больного этиологического, например, инфекционного агента.
P2	-	Ответ правильный, полный. Оформление протокола прижизненного патологоанатомического исследования в случае обнаружения гранулем изложено правильно. Заболевания, с которыми можно рекомендовать проводить дифференциальный диагноз, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Оформление протокола прижизненного патологоанатомического исследования в случае обнаружения гранулем, изложено частично правильно. Заболевания, с которыми можно рекомендовать проводить дифференциальный диагноз, названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>42</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомических вскрытий в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.
Ф	A/05.5	Обеспечение санитарно-противоэпидемического режима.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Н. 30 лет поступил в приемное отделение инфекционной больницы на второй день болезни в тяжелом состоянии. С жалобами на общую слабость, жидкий стул, сначала каловый, затем многократный водянистый, присоединившуюся повторную рвоту. Известно, что проживает совместно в одной комнате с соседом, недавно прибывшим из Индии, где тот переболел диареей без надлежащего медицинского наблюдения, без постановки диагноза.</p> <p>В объективном статусе температура тела 36,2<sup>0</sup>С, пульс ритмичный, слабого наполнения, тоны сердца глухие, артериальное давление 90 и 60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, слегка болезнен в эпигастрии. Во время осмотра больного в приемном покое была повторная рвота, начались судороги верхних и нижних конечностей.</p> <p>Поставлен предварительный клинический диагноз холера. При последующем бактериологическом исследовании диагноз подтвердился. Проводилась активная борьба с обезвоживанием, назначены антибактериальные препараты. Однако стали нарастать симптому острой почечной недостаточности, от которой наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p>
В	1	Какие стадии холеры принято выделять? Какая стадия холеры у госпитализированного больного?
Э	-	Принято выделять холерный энтерит, холерный гастроэнтерит, алгидный период. У больного, который описан в задаче алгидный период холеры.
P2	-	Ответ правильный, полный. Стадии холеры, которые принято выделять, названы правильно. Стадия холеры у больного, который описан в задаче, установлена правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Стадии холеры, которые принято выделять, названы не точно. Стадия холеры у больного, который описан в задаче, установлена правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопические изменения тонкого кишечника в эту стадию.
Э	-	В тонком кишечнике, в слизистой оболочке на значительном протяжении, развиваются воспалительные изменения, картина серозно-геморрагического энтерита. Характерно слущивание (десквамация) покровного эпителия ворсинок, резкие нарушения кровообращения (полнокровие, отек), в собственной пластинке слабо выраженный лимфогистиоцитарный инфильтрат.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения тонкого кишечника в эту стадию холеры описаны правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения стенки тонкого кишечника в эту стадию холеры описаны частично правильно или описаны не точно.

P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Укажите патологию почек, которая развилась у больного. Дайте макроскопическое и микроскопическое описание изменений в почках при этой патологии.
Э	-	У больного развился некротический нефроз. При некротическом нефрозе фиброзная капсула отечная, снимается легко, почки немного увеличены в размерах, обращает на себя внимание вид на разрезе, корковый слой почки резко бледный, бледно-серый, в мозговом слое темно-красные пирамиды. При гистологическом исследовании имеется ишемия коркового слоя, полнокровие мозгового, отек стромы, могут быть кровоизлияния, дистрофия и некроз эпителия извитых канальцев (главных отделов нефрона), незначительные лейкоцитарные инфильтраты.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патология почек, которая развилась у больного, названа правильно. Макроскопическое и микроскопическое описание изменений в почках при этой патологии названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Патология почек, которая развилась у больного, названа правильно. Макроскопическое и микроскопическое описания изменений почек при этой патологии названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Укажите проявления патоморфоза холеры.
Э	-	В настоящее время произошла смена возбудителя, доминирует холерный вибрион Эль-Тор, холера протекает более легко, может быть бактерионосительство. Благодаря лечению частота смертельных исходов снижена, на вскрытии не обнаруживаются признаки обезвоживания, не наблюдается холерный тифоид. Смертельные исходы чаще наблюдаются у лиц, имеющих хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и других органов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Проявление патоморфоза холеры названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Проявления патоморфоза холеры названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Отметьте особенности проведения патологоанатомического вскрытия при карантинных (конвенционных) инфекциях или при подозрении на них.
Э	-	Холера относится к карантинным (конвенционным) инфекциям. Необходимо строгое соблюдение правил вскрытия. Вскрытие производится в комплекте спецодежды, выбирают метод отдельной эвисцерации или вскрытие органов без извлечения из трупа, вскрытие осуществляется без применения воды. Взятие материала для гистологического исследования и бактериологического исследования осуществляется по четкой схеме. После вскрытия производится обеззараживание защитной одежды, после вывоза трупа дезинфекция секционного зала.



P2	-	Ответ правильный, полный. Особенности проведения патологоанатомического вскрытия при карантинных (конвенционных) инфекциях изложены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Особенности проведения патологоанатомического вскрытия при карантинных (конвенционных) инфекциях изложены частично правильно или изложены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>43</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Фельдшер машины скорой медицинской помощи был вызван к больной М. 18 лет. Имеются жалобы на сильную головную боль, озноб, рвоту, температура тела 39,9°C, была повторная рвота, не связанная с приемом пищи, не приносящая облегчения. Объективно состояние тяжелое, кожа бледная, чистая. Слизистая оболочка зева с небольшой гиперемией дужек, небные миндалины немного увеличены. В легких без изменений. Пульс 104 уд/мин, АД 140/70. Диурез в норме. От госпитализации в инфекционную больницу больная отказалась. Лечилась самостоятельно.</p> <p>Через сутки был вызван участковый врач, отметивший ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положительный. Из эпиданамнеза установлено, что больная была в тесном контакте с больным менингококковой инфекцией. Незамедлительно была госпитализирована в инфекционную больницу. Клинический диагноз менингококковый менингит.</p> <p>Однако, несмотря на активное лечение на 11-й день болезни резко усилились признаки отека головного мозга, наступил летальный исход. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии имели место выраженные морфологические изменения мягкой мозговой оболочки, характерные для этой формы болезни, признаки отека и набухания головного мозга.</p>
В	1	Опишите макроскопическую картину мягкой мозговой оболочки на вскрытии.
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии в этом случае имеются характерные изменения мягкой мозговой оболочки. Мягкая мозговая оболочка утолщена, мутная, непрозрачная, пропитана густой бело-желтой жидкостью, кровеносные сосуды

		полнокровны.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая картина мягкой мозговой оболочки описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая картина мягкой мозговой оболочки описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Опишите микроскопическую картину мягкой мозговой оболочки в секционном материале.
Э	-	При микроскопическом исследовании мягкая мозговая оболочка утолщена, диффузно инфильтрирована клетками воспалительной природы с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов, может быть выпадение фибрина, резкое полнокровие, тромбы в просветах кровеносных сосудов, отек.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина мягкой мозговой оболочки, обнаруженная в секционном материале, описана правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина мягкой мозговой оболочки, обнаруженная в секционном материале, описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Опишите макроскопическую и микроскопическую картину отека головного мозга.
Э	-	При отеке головной мозг увеличен в объеме, имеется след от вдавления, соответственно области затылочного отверстия, на миндалинах мозжечка, на разрезе ткань повышенной влажности, жидкая кровь в просвете мелких кровеносных сосудов. При микроскопическом исследовании полнокровие вен и капилляров, признаки периваскулярного, перицелюлярного отека, развитие «сетчатого» отека.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая и микроскопическая картина отека головного мозга описана правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая и микроскопическая картина отека головного мозга описана частично правильно или описана с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Как нужно формулировать патологоанатомический диагноз в данном случае.
Э	-	В данном случае основным заболеванием следует считать «менингококковый менингит, бактериологическое исследование № __, дата __», осложнением основного заболевания «отек головного мозга».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	5	Перечислите возможные непосредственные причины смерти больных менингококковой инфекцией.
Э	-	Непосредственные причины смерти при менингококковой инфекции: гнойный менингит, менингоэнцефалит, септическая форма (менингококкцемия), бактериальный шок, ДВС-синдром, реже другие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственные причины смерти больных менингококковой инфекцией названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственные причины смерти больных менингококковой инфекции названы частично правильно или перечислены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>44</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей и их частей при проведении патологоанатомического вскрытия
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти
Ф		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>К больному ребенку 3-х лет вызвана машина скорой медицинской помощи. По прибытии врача ребенок без сознания. По словам родственников, ребенок посещает детский сад, где несколько детей больны и находятся на амбулаторном лечении с диагнозом ОРВИ. Сутки назад у данного ребенка поднялась высокая температура тела (39,5°C), был вызван участковый педиатр, который диагностировал ОРВИ, назначил лечение.</p> <p>Учитывая крайне тяжелое состояние, пациент срочно госпитализирован в инфекционную больницу. При поступлении температура тела 40,0°C, сознание отсутствует, кожа влажная, цианотичная, на коже живота, груди, бедер и ягодиц геморрагическая сыпь и отдельные кровоизлияния разного размера неправильной формы. Имеется одышка, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения, тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный. Поставлен предварительный клинический диагноз менингококковой инфекции, начато активное лечение.</p> <p>На второй день внезапное резкое катастрофическое падение артериального давления, которое не удалось стабилизировать никакими медикаментозными средствами, возникло подозрение на проявления острой надпочечниковой недостаточности, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p>
В	1	Назовите форму менингококковой инфекции у умершего.

		Опишите морфологические изменения, которые должны быть в секционном материале при ней.
Э	-	У умершего септическая форма менингококковой инфекции (менингококкцемия). При этой форме изменения мягкой мозговой оболочки незначительные, часто это только нарушения кровообращения (полнокровие, отек). Доминируют расстройства кровообращения в различных органах и тканях (полнокровие, кровоизлияния), тяжелые дистрофические и некротические изменения почек, печени, миокарда.
P2	-	Ответ правильный, полный. Форма менингококковой инфекции у умершего названа правильно. Морфологические изменения, которые должны быть в секционном материале при ней, описаны правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Форма менингококковой инфекции умершего названа правильной. Морфологические изменения, которые должны быть в секционном материале названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какие патологические изменения имелись в надпочечниках? Как по фамилии авторов называется развившийся в связи с этой патологией клинический синдром?
Э	-	В надпочечниках имелись двухсторонние кровоизлияния с некрозами. Развившийся при этом клинический синдром острой надпочечниковой недостаточности называется синдром Уотерхауса-Фридериксена.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологические изменения, имевшиеся в надпочечниках, названы правильно. Развившийся при этом клинический синдром назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологические изменения, имевшиеся в надпочечниках, названы правильно. Развившийся при этом клинический синдром назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите морфологическую картину мягкой мозговой оболочки, которую мог увидеть патологоанатом на вскрытии.
Э	-	Мягкая мозговая оболочка утолщена, непрозрачная, мутная, в ней имеются затеки густой бело-желтой, желтой, зеленой жидкости. Кровеносные сосуды резко полнокровны.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологическая картина мягкой мозговой оболочки, которую мог увидеть патологоанатом на вскрытии, описана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологическая картина мягкой мозговой оболочки, которую мог увидеть патологоанатом на вскрытии, описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Какие обязательные дополнительные исследования должен произвести патологоанатом при изучении секционного материала для подтверждения диагноза менингококковая инфекция?
Э	-	Патологоанатом должен провести бактериоскопическое

		исследование, взять мазки-отпечатки с мягкой мозговой оболочки, провести окраску по Грамму и при микроскопическом исследовании найти соответствующие бактерии. Также с целью бактериологического исследования стерильным инструментом в стерильную посуду забрать фрагменты мягкой мозговой оболочки и направить их в бактериологическую лабораторию.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обязательные дополнительные исследования, которые должен произвести патологоанатом при изучении секционного материала для подтверждения диагноза менингококковой инфекции, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обязательные дополнительные исследования, которые должен произвести патологоанатом при исследовании секционного материала для подтверждения диагноза менингококковой инфекции, названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Допустима ли отмена патологоанатомического вскрытия в данном случае? Обоснуйте ответ, укажите регламентирующие документы.
Э	-	Отмена вскрытия в данном случае не допустима. Отмена патологоанатомического вскрытия при инфекционных заболеваниях или подозрении на них запрещена приказами Министерства здравоохранения РФ.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обоснование недопустимости отмены патологоанатомического вскрытия сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование недопустимости отмены патологоанатомического вскрытия сделано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>45</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У молодого человека, имеющего сахарный диабет и страдающего пиелонефритом с частыми обострениями, при очередном обострении длительное время не удавалось достичь клинической и лабораторной ремиссии. Руководствуясь стандартами обследования пациентов с хронической патологией почек, проведено исследование мочи на ВК. Результат оказался положительным. Больной госпитализирован в специализированное лечебное

		<p>учреждение, диагноз туберкулез левой почки подтвердился с помощью дополнительных исследований. Согласно показаниям и в связи с односторонним поражением, больному выполнена операция правосторонняя нефрэктомия.</p> <p>Операционный материал с клиническим диагнозом туберкулез правой почки направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование. В патологоанатомическом отделении при морфологическом исследовании операционного материала обнаружена типичная картина туберкулеза, в корковом слое почки обнаружены многочисленные туберкулезные гранулемы, а также несколько полостей (каверн).</p>
В	1	Уточните клинико-морфологическую форму туберкулеза у больного (первичный, гематогенный, вторичный туберкулез). Каким путем микобактерии туберкулеза попадают в почку? В какой период заболевания это происходит?
Э	-	У больного гематогенный туберкулез. Микобактерия туберкулеза попадает в почку гематогенным путем, чаще это происходит в период первичного инфицирования.
P2	-	Ответ правильный, полный. Клинико-морфологическая форма туберкулеза у больного определена правильно. Путь проникновения микобактерии туберкулеза в почку назван правильно. Период заболевания, в который обычно проникает микобактерия туберкулеза в почку, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма туберкулеза у больного определена правильно. Путь проникновения микобактерии туберкулеза в почку определен правильно. Период заболевания, в который обычно проникает микобактерия в почку, назван неправильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите строение туберкулезной гранулемы.
Э	-	Туберкулезная гранулема имеет небольшой размер (около 2 мм), имеет строение эпителиодноклеточной гранулемы, кроме эпителиоидных клеток в ней содержатся гигантские многоядерные клетки Пирогова-Ланганса, лимфоциты. Типичен сухой (казеозный) некроз в центре гранулемы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание строение туберкулезной гранулемы дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание строение туберкулезной гранулемы дано частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Что такое туберкулезная каверна? Как она образуется при туберкулезе почки?
Э	-	Туберкулезная каверна – это патологическая полость, образующаяся при туберкулезе. Она формируется на месте казеозного некроза при его расплавлении с помощью нейтрофильных лейкоцитов, это происходит в период обострения заболевания, когда образуется экссудат. Расплавленные массы некроза опорожняются в чашечки, лоханку

		почки.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение туберкулезной каверны дано правильно. Объяснение ее образования в почке изложено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение туберкулезной каверны дано правильно. Объяснение ее образования в почке дано частично правильно или дано с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Перечислите органы, которые могут поражаться вслед за почкой при каналикулярном распространении микобактерии.
Э	-	При каналикулярном распространении микобактерии вслед за почкой в воспалительный процесс вовлекаются чашечки, почечная лоханка, мочеточник, мочевой пузырь. Инфекция может распространяться у мужчин на предстательную железу, у женщин на маточные трубы, матку.
P2	-	Ответ правильный, полный. Органы, которые могут поражаться вслед за почкой при каналикулярном распространении инфекции, названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Органы, которые могут поражаться вслед за почкой при каналикулярном распространении инфекции, названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Почему больному с туберкулёзом почки показано оперативное лечение?
Э	-	Консервативные методы в данном случае эффекта излечения дать не могут. При туберкулезе поражение почек обычно одностороннее, поэтому возможна нефрэктомия, которая радикально излечивает больных от туберкулеза.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение выбора операционного лечения при туберкулезе почки дано правильно, выбор лечения обоснован.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение выбора оперативного лечения при туберкулезе почки дано частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>46</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
Ф	C/04.8	Контроль качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений по материалам прижизненных патологоанатомических исследований и патологоанатомических вскрытий.

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На патологоанатомическое вскрытие поступил труп женщины 24-х лет с диагнозом «ВИЧ-инфекция стадия 4В (СПИД) (иммуноблот + № __, дата __, иммунный статус (дата), СД4 __, СД8 __, СД4/СД8 __, хронический вирусный гепатит В (вирусологическое исследование __ метод, результат, дата, выраженная степень активности)». Из истории болезни известно, что пациентка вела асоциальный образ жизни, внутривенно употребляла наркотические препараты, диагноз наркомании подтвержден документально.</p> <p>При проведении патологоанатомического вскрытия и при микроскопическом исследовании секционного материала обнаружены разноплановые патологические изменения, соответствующие клиническому диагнозу, морфологические изменения в печени соответствовали хроническому активному гепатиту. Кроме этого найдены множественные очень мелкие милиарные очаги в легких, печени почках, селезенке, большом сальнике, брюшине.</p> <p>В предварительном патологоанатомическом диагнозе их квалифицировали как проявление гематогенного туберкулеза. Назначены дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза туберкулеза.</p>
В	1	<p>Дайте определение гематогенного туберкулеза как клинико-морфологической формы туберкулеза. Укажите основные клинико-морфологические черты гематогенного туберкулеза.</p>
Э	-	<p>Гематогенный туберкулез – это клинико-морфологическая форма туберкулеза, развивающаяся спустя некоторое время после первичного инфицирования и характеризующаяся рядом особенностей. Особенности гематогенного туберкулеза: развивается на фоне значительного иммунитета, выраженная склонность к гематогенной генерализации возбудителя, доминирует реакция гиперчувствительности замедленного типа, преобладает продуктивная воспалительная реакция, имеются компоненты зажившего первичного туберкулезного комплекса, характеризуется клинико-морфологическим полиморфизмом.</p>
P2	-	<p>Ответ правильный, полный. Определение гематогенного туберкулеза как клинико-морфологической формы туберкулеза дано правильно. Основные клинико-морфологические черты гематогенного туберкулеза названы правильно, перечислены полностью.</p>
P1	-	<p>Ответ частично правильный. Определение гематогенного туберкулеза как клинико-морфологической формы туберкулеза дано правильно. Основные клинико-морфологические черты гематогенного туберкулеза перечислены частично правильно или перечислены не точно.</p>
P0	-	<p>Ответ неправильный или ответ отсутствует.</p>
В	2	<p>Опишите макроскопический вид милиарных очагов в разных</p>



		органах при туберкулезе. Каковы особенности морфологической картины этих очагов при ВИЧ-инфекции?
Э	-	Милиарные очаги (бугорки) при туберкулезе небольшого размера (размер зерна проса) белого, бело-серого цвета. При ВИЧ-инфекции они могут быть очень небольшого размера (субмилиарные), макроскопически отчетливо не видны у секционного стола, обнаруживаются только при микроскопическом исследовании материала патологоанатомического вскрытия. В этих очагах часто нет картины типичных туберкулезных гранулем, а имеются и даже преобладают скопления нейтрофильных лейкоцитов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопический вид милиарных очагов в разных органах при туберкулезе описан правильно. Особенности морфологической картины этих очагов при ВИЧ-инфекции названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопический вид милиарных очагов в разных органах при туберкулезе описан правильно. Особенности морфологической картины этих очагов при ВИЧ-инфекции названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Назовите морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции.
Э	-	При ВИЧ-инфекции патологическая анатомия туберкулеза имеет целый ряд особенностей. Характерно преобладание альтеративно-экссудативных проявлений, часто гнойно-некротических, минимальное проявление продуктивного компонента, отсутствие формирования типичных туберкулезных гранулем. Часто наблюдаются генерализованные милиарные и крупноочаговые формы с поражением легких. В легких развивается тяжелая казеозная пневмония, формируются острых каверны. При милиарной генерализации очаги небольшого размера (субмилиарные), могут выявляться только при микроскопии. Часто гематогенная диссеминация вне легких, с поражением почек, печени, селезенки, кишечника, брюшины, других органов. Может быть поражение кишечника тонкого, толстого, поражение желудка с формированием язв. Встречается туберкулезный менингоэнцефалит с гнойным экссудатом в мягкой мозговой оболочке, в веществе головного мозга патологические очаги с гнойным экссудатом. Возможно поражение лимфатических узлов разных локализаций (внутригрудных, мезентериальных) с их значительным увеличением, нагноением, образованием каверн, свищей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	4	Какими дополнительными методами следует воспользоваться для выявления микобактерий туберкулёза в секционном материале?
Э	-	Рекомендуется использование окраски гистологических препаратов по Цилю-Нильсену, а также использование цитологических методов, иммуногистохимических, молекулярно-генетических (ПЦР-реакции).
P2	-	Ответ правильный, полный. Дополнительные методы, которыми следует воспользоваться для выявления микобактерии туберкулеза в секционном материале, названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Дополнительные методы, которыми следует воспользоваться для выявления микобактерии туберкулеза в секционном материале, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Каковы особенности формулировки диагноза при ВИЧ-инфекции, какое место в патологоанатомическом диагнозе должен занять туберкулез, какое место вирусный гепатит? Имеет ли место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов в данном случае?
Э	-	В данном случае диагноз должен быть сформулирован как комбинированное основное заболевание. «ВИЧ-инфекция» является основным заболеванием. «Милиарный туберкулез легких, печени, селезенки, большого сальника, брюшины» следует вписать в специальную подрубрику основного заболевания - вторичные заболевания (СПИД-ассоциированные заболевания). В качестве фонового заболевания записывается «наркомания». Сопутствующим заболеванием является «хронический вирусный гепатит В». В данном случае имеется расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по вторичному заболеванию, при жизни больной не был диагностирован генерализованный милиарный туберкулез.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно. Место туберкулеза в качестве осложнения основного заболевания определено правильно. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по осложнению основного заболевания определено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно. Место туберкулеза в качестве осложнения основного заболевания определено правильно. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов установлено неправильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>47</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении

		патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти
Ф	С/04.8	Контроль качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений по материалам прижизненных патологоанатомических исследований и патологоанатомических вскрытий.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На патологоанатомическое вскрытие поступил труп мужчины 62-х лет, умершего во время проведения хирургической операции, пульмонэктомии справа.</p> <p>Оперативное лечение проводилось в связи с фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого в стадии регресса. Во время операции произошло ранение верхней легочной вены корня правого легкого, смерть наступила от массивной кровопотери. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии в верхушке правого легкого обнаружена хроническая каверна диаметром 3 см, пневмосклероз, бронхэктазы, фиброзные спайки плевральной полости. В стенке верхней легочной вены корня правого легкого дефект в виде продольного разрыва, скопление около 1,0 литра жидкой крови в правой плевральной полости. При микроскопическом исследовании секционного материала обнаружены патологические изменения, соответствующие ДВС-синдрому.</p> <p>Данный случай патологоанатом расценил как ятрогенную патологию. Массивное кровотечение с развитием ДВС-синдрома явилось непосредственной причиной смерти, связанной с ошибкой хирургического вмешательства, ранением верхней легочной вены корня правого легкого.</p>
В	1	Какая это клинико-морфологическая форма туберкулеза (первичный, гематогенный, вторичный туберкулез)?
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии у умершего выявлен вторичный туберкулез.
Р2	-	Ответ правильный. Клинико-морфологическая форма туберкулеза, выявленная на патологоанатомическом вскрытии, названа правильно
Р1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма туберкулеза, выявленная на патологоанатомическом вскрытии, названа не точно.
Р0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Что такое туберкулезная каверна? Как она образуется при туберкулезе легких? Опишите строение стенки хронической каверны.
Э	-	Туберкулезная каверна – это патологическая полость,

		образующаяся при туберкулезе. Она формируется на месте казеозного некроза при его расплавлении нейтрофильными лейкоцитами в период обострения, при наличии экссудата. Расплавленные массы некроза опорожняются в просвет бронха, формируется полость. Стенка хронической каверны представлена наружным слоем из фиброзной ткани, имеется слой грануляционной ткани, внутри может быть слой некротических масс, пропитанных лейкоцитами.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение туберкулезной каверны дано правильно. Объяснение ее образование при туберкулезе легких дано правильно. Описание строения стенки хронической каверны дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение туберкулезной каверны дано правильно. Объяснение ее образование при туберкулезе легких дано частично правильно или дано с ошибками. Описание строения стенки хронической каверны дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Чем опасно наличие каверны в легком в плане прогрессирования заболевания? Назовите возможные местные осложнения, связанные с наличием каверны в легком. Обоснуйте необходимость оперативного вмешательства в данном случае.
Э	-	Каверна в легком сообщается с бронхом, может быть бронхогенное распространение инфекции с вовлечением в воспалительный процесс нижележащих отделов легкого и прогрессированием заболевания. При туберкулезной каверне могут развиваться тяжелые осложнения, такие как кровотечение из аррозированного кровеносного сосуда стенки каверны, при локализации каверны субплеврально пневмоторакс, туберкулезный плеврит. Консервативное лечение эффекта выздоровления дать не может, поэтому в данном случае показано оперативное вмешательство.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение опасности прогрессирования заболевания при наличии каверны в легком дано правильно. Возможные осложнения при туберкулезной каверне в легком названы правильно, полно. Обоснование необходимости оперативного лечения дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение опасности прогрессирования заболевания при наличии каверны в легком дано частично правильно. Возможные осложнения при туберкулезной каверне в легком названы частично правильно. Обоснование необходимости оперативного вмешательства дано правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Дайте определение ятрогенной патологии. Какая ятрогенная патология должна выставляться в диагнозе в качестве основного заболевания?
Э	-	Ятрогенная патология – это любое новое побочное заболевание, вызванное действием врачебного персонала. В качестве

		основного заболевания ятрогения выставляется в том случае, если она послужила причиной смерти больного.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение ятрогении дано правильно. Ятрогенная патология, которая выставляется в диагнозе качестве основного заболевания, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение ятрогенной патологии названо частично правильно. Ятрогенная патология, которая выставляется в диагнозе в качестве основного заболевания, названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Сформулируйте патологоанатомический диагноз в данном случае. Что будет являться основным заболеванием, что осложнениями основного заболевания? Укажите категорию ятрогении в данном случае.
Э	-	В данном случае диагноз должен быть сформулирован как комбинированное основное заболевание. В качестве основного заболевания под цифрой 1 следует выставить «ранение верхней легочной вены во время операции резекции легкого», под цифрой 2 «фиброзно-кавернозный туберкулез с хронической каверной верхушки правого легкого в стадии регресса». В качестве осложнений основного заболевания записывается «массивная кровопотеря, ДВС-синдром». В данном случае ятрогения III категории. Она является основной причиной смерти больного, в патологоанатомическом диагнозе должна быть записана на первом месте.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно, основное заболевание определено как комбинированное правильно. Расстановка под цифрами 1 и 2 заболеваний сделана правильно, под цифрой 1 записано ятрогенная патология правильно. Категория ятрогении установлена правильно, обоснование этого решения сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован частично правильно. Основное заболевание определено как комбинированное правильно, основная причина смерти под цифрой 1 сформулировано не точно. Категория ятрогенной патологии установлено правильно, обоснование этого решения не сделано.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>48</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>У больного К. 62-х лет длительно текущий фиброзно-кавернозный туберкулез легких с поражением правого и левого легкого. Заболевание началось много лет назад. Несмотря на лечебные мероприятия значительного эффекта от лечения не наблюдалось, удавалось добиваться только состояния ремиссии. Ситуацияотягощена тем, что больной страдает также сахарным диабетом. Много лет постоянно находился под наблюдением фтизиатров и эндокринологов, получал адекватную терапию.</p> <p>В настоящее время нарастают симптомы хронической сердечно-легочной недостаточности, в связи с этим больной госпитализирован в лечебное учреждение.</p> <p>Назначена терапия для поддержания сердечной деятельности, мероприятия по борьбе с дыхательной недостаточностью, однако значительной положительной динамики от лечения не наблюдалось, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии диагноз фиброзно-кавернозного туберкулеза легких нашел подтверждение.</p>
В	1	Назовите основные морфологические изменения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, которые можно обнаружить при проведении аутопсии.
Э	-	В материалах аутопсии при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких обнаруживается асимметрия поражения с преимущественными изменениями одного легкого, чаще правого, наиболее ранние и более старые изменения локализуются в верхушке правого легкого, более поздние и более свежие в нижней части, поражение противоположного легкого возможно в меньшей степени. Типично наличие хронической туберкулезной каверны с фиброзными стенками, могут быть и свежие каверны, пневмосклероз, воспалительные изменения стенок бронхов разного калибра, бронхоэктазы, эмфизема. В нижних отделах легкого пневмонические очаги с казеозным некрозом.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные морфологические изменения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, которые можно обнаружить на аутопсии, названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные морфологические изменения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, которые можно обнаружить на аутопсии, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какой отдел сердца и как наиболее поражен при такой форме туберкулеза? Объясните патогенез морфологических изменений в сердце и патогенез хронической сердечно-легочной недостаточности в данном случае.
Э	-	При такой форме туберкулеза в случае распространенного

		поражения легких и наличия пневмосклероза развивается гипертрофия правых отделов сердца, особенно правого желудочка. Гипертрофия правых отделов сердца является рабочей (компенсаторной). Миокарду этих отделов приходится сокращаться с повышенной силой, так как нужно преодолевать повышенное сопротивление крови в малом круге кровообращения, где развилась вторичная легочная гипертензия из-за редукции кровеносного русла при пневмосклерозе. После длительного периода компенсации неизбежно развивается декомпенсация гипертрофированного сердца, так все ресурсы компенсации исчерпаны, появляются проявления хронической правожелудочковой недостаточности.
P2	-	Ответ правильный, полный. Отдел сердца, поражаемый при такой форме туберкулеза, назван правильно. Патологические изменения в нем названы правильно. Объяснение патогенеза морфологических изменений в сердце и патогенеза хронической сердечной недостаточности, дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Отдел сердца, поражаемый при такой форме туберкулеза, назван правильно, патологические изменения в нем названы правильно. Объяснение патогенеза морфологических изменений в сердце и патогенеза хронической сердечной недостаточности дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Назовите патологию, развивающуюся в органах большого круга кровообращения при хронической сердечной недостаточности. Дайте названия патологических изменений в органах и тканях большого круга кровообращения, используя общепринятые термины для их обозначения.
Э	-	В органах большого круга кровообращения будут проявления хронического венозного застоя. Можно видеть мускатную печень, цианотическую индурацию селезенки и почек, анасарку, асцит, гидроторакс, гидроперикардium, цианоз кожных покровов, особенно акроцианоз, развития язв в коже и мягких тканях нижних конечностей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патология в органах большого круга кровообращения, развивающиеся при хронической сердечной недостаточности, названа правильно. Общепринятые термины для обозначения этих изменений использованы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патология в органах большого круга кровообращения, развивающаяся при хронической сердечной недостаточности, названа правильно. Общепринятые термины для их обозначения их изменений использованы частично правильно или даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Назовите возможные непосредственные причины смерти при вторичном туберкулезе. Какова непосредственная причина смерти больного, который описан в задаче.

Э	-	При вторичном туберкулезе больные умирают от хронической легочно-сердечной недостаточности, вторичного амилоидоза с развитием хронической почечной недостаточности, осложнений, связанных с хронической каверной, чаще кровотечением, осложнениями, связанными с оперативным лечением, от прогрессирования туберкулезного процесса, возможна смерть при присоединении вторичной инфекции. Больной, который описан в задаче, умер от хронической легочно-сердечной недостаточности.
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственные причины смерти при вторичном туберкулезе названы правильно, перечислены полностью. Непосредственная причина смерти больного, который описан в задаче, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственные причины смерти при вторичном туберкулезе названы частично правильно или названы не точно. Непосредственная причина смерти больного, который описан в задаче, названа правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Сформулируйте патологоанатомический диагноз в данном случае.
Э	-	В данном случае «фиброзно-кавернозный туберкулез легких, хронические каверны правого легкого, диффузный пневмосклероз, бронхоэктазы, эмфизема» является основным заболеванием, осложнением основного заболевания будет «гипертрофия правых отделов сердца, хроническая легочно-сердечная недостаточность, хронический венозный застой в органах большого круга кровообращения».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>49</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В отделение гнойной хирургии госпитализирован больной Н. 69 лет с обширной флегмоной мягких тканей бедра, развившейся на месте травмы. Ситуация отягощена тем, что у пациента длительного течения декомпенсированный сахарный диабет. Проведено необходимое хирургическое вмешательство (вскрытие флегмоны, дренирование очага воспаления), назначена активная



		<p>антибактериальная терапия.</p> <p>Однако состояние больного ухудшалось, увеличились паховые лимфатические узлы, выраженная лихорадка, тяжелые признаки интоксикации, появились признаки острой почечной и печеночной недостаточности, проявление сердечно-сосудистой недостаточности. Рентгенологически в легких обнаружены множественные затемнения округлой формы. Взята кровь на посев, показавший положительный результат. В клинический диагноз выставлен сепсис. При проявлениях полиорганной недостаточности наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии заключительный клинический диагноз сепсиса подтвердился, обнаружены множественные абсцессы в легких, почках, печени, септическая селезенка, другие изменения, соответствующие диагнозу сепсис.</p>
В	1	Какая клинико-морфологическая форма сепсиса у умершего? Дайте определение этой формы сепсиса.
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии у умершего обнаружена септикопиемия. Септикопиемия – это клинико-морфологическая форма сепсиса, при которой ведущими являются гнойные процессы в воротах инфекции, бактериальная эмболия с образованием метастатических гнойников в разных органах.
P2	-	Ответ правильный. Клинико-анатомическая форма сепсиса определена правильно. Определение этой формы сепсиса дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-анатомическая форма сепсиса определена правильно. Определение этой формы сепсиса дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Что в данном случае следует считать септическим очагом? Дайте определение септического очага.
Э	-	В данном случае септическим очагом следует считать флегмону мягких тканей бедра. Септический очаг – это место размножения инфекта с его генерализацией, чаще с формированием первого очага воспаления, при септикопиемии очага гнойного воспаления.
P2	-	Ответ правильный. Септический очаг в данном случае установлен правильно. Определение септического очага дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Септический очаг в данном случае установлен правильно. Определение септического очага дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Объясните, почему увеличились паховые лимфатические узлы? Объясните патогенез развития множественных абсцессов в легких, почках, печени.
Э	-	Увеличение паховых лимфатических узлов связано с развитием в них воспаления, видимо гнойного. Лимфаденит, как и

		септическим очаг, относится к местным изменениям при сепсисе, развивается при лимфогенном распространении инфекции. Множественные абсцессы в разных органах развились из-за гематогенного распространения инфекции, бактериальной эмболии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение увеличения паховых лимфатических узлов дано правильно. Объяснение патогенеза множественных абсцессов в органах дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение увеличения лимфатических узлов паховой области дано частично правильно или не точно. Объяснение развития множественных абсцессов в органах дано правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Что такое септическая селезенка? Опишите ее внешний вид? Какие патологические изменения в ней развиваются?
Э	-	Септическая селезенка – это одно из типичных изменений при сепсисе, отражающих защитную реакцию кроветворной и иммунокомпетентной тканей на генерализованную инфекцию. Селезенка увеличена в размерах, красного цвета, дряблой консистенции, дает обильный соскоб. В селезенке развивается гиперплазия кроветворных и лимфоидных клеток.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение септической селезенки дано правильно. Описание ее внешнего вида дано правильно. Патологические изменения, развивающиеся в ней, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение септической селезенки дано не точно. Описание ее внешнего вида дано правильно. Патологические изменения, происходящие в ней, названы неправильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае основное заболевание может быть сформулировано как комбинированное. Под цифрой 1 можно записать «флегмона мягких тканей бедра, операция вскрытия флегмоны, дата ___», под цифрой 2 записать в качестве фонового заболевания «сахарный диабет 2-го типа, декомпенсированный (глюкоза крови ___), осложнением основного заболевания можно считать «септикопиемию».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>50</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных

		органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В больницу госпитализирован больной П. 46-х лет. Известно, что много лет имеет компенсированный ревматический порок сердца. В настоящее время жалобы на повышение температуры тела, резкую слабость.</p> <p>При поступлении заподозрено обострение ревматизма. Проведенные лабораторные, в том числе биохимические исследования, не подтвердили обострение ревматизма. Проведен дифференциальный диагноз с септическим эндокардитом. Несколько раз выполнено микробиологическое исследование крови, во всех случаях давшее положительный результат, высевался золотистый стафилококк.</p> <p>Начата интенсивная терапия, которая значительного эффекта не дала, лечение продолжалось в течение нескольких месяцев. В ходе развития заболевания присоединился гломерулонефрит с проявлением нефротического синдрома. Наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружен тромбо-язвенный эндокардит аортального клапана, распространенные васкулиты, морфологическая картина гломерулонефрита, инфаркты почки, септическая селезенка.</p>
В	1	Какая клинико-морфологическая форма сепсиса у умершего? Дайте определение этой формы сепсиса.
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии у умершего обнаружен «септический эндокардит». Это клинико-морфологическая форма сепсиса, при которой характерно септическое поражение клапанов сердца и выраженное иммунокомплексное повреждение сердечно-сосудистой системы и других органов.
Р2	-	Ответ правильный. Клинико-морфологическая форма сепсиса установлена правильно. Определение этой формы сепсиса дано правильно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма сепсиса установлена правильно. Определение этой формы сепсиса дано не точно или дано не точно.
Р0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какие микроскопические изменения аортального клапана должны быть обнаружены при аутопсии.
Э	-	При микроскопическом исследовании в полулуниях аортального клапана очаги некроза с формированием язвенных дефектов, соответственно им тромботические наложения. Очаговые

		воспалительные клеточные инфильтраты, преимущественно круглоклеточные, сформированные из лимфоидных и макрофагального типа клеток, склероз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения полулуний аортального клапана названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения полулуний аортального клапаны названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните патогенез васкулитов и патогенез гломерулонефрита у умершего. Назовите возможные морфологические формы гломерулонефрита у больных с такой формой сепсиса.
Э	-	Васкулиты при такой форме сепсиса развиваются как в связи с наличием в крови инфекционных агентов, а также как появление иммунокомплексного поражения. Развитие гломерулонефрита связано с циркулирующими иммунными комплексами (иммунокомплексный гломерулонефрит). При такой форме сепсиса возможно развитие разных вариантов мезангиального гломерулонефрита, возможен полулунный гломерулонефрит.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза васкулитов и патогенеза гломерулонефрита дано правильно. Морфологические формы гломерулонефрита при такой форме сепсиса названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза развития васкулитов и гломерулонефрита дано правильно. Морфологические формы гломерулонефрита при такой форме сепсиса названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Объясните патогенез инфарктов почки.
Э	-	Инфаркты в почках являются результатом тромбоэмболического синдрома. Источником тромбоэмболии мог быть аортальный клапан, причиной инфарктов почки могли быть также тромбы, образованные из-за наличия воспаления стенок артерий большого круга кровообращения, почечной артерии и ее ветвей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза инфаркта почки дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза инфаркта почки дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Опишите типичные макроскопические изменения селезенки при сепсисе. Какие микроскопические изменения в ней при этом происходят?
Э	-	При такой форме сепсиса типично развитие септической селезенки. Селезенка увеличена в размерах, красного цвета, дряблой консистенции, дает обильный соскоб. Эти изменения связаны с гиперплазией кроветворной и лимфоидной ткани в ответ на генерализованную инфекцию.

P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопические изменения селезенки при сепсисе описаны правильно, полно. Микроскопические изменения, происходящие в ней, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопические изменения селезенки при сепсисе, описаны правильно. Микроскопические изменения, происходящие в ней, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания

№	Тестовые задания
	Раздел 1. Общий курс патологической анатомии
1	Некроз – это омертвление <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клеток в связи с нарушением обмена веществ</li> <li>2) только паренхиматозных клеток</li> <li>3) клеток и тканей в живом организме</li> <li>4) клеток и тканей после смерти</li> <li>5) генетически запрограммированное</li> </ol>
2	Причинами некроза являются <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфекционные агенты</li> <li>2) аллергические факторы</li> <li>3) химические вещества</li> <li>4) расстройства кровообращения</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
3	Назовите морфологический вид некроза <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сосудистый</li> <li>2) аллергический</li> <li>3) коагуляционный</li> <li>4) травматический</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
4	Сухой некроз имеет цвет <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бело-желтый</li> <li>2) черный</li> <li>3) темно-вишневый</li> <li>4) синюшный</li> <li>5) темно-коричневый</li> </ol>
5	Выделите неверное положение в характеристике влажного некроза <ol style="list-style-type: none"> <li>1) черного цвета</li> <li>2) содержит много влаги</li> <li>3) нарушает функцию органа</li> <li>4) часто развивается в головном мозге</li> <li>5) в исходе образуется киста</li> </ol>

6	<p>Для гангрены типичен цвет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желтый</li> <li>2) бело-серый</li> <li>3) черный</li> <li>4) темно-вишневый</li> <li>5) синюшный</li> </ol>
7	<p>Выделите неверное положение в характеристике гангрены</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) черного цвета</li> <li>2) соприкасается с внешней средой</li> <li>3) часто развивается в кишечнике</li> <li>4) вызывает нарушение функции</li> <li>5) в исходе образуется киста</li> </ol>
8	<p>Выделите неверное положение в характеристике сухого некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бело-желтого цвета</li> <li>2) развивается в почке, селезенке</li> <li>3) в исходе часто организация</li> <li>4) может быть сосудистым</li> <li>5) является всегда прямым некрозом</li> </ol>
9	<p>Морфологический вид некроза типичный для миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) влажная гангрена</li> <li>2) сухая гангрена</li> <li>3) влажный некроз</li> <li>4) сухой некроз</li> <li>5) пролежень</li> </ol>
10	<p>Наиболее частая локализация колликвационного некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) селезенка</li> <li>2) почка</li> <li>3) печень</li> <li>4) головной мозг</li> <li>5) миокард</li> </ol>
11	<p>Влажная гангрена типична для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кишечника</li> <li>2) почек</li> <li>3) печени</li> <li>4) головного мозга</li> <li>5) миокарда</li> </ol>
12	<p>Непрямой некроз часто вызывается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфекцией</li> <li>2) токсинами</li> <li>3) химическими факторами</li> <li>4) травматическими факторами</li> <li>5) прекращением притока крови</li> </ol>
13	<p>Выделите из перечисленного влажный некроз</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) творожистый некроз</li> <li>2) фибриноидный некроз</li> <li>3) ишемический инфаркт селезенки</li> <li>4) ишемический инфаркт головного мозга</li> <li>5) восковидный некроз</li> </ol>
14	<p>Пролежень – разновидность</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркта</li> <li>2) гангрены</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) сухого некроза</li> <li>4) влажного некроза</li> <li>5) изъязвления</li> </ul>
15	<p>При некрозе наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) вакуолизация цитоплазмы</li> <li>2) вакуолизация ядра</li> <li>3) плазмолиз</li> <li>4) исчезновение гликогена</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
16	<p>При некрозе наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) вакуолизация цитоплазмы</li> <li>2) вакуолизация ядра</li> <li>3) исчезновение гликогена</li> <li>4) кариолизис</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
17	<p>Выделите неверное положение в характеристике пролежня</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) разновидность гангрены</li> <li>2) развивается в тканях подвергшихся давлению</li> <li>3) по патогенезу трофоневротический</li> <li>4) в исходе типична петрификация</li> <li>5) развивается у тяжелых лежачих больных</li> </ul>
18	<p>Вокруг очага некроза уже через 2-3 дня формируется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) отложение солей кальция</li> <li>2) костная ткань</li> <li>3) демаркационное воспаление</li> <li>4) фиброзная капсула</li> <li>5) грубоволокнистая соединительная ткань</li> </ul>
19	<p>Неблагоприятный исход некроза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) инкапсуляция</li> <li>2) организация</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) гнойное расплавление</li> <li>5) оссификация</li> </ul>
20	<p>Участок мертвой ткани, не подвергающийся аутолизу или иному исходу – это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) петрификат</li> <li>2) пролежень</li> <li>3) инфаркт</li> <li>4) секвестр</li> <li>5) рубец</li> </ul>
21	<p>Осложнение некроза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) рассасывание</li> <li>2) организация</li> <li>3) инкапсуляция</li> <li>4) разрыв стенки полого органа</li> <li>5) петрификация</li> </ul>
22	<p>Цвет некротизированных тканей при гангрене обусловлен</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) меланином</li> <li>2) гемосидерином</li> <li>3) билирубином</li> <li>4) солянокислым гематином</li> <li>5) сернистым железом</li> </ul>

23	Гангрена может развиваться в 1) почке 2) миокарде 3) головном мозге 4) мягких тканях нижней конечности 5) во всех перечисленных локализациях
24	Гангрена может развиваться в 1) почке 2) миокарде 3) легком 4) печени 5) головном мозге
25	Воспалительная реакция сопровождается 1) некроз 2) апоптоз 3) пролиферацию 4) вакуолизацию цитоплазмы 5) полнокровие
26	Апоптозом называется 1) гибель клеток в живом организме 2) контролируемый процесс самоуничтожения клеток 3) гибель тканей после прекращения жизнедеятельности организма 4) гибель паренхиматозных клеток
27	Апоптоз обычно захватывает 1) отдельные клетки 2) участки паренхимы органа 3) часть органа 4) целый орган
28	При световой микроскопии апоптозные тельца выглядят как 1) базофильные тельца с фрагментами ядра 2) эозинофильные тельца с фрагментами ядра 3) вакуоли 4) кристаллы холестерина 5) зернистые шары
29	Превращение хроматина при апоптозе 1) лизис 2) дисперсия 3) конденсация 4) гетерохромия
30	Компонент апоптозных телец 1) ядро с ядрышком 2) вакуоли с липидами 3) гигантские митохондрии 4) фрагменты цитоплазмы и ядра 5) расширенные цистерны эндоплазматической сети
31	Апоптозные тельца подвергаются 1) аутолизу 2) фагоцитозу 3) организации 4) инкапсуляции 5) ослизнению



32	<p>Клетки, фагоцитирующие апоптозные тельца</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофаги</li> <li>2) лимфоциты</li> <li>3) моноциты</li> <li>4) плазматические клетки</li> <li>5) фибробласты</li> </ol>
33	<p>Что происходит в исходе апоптоза?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фагоцитоз</li> <li>2) организация</li> <li>3) инкапсуляция</li> <li>4) регенарция</li> <li>5) петрификация</li> </ol>
34	<p>Генетические запрограммированная гибель клеток называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некроз</li> <li>2) аутолиз</li> <li>3) апоптоз</li> <li>4) мумификация</li> <li>5) секвестр</li> </ol>
35	<p>Неглубокий дефект в результате отторжения некроза слизистой оболочки называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) язва</li> <li>2) эрозия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) секвестр</li> <li>5) апоптоз</li> </ol>
36	<p>Глубокий дефект стенки желудка в результате отторжения некроза называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) язва</li> <li>2) эрозия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) секвестр</li> <li>5) апоптоз</li> </ol>
37	<p>Некроз черного цвета в связи с накоплением сернистого железа – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркт</li> <li>2) язва</li> <li>3) секвестр</li> <li>4) гангрена</li> <li>5) эрозия</li> </ol>
38	<p>Фибриноидный некроз часто развивается в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нервных клетках</li> <li>2) легких</li> <li>3) стенке кровеносных сосудов</li> <li>4) печени</li> <li>5) слизистой оболочке ротовой полости</li> </ol>
39	<p>Казеозный некроз типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизма</li> <li>2) туберкулеза</li> <li>3) гипертонической болезни</li> <li>4) дизентерии</li> <li>5) дифтерии</li> </ol>
40	<p>В головном мозге часто развивается морфологический вид некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гангрена</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) влажный некроз</li> <li>3) сухой некроз</li> <li>4) киста</li> <li>5) секвестр</li> </ul>
41	<p>Организация некроза – это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) формирование капсулы</li> <li>2) отложение извести</li> <li>3) образование кости</li> <li>4) образование кисты</li> <li>5) врастание соединительной ткани в очаг</li> </ul>
42	<p>Киста – это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаговое разрастание соединительной ткани</li> <li>2) формирование капсулы на периферии патологического очага</li> <li>3) патологическая полость, имеющая стенки и содержимое</li> <li>4) отложение солей кальция</li> <li>5) очаг влажного некроза</li> </ul>
43	<p>Петрификация – это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) формирование кости</li> <li>2) разрастание соединительной ткани</li> <li>3) отложение извести</li> <li>4) формирование капсулы</li> <li>5) гнойное расплавление</li> </ul>
44	<p>Отложение солей кальция в участке некроза – это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) оссификация</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) пролежень</li> <li>5) инфаркт</li> </ul>
45	<p>Выберите неблагоприятный исход некроза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) гнойное расплавление</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) оссификация</li> <li>5) образование кисты</li> </ul>
46	<p>Повреждение, проявляющееся внутри- и внеклеточными скоплениями ненормальных количеств веществ, может называться</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) некроз</li> <li>2) апоптоз</li> <li>3) дистрофия</li> <li>4) атрофия</li> <li>5) гипертрофия</li> </ul>
47	<p>Резко выраженная гидропическая дистрофия называется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) балонной</li> <li>2) гиалиновой</li> <li>3) жировой</li> <li>4) слизистой</li> <li>5) роговой</li> </ul>
48	<p>Гидропическая дистрофия гепатоцитов наблюдается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) стеатозе печени</li> <li>2) вирусном гепатите В</li> <li>3) эхинококке печени</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) сахарном диабете</li> <li>5) ожирении</li> </ul>
49	<p>Гидропическая дистрофия эпителия канальцев почки наблюдается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ожирении</li> <li>2) нефротическом синдроме</li> <li>3) вирусном гепатите В</li> <li>4) гипертензии</li> <li>5) атеросклерозе</li> </ul>
50	<p>Алкогольный гиалин является белковым продуктом</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) распада</li> <li>2) синтеза</li> <li>3) аутолиза</li> <li>4) слизееобразования</li> <li>5) фагоцитоза</li> </ul>
51	<p>Скопление масс белка в цитоплазме эпителия канальцев почки может быть при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гидропической дистрофии</li> <li>2) слизистой дистрофии</li> <li>3) стеатозе</li> <li>4) гиалиново-капельной дистрофии</li> <li>5) атрофии</li> </ul>
52	<p>Для жировой дистрофии (стеатоза) печени характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение размеров органа</li> <li>2) плотная консистенция органа</li> <li>3) бугристая поверхность органа</li> <li>4) липиды в цитоплазме гепатоцитов</li> <li>5) исчезновение ядер гепатоцитов</li> </ul>
53	<p>Причина жировой дистрофии (стеатоза) печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) усиление кровотока</li> <li>2) гипоксия</li> <li>3) гипертензия</li> <li>4) острый ревматизм</li> <li>5) зубная болезнь</li> </ul>
54	<p>При белковом голодании жировая паренхиматозная дистрофия обычно развивается в</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) печени</li> <li>2) почках</li> <li>3) миокарде</li> <li>4) надпочечниках</li> <li>5) селезенке</li> </ul>
55	<p>Для паренхиматозной жировой дистрофии миокарда характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) появление прослойки соединительной ткани</li> <li>2) увеличение размеров миоцитов</li> <li>3) уменьшение размеров миоцитов</li> <li>4) липиды в цитоплазме в группах мышечных клеток</li> <li>5) липиды в цитоплазме тотально во всех мышечных клетках</li> </ul>
56	<p>Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда выявляется при окраске</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гематоксилином и эозином</li> <li>2) суданом 3</li> <li>3) пикриновой кислотой</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) по Ван-Гизону</li> <li>5) толуидиновым синим</li> </ul>
57	<p>Клиническое проявление паренхиматозной жировой дистрофии миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) снижение сократительной способности</li> <li>2) увеличение сократительной способности</li> <li>3) гипертензия</li> <li>4) разрыв стенки сердца</li> </ul>
58	<p>Стеатоз печени развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) алкоголизме</li> <li>2) гипертензии</li> <li>3) вирусном гепатите А</li> <li>4) вирусном гепатите В</li> <li>5) зубной болезни</li> </ul>
59	<p>Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда развивается обычно при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гипертензии</li> <li>2) дифтерии</li> <li>3) белковом голодании</li> <li>4) авитаминозах</li> <li>5) сахарном диабете</li> </ul>
60	<p>Печень называется «гусиной» при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническом венозном полнокровии</li> <li>2) белковой дистрофии</li> <li>3) гиалинозе капсулы</li> <li>4) стеатозе</li> <li>5) амилоидозе</li> </ul>
61	<p>Наиболее типичный исход стеатоза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) восстановление структуры</li> <li>2) переход в белковую дистрофию</li> <li>3) переход в массивный некроз печени</li> <li>4) переход в цирроз печени</li> </ul>
62	<p>Накопление липидов в стенке крупных артерий типично для</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) воспаления</li> <li>2) аневризмы</li> <li>3) атеросклероза</li> <li>4) кахексии</li> <li>5) ожирения</li> </ul>
63	<p>Сердце называется «тигровым», так как имеется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) разрастание жировой ткани в миокарде</li> <li>2) очаги некроза в миокарде</li> <li>3) накопление липидов в группах миоцитов</li> <li>4) накопление масс белка в группах миоцитов</li> <li>5) неравномерное полнокровие миокарда</li> </ul>
64	<p>Роговая дистрофия имеет место при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) витилиго</li> <li>2) лейкоплакии</li> <li>3) распространенном меланозе</li> <li>4) меланоме кожи</li> <li>5) всём перечисленном</li> </ul>

65	Какой из перечисленных процессов может быть обратимым? 1) апоптоз 2) гиалиноз 3) амилоидоз 4) мукоидное набухание 5) фибриноидные изменения
66	Гиалиноз клапанов сердца типичен для 1) врожденного порока сердца 2) ревматизма 3) гипертонической болезни 4) сахарного диабета 5) алкоголизма
67	Системный гиалиноз артериол типичен для 1) атеросклероза 2) алкоголизма 3) гипертонической болезни 4) туберкулеза 5) сифилиса
68	Гиалиновым изменениям подвергаются 1) петрификаты 2) массы амилоида 3) соединительная ткань 4) костная ткань 5) хрящевая ткань
69	Амилоид – белок, который откладывается 1) в клетках 2) в ядре клеток 3) между клетками 4) в очаге некроза 5) в очаге обызвествления
70	В гистологическом препарате амилоид выявляется с помощью окраски 1) гематоксилин и эозин 2) конго-рот 3) судан 3 4) по Ван-Гизону 5) толуидиновым синим
71	Амилоид может осложнять течение 1) бронхоэктатической болезни 2) гипертонической болезни 3) атеросклероза 4) острой пневмонии 5) острой дизентерии
72	При амилоидозе почка имеет вид 1) большой пестрой 2) большой белой 3) первично-сморщенной 4) мелкобугристой 5) крупнодольчатой
73	Вторичный амилоидоз может осложнять течение 1) туберкулеза 2) сахарного диабета

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) гипертонической болезни</li> <li>4) атеросклероза</li> <li>5) гепатита</li> </ul>
74	<p>Амилоидоз, развивающийся на фоне предшествующего заболевания, называется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) первичный</li> <li>2) вторичный</li> <li>3) старческий</li> <li>4) наследственный</li> <li>5) семейный</li> </ul>
75	<p>Наиболее частая причина смерти при вторичном амилоидозе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>2) острая сердечная недостаточность</li> <li>3) хроническая почечная недостаточность</li> <li>4) острая почечная недостаточность</li> <li>5) острая надпочечниковая недостаточность</li> </ul>
76	<p>Типичным для внешнего вида органов при амилоидозе является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очень дряблая консистенция</li> <li>2) очень плотная консистенция</li> <li>3) пестрый вид на разрезе</li> <li>4) бугристая поверхность</li> <li>5) западающие рубцы</li> </ul>
77	<p>Типичным для внешнего вида органов при амилоидозе является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дряблая консистенция</li> <li>2) пестрый вид на разрезе</li> <li>3) сальный вид на разрезе</li> <li>4) крупнобугристая поверхность</li> <li>5) мелкобугристая поверхность</li> </ul>
78	<p>В почке амилоид откладывается в</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) почечном клубочке</li> <li>2) эпителии извитых канальцев</li> <li>3) эпителии прямых канальцев</li> <li>4) фиброзной капсуле</li> <li>5) во всем перечисленном</li> </ul>
79	<p>Общее ожирение способствует развитию</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бурой атрофии сердца</li> <li>2) миокардита</li> <li>3) ишемической болезни сердца</li> <li>4) острого панкреатита</li> <li>5) зубной болезни</li> </ul>
80	<p>При общем ожирении в сердце наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) появление липидов в цитоплазме миоцитов</li> <li>2) появление прослоек жировой ткани в миокарде</li> <li>3) появление прослоек фиброзной ткани в миокарде</li> <li>4) отложение извести</li> <li>5) очаги некроза миоцитов</li> </ul>
81	<p>Для гиперпластического варианта ожирения верно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) имеет злокачественное течение</li> <li>2) количество адипозитов увеличено</li> <li>3) адипозиты содержат избыточное количество триглицеридов</li> <li>4) сочетается с метаболическими изменениями</li> <li>5) все перечисленное верно</li> </ul>

82	<p>Для гипертрофического варианта ожирения верно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеет злокачественное течение</li> <li>2) количество адипозитов увеличено</li> <li>3) функция адипозитов не нарушена</li> <li>4) нет метаболических нарушений</li> <li>5) все перечисленное верно</li> </ol>
83	<p>Пигменты – это вещества</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеющие окраску</li> <li>2) способные воспринимать красители</li> <li>3) белковой природы</li> <li>4) растворимые в липидах</li> </ol>
84	<p>К пигментам относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липиды в цитоплазме гепатоцитов</li> <li>2) белки в цитоплазме нефроцитов</li> <li>3) билирубин в цитоплазме гепатоцитов</li> <li>4) соли кальция в соединительной ткани</li> <li>5) всё перечисленное</li> </ol>
85	<p>К эндогенным пигментам нельзя отнести</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) меланин</li> <li>2) липофусцин</li> <li>3) гемосидерин</li> <li>4) билирубин</li> <li>5) сернистое железо</li> </ol>
86	<p>К пигментам, производным гемоглобина, относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) меланин</li> <li>2) липофусцин</li> <li>3) гемосидерин</li> <li>4) липохром</li> <li>5) адренохром</li> </ol>
87	<p>Верным в отношении гемосидерина является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экзогенный пигмент</li> <li>2) производное гемоглобина</li> <li>3) черного цвета</li> <li>4) в норме не встречается</li> <li>5) не содержит железа</li> </ol>
88	<p>При бурой индурации легких накапливается пигмент</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) солянокислый гематин</li> <li>2) билирубин</li> <li>3) гемосидерин</li> <li>4) липофусцин</li> <li>5) угольная пыль</li> </ol>
89	<p>Типичным для бурой индурации легких является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) легкие темно-вишневого цвета</li> <li>2) плотной консистенции</li> <li>3) просвет бронхов расширен</li> <li>4) просвет альвеол расширен</li> <li>5) пример общего гемосидероза</li> </ol>

90	<p>Типичным для бурой индурации легких является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнездное скопление гемосидерина</li> <li>2) истончение межальвеолярных перегородок</li> <li>3) расширение просвета альвеол</li> <li>4) развивается при остром венозном полнокровии</li> <li>5) пример общего гемосидероза</li> </ol>
91	<p>Верным в отношении билирубина является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пигмент желчи</li> <li>2) в крови в норме не выявляется</li> <li>3) содержит железо</li> <li>4) производное меланина</li> <li>5) липидогенный пигмент</li> </ol>
92	<p>В зоне кровоизлияния со временем появляется пигмент</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) адренохром</li> <li>2) меланин</li> <li>3) липофусцин</li> <li>4) гемосидерин</li> <li>5) липохром</li> </ol>
93	<p>Реакция Перлса выявляет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемосидерин</li> <li>2) билирубин</li> <li>3) порфирин</li> <li>4) меланин</li> <li>5) липофусцин</li> </ol>
94	<p>При язвах и эрозиях желудка образуется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемомеланин</li> <li>2) порфирин</li> <li>3) солянокислый гематин</li> <li>4) хлорид железа</li> <li>5) сульфид железа</li> </ol>
95	<p>При кахексии в печени накапливается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемосидерин</li> <li>2) билирубин</li> <li>3) меланин</li> <li>4) липофусцин</li> <li>5) ферритин</li> </ol>
96	<p>Верным в отношении липофусцина является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экзогенный пигмент</li> <li>2) гемоглобиногенный пигмент</li> <li>3) содержит железо</li> <li>4) накапливается в цитоплазме гепатоцита</li> <li>5) нарушает функцию гепатоцита</li> </ol>
97	<p>К нарушению обмена меланина относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) витилиго</li> <li>2) лейкоплакия</li> <li>3) гемохроматоз</li> <li>4) желтуха</li> <li>5) синдром Жильбера</li> </ol>



98	Верным в отношении меланина является 1) экзогенный пигмент 2) производное гемоглобина 3) содержит железо 4) желтого цвета 5) синтезируется меланоцитами
99	Падагра – это нарушение обмена 1) липидов 2) нуклеопротеидов 3) аминокислот 4) пигментов 5) кальция
100	Мочекислый инфаркт – это нарушение обмена 1) кальция 2) калия 3) липидогенных пигментов 4) гемоглобиногенных пигментов 5) нуклеопротеидов
101	К дистрофическому обызвествлению относится 1) соли кальция в неизменной слизистой оболочке желудка 2) известковые метастазы в почках 3) петрификация некроза 4) соли кальция в неизменных легких 5) соли кальция в миокарде при гиперкальцемии
102	Вид патологического обызвествления 1) обменное 2) очаговое 3) диффузное 4) метастатическое 5) идиопатическое
103	Вид патологического обызвествления 1) обменное 2) очаговое 3) диффузное 4) дистрофическое 5) идиопатическое
104	Метастатическое обызвествление развивается при 1) анемии 2) гипоксии 3) липедемии 4) гиперкальцемии 5) гипокальцемии
105	Не является верным в характеристике дистрофического обызвествления 1) местный процесс 2) нет гиперкальцемии 3) известь откладывается в патологически измененных органах 4) нет нарушения функции органа 5) может быть при избыточном введении витамина Д

106	<p>Не является верным в отношении метастатического обызвествления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеется гиперкальцемия</li> <li>2) поражено несколько органов</li> <li>3) функция органов не нарушена</li> <li>4) известь откладывается в патологически измененных органах</li> <li>5) может быть при избыточном введении витамина Д</li> </ol>
107	<p>Пример дистрофического обызвествления – отложение солей кальция в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) слизистой оболочке желудка при гиперкальцемии</li> <li>2) клапанах сердца при ревматизме</li> <li>3) миокарде при гиперкальцемии</li> <li>4) неизмененных почках</li> <li>5) неизмененных легких</li> </ol>
108	<p>Соли кальция при метастатическом обызвествлении откладываются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соединительнотканых рубцах</li> <li>2) фиброзных спайках</li> <li>3) тромбе</li> <li>4) склерозированных клапанах сердца</li> <li>5) в почках, легких при гиперкальцемии</li> </ol>
109	<p>Петрификаты в исходе казеозного некроза наблюдается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизме</li> <li>2) туберкулезе</li> <li>3) атеросклерозе</li> <li>4) гипертонической болезни</li> <li>5) дизентерии</li> </ol>
110	<p>Укажите название вида местной артериальной гиперемии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обтурационная</li> <li>2) постанемическая</li> <li>3) ишемическая</li> <li>4) гидростатическая</li> <li>5) механическая</li> </ol>
111	<p>Вакатная артериальная гиперемия развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) постановке медицинских банок</li> <li>2) удалении зажима, наложенного на артерию</li> <li>3) закрытии тромбом магистральной артерии</li> <li>4) параличе сосудосуживающего нерва</li> <li>5) всем перечисленном</li> </ol>
112	<p>Для развития венозного полнокровия нужно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение притока крови</li> <li>2) уменьшение притока крови</li> <li>3) увеличение оттока крови</li> <li>4) уменьшение оттока крови</li> <li>5) прекращение притока крови</li> </ol>
113	<p>Местное венозное полнокровие развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) закрытии просвета артерии тромбом</li> <li>2) закрытии просвета вены тромбом</li> <li>3) сдавлении артерии жгутом</li> <li>4) инфаркте миокарда</li> <li>5) декомпенсации гипертрофированного сердца</li> </ol>
114	<p>Общее венозное полнокровие развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) декомпенсации гипертрофированного сердца</li> <li>2) сдавлении вены</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) обтурации вены тромбом</li> <li>4) сужении просвета вены растущей опухолью</li> <li>5) варикозном расширении вен</li> </ul>
115	<p>Острый общий венозный застой развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркте миокарда</li> <li>2) кардиосклерозе</li> <li>3) хронической аневризме сердца</li> <li>4) пороках сердца</li> <li>5) пневмосклерозе</li> </ul>
116	<p>Хронический общий венозный застой развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркте миокарда</li> <li>2) остром миокардите</li> <li>3) миокардиодистрофии</li> <li>4) кардиосклерозе</li> <li>5) острой аневризме сердца</li> </ul>
117	<p>При остром венозном полнокровии в тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) склероз</li> <li>2) атрофия</li> <li>3) петрификация</li> <li>4) отек</li> <li>5) гиалиноз</li> </ul>
118	<p>При остром венозном полнокровии в органах и тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) склероз</li> <li>2) атрофия паренхиматозных клеток</li> <li>3) гипертрофия паренхиматозных клеток</li> <li>4) диапедез эритроцитов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
119	<p>При хроническом венозном полнокровии в органах и тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия паренхиматозных клеток</li> <li>2) отложение извести</li> <li>3) отложение амилоида</li> <li>4) воспаление</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
120	<p>При хроническом венозном полнокровии в легких развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаги некроза</li> <li>2) воспаление</li> <li>3) склероз</li> <li>4) амилоидоз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
121	<p>При остром венозном полнокровии в легком развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гемосидероз</li> <li>2) отек</li> <li>3) склероз</li> <li>4) гиалиноз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
122	<p>Печень называется «мускатной» при</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) остром венозном полнокровии</li> <li>2) хроническом венозном полнокровии</li> <li>3) анемии</li> <li>4) шоке</li> <li>5) ДВС-синдроме</li> </ul>

123	<p>Печень при венозном полнокровии имеет мускатный вид, так как</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в центре долек кровоизлияния</li> <li>2) в центре долек атрофия гепатоцитов</li> <li>3) на периферии долек гипертрофия гепатоцитов</li> <li>4) начинает разрастаться соединительная ткань</li> <li>5) появляется перестройка структуры долек</li> </ol>
124	<p>Исход мускатной печени</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гепатит</li> <li>2) цирроз</li> <li>3) стеатоз</li> <li>4) массивный некроз</li> <li>5) механическая желтуха</li> </ol>
125	<p>При хроническом общем венозном полнокровии развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мускатная печень</li> <li>2) гидроцефалия</li> <li>3) большая белая почка</li> <li>4) большая сальная почка</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
126	<p>При хроническом общем венозном полнокровии развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мускатная печень</li> <li>2) бурая индурация легких</li> <li>3) цианотическая индурация почек</li> <li>4) асцит</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
127	<p>При хроническом венозном застое в печени развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отложение амилоида</li> <li>2) отложение извести</li> <li>3) атрофия гепатоцитов</li> <li>4) холестаз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
128	<p>В легких накапливается гемосидерин при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) остром венозном полнокровии</li> <li>2) хроническом венозном полнокровии</li> <li>3) острой пневмонии</li> <li>4) эмфиземе</li> <li>5) шоке</li> </ol>
129	<p>При инфаркте миокарда левого желудочка сердца развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острое венозное полнокровие большого круга кровообращения</li> <li>2) острое венозное полнокровие малого круга кровообращения</li> <li>3) хроническое венозное полнокровие большого круга кровообращения</li> <li>4) хроническое венозное полнокровие малого круга кровообращения</li> </ol>
130	<p>Острое венозное полнокровие малого круга кровообращения развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) декомпенсации гипертрофированного сердца</li> <li>2) пороке сердца</li> <li>3) кардиосклерозе</li> <li>4) инфаркте миокарда</li> <li>5) всем перечисленным</li> </ol>
131	<p>При декомпенсированном митральном стенозе в легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пневмония</li> <li>2) бурая индурация легких</li> <li>3) гематома</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) отложение амилоида</li> <li>5) отложение извести</li> </ul>
132	<p>При инфаркте левого желудочка сердца в легком развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бурая индурация</li> <li>2) пневмосклероз</li> <li>3) отек</li> <li>4) гемосидероз</li> <li>5) воспаление</li> </ul>
133	<p>При декомпенсированном митральном стенозе в легких развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) опухоль</li> <li>2) некроз</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) воспаление</li> <li>5) склероз</li> </ul>
134	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение размеров органа</li> <li>2) пестрый вид на разрезе</li> <li>3) дряблая консистенция</li> <li>4) бугристая поверхность</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
135	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение размеров органа</li> <li>2) плотная консистенция</li> <li>3) пестрый вид на разрезе</li> <li>4) нижний край печени закруглен</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
136	<p>Не может развиваться в органах и тканях при остром венозном застое</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) отек</li> <li>2) плазморрагия</li> <li>3) склероз</li> <li>4) диапедез эритроцитов</li> <li>5) дистрофия паренхиматозных клеток</li> </ul>
137	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ишемия центра дольки</li> <li>2) полнокровие центра дольки</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) гипертрофия гепатоцитов центра дольки</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
138	<p>При мускатной печени в центре дольки наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кровоизлияние</li> <li>2) полнокровие</li> <li>3) атрофия гепатоцитов</li> <li>4) начало разрастания соединительной ткани</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
139	<p>Кровоизлиянием называется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) скопление крови в серозных полостях</li> <li>2) скопление крови в тканях</li> <li>3) истечение крови из сосуда</li> <li>4) истечение крови во внешнюю среду</li> <li>5) разрыв стенки сосуда</li> </ul>

140	<p>Название скопления крови в анатомической полости</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидроторакс</li> <li>2) гидроперитониум</li> <li>3) гематома</li> <li>4) гемоперикардиум</li> <li>5) геморрагия</li> </ol>
141	<p>Название механизма кровотечения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стаз</li> <li>2) плазморрагия</li> <li>3) геморрагия</li> <li>4) диапедез</li> <li>5) ангиоспазм ангиоспазм</li> </ol>
142	<p>Название кровоизлияния</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематома</li> <li>2) геморрагия</li> <li>3) асцит</li> <li>4) анасарка</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
143	<p>Быстрая большая кровопотеря ведет к развитию</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венозного полнокровия</li> <li>2) отека органов</li> <li>3) стаза</li> <li>4) острого малокровия</li> <li>5) хронического малокровия</li> </ol>
144	<p>На месте кровоизлияния со времени образуется пигмент</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) меланин</li> <li>2) липофусцин</li> <li>3) гемосидерин</li> <li>4) липохром</li> <li>5) гемоглобин</li> </ol>
145	<p>«Ржавая» киста головного мозга образуется на месте</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некроза</li> <li>2) гематомы</li> <li>3) ишемического инфаркта</li> <li>4) опухоли</li> <li>5) эхинококка</li> </ol>
146	<p>На месте гематомы в головном мозге обычно формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) киста</li> <li>2) рубец</li> <li>3) опухоль</li> <li>4) отложение солей кальция</li> <li>5) отложение извести</li> </ol>
147	<p>Наиболее неблагоприятный исход кровоизлияния</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) киста</li> <li>2) нагноение</li> <li>3) рубец</li> <li>4) петрификация</li> <li>5) рассасывание</li> </ol>

148	<p>Что такое гематома?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) скопление крови в серозных полостях</li> <li>2) скопление крови в тканях без их разрушения</li> <li>3) скопление крови в тканях с их разрушением</li> <li>4) плоскостное кровоизлияние</li> <li>5) мелкоточечное кровоизлияние</li> </ol>
149	<p>Путем разъедания развивается кровотечение при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойном воспалении</li> <li>2) хроническом венозном застое</li> <li>3) остром венозном застое</li> <li>4) гипертоническом кризе</li> <li>5) механической травме</li> </ol>
150	<p>Путем разрыва развивается кровотечение при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойном воспалении</li> <li>2) хроническом венозном застое</li> <li>3) остром венозном застое</li> <li>4) гипертоническом кризе</li> <li>5) опухоли</li> </ol>
151	<p>Путем диапедеза развивается кровоизлияние при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) механической травме</li> <li>2) остром венозном застое</li> <li>3) опухоли</li> <li>4) внематочной беременности</li> <li>5) некрозе</li> </ol>
152	<p>Кровоизлияние, при котором формируется некроз, называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) геморрагия</li> <li>2) гематома</li> <li>3) геморрагическая инфильтрация</li> <li>4) петехия</li> <li>5) кровоподтек</li> </ol>
153	<p>Исходом кровоизлияния является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематома</li> <li>2) организация</li> <li>3) некроз</li> <li>4) петехия</li> <li>5) нарушение функции</li> </ol>
154	<p>Гематома головного мозга при гипертонической болезни развивается путем</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разрыва</li> <li>2) разъедания</li> <li>3) повышения проницаемости</li> </ol>
155	<p>Множественные петехии в коже при инфекциях развиваются путем</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разрыва</li> <li>2) разъедания</li> <li>3) повышения проницаемости</li> </ol>
156	<p>Определение стаза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение притока артериальной крови</li> <li>2) увеличение вязкости крови</li> <li>3) затруднение оттока крови из органа</li> <li>4) остановка тока крови в микроциркуляторном русле</li> <li>5) прекращение притока артериальной крови</li> </ol>

157	<p>Развитие стаза не возможно в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) прекапиллярах</li> <li>2) артериолах</li> <li>3) посткапиллярах</li> <li>4) капиллярах</li> <li>5) артериях</li> </ol>
158	<p>Наиболее тяжелое последствие стойкого стаза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сладж-феномен</li> <li>2) периваскулярный отек</li> <li>3) плазморрагия</li> <li>4) диапедез эритроцитов</li> <li>5) некроз паренхиматозных клеток</li> </ol>
159	<p>При стазе развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сладж-феномен</li> <li>2) диапедез эритроцитов</li> <li>3) периваскулярный отек</li> <li>4) некроз тканевых элементов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
160	<p>Что такое сладж-феномен?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) прилипание друг к другу форменных элементов крови</li> <li>2) агглютинация эритроцитов</li> <li>3) увеличение количества форменных элементов крови</li> <li>4) увеличение вязкости крови</li> <li>5) остановка тока крови в микроциркуляторном русле</li> </ol>
161	<p>Отеком называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение кровонаполнения</li> <li>2) увеличение содержания тканевой жидкости</li> <li>3) затруднение оттока венозной крови</li> <li>4) скопление экссудата</li> <li>5) плазматическое пропитывание</li> </ol>
162	<p>При нефротическом синдроме отеки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидростатические</li> <li>2) онкотические</li> <li>3) мембраногенные</li> <li>4) в связи с задержкой электролитов</li> <li>5) в связи с застоем лимфы</li> </ol>
163	<p>При остром гломерулонефрите отеки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидростатические</li> <li>2) онкотические</li> <li>3) мембраногенные</li> <li>4) в связи с задержкой электролитов</li> <li>5) в связи с застоем лимфы</li> </ol>
164	<p>При хронической сердечной недостаточности ведущим в развитии отеков является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повышение онкотического давления</li> <li>2) уменьшение коллоидно-осмотического давления</li> <li>3) усиление секреции альдостерона</li> <li>4) повреждение эндотелия и базальных мембран капилляров</li> <li>5) повышение проницаемости мембран капилляров</li> </ol>



165	<p>При отеке легких наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение размеров легких</li> <li>2) увеличение веса</li> <li>3) тестообразная консистенция</li> <li>4) стекание пенистой жидкости с поверхности среза</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
166	<p>При отеке легких наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение размеров легких</li> <li>2) уменьшение веса</li> <li>3) повышенная воздушность</li> <li>4) плотная консистенция легких</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
167	<p>При отеке легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) расширение просвета альвеол</li> <li>2) скопление отечной жидкости в просвете альвеол</li> <li>3) склероз межальвеолярных перегородок</li> <li>4) отложение гемосидерина</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
168	<p>При отеке легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие капилляров</li> <li>2) скопление отечной жидкости в просвете альвеол</li> <li>3) скопление отечной жидкости в межальвеолярных перегородках</li> <li>4) диапедез эритроцитов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
169	<p>Для транссудата характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мутный вид жидкости</li> <li>2) неприятный запах</li> <li>3) белка меньше 2%</li> <li>4) много клеточных элементов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
170	<p>Для обозначения скопления отечной жидкости используют термин</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематома</li> <li>2) асцит</li> <li>3) экхимоз</li> <li>4) эксикоз</li> <li>5) гемоторакс</li> </ol>
171	<p>Для отека головного мозга характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение объема с уплощением извилин</li> <li>2) увеличение объема с вклиниванием мозжечка в большое затылочное отверстие</li> <li>3) множественные кровоизлияния</li> <li>4) растяжение желудочков мозга мутной жидкостью</li> <li>5) смазанность рисунка на разрезе</li> </ol>
172	<p>Укажите причину острого малокровия (ишемии)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) закупорка вены тромбом</li> <li>2) закупорка артерии тромбом</li> <li>3) эмболы</li> <li>4) сдавление артерии растущей опухолью</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
173	<p>Укажите причину острого малокровия (ишемии)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) спазм артерии</li> <li>2) закупорка артерии тромбом</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) закупорка артерии тромбоемболом</li> <li>4) сдавление артерии жгутом</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
174	<p>Значимое последствие острого малокровия (ишемии)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) склероз</li> <li>2) некроз</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) атрофия</li> <li>5) дистрофия</li> </ul>
175	<p>Значимое последствие хронического малокровия (ишемии)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия и некроз</li> <li>2) атрофия и склероз</li> <li>3) отек и плазморрагия</li> <li>4) полнокровие и диапедез</li> </ul>
176	<p>Обратимое изменение клетки при ишемии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кариопикноз</li> <li>2) кариорексис</li> <li>3) плазмолиз</li> <li>4) разрыв мембран</li> <li>5) исчезновение гликогена</li> </ul>
177	<p>Непосредственная причина образования тромба</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) повреждение сосудистой стенки</li> <li>2) замедление тока крови</li> <li>3) завихрение тока крови</li> <li>4) увеличение вязкости крови</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
178	<p>Непосредственная причина образования тромба</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) повреждение сосудистой стенки</li> <li>2) уменьшение количества эритроцитов</li> <li>3) уменьшение количества тромбоцитов</li> <li>4) диапедез эритроцитов</li> <li>5) плазморрагия</li> </ul>
179	<p>Назовите стадии тромбообразования</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) агглютинация тромбоцитов</li> <li>2) коагуляция фибриногена</li> <li>3) агглютинация эритроцитов</li> <li>4) преципитация белков плазмы</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
180	<p>Не выделяется как морфологическая разновидность тромба</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) красный тромб</li> <li>2) белый</li> <li>3) смешанный</li> <li>4) белый с геморрагическим венчиком</li> <li>5) гиалиновый</li> </ul>
181	<p>Белые тромбы чаще образуются в</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) венах</li> <li>2) артериях</li> <li>3) полости аневризмы</li> <li>4) капиллярах</li> </ul>

182	Красные тромбы чаще образуются в 1) венах 2) артериях 3) капиллярах 4) полости сердца 5) аорте
183	Гиалиновые тромбы образуются в 1) венах 2) артериях 3) капиллярах 4) полости сердца 5) аорте
184	Неблагоприятным исходом тромба является 1) организация 2) тромбоэмболия 3) петрификация 4) васкуляризация 5) канализация
185	Обтурирующий тромб артерии может привести к 1) венозному полнокровию 2) артериальному полнокровию 3) инфаркту 4) тромбоэмболии
186	Обтурирующий тромб вены может привести к 1) венозному полнокровию 2) артериальному полнокровию 3) инфаркту 4) петрификации 5) тромбоэмболии
187	Благоприятный исход тромба 1) септический аутолиз 2) гнойное расплавление 3) организация 4) тромбоэмболия 5) обтурация просвета сосуда
188	Тромб, состоящий из чередующихся участков красного и белого тромба 1) красный 2) белый 3) смешанный 4) гиалиновый 5) зернистый пристеночный
189	Тромб, в котором содержится большое количество эритроцитов 1) красный 2) белый 3) смешанный 4) слоистый 5) гиалиновый
190	Тромб, в котором содержится большое количество фибрина и лейкоцитов 1) красный 2) белый 3) смешанный

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) слоистый</li> <li>5) гиалиновый</li> </ul>
191	<p>При обтурации тромбом бедренной артерии в нижней конечности развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) сухой некроз</li> <li>2) влажный некроз</li> <li>3) гангрена</li> <li>4) инфаркт</li> <li>5) полнокровие</li> </ul>
192	<p>Назовите вид эмболии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ишемическая</li> <li>2) воздушная</li> <li>3) ангионевротическая</li> <li>4) вакатная</li> <li>5) воспалительная</li> </ul>
193	<p>Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии приводит к</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) пульмокоронарному рефлексу</li> <li>2) инфаркту легкого</li> <li>3) ателектазу</li> <li>4) шоку</li> <li>5) ДВС-синдрому</li> </ul>
194	<p>Для внешнего вида тромба характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) шероховатая поверхность</li> <li>2) гладкая поверхность</li> <li>3) содержит много влаги</li> <li>4) не скреплен со стенкой сосуда</li> <li>5) все перечисленное верно</li> </ul>
195	<p>Для внешнего вида тромба характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) шероховатая поверхность</li> <li>2) гофрированная поверхность</li> <li>3) тусклый вид поверхности</li> <li>4) скреплен со стенкой сосуда</li> <li>5) все перечисленное верно</li> </ul>
196	<p>Тромбоэмболия ствола и крупных ветвей легочной артерии приводит к развитию</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) пульмокоронарного рефлекса</li> <li>2) геморрагического инфаркта</li> <li>3) ателектаза</li> <li>4) шока</li> <li>5) ДВС-синдрома</li> </ul>
197	<p>Локализация тромбов при тромбоэмболии легочной артерии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) артерии большого круга кровообращения</li> <li>2) вены большого круга кровообращения</li> <li>3) вены малого круга кровообращения</li> <li>4) клапаны левого сердца</li> <li>5) аорта</li> </ul>
198	<p>Локализация тромбов при тромбоэмболии артерий большого круга кровообращения</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) клапаны левого сердца</li> <li>2) клапаны правого сердца</li> <li>3) вены малого круга кровообращения</li> <li>4) вены большого круга кровообращения</li> <li>5) артерии малого круга кровообращения</li> </ul>

199	<p>Наиболее опасна закупорка жировыми эмболами капилляров</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) почек</li> <li>2) печени</li> <li>3) легких</li> <li>4) кишечника</li> <li>5) селезенки</li> </ol>
200	<p>Назовите последствие тромбоза большого круга кровообращения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие органов</li> <li>2) инфаркты в органах</li> <li>3) отек</li> <li>4) эксикоз</li> <li>5) кахексия</li> </ol>
201	<p>Пульмокоронарный рефлекс развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) жировой эмболии сосудов легких</li> <li>2) эмболии околоплодными водами у роженицы</li> <li>3) микробной эмболии сосудов легких</li> <li>4) тромбоза ствола легочной артерии</li> <li>5) тромбоза мелких ветвей легочной артерии</li> </ol>
202	<p>Жировая эмболия развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) травматическом разрыве жировой клетчатки</li> <li>2) внутримышечном введении масляных растворов</li> <li>3) попадании околоплодных вод в кровяное русло</li> <li>4) изъязвлении и отрыве частей атеросклеротической бляшки</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
203	<p>Инфаркт – это очаг некроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) любого генеза</li> <li>2) любой локализации</li> <li>3) сосудистого генеза</li> <li>4) в результате нарушения микроциркуляции</li> <li>5) в органе в результате прекращения артериального кровотока</li> </ol>
204	<p>Не является морфологическим видом инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) белый</li> <li>2) красный</li> <li>3) смешанный</li> <li>4) белый с геморрагическим венчиком</li> </ol>
205	<p>Назовите наиболее частую причину инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венозное полнокровие</li> <li>2) тромбоз артерии</li> <li>3) тромбоз крупных вен</li> <li>4) эмболия капиллярного русла</li> <li>5) тромбы в сосудах микроциркуляторного русла</li> </ol>
206	<p>Главное условие развития геморрагического инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) большая кровопотеря</li> <li>2) венозный застой</li> <li>3) тромбоз артерии</li> <li>4) анемия</li> <li>5) недостаточность анастомозов</li> </ol>

207	<p>Красный инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миокарда</li> <li>2) легких</li> <li>3) селезенки</li> <li>4) почек</li> <li>5) печени</li> </ol>
208	<p>Белый с геморрагическим поясом инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кишечника</li> <li>2) кожи</li> <li>3) головного мозга</li> <li>4) миокарда</li> <li>5) печени</li> </ol>
209	<p>Белый (ишемический) инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) селезенки</li> <li>2) кишечника</li> <li>3) легких</li> <li>4) печени</li> <li>5) кожи</li> </ol>
210	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта легкого</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) темно-красного цвета</li> <li>3) развивается на фоне венозного полнокровия</li> <li>4) в исходе образуется киста</li> <li>5) причина тромбоз (тромбоэмболия)</li> </ol>
211	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) бело-желтого цвета</li> <li>3) красный венчик</li> <li>4) плотной консистенции</li> <li>5) тромб со стороны эндокарда</li> </ol>
212	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта почки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) бело-желтого цвета</li> <li>3) красный венчик</li> <li>4) кашицеобразной консистенции</li> <li>5) причина тромбоз (тромбоэмболия)</li> </ol>
213	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта селезенки</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) красного цвета</li> <li>3) плотной консистенции</li> <li>4) причина тромбоз (тромбоэмболия)</li> <li>5) в исходе соединительнотканый рубец</li> </ol>
214	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта головного мозга</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) треугольной формы</li> <li>2) бело-серого цвета</li> <li>3) мягкой консистенции</li> <li>4) локализуется в подкорковых узлах</li> <li>5) развивается на фоне атеросклероза</li> </ol>

215	<p>Наиболее тяжелые последствия имеет инфаркт</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) селезенки</li> <li>2) почки</li> <li>3) головного мозга</li> <li>4) легких</li> <li>5) костей</li> </ol>
216	<p>Неблагоприятным исходом инфаркта является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) петрификация</li> <li>3) образование кисты</li> <li>4) гнойное расплавление</li> <li>5) инкапсуляция</li> </ol>
217	<p>В исходе инфаркта миокарда обычно формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) киста</li> <li>2) абсцесс</li> <li>3) рубец</li> <li>4) гемосидероз</li> <li>5) петрификат</li> </ol>
218	<p>В исходе инфаркта головного мозга обычно формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) киста</li> <li>2) абсцесс</li> <li>3) рубец</li> <li>4) гемосидероз</li> <li>5) петрификат</li> </ol>
219	<p>В исходе инфаркта почки (селезенки) обычно формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) киста</li> <li>2) абсцесс</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) рубец</li> <li>5) петрификат</li> </ol>
220	<p>Укажите вид шока</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый</li> <li>2) гиповолемический</li> <li>3) обратимый</li> <li>4) необратимый</li> <li>5) все верно</li> </ol>
221	<p>При шоке в почке развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некроз эпителия канальцев</li> <li>2) воспаление</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) петрификация</li> <li>5) отложение уратов</li> </ol>
222	<p>Для «шоковой почки» характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия канальцев</li> <li>2) некроз канальцев</li> <li>3) склероз стромы</li> <li>4) воспаление</li> <li>5) все верно</li> </ol>

223	<p>При шоке в легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некроз</li> <li>2) жировая дистрофия</li> <li>3) исчезновение гликогена</li> <li>4) отек</li> <li>5) воспаление</li> </ol>
224	<p>Для шокового легкого характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия</li> <li>2) очаги некроза</li> <li>3) отек</li> <li>4) воспаление</li> <li>5) все верно</li> </ol>
225	<p>При шоке в легком развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие</li> <li>2) кровоизлияние</li> <li>3) отек</li> <li>4) ателектазы</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
226	<p>В печени при шоке развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемия</li> <li>2) очаги некроза</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) склероз</li> <li>5) воспалительные инфильтраты</li> </ol>
227	<p>В миокарде при шоке развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) петрификация</li> <li>2) гемосидероз</li> <li>3) некроз миоцитов</li> <li>4) склероз</li> <li>5) воспалительные инфильтраты</li> </ol>
228	<p>В каком органе при шоке часто развивается язвы и эрозии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) пищевод</li> <li>3) ротовая полость</li> <li>4) прямая кишка</li> <li>5) бронхи</li> </ol>
229	<p>Что такое «шоковый орган»?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) орган, патология которого определяет смертельный исход</li> <li>2) орган, изменения в котором вызывают развитие шока</li> <li>3) орган, в котором развиваются тяжелые изменения, обусловленные шоком</li> </ol>
230	<p>В развитии ДВС-синдрома ведущим является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тромбоцитопения</li> <li>2) анемия</li> <li>3) недостаточность синтеза фибриногена</li> <li>4) избыточная внутрисосудистая коагуляция</li> <li>5) снижение объема циркулирующей крови</li> </ol>
231	<p>Иницирующим моментом в развитии ДВС-синдрома является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) коагуляция фибриногена с образованием фибрина</li> <li>2) выброс большого количества тромбопластина в сосудистое русло</li> <li>3) гипофибриногенемия</li> <li>4) увеличение образования тромбина из протромбина плазмы</li> </ol>



	5) образование тромбов в сосудах микроциркуляторного русла
232	К шоку часто присоединяется 1) нефротический синдром 2) ДВС-синдром 3) гепато-ренальный синдром 4) гепато-лиенальный синдром 5) хроническая почечная недостаточность
233	Выделите фазу воспалительной реакции 1) полнокровие 2) дистрофия 3) экссудация 4) репарация 5) регенерация
234	Морфологическая основа симптома покраснения при воспалении 1) плазморрагия 2) диапедез эритроцитов 3) артериальное полнокровие 4) стаз 5) венозный застой
235	Укажите неблагоприятное последствие воспаления 1) уничтожение микробов 2) нейтрализация токсинов 3) полная регенерация 4) массивный склероз органа 5) ликвидация некротизированных клеток
236	При экссудации происходит 1) артериальная и венозная гиперемия 2) повышение сосудистой проницаемости 3) эмиграция клеток крови 4) фагоцитоз 5) все перечисленное
237	Основными клетками в очаге при остром воспалении являются 1) моноциты 2) макрофаги 3) гистиоциты 4) нейтрофильные лейкоциты 5) фибробласты
238	Морфологическое проявление альтерации при воспалении 1) атрофия 2) некроз 3) гиперплазия 4) апоптоз 5) все перечисленное

239	<p>Что такое экссудат?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отечная жидкость</li> <li>2) воспалительная жидкость</li> <li>3) патологическая жидкость, содержащая белок</li> <li>4) воспалительная жидкость с добавлением эритроцитов</li> <li>5) любая патологическая жидкость</li> </ol>
240	<p>Укажите морфологический вид воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) специфическое</li> <li>2) пролиферативное</li> <li>3) иммунное</li> <li>4) острое</li> <li>5) хроническое</li> </ol>
241	<p>Укажите вид экссудативного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гранулематозное</li> <li>3) интерстициальное</li> <li>4) слизистое</li> <li>5) хроническое</li> </ol>
242	<p>Выделите неверное положение в характеристике серозного экссудата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) содержание белка меньше 2%</li> <li>2) внешне почти прозрачная жидкость</li> <li>3) внешне сходен с трансудатом</li> <li>4) содержит небольшое количество лейкоцитов</li> <li>5) легко рассасывается</li> </ol>
243	<p>Наиболее частый исход серозного экссудата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) петрификация</li> <li>3) рассасывание</li> <li>4) переход в гнойный</li> <li>5) склероз</li> </ol>
244	<p>Выделите неверное положение в характеристике фибринозного экссудата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) содержит много белка</li> <li>2) образуется серо-белые пленки</li> <li>3) хорошо рассасывается</li> <li>4) часто локализуется на оболочках</li> <li>5) содержит мало жидкости</li> </ol>
245	<p>Выделите неверное положение в характеристике фибринозного перикардита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается при ревматизме</li> <li>2) образное название «волосатое сердце»</li> <li>3) воспаление дифтеритическое</li> <li>4) в исходе образуются спайки</li> <li>5) в клинике проявляется «шумом трения перикарда»</li> </ol>
246	<p>Выделите ошибочное название вида экссудативного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) фибринозное</li> <li>4) фиброзное</li> <li>5) гниlostное</li> </ol>

247	<p>Разновидность фибринозного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойное</li> <li>2) гнилостное</li> <li>3) крупозное</li> <li>4) катаральное</li> <li>5) геморрагическое</li> </ol>
248	<p>Локализация, в которой развивается только крупозное воспаление и не бывает дифтеритического</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плевра</li> <li>2) небные миндалины</li> <li>3) толстый кишечник</li> <li>4) мочевого пузыря</li> <li>5) тело матки</li> </ol>
249	<p>Локализация, в которой развивается только дифтеритическое воспаление и не бывает крупозного</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плевра</li> <li>2) брюшина</li> <li>3) перикард</li> <li>4) небные миндалины</li> <li>5) толстый кишечник</li> </ol>
250	<p>Локализация, в которой может развиваться и дифтеритическое и крупозное воспаление</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) небные миндалины</li> <li>2) ротовая полость</li> <li>3) плевра</li> <li>4) перикард</li> <li>5) толстый кишечник</li> </ol>
251	<p>Выделите неверное положение в характеристике дифтеритического воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается на небных миндалинах</li> <li>2) пленка плотно скреплена с подлежащими тканями</li> <li>3) при отделении пленки образуются язвы</li> <li>4) является вариантом катарального воспаления</li> <li>5) характерно для дифтерии</li> </ol>
252	<p>Выберите неверное положение в характеристике крупозного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается на слизистой оболочке трахеи</li> <li>2) является вариантом фибринозного воспаления</li> <li>3) пленка неплотно скреплена с подлежащими тканями</li> <li>4) при отделении пленки образуются глубокие язвы</li> <li>5) характерно для дифтерии</li> </ol>
253	<p>Развитие дифтеритического или крупозного воспаления в толстом кишечнике определяется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) видом возбудителя</li> <li>2) остротой течения</li> <li>3) степенью нарушения кровообращения</li> <li>4) глубиной некроза</li> <li>5) активностью лейкоцитов</li> </ol>
254	<p>Наиболее частым исходом фибринозного воспаления является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рассасывание</li> <li>2) переход в гнойное</li> <li>3) организация</li> <li>4) ослизнение</li> </ol>

	5) нарушение функции органа
255	Сердце называется «волосатым» при изменениях в перикарде 1) организации экссудата 2) выпадении масс фибрина 3) наложении гноя 4) развитии фиброзных спаек 5) петрификации экссудата
256	Сердце называется «панцирным» при изменениях в перикарде 1) выпадении масс фибрина 2) наложении гнойного экссудат 3) разрастании опухоли 4) организации и петрификации экссудата
257	Наиболее частая причина гнойного воспаления 1) вирусы 2) простейшие 3) химические вещества 4) токсины 5) стафилококки
258	При микроскопии гнойный экссудат диагностируется по большому количеству 1) фибрина 2) нейтрофильных лейкоцитов 3) макрофагов 4) лимфоцитов 5) эритроцитов
259	Основная составная часть гнойного экссудата 1) вода 2) нейтрофильные лейкоциты 3) детрит 4) фибробласты 5) микроорганизмы
260	Обычная локализация гнойного воспаления 1) серозные оболочки 2) слизистые оболочки 3) мягкие ткани 4) любой орган 5) все перечисленное
261	Укажите название гнойного воспаления 1) абсцесс 2) гранулема 3) анасарка 4) киста 5) гематома
262	При дифтерии в небных миндалинах развивается воспаление 1) дифтеритическое 2) крупозное 3) катаральное 4) гнойное

	5) гнилостное
263	При дифтерии в гортани и трахеи развивается воспаление 1) дифтеритическое 2) крупозное 3) катаральное 4) гнойное 5) гнилостное
264	Вид экссудативного воспаления выделяемый, главным образом, на основании локализации 1) гнойное 2) гнилостное 3) геморрагическое 4) серозное 5) катаральное
265	Обычно не бывают причиной гнойного воспаления 1) стафилококки 2) эшерихии 3) клебсиеллы 4) вирусы 5) стрептококки
266	Флегмона относится к следующему виду воспаления 1) катаральному 2) крупозному 3) дифтеритическому 4) гнойному 5) гнилостному
267	Укажите осложнение гнойного воспаления 1) полнокровие 2) атрофия 3) арозивное кровотечение 4) отек 5) пролиферация клеток
268	Гнойный экссудат макроскопически выглядит как жидкость 1) прозрачная 2) слегка мутная 3) густая желто-зеленая 4) окрашенная кровью 5) слизистого вида
269	Очаговое гнойное воспаление с расплавлением ткани и формированием полости называется 1) абсцесс 2) флегмона 3) эмпиема 4) киста 5) гранулема

270	<p>Наиболее частый исход острого абсцесса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) переход в хронический</li> <li>2) опорожнение, спадение стенок и рубцевание</li> <li>3) сгущение гноя и петрификация</li> <li>4) сгущение гноя и организация</li> <li>5) опорожнение и образование кисты</li> </ol>
271	<p>При хронизации абсцесса в его стенке формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойно-расплавленные массы</li> <li>2) ткань органа, пропитанная лейкоцитами</li> <li>3) эпителиальная ткань</li> <li>4) фиброзная ткань</li> <li>5) некроз, пропитанный лейкоцитами</li> </ol>
272	<p>Укажите осложнение хронически текущего гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие</li> <li>2) отек</li> <li>3) пролиферация клеток</li> <li>4) вторичный амилоидоз</li> <li>5) системный гиалиноз</li> </ol>
273	<p>Укажите осложнение острого гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) полнокровие</li> <li>2) отек</li> <li>3) тяжелая интоксикация</li> <li>4) вторичный амилоидоз</li> <li>5) системный гиалиноз</li> </ol>
274	<p>Укажите частый исход гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) организация</li> <li>2) петрификация</li> <li>3) оссификация</li> <li>4) васкуляризация</li> <li>5) амилоидоз</li> </ol>
275	<p>В стенке хронического абсцесса со временем формируется слой</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некротизированной ткани с лейкоцитами</li> <li>2) гнойного экссудата</li> <li>3) фиброзной ткани</li> <li>4) эпителиальной ткани</li> <li>5) костной ткани</li> </ol>
276	<p>Выделите неверное положение в характеристике катарального воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается только на слизистых оболочках</li> <li>2) относится к экссудативному воспалению</li> <li>3) наблюдается только острое течение</li> <li>4) частая причина инфекция</li> <li>5) типична смена одного вида катара другим</li> </ol>
277	<p>Укажите разновидности острого катарального воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) слизистый</li> <li>3) слизисто-гнойный</li> <li>4) гнойный</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>

278	Средняя продолжительность острого ринита 1) 24 часа 2) 2-3 дня 3) 7 дней 4) 2-3 недели 5) 1 месяц
279	Катаральное воспаление – это 1) экссудативное воспаление слизистых оболочек с выделением и стеканием экссудата 2) экссудативное воспаление слизистых оболочек с выраженной гиперемией 3) воспаление с последовательной сменой типов экссудатов
280	Какое изменение слизистой оболочки появляется, если катар имеет хроническое течение 1) отек 2) полнокровие 3) склероз 4) слущивание эпителия 5) воспалительный инфильтрат
281	Какое изменение слизистой оболочки появляется, если катар имеет хроническое течение 1) отек 2) полнокровие 3) атрофия 4) десквамация эпителия 5) образование язв
282	Хроническое катаральное воспаление опасно в связи с развитием 1) сужения просвета 2) раковой опухоли 3) язвы с перфорацией 4) массивного кровотечения 5) тяжелой интоксикацией
283	Катаральное воспаление характеризуется 1) выделением и стеканием экссудата 2) формированием пленки 3) образованием язв и эрозий 4) деформацией просвета
284	Выделите неверное положение в характеристике острого катара 1) локализуется на слизистых оболочках 2) экссудат стекает с поверхности 3) в экссудате имеется слизь 4) в экссудате имеется фибрин 5) в исходе полное восстановление
285	Выберите неверное положение в характеристике хронического катара 1) наблюдается в слизистых оболочках (bronхов, желудка и др.) 2) дает тяжелую интоксикацию 3) может развиваться дисплазия эпителия 4) может развиваться раковая опухоль 5) имеет длительное многолетнее течение

286	Предраковое изменение эпителия при хроническом катаре 1) атрофия 2) дистрофия 3) десквамация 4) дисплазия 5) все верно
287	Типичный исход острого катарального воспаления 1) склероз и деформация 2) организация и петрификация 3) рассасывание и регенерация 4) изъязвление и перфорация 5) развитие раковой опухоли
288	Эксудат, содержащий мало лейкоцитов и много жидкости 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) геморрагический 5) гнилостный
289	Эксудат, содержащий большое количество нейтрофильных лейкоцитов 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) геморрагический 5) гнилостный
290	Эксудат, содержащий большое количество фибрина 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) геморрагический 5) гнилостный
291	Клетка воспалительного инфильтрата гематогенного происхождения 1) эндотелиальная 2) лаброцит 3) фибробласт 4) лимфоцит 5) эпителиоидная
292	Клетка воспалительного инфильтрата гистиогенного происхождения 1) моноцит 2) лимфоцит 3) эпителиоидная 4) нейтрофильный лейкоцит 5) эозинофильный лейкоцит
293	Типичный исход продуктивного воспаления 6) нагноение 7) склероз 8) петрификация 9) оссификация 10) расплавление ткани



294	<p>Морфологический вид продуктивного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гранулематозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) геморрагическое</li> <li>4) гнилостное</li> <li>5) серозное</li> </ol>
295	<p>Продуктивным воспалением называется воспаление с</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выраженной альтерацией</li> <li>2) образованием гранул</li> <li>3) преобладанием пролиферации</li> <li>4) разрастанием фиброзной ткани</li> <li>5) выраженной экссудацией</li> </ol>
296	<p>Наиболее типичное течение продуктивного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острое</li> <li>2) подострое</li> <li>3) хроническое</li> <li>4) молниеносное</li> </ol>
297	<p>Пролиферируют в очаге продуктивного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофаги</li> <li>2) ретикулоциты</li> <li>3) эритроциты</li> <li>4) нейтрофильные лейкоциты</li> <li>5) базофильные лейкоциты</li> </ol>
298	<p>Характерно для продуктивного межочечного миокардита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаги сухого некроза</li> <li>2) формирование абсцесса</li> <li>3) чаще острое течение</li> <li>4) круглоклеточный инфильтрат в строме</li> <li>5) формирование гигантоклеточных гранул</li> </ol>
299	<p>Типичный исход продуктивного межочечного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек</li> <li>2) склероз</li> <li>3) нагноение</li> <li>4) обызвествление</li> <li>5) оссификация</li> </ol>
300	<p>Гранулема – это очаг</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойного воспаления</li> <li>2) скопления лимфоидных клеток</li> <li>3) скопление клеток, способных к фагоцитозу</li> <li>4) казеозного некроза</li> <li>5) фиброзной ткани</li> </ol>
301	<p>Выберите термин неприемлимый для названия типа гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпителиоидноклеточная</li> <li>2) гигантоклеточная</li> <li>3) иммунная</li> <li>4) специфическая</li> <li>5) смешанная</li> </ol>

302	<p>Назовите тип гранулемы, выделяемый по клеточному составу</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) специфическая</li> <li>2) гигантоклеточная</li> <li>3) иммунная</li> <li>4) липогранулема</li> <li>5) острая</li> </ol>
303	<p>Выделите неинфекционную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) туберкулезная</li> <li>2) олеогранулема</li> <li>3) сифилитическая</li> <li>4) при склероме</li> <li>5) при проказе</li> </ol>
304	<p>Выделите инфекционную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) олеогранулема</li> <li>2) липогранулема</li> <li>3) сифилитическая</li> <li>4) вокруг инородного тела</li> <li>5) при асбестозе</li> </ol>
305	<p>Неиммунная гранулема развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) альвеококкозе</li> <li>2) туберкулезе</li> <li>3) сифилисе</li> <li>4) проказе</li> <li>5) склероме</li> </ol>
306	<p>Иммунная гранулема развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) альвеококкозе</li> <li>2) асбестозе</li> <li>3) инородном теле</li> <li>4) туберкулезе</li> <li>5) силикозе</li> </ol>
307	<p>При какой острой инфекции типично развитие гранулем</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дизентерии</li> <li>2) дифтерии</li> <li>3) скарлатине</li> <li>4) сальмонеллезе</li> <li>5) иерсиниозе</li> </ol>
308	<p>Выберите неверное положение в отношении туберкулезной гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) милиарная</li> <li>2) в центре влажный некроз</li> <li>3) эпителиоидноклеточная</li> <li>4) иммунная</li> <li>5) специфическая</li> </ol>
309	<p>Укажите неверное положение в отношении туберкулезной гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) милиарная</li> <li>2) в центре сухой некроз</li> <li>3) основные клетки эпителиоидные</li> <li>4) в исходе нежный рубчик</li> <li>5) может нагнаиваться</li> </ol>

310	<p>Выберите неверное положение в отношении сифилитической гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) солитарная</li> <li>2) иммунная</li> <li>3) специфическая</li> <li>4) неинфекционная</li> <li>5) в исходе грубый рубец</li> </ol>
311	<p>Назовите тип гранулемы, развивающийся вокруг шовного материала</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) иммунная</li> <li>2) специфическая</li> <li>3) гигантоклеточная</li> <li>4) инъекционная</li> <li>5) с высоким уровнем обмена клеток</li> </ol>
312	<p>Типичный исход гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) склероз</li> <li>2) нагноение</li> <li>3) ослизнение</li> <li>4) рассасывание</li> <li>5) образование кисты</li> </ol>
313	<p>Осложнение сифилитического мезаортита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аневризма брюшного отдела аорты</li> <li>2) аневризма грудного отдела аорты</li> <li>3) инфаркт миокарда</li> <li>4) кардиосклероз</li> <li>5) аортальный порок сердца</li> </ol>
314	<p>Гранулема неустановленной этиологии развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизме</li> <li>2) туберкулезе</li> <li>3) склероме</li> <li>4) саркоидозе</li> <li>5) сифилисе</li> </ol>
315	<p>Типичная локализация воспалительных полипов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозные оболочки</li> <li>2) мозговые оболочки</li> <li>3) слизистые оболочки аногенитальной области</li> <li>4) слизистые оболочки полости носа</li> <li>5) повсеместно</li> </ol>
316	<p>Типичная локализация остроконечных кондилом</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозные оболочки</li> <li>2) мозговые оболочки</li> <li>3) слизистые оболочки аногенитальной области</li> <li>4) слизистые оболочки бронхов</li> <li>5) слизистые оболочки полости носа</li> </ol>
317	<p>Выделите неверное положение в характеристике сифилитической гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) можно называть гумма</li> <li>2) макроскопически один крупный очаг</li> <li>3) в исходе грубый рубец</li> <li>4) развивается в третичном периоде сифилиса</li> <li>5) локализуется только в печени</li> </ol>

318	<p>Что такое «пролиферация»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гибель клеток</li> <li>2) повреждение клеток</li> <li>3) исход воспаления</li> <li>4) размножение клеток</li> <li>5) синоним регенерации</li> </ol>
319	<p>Выделите неиммунную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при туберкулезе</li> <li>2) при сифилисе</li> <li>3) при риносклероме</li> <li>4) при проказе</li> <li>5) вокруг инородного тела</li> </ol>
320	<p>При туберкулезе гранулема</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофагальная</li> <li>2) эпителиоидноклеточная</li> <li>3) гигантоклеточная</li> <li>4) некротическая</li> <li>5) регенераторная</li> </ol>
321	<p>Специфическая гранулема развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматизме</li> <li>2) туберкулезе</li> <li>3) иерсиниозе</li> <li>4) эхинококке</li> <li>5) вокруг шовного материала</li> </ol>
322	<p>Высокая скорость обмена клеточных элементов наблюдается в гранулеме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вокруг инородного тела</li> <li>2) липогранулеме</li> <li>3) при туберкулезе</li> <li>4) вокруг шовного материала</li> </ol>
323	<p>Для гранулематозных болезней характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острое течение</li> <li>2) чаще полное выздоровление</li> <li>3) нарушение иммунного гомеостаза</li> <li>4) обязательно проявление экссудации</li> <li>5) обязательно формирование казеозного некроза</li> </ol>
324	<p>Увеличение объема функциональных структур с увеличением функции называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия</li> <li>2) дисплазия</li> <li>3) гипертрофия</li> <li>4) атрофия</li> <li>5) метаплазия</li> </ol>
325	<p>Увеличение числа клеточных элементов называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия</li> <li>2) дисплазия</li> <li>3) гипертрофия</li> <li>4) гиперплазия</li> <li>5) метаплазия</li> </ol>

326	<p>Выберите вид гипертрофии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рабочая</li> <li>2) нейротическая</li> <li>3) от давления</li> <li>4) церебральная</li> <li>5) дисфункциональная</li> </ol>
327	<p>Железистая гиперплазия эндометрия относится к гипертрофии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рабочей</li> <li>2) викарной</li> <li>3) коррелятивной</li> <li>4) нейрогуморальной</li> </ol>
328	<p>Вид гипертрофии при пороке сердца</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рабочая</li> <li>2) викарная</li> <li>3) коррелятивная</li> <li>4) нейрогуморальная</li> </ol>
329	<p>Вид гипертрофии миокарда при гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рабочая</li> <li>2) викарная</li> <li>3) коррелятивная</li> <li>4) нейрогуморальная</li> </ol>
330	<p>Гипертрофия миокарда происходит за счет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличения размеров миоцитов</li> <li>2) увеличения количества миоцитов</li> <li>3) отека стромы</li> <li>4) дистрофии миоцитов</li> </ol>
331	<p>Причина физиологической гипертрофии миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) порок сердца</li> <li>2) кардиосклероз</li> <li>3) большие физические нагрузки</li> <li>4) гипертоническая болезнь</li> <li>5) токсический миокардит</li> </ol>
332	<p>Для гипертрофии сердца в стадии компенсации из перечисленного характерно только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уменьшение размеров сердца</li> <li>2) утолщение стенки желудочков</li> <li>3) миогенная дилатация полостей</li> <li>4) дряблая консистенция миокарда</li> <li>5) жировая дистрофия миоцитов</li> </ol>
333	<p>В гипертрофированном миокарде при декомпенсации развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия миоцитов</li> <li>2) гиперплазия миоцитов</li> <li>3) дистрофия миоцитов</li> <li>4) регенерация</li> <li>5) гипертрофия миоцитов</li> </ol>
334	<p>При декомпенсации в сердце развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение количества миоцитов</li> <li>2) увеличение размера миоцитов</li> <li>3) атрофия миоцитов</li> <li>4) дистрофия миоцитов</li> </ol>

335	<p>В каком органе развивается викарная гипертрофия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сердце</li> <li>2) желудке</li> <li>3) почках</li> <li>4) матке</li> <li>5) мочевом пузыре</li> </ol>
336	<p>Для фазы декомпенсации гипертрофированного сердца из перечисленного характерно только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дряблость миокарда</li> <li>2) тоногенное расширение камер</li> <li>3) увеличение толщины стенки желудочков</li> <li>4) нарастание веса сердца</li> <li>5) нарастание размеров миоцитов</li> </ol>
337	<p>Нейрогуморальная гипертрофия развивается в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сердце при гипертонической болезни</li> <li>2) молочных железах при беременности</li> <li>3) мочевом пузыре при гиперплазии предстательной железы</li> <li>4) почке при удалении второй почки</li> <li>5) стенке желудка при стенозе привратника</li> </ol>
338	<p>Прижизненное уменьшение объема функционирующих структур называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гипертрофия</li> <li>2) гиперплазия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) гипоплазия</li> <li>5) гипоплазия</li> </ol>
339	<p>К местной атрофии относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дисфункциональная</li> <li>2) раковая кахексия</li> <li>3) гипофизарная кахексия</li> <li>4) церебральная кахексия</li> <li>5) алиментарное истощение</li> </ol>
340	<p>К общей атрофии относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) алиментарное истощение</li> <li>2) нейротическая атрофия</li> <li>3) атрофия от давления</li> <li>4) атрофия от бездействия</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
341	<p>К местной атрофии относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) викарная</li> <li>2) раковая</li> <li>3) от недостаточности кровоснабжения</li> <li>4) церебральная</li> <li>5) гипофизарная</li> </ol>
342	<p>Пример атрофии от давления – атрофия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) костного мозга лучевой болезни</li> <li>2) почки при наличии камней</li> <li>3) мышц при переломе кости</li> <li>4) миокарда при атеросклерозе коронарной артерии</li> </ol>

342	<p>Пример атрофии от действия физических факторов – атрофия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) костного мозга при лучевой болезни</li> <li>2) почки при наличии камней</li> <li>3) мышц при переломе кости</li> <li>4) коры надпочечников при приеме кортикостероидов</li> </ol>
344	<p>Пример атрофии от недостаточности кровоснабжения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаговая атрофия миокарда при атеросклерозе коронарной артерии</li> <li>2) атрофия коры надпочечников при приеме кортикостероидов</li> <li>3) атрофия мышц при переломе кости</li> <li>4) атрофия зрительного нерва при удалении глаза</li> </ol>
345	<p>Переход одного вида тканей в другой, родственной ей, называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дисплазия</li> <li>2) анаплазия</li> <li>3) гиперплазия</li> <li>4) метаплазия</li> <li>5) малигнизация</li> </ol>
346	<p>Бурая атрофия типична для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудка</li> <li>2) легких</li> <li>3) предстательной железы</li> <li>4) почек</li> <li>5) печени</li> </ol>
347	<p>При нарушении оттока ликвора в головном мозге развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек и набухание</li> <li>2) гидроцефалия</li> <li>3) опухоль</li> <li>4) менингит</li> <li>5) энцефалит</li> </ol>
348	<p>Возможна метаплазия соединительной ткани в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) костную</li> <li>2) мышечную</li> <li>3) нервную</li> <li>4) эпителиальную</li> <li>5) кроветворную</li> </ol>
349	<p>При метаплазии в слизистой оболочке бронхов развивается эпителий</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) цилиндрический</li> <li>2) призматический</li> <li>3) мерцательный</li> <li>4) кубический</li> <li>5) многослойный плоский</li> </ol>
350	<p>Метаплазия эпителия бронхов развивается на фоне</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфостаза</li> <li>2) полнокровия</li> <li>3) некроза</li> <li>4) острого воспаления</li> <li>5) хронического воспаления</li> </ol>
351	<p>На фоне метаплазии эпителия бронхов развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия</li> <li>2) атрофия</li> <li>3) некроз</li> <li>4) раковая опухоль</li> </ol>

	5) воспаление
352	Синоним общей атрофии 1) гипоплазия (аплазия) 2) истощение (кахексия) 3) гипертрофия (гиперплазия) 4) недоразвитие (карликовость)
353	Врастание соединительной ткани в патологический очаг называется 1) метаплазия 2) инкапсуляция 3) организация 4) петрификация 5) дисплазия
354	Обрастание соединительной тканью патологического очага называется 1) метаплазия 2) инкапсуляция 3) организация 4) петрификация 5) дисплазия
355	Очаговый склероз на месте патологического очага называется 1) киста 2) кардиосклероз 3) рубец 4) цирроз 5) петрификат
356	Выраженный склероз органа с перестройкой и деформацией называется 1) рубец 2) диффузный склероз 3) цирроз 4) диффузный фиброз 5) очаговый фиброз
357	Нарушение пролиферации и дифференцировки клеток с появлением клеточной атипии в части клеток называется 1) гиперплазия 2) метаплазия 3) анаплазия 4) дисплазия 5) организация
358	Выделите вид заживления ран 1) путем организации 2) путем инкапсуляции 3) путем метаплазии 4) первичным натяжением 5) все перечисленное
359	Восстановление структурных элементов ткани взамен погибшим называется 1) организация 2) регенерация 3) метаплазия 4) дисплазия 5) анаплазия



360	<p>Что такое грануляционная ткань?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) волокнистая соединительная ткань</li> <li>2) молодая соединительная ткань</li> <li>3) зрелая соединительная ткань</li> <li>4) бедная сосудами ткань</li> <li>5) бедная клетками ткань</li> </ol>
361	<p>Не может быть структурным компонентом грануляционной ткани</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пролиферирующие соединительнотканые клетки</li> <li>2) пролиферирующие эндотелиальные клетки</li> <li>3) ретикулярные волокна</li> <li>4) коллагеновые волокна в большом количестве</li> <li>5) тонкостенные кровеносные сосуды</li> </ol>
362	<p>Какая ткань не может регенерировать по типу реституции?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соединительная</li> <li>2) костная</li> <li>3) кровь</li> <li>4) эпителий</li> <li>5) скелетные мышцы</li> </ol>
364	<p>Для рубцовой ткани характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обилие пролиферирующих соединительнотканых клеток</li> <li>2) обилие хроматропных волокон</li> <li>3) обилие коллагеновых волокон</li> <li>4) обилие кровеносных сосудов</li> <li>5) интенсивная инфильтрация лейкоцитами</li> </ol>
365	<p>Компенсаторная гипертрофия сердца развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ДВС-синдроме</li> <li>2) шоке</li> <li>3) остром миокардите</li> <li>4) гипертонической болезни</li> <li>5) токсической миокардиодистрофии</li> </ol>
366	<p>К атрофии относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) агенезия (полное отсутствие) органа</li> <li>2) аплазия (сохранение в виде зачатка) органа</li> <li>3) гипоплазия (недоразвитие) органа</li> <li>4) уменьшение размеров органа при жизни</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
367	<p>К физиологической атрофии относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия половых желез в пожилом возрасте</li> <li>2) атрофия от давления</li> <li>3) атрофия от бездействия</li> <li>4) атрофия от дисфункции</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
368	<p>При алиментарном истощении в органах накапливается пигмент</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) меланин</li> <li>2) гемосидерин</li> <li>3) липофусцин</li> <li>4) билирубин</li> <li>5) солянокислый гематин</li> </ol>

369	<p>О чем еще, кроме атрофии говорит накопление липофусцина в клетке?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) об активации апоптоза</li> <li>2) о регенерации</li> <li>3) о бывшем кровоизлиянии</li> <li>4) о мутации</li> <li>5) о повышенной функциональной нагрузке</li> </ol>
370	<p>Опухоль – патологический процесс, характеризующийся</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) неадекватным размножением несозревающих клеток</li> <li>2) пролиферацией и гиперплазией клеток</li> <li>3) гиперплазией и метаплазией клеток</li> <li>4) размножением и дифференцировкой клеток</li> </ol>
371	<p>Основной морфологический диагностический критерий опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инфильтрирующий рост</li> <li>2) патология деления клетки</li> <li>3) тканевой и (или) клеточный атипизм</li> <li>4) нарушение дифференцировки клеток</li> <li>5) пролиферация клеток</li> </ol>
372	<p>К проявлению тканевого атипизма опухоли относится только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разнообразная форма клеток</li> <li>2) разнообразная величина ядер клеток</li> <li>3) разнообразная форма ядер клеток</li> <li>4) неправильное соотношение клеток и волокон</li> <li>5) нарушение строения клеток</li> </ol>
373	<p>Выделите название варианта роста опухоли по отношению к окружающим тканям</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уницентричный</li> <li>2) инфильтративный</li> <li>3) экзофитный</li> </ol>
374	<p>Выделите название типа роста опухоли по отношению к просвету полого органа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уницентричный</li> <li>2) мультицентричный</li> <li>3) аппозиционный</li> <li>4) экзофитный</li> <li>5) инфильтративный</li> </ol>
375	<p>Назовите путь метастазирования</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уницентричный</li> <li>2) мультицентричный</li> <li>3) лимфогенный</li> <li>4) инфильтративный</li> <li>5) аппозиционный</li> </ol>
376	<p>Назовите путь метастазирования</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имплантационный</li> <li>2) инфильтративный</li> <li>3) экспансивный</li> <li>4) аппозиционный</li> <li>5) местнодеструктурирующий</li> </ol>
377	<p>Выделите название типа роста опухоли по отношению к просвету полого органа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уницентричный</li> <li>2) мультицентричный</li> <li>3) аппозиционный</li> <li>4) эндофитный</li> <li>5) инфильтративный</li> </ol>

378	<p>Морфологический атипизм в опухоли может быть</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) антигенный и гистохимический</li> <li>2) биохимический и гистохимический</li> <li>3) экспансивный и инфильтративный</li> <li>4) тканевой и клеточный</li> </ol>
379	<p>Органоидная опухоль имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хорошо развитую паренхиму</li> <li>2) хорошо развитую строму</li> <li>3) два отчетливых компонента – строму и паренхиму</li> <li>4) два одинаковых по объему компонента – строму и паренхиму</li> </ol>
380	<p>Гистиоидная опухоль имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хорошо развитую паренхиму</li> <li>2) хорошо развитую строму</li> <li>3) два отчетливых компонента – строму и паренхиму</li> <li>4) два одинаковых по объему компонента – строму и паренхиму</li> </ol>
381	<p>Выделите положение, не относящееся к процессу метастазирования</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отрыв опухолевых клеток от основного узла</li> <li>2) перенос опухолевых клеток</li> <li>3) развитие вторичных опухолевых узлов</li> <li>4) развитие некрозов и кровоизлияний в опухолевых узлах</li> </ol>
382	<p>Какой принцип положен в основу единой международной классификации опухолей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анатомический</li> <li>2) топографический</li> <li>3) гистогенетический</li> <li>4) гистохимический</li> <li>5) антигенный</li> </ol>
383	<p>Тип роста опухоли по отношению к окружающим тканям</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экзофитный</li> <li>2) эндофитный</li> <li>3) экспансивный</li> <li>4) уницентрический</li> <li>5) мультицентрический</li> </ol>
384	<p>Тип роста опухоли относительно просвета органа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экспансивный</li> <li>2) инфильтративный</li> <li>3) уницентрический</li> <li>4) мультицентрический</li> <li>5) экзофитный</li> </ol>
385	<p>Тип роста опухоли по количеству фокусов первичного развития</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экспансивный</li> <li>2) инфильтративный</li> <li>3) уницентрический</li> <li>4) локальный</li> <li>5) экзофитный</li> </ol>
386	<p>Тип роста опухоли по количеству фокусов первичного развития</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экспансивный</li> <li>2) инфильтративный</li> <li>3) аппозиционный</li> <li>4) мультицентрический</li> <li>5) экзофитный</li> </ol>

387	<p>Главный структурный компонент опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) строма</li> <li>2) паренхима</li> <li>3) кровеносные сосуды</li> <li>4) некроз</li> <li>5) кровоизлияния</li> </ol>
388	<p>Выделите неверное положение в характеристике доброкачественной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолевые клетки дифференцированные</li> <li>2) рост экспансивный</li> <li>3) не метастазирует</li> <li>4) не рецидивирует</li> <li>5) оказывает общее влияние на организм</li> </ol>
389	<p>Выделите неверное положение в характеристике злокачественной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолевые клетки недифференцированные</li> <li>2) рост инфильтративный</li> <li>3) не рецидивирует</li> <li>4) метастазирует</li> <li>5) оказывает общее влияние на организм</li> </ol>
390	<p>Что такое опухоль с местнодеструктивным ростом?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) злокачественная опухоль с инфильтративным ростом</li> <li>2) опухоль только с одним свойством злокачественности – инфильтративным ростом</li> <li>3) опухоль, не дающая метастазов</li> <li>4) опухоль с признаками аппозиционного роста</li> </ol>
391	<p>К опухолям с местнодеструктивным ростом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) венозная гемангиома</li> <li>2) кавернозная гемангиома</li> <li>3) капиллярная гемангиома</li> <li>4) хондрома</li> <li>5) фиброма кожи</li> </ol>
392	<p>К опухолям с местнодеструктивным ростом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хондрома</li> <li>2) липома</li> <li>3) фиброма кожи</li> <li>4) ангиофиброма носоглотки</li> <li>5) ангиосаркома</li> </ol>
393	<p>Состояние нарушенной дифференцировки клеток называется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атипизм</li> <li>2) анаплазия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) метаплазия</li> <li>5) гипоплазия</li> </ol>
394	<p>Совокупность свойств, отличающих опухоль от нормальных тканей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атипизм</li> <li>2) анаплазия</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) малигнизация</li> <li>5) катаплазия</li> </ol>

395	<p>Для злокачественной опухоли характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) низкая степень дифференцировки клеток</li> <li>2) не метастазирует</li> <li>3) не рецидивирует</li> <li>4) рост экспансивный</li> <li>5) оказывает только местное влияние</li> </ol>
396	<p>Рецидив опухоли – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие новой опухоли</li> <li>2) возобновление роста опухоли на прежнем месте</li> <li>3) ускорение темпов роста опухоли</li> <li>4) разновидность метастазирования</li> <li>5) развитие новых центров опухолевого роста</li> </ol>
397	<p>Наиболее современный диагностический метод установления гистогенеза опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистохимический</li> <li>2) гистологический</li> <li>3) цитологический</li> <li>4) иммуноморфологический</li> <li>5) метод магнитного резонанса</li> </ol>
398	<p>Проявление местного влияния опухоли на организм</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ускорение СОЭ</li> <li>2) анемия</li> <li>3) кахексия</li> <li>4) разрушение окружающих тканей</li> <li>5) гормональные нарушения</li> </ol>
399	<p>Проявление общего влияния опухоли на организм</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия окружающих тканей</li> <li>2) разрушение окружающих тканей</li> <li>3) кахексия</li> <li>4) сдавление кровеносных сосудов</li> <li>5) деформация органа и тканей</li> </ol>
400	<p>Зрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) состоящая из клеток полностью идентичных нормальным</li> <li>2) состоящая из дифференцированных клеток</li> <li>3) состоящая из недифференцированных клеток</li> <li>4) не обладающая инвазивным ростом</li> <li>5) не метастазирующая</li> </ol>
401	<p>Зрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) состоящая из недифференцированных клеток</li> <li>2) состоящая из дифференцированных клеток</li> <li>3) не способная метастазировать</li> <li>4) не обладающая общим влиянием на организм</li> <li>5) любая опухоль небольших размеров</li> </ol>
402	<p>Незрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) состоящая из недифференцированных клеток</li> <li>2) состоящая из дифференцированных клеток</li> <li>3) способная рецидивировать</li> <li>4) способная метастазировать</li> <li>5) разрушающая окружающие ткани</li> </ol>

403	<p>К опухолям мезенхимального происхождения относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) ангиосаркома</li> <li>3) папиллома</li> <li>4) гепатома</li> <li>5) костная мозоль</li> </ol>
404	<p>К доброкачественным мезенхимальным опухолям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ангиофиброма носоглотки</li> <li>2) фиброма кожи</li> <li>3) лейомиосаркома</li> <li>4) десмоид</li> <li>5) хондросаркома</li> </ol>
405	<p>К доброкачественным опухолям мезенхимального генеза относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фибромиома</li> <li>2) лейомиосаркома</li> <li>3) остеосаркома</li> <li>4) десмоид</li> <li>5) липосаркома</li> </ol>
406	<p>Определение саркомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незрелая опухоль из фиброзной ткани</li> <li>2) незрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения</li> <li>3) зрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения</li> <li>4) зрелая опухоль из фиброзной ткани</li> </ol>
407	<p>К злокачественным мезенхимальным опухолям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фибромиома</li> <li>2) лейомиосаркома</li> <li>3) ангиофиброма носоглотки</li> <li>4) десмоид</li> <li>5) хондрома</li> </ol>
408	<p>Для кавернозной гемангиомы печени характерно только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тканевой и клеточный атипизм</li> <li>2) незрелые клетки</li> <li>3) злокачественное течение</li> <li>4) построена из сосудов венозного типа</li> <li>5) метастазирует гематогенно</li> </ol>
409	<p>Злокачественная мезенхимальная опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липосаркома</li> <li>2) десмоид</li> <li>3) капиллярная гемангиома</li> <li>4) остеома</li> <li>5) фиброма</li> </ol>
410	<p>Доброкачественная опухоль из мышечной ткани</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фиброма</li> <li>2) фибросаркома</li> <li>3) гемангиома</li> <li>4) лейомиома</li> <li>5) лейомиосаркома</li> </ol>
411	<p>Излюбленный путь метастазирования сарком</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфогенный</li> <li>2) гематогенный</li> <li>3) периневральный</li> </ol>

	4) имплантационный
412	Выделите неверное положение в отношении капиллярной гемангиомы 1) зрелая опухоль 2) обладает местнодеструктивным ростом 3) метастазирует 4) развивается из кровеносных сосудов 5) часто встречается в коже
413	Наиболее частая локализация лейомиомы 1) кожа 2) сердце 3) матка 4) мягкие ткани 5) желудок
414	Гистологическая разновидность фибросаркомы 1) мягкая 2) плотная 3) недифференцированная 4) ювенильная 5) десмоид
415	Не выделяют вид гемангиомы 1) капиллярная 2) венозная 3) артериальная 4) кавернозная 5) гломусангиома
416	Первые метастазы саркомы мягких тканей нижней конечности локализуются в 1) костях 2) регионарных лимфоузлах 3) почках 4) печени 5) легких
417	Первые метастазы саркомы брыжейки тонкого кишечника локализуются в 1) костях 2) регионарных лимфоузлах 3) почках 4) печени 5) легких
418	Выделите неверное положение в характеристике кавернозной гемангиомы печени 1) обладает тканевым атипизмом 2) клетки зрелые 3) часто бессимптомное течение 4) построена из сосудов венозного типа 5) метастазирует гематогенно
419	Меланома кожи развивается на основе 1) внутридермального невуса 2) меланоцитарной дисплазии 3) пигментного пятна 4) витилиго 5) лентиго

420	<p>Наиболее частая локализация меланомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кожа</li> <li>2) глаз</li> <li>3) прямая кишка</li> <li>4) ротовая полость</li> <li>5) легкие</li> </ol>
421	<p>Выделите неверное положение в характеристике меланомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) злокачественная</li> <li>2) метастазирует</li> <li>3) растет экспансивно</li> <li>4) может быть беспигментной</li> <li>5) рецидивирует</li> </ol>
422	<p>Выделите неверное положение в характеристике невуса</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобное образование</li> <li>2) опасен при наличии дисплазии</li> <li>3) всегда малигнизируется</li> <li>4) может быть беспигментным</li> <li>5) типичная локализация кожи</li> </ol>
423	<p>Выделите опухоль с наиболее высокой степенью злокачественности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемангиома</li> <li>2) липосаркома</li> <li>3) дифференцированная фибросаркома</li> <li>4) гемангиосаркома</li> <li>5) десмоид</li> </ol>
424	<p>Выделите опухоль с наиболее высокой степенью злокачественности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дифференцированная фибросаркома</li> <li>2) остеобластокластома</li> <li>3) меланома</li> <li>4) липосаркома</li> <li>5) десмоид</li> </ol>
425	<p>Саркома – это незрелая опухоль, развивающаяся из</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпителия</li> <li>2) кроветворной ткани</li> <li>3) фиброзной ткани</li> <li>4) тканей, производных мезенхимы</li> <li>5) тканей, производных мезенхимы</li> </ol>
426	<p>Незрелая опухоль, развивающаяся из кровеносных сосудов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемангиома</li> <li>2) гемангиосаркома</li> <li>3) гистиоцитома</li> <li>4) лимфангиома</li> <li>5) лимфангиосаркома</li> </ol>
427	<p>Незрелая опухоль, развивающаяся из тканей производных мезенхимы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) папиллома</li> <li>3) карцинома</li> <li>4) рак</li> <li>5) рак</li> </ol>



428	<p>Зрелая доброкачественная опухоль, развивающаяся из фиброзной ткани</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) фиброма</li> <li>3) ангиома</li> <li>4) папиллома</li> <li>5) карцинома</li> </ol>
429	<p>Зрелая опухоль, развивающаяся из кровеносных сосудов</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфангиома</li> <li>2) гемангиома</li> <li>3) гемангиосаркома</li> <li>4) карциносаркома</li> <li>5) мезенхимома</li> </ol>
430	<p>Опухоли из эпителия имеют тип строения</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) органоидный</li> <li>2) гистиоидный</li> </ol>
431	<p>Выберите название зрелой опухоли из эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липома</li> <li>2) фиброма</li> <li>3) аденома</li> <li>4) карцинома</li> <li>5) рак</li> </ol>
432	<p>Выберите зрелую опухоль, развивающуюся из многослойного плоского эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) папиллома</li> <li>3) карцинома</li> <li>4) цистаденома</li> <li>5) лимфангиома</li> </ol>
433	<p>Выберите морфологическую разновидность аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) папиллома</li> <li>2) гемангиома</li> <li>3) цистаденома</li> <li>4) аденокарцинома</li> <li>5) ангиофиброма</li> </ol>
434	<p>Назовите морфологическую разновидность аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ангиосаркома</li> <li>2) фибросаркома</li> <li>3) фиброаденома</li> <li>4) аденокарцинома</li> <li>5) ангиофиброма</li> </ol>
435	<p>В характеристике папилломы верно только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незрелая опухоль</li> <li>2) экзофитный рост типичен</li> <li>3) дает метастазы</li> <li>4) рост быстрый</li> <li>5) оказывает общее влияние</li> </ol>
436	<p>Выберите неверное положение в характеристике аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) зрелая опухоль</li> <li>2) атипизм тканевой</li> <li>3) медленный рост</li> <li>4) местное влияние на организм</li> <li>5) не малигнизируется</li> </ol>

437	<p>Выберите неверное положение в характеристике доброкачественной эпителиальной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тканевой атипизм</li> <li>2) гистиоидный тип строения</li> <li>3) экспансивный рост</li> <li>4) не метастазирует</li> <li>5) не рецидивирует</li> </ol>
438	<p>Наиболее частая локализация папилломы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) пищевод</li> <li>3) кожа</li> <li>4) толстый кишечник</li> <li>5) плевра</li> </ol>
439	<p>Наиболее частая локализация цистаденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) прямая кишка</li> <li>3) молочная железа</li> <li>4) поджелудочная железа</li> <li>5) яичник</li> </ol>
440	<p>Наиболее частая локализация фиброаденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) прямая кишка</li> <li>3) молочная железа</li> <li>4) поджелудочная железа</li> <li>5) яичник</li> </ol>
441	<p>При малигнизации аденомы развивается обычно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарцинома</li> <li>2) перстневидноклеточный рак</li> <li>3) слизистый рак</li> <li>4) солидный рак</li> <li>5) фиброзный рак</li> </ol>
442	<p>Изменение эпителия, соответствующее облигатному предраку</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гиперплазия</li> <li>2) метаплазия</li> <li>3) пролиферация</li> <li>4) дисплазия I – II степени</li> <li>5) дисплазия III степени</li> </ol>
443	<p>Карцинома (рак) – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) любая опухоль из эпителия</li> <li>2) зрелая опухоль из эпителия</li> <li>3) незрелая опухоль из эпителия</li> <li>4) незрелая опухоль из железистого эпителия</li> <li>5) любая опухоль из железистого эпителия</li> </ol>
444	<p>Выделите неверное положение в характеристике «рака на месте»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не прорастает базальную мембрану</li> <li>2) фон – дисплазия III степени</li> <li>3) не метастазирует</li> <li>4) не рецидивирует</li> <li>5) имеет плохой прогноз</li> </ol>

445	<p>Выделите неверное положение в характеристике дисплазии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пролиферация клеток с нарушением дифференцировки</li> <li>2) часть клеток с признаками атипии</li> <li>3) обратимая патология</li> <li>4) малигнизируется обычно III степень</li> <li>5) имеет начальные признаки инвазивного роста</li> </ol>
446	<p>Плоскоклеточный рак особенно типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) щитовидной железы</li> <li>2) поджелудочной железы</li> <li>3) шейки матки</li> <li>4) тела матки</li> <li>5) желудка</li> </ol>
447	<p>Признак высокой степени дифференцировки плоскоклеточного рака</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ороговения</li> <li>2) слизееобразование</li> <li>3) солидные структуры</li> <li>4) патологические митозы</li> <li>5) воспалительные инфильтраты</li> </ol>
448	<p>Рак из железистого эпителия чаще развивается в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудке</li> <li>2) пищеводе</li> <li>3) бронхах</li> <li>4) шейке матки</li> <li>5) мочевом пузыре</li> </ol>
449	<p>Морфологический признак рака (карциномы) как злокачественной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) формирование железистых структур</li> <li>2) слизееобразование</li> <li>3) клеточный атипизм</li> <li>4) ороговение</li> <li>5) мало стромы</li> </ol>
450	<p>Нельзя отнести к группе недифференцированного рака</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарциному</li> <li>2) солидный рак</li> <li>3) слизистый рак</li> <li>4) медулярный рак</li> <li>5) фиброзный рак</li> </ol>
451	<p>Ранний путь метастазирования раковых опухолей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематогенный</li> <li>2) лимфогенный</li> <li>3) имплантационный</li> <li>4) периневральный</li> </ol>
452	<p>Ранние метастазы рака локализуются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) регионарных лимфоузлах</li> <li>2) отдаленных лимфоузлах</li> <li>3) легких</li> <li>4) печени</li> </ol>
453	<p>Выделите неверное положение в отношении аденокарциномы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развивается из железистого эпителия</li> <li>2) формирует железистоподобные структуры</li> <li>3) имеет клеточный атипизм</li> <li>4) обладает высокой степенью злокачественности</li> </ol>

	5) типичен инвазивный рост
454	Основной критерий начала инвазивного роста 1) высокая митотическая активность 2) высокая степень клеточной атипии 3) разрушение базальной мембраны 4) глубокий акантоз 5) выраженная дисплазия как фон
455	Рак, развивающийся из многослойного плоского эпителия 1) аденокарцинома 2) солидный 3) фиброзный 4) плоскоклеточный 5) слизистый
456	Неблагоприятный прогностический признак рака (карциномы) 1) невысокая степень клеточной атипии 2) невысокая митотическая активность 3) неглубокая инвазия 4) небольшой размер опухоли 5) раковые эмболы в кровеносных сосудах
457	Для слизистого рака характерно только 1) клеточный атипизм с гиперпродукцией слизи 2) экспансивный рост 3) отсутствие рецидива 4) метастазирование позднее 5) хороший прогноз
458	Для фиброзного рака характерно только 1) низкая степень злокачественности 2) метастазирование позднее 3) большое количество стромы с комплексами атипичных клеток 4) не дает рецидива 5) хороший прогноз
459	Карцинома, отличающаяся высокой степенью злокачественности 1) аденокарцинома эндометрия 2) недифференцированный рак легких 3) плоскоклеточный рак шейки матки 4) плоскоклеточный рак нижней губы
460	Карцинома, отличающаяся высокой степенью злокачественности 1) аденокарцинома эндометрия 2) аденокарцинома желудка 3) скирр молочной железы 4) плоскоклеточный рак легких 5) плоскоклеточный рак нижней губы
461	Морфологический критерий, позволяющий диагностировать аденокарциному среди прочих карцином 1) обилие митозов 2) высокая степень клеточной атипии 3) формирование железистых структур 4) слизееобразование 5) ороговение

462	<p>Незрелая опухоль, развивающаяся из эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) папиллома</li> <li>3) саркома</li> <li>4) рак</li> <li>5) дисплазия</li> </ol>
463	<p>Зрелая опухоль, развивающаяся из железистого эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) папиллома</li> <li>3) саркома</li> <li>4) карцинома</li> <li>5) рак</li> </ol>
464	<p>Наиболее благоприятный прогноз имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарцинома</li> <li>2) «рак на месте»</li> <li>3) плоскоклеточный рак</li> <li>4) фиброзный рак</li> <li>5) мелкоклеточный рак</li> </ol>
465	<p>Выделите неверное положение в отношении «рака на месте»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не метастазирует</li> <li>2) опухолевые клетки врастают в лимфатические сосуды</li> <li>3) является нулевой стадией рака</li> <li>4) хороший прогноз при лечении</li> <li>5) переходит в инвазивный рак</li> </ol>
466	<p>Рак (карцинома) – это незрелая опухоль из</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпителия</li> <li>2) фиброзной ткани</li> <li>3) кроветворной ткани</li> <li>4) серозных оболочек</li> <li>5) мезенхимы</li> </ol>
467	<p>По теории опухолевой прогрессии любая опухоль развивается в направлении</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нарастания степени зрелости клеток</li> <li>2) увеличения степени дифференцировки клеток</li> <li>3) нарастания степени злокачественности</li> <li>4) уменьшения степени злокачественности</li> </ol>
468	<p>Проявление тканевого атипизма в эпителиальной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разная форма и величина железистых структур</li> <li>2) разная форма и величина железистых клеток</li> <li>3) укрупнение ядер опухолевых клеток</li> <li>4) высокая митотическая активность</li> <li>5) полиморфизм клеток</li> </ol>
469	<p>К проявлению клеточного атипизма в эпителиальной опухоли относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разная форма и величина железистых структур</li> <li>2) разная форма и величина железистых клеток</li> <li>3) неправильное соотношение стромы и паренхимы</li> <li>4) доминирование стромы над паренхимой</li> <li>5) некрозы и кровоизлияния</li> </ol>

470	<p>К разновидности карциномы относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденома</li> <li>2) фиброаденома</li> <li>3) скирр</li> <li>4) цистаденома</li> <li>5) папиллома</li> </ol>
471	<p>Для фиброзного рака (скирр) справедливо только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) недифференцированный рак</li> <li>2) умеренный клеточный атипизм</li> <li>3) строит железистые структуры</li> <li>4) содержит мало стромы</li> <li>5) мягкой консистенции</li> </ol>
472	<p>Для аденокарциномы справедливо только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) недифференцированный рак</li> <li>2) строит железистые структуры из атипичных клеток</li> <li>3) обладает экспансивным ростом</li> <li>4) не дает рецидива</li> <li>5) метастазирует рано</li> </ol>
473	<p>Для плоскоклеточного рака справедливо только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) может развиваться на основе дисплазии эпителия</li> <li>2) обладает высокой степенью злокачественности</li> <li>3) не дает рецидива</li> <li>4) оказывает только местное влияние</li> <li>5) экспансивно растет</li> </ol>
474	<p>Для мелкоклеточного рака справедливо только</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стромы много</li> <li>2) растет медленно</li> <li>3) состоит из атипичных лимфоцитоподобных клеток</li> <li>4) метастазы дает поздно</li> <li>5) прогноз хороший</li> </ol>
475	<p>Назовите типичную локализацию ранних метастазов раковой опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) окружающие ткани</li> <li>2) регионарные лимфоузлы</li> <li>3) печень</li> <li>4) легкие</li> <li>5) брюшина</li> </ol>
476	<p>Ретроградное лимфогенное метастазирование опухоли – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) распространение опухолевых клеток по току лимфы</li> <li>2) распространение опухолевых клеток против тока лимфы</li> <li>3) попадание опухолевых клеток в лимфоузлы</li> <li>4) попадание опухолевых клеток в грудной лимфатический проток</li> </ol>
477	<p>Рак, какого органа может давать рано (быстро) распространенные метастазы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудка</li> <li>2) кожи</li> <li>3) шейки матки</li> <li>4) тела матки</li> <li>5) молочной железы</li> </ol>

478	Рак, какого органа может давать рано (быстро) распространенные метастазы 1) желудка 2) кожи 3) шейки матки 4) тела матки 5) легких
479	Чем обусловлен гуморальный иммунитет? 1) иммунными комплексами 2) макрофагами 3) Т- и В-лимфоцитами 4) антителами 5) системой комплемента
480	Чем обусловлен клеточный иммунитет? 1) иммунными комплексами 2) макрофагами 3) Т- и В-лимфоцитами 4) антителами 5) системой комплемента
481	Что следует отнести к патологическому состоянию иммунной системы? 1) реакции гиперчувствительности 2) аутоиммунные болезни 3) синдромы иммунодефицита 4) амилоидоз 5) все перечисленные
482	Иммунное повреждение тканей – это 1) апоптоз 2) фагоцитоз 3) реакции гиперчувствительности 4) аутолиз 5) воспаление
483	Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности I типа 1) образование иммунных комплексов 2) образование антигенспецифических антител 3) активирование нейтрофилов 4) сенсibilизация лимфоцитов 5) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ
484	Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности II типа 1) образование иммунных комплексов 2) формирование восприимчивости клеток к фагоцитозу/лизису путем присоединения антител 3) сенсibilизация лимфоцитов 4) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ 5) активация нейтрофилов
485	Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности III типа 1) активация нейтрофилов вследствие активирования комплемента иммунными комплексами 2) опсонизация клеток антителами 3) сенсibilизация лимфоцитов

	4) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ
486	Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности IV типа 1) развитие клеточного иммунитета с участием сенсibilизированных лимфоцитов 2) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ 3) активирование нейтрофилов 4) образование антигенспецифических антител 5) образование иммунных комплексов
487	Проявление системной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа) 1) ДВС-синдром 2) отеки 3) геморрагический синдром 4) анафилактический шок 5) распространенные васкулиты
488	Проявление местной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа) 1) кожная аллергия, крапивница 2) аллергический ринит 3) аллергический конъюнктивит 4) бронхиальная астма 5) аллергический гастроэнтерит 6) 489 все перечисленное
489	Морфологические проявления местной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа) 1) гиперемия и повышение проницаемости 2) спазм гладкой мускулатуры 3) повышение секреции желез 4) инфильтрация эозинофилами, нейтрофилами, базофилами, моноцитами 5) повреждение эпителиальных клеток 6) все перечисленное
490	В чем суть реакций гиперчувствительности II типа 1) развитие ДВС-синдрома 2) появление антител, направленных против собственных клеток и тканей 3) развитие шока 4) диффузные клеточные инфильтрации тканей 5) развитие гиперплазии лимфоидной ткани
491	В чем суть реакций гиперчувствительности III типа 1) диффузные клеточные инфильтрации тканей 2) распространенные отеки 3) острое общее венозное полнокровие 4) иммуннокомплексное повреждение тканей 5) все перечисленное
492	Первоначальное морфологическое проявление реакций гиперчувствительности III типа 1) геморрагический синдром 2) острый некротизирующий васкулит 3) тромбоз легочной артерии 4) повышение сосудистой проницаемости 5) гранулематозное воспаление



493	<p>Назовите синоним реакций гиперчувствительности IV типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фагоцитоз</li> <li>2) некроз</li> <li>3) апоптоз</li> <li>4) реакции гиперчувствительности замедленного типа</li> <li>5) анафилаксия</li> </ol>
494	<p>Назовите эффекторные клетки реакций гиперчувствительности IV типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макрофаги</li> <li>2) эозинофилы</li> <li>3) специфически сенсibilизированные Т-лимфоциты</li> <li>4) эпителиальные клетки</li> </ol>
495	<p>В чем биологическая роль реакций гиперчувствительности замедленного типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) защита от устойчивых микробов, способных размножаться внутри фаголизосом макрофагов</li> <li>2) ответная реакция на повреждение</li> <li>3) возмещение утраченных, поврежденных структур</li> <li>4) полное уничтожение чужеродных агентов</li> <li>5) пусковой механизм воспаления</li> </ol>
496	<p>Тип иммунной реакции, развертывающейся при отторжении трансплантата</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) реакция гиперчувствительности немедленного типа</li> <li>2) реакции гиперчувствительности II типа</li> <li>3) фагоцитоз</li> <li>4) реакции гиперчувствительности III типа</li> <li>5) реакции гиперчувствительности IV типа</li> </ol>
497	<p>В какие клетки трансформируются макрофаги при персистенции внутри них антигена?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плазматические клетки</li> <li>2) лимфоциты</li> <li>3) эпителиоидные клетки</li> <li>4) сидеробласты</li> <li>5) моноциты</li> </ol>
498	<p>Заболевание, при котором развертывается классическая реакция гиперчувствительности замедленного типа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) грипп</li> <li>2) склеродермия</li> <li>3) ВИЧ-инфекция</li> <li>4) туберкулез</li> <li>5) брюшной тиф</li> </ol>
499	<p>Какой морфологический тип воспаления характерен для реакций гиперчувствительности замедленного типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойное</li> <li>2) фибринозное</li> <li>3) катаральное</li> <li>4) межточное</li> <li>5) гранулематозное</li> </ol>
500	<p>В чем суть аутоиммунных заболеваний?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие иммунологической толерантности</li> <li>2) генетически детерминированный иммунодефицит</li> <li>3) развитие иммунных реакций против собственных антигенов</li> <li>4) нарушение структуры HLA-антигенов</li> <li>5) накопление в клетках и тканях необычных продуктов обмена</li> </ol>

	Раздел 2. Частный курс патологической анатомии
1	Рак желудка чаще имеет гистологическое строение: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарциномы</li> <li>2) плоскоклеточного рака</li> <li>3) недифференцированного рака</li> <li>4) перстневидного рака</li> <li>5) фиброзного рака</li> </ol>
2	Какая анатомическая форма рака желудка встречается наиболее часто? <ol style="list-style-type: none"> <li>1) диффузный</li> <li>2) бляшковидный</li> <li>3) полипозный</li> <li>4) блюдцеобразный</li> <li>5) инфильтративно-язвенный</li> </ol>
3	Назовите локализацию первых лимфогенных метастазов рака желудка <ol style="list-style-type: none"> <li>1) надключичные лимфоузлы</li> <li>2) большой сальник</li> <li>3) параортальные лимфоузлы</li> <li>4) лимфоузлы малой и большой кривизны желудка</li> <li>5) яичник</li> </ol>
4	Опухоль Крукенберга представляет собой: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тератобластому яичников</li> <li>2) двусторонний рак яичников солидного строения</li> <li>3) двусторонний метастаз рака желудка в яичники</li> <li>4) метастаз рака в надключичный лимфатический узел</li> <li>5) опухоль почки</li> </ol>
5	Первые гематогенные метастазы рака желудка располагаются в <ol style="list-style-type: none"> <li>1) головном мозге</li> <li>2) телах позвонков</li> <li>3) печени</li> <li>4) легких</li> <li>5) почках</li> </ol>
6	Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще имеет гистологическое строение <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аденокарциномы</li> <li>2) плоскоклеточного рака</li> <li>3) недифференцированного рака</li> <li>4) рабдомиосаркомы</li> <li>5) лейомиомы</li> </ol>
7	Не относится к осложнениям рака пищевода <ol style="list-style-type: none"> <li>1) свищи</li> <li>2) аспирационная пневмония</li> <li>3) эмпиема плевры</li> <li>4) хроническая пневмония</li> <li>5) гнойный медиастинит</li> </ol>
8	Какие изменения эпителия бронхов являются облигатным предраком? <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дисплазия второй степени</li> <li>2) дисплазия третьей степени</li> <li>3) гиперплазия</li> <li>4) дисплазия первой степени</li> <li>5) плоскоклеточная метаплазия</li> </ol>
9	Облигатное предраковое изменение эпителия бронхов

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) гиперплазия</li> <li>2) метаплазия</li> <li>3) дисплазия 2 степени</li> <li>4) дисплазия 3 степени</li> <li>5) атрофия</li> </ol>
10	<p>Наиболее частое предраковое заболевание легких</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острая пневмония</li> <li>2) хроническая пневмония</li> <li>3) острый бронхит</li> <li>4) хронический бронхит</li> <li>5) хронический абсцесс</li> </ol>
11	<p>Рак легких чаще имеет гистологическое строение</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перстневидно-клеточного рака</li> <li>2) слизистого рака</li> <li>3) аденокарциномы</li> <li>4) железисто-плоскоклеточного</li> <li>5) плоскоклеточного</li> </ol>
12	<p>Рак легких чаще имеет гистологическое строение</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) недифференцированного (анapластического) рака</li> <li>2) аденокарциномы</li> <li>3) железисто-плоскоклеточного</li> <li>4) бронхоальвеолярного</li> <li>5) перстневидно-клеточного</li> </ol>
13	<p>Не относится к легочным осложнениям рака легкого</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ателектаз</li> <li>2) легочное кровотечение</li> <li>3) хронический бронхит</li> <li>4) нагноение и некроз опухоли</li> <li>5) пневмоторакс</li> </ol>
14	<p>Наиболее частая причина смерти при раке легкого</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) прогрессирование раковой опухоли</li> <li>2) нагноение</li> <li>3) пневмоторакс</li> <li>4) ателектаз</li> <li>5) легочное кровотечение</li> </ol>
15	<p>Назовите заболевание молочной железы являющееся облигатным предраком</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) множественные папилломы протоков</li> <li>2) аденома</li> <li>3) фиброаденома</li> <li>4) непролиферирующий фиброаденоматоз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
16	<p>Наиболее часто встречается гистологическая форма рака молочной железы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) протоковый неинфильтрирующий</li> <li>2) протоковый инфильтрирующий</li> <li>3) дольковый неинфильтрирующий</li> <li>4) дольковый инфильтрирующий</li> <li>5) рак Педжета</li> </ol>
17	<p>Первые лимфогенные метастазы рака молочной железы располагаются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) передних грудных лимфоузлах</li> <li>2) надключичных лимфоузлах</li> <li>3) подмышечных лимфоузлах</li> </ol>

	<p>4) подключичных лимфоузлах</p> <p>5) все перечисленные локализации</p>
18	<p>К облигатным предраковым изменениям эпителия шейки матки относится</p> <p>1) дисплазия 1 степени</p> <p>2) дисплазия 2 степени</p> <p>3) дисплазия 3 степени</p> <p>4) гиперплазия</p> <p>5) атрофия</p>
19	<p>Наиболее частая гистологическая разновидность рака шейки матки</p> <p>1) плоскоклеточный ороговевающий</p> <p>2) плоскоклеточный неороговевающий</p> <p>3) высокодифференцированная аденокарцинома</p> <p>4) низкодифференцированный аденогенный рак</p> <p>5) умереннодифференцированная аденокарцинома</p>
20	<p>Гистологическим признаком «рака на месте» является:</p> <p>1) инвазивный рост</p> <p>2) метастазы</p> <p>3) внутриэпителиальный злокачественный рост</p> <p>4) кровоизлияния в ткани опухоли</p> <p>5) все перечисленное</p>
21	<p>Назовите облигатное предраковое заболевание эндометрия</p> <p>1) типичная простая гиперплазия эндометрия</p> <p>2) атипичная сложная гиперплазия эндометрия</p> <p>3) хронический эндометрит</p> <p>4) железисто-фиброзный полип эндометрия</p> <p>5) атрофия эндометрия</p>
22	<p>Наиболее частая гистологическая разновидность рака эндометрия</p> <p>1) аденокарцинома</p> <p>2) железисто-плоскоклеточный рак</p> <p>3) недифференцированный рак</p> <p>4) плоскоклеточный ороговевающий</p> <p>5) плоскоклеточный неороговевающий</p>
23	<p>Деление лейкозов на острые и хронические основано на</p> <p>1) гистогенезе лейкозных клеток</p> <p>2) степени дифференцировки лейкозных клеток</p> <p>3) возможности развития бластного криза</p> <p>4) причине вызвавшей развитие лейкоза</p> <p>5) результатах лечения цитостатиками</p>
24	<p>Параметры, которые учитывают при постановке диагноза лейкоз</p> <p>1) гистогенез лейкозных клеток</p> <p>2) степень дифференцировки лейкозных клеток</p> <p>3) иммуногистохимические маркеры</p> <p>4) молекулярногенетические изменения лейкозных клеток</p> <p>5) все перечисленное</p>
25	<p>Что такое бластный криз?</p> <p>1) этап резкого озлакоствления лейкоза</p> <p>2) этап ремиссии при лейкозе</p> <p>3) уменьшение объема лейкозных инфильтратов в органах</p> <p>4) синоним геморрагического синдрома</p> <p>5) миелосклероз в результате лечения цитостатиками</p>
26	<p>Причина смерти при лейкозах</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) прогрессирование основного заболевания</li> <li>2) кровоизлияние в головной мозг</li> <li>3) сепсис</li> <li>4) профузное кишечное кровотечение</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
27	<p>Наиболее частая гистогенетическая форма острого лейкоза у детей</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) недифференцированный</li> <li>2) лимфобластный</li> <li>3) миелобластный</li> <li>4) плазмобластный</li> <li>5) монобластный</li> </ol>
28	<p>К лейкозам миелоцитарного происхождения относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миелолейкоз</li> <li>2) лимфолейкоз</li> <li>3) лимфогранулематоз</li> <li>4) миеломная болезнь</li> <li>5) парапротеинемические лейкозы</li> </ol>
29	<p>К лимфомам не относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфосаркома</li> <li>2) грибовидный микоз</li> <li>3) лимфолейкоз</li> <li>4) опухоль Беркитта</li> <li>5) болезнь Ходжкина</li> </ol>
30	<p>Не относится к острым лейкозам</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миелобластный</li> <li>2) монобластный</li> <li>3) мегакариобластный</li> <li>4) истинная полицитемия</li> <li>5) лимфобластный</li> </ol>
31	<p>Синоним поликлоновой стадии хронического лейкоза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бластный криз</li> <li>2) доброкачественная стадия</li> <li>3) стадия развития осложнений</li> <li>4) геморрагический синдром</li> </ol>
32	<p>Синоним моноклоновой стадии хронического лейкоза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бластный криз</li> <li>2) терминальная стадия</li> <li>3) злокачественная стадия</li> <li>4) доброкачественная стадия</li> </ol>
33	<p>При каком лейкозе характерно появление пиоидного костного мозга</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый миелобластный</li> <li>2) хронический миелоцитарный</li> <li>3) миеломная болезнь</li> <li>4) хронический лимфоцитарный</li> <li>5) острый лимфобластный</li> </ol>
34	<p>Для какой формы лейкоза характерно наличие штампованных дефектов в плоских костях</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) миеломная болезнь</li> <li>2) истинная полицитемия</li> <li>3) лимфогранулематоз</li> <li>4) хронический миелоз</li> </ol>

	5) лимфосаркома
35	Для какого вида гемобластоза характерно раннее увеличение лимфоузлов в виде пакетов 1) острый плазмобластный лейкоз 2) хронический миелоцитарный лейкоз 3) лимфогранулематоз 4) острый миелобластный лейкоз 5) хронический моноцитарный лейкоз
36	Характерным признаком лимфогранулематоза, является пролиферация клеток 1) Аничкова 2) Вирхова 3) Пирогова-Лангханса 4) Рид-Березовского-Штернберга 5) всех перечисленных
37	Какие клетки опухолевой природы пролиферируют при лимфогранулематозе? 1) клетки Ходжкина 2) эозинофильные лейкоциты 3) нейтрофильные лейкоциты 4) базофильные лейкоциты 5) клетки Пирогова-Лангханса
38	Какие клетки неопухолевой природы накапливаются в опухоли при лимфогранулематозе 1) эозинофильные лейкоциты 2) многоядерные клетки Рид-Березовского-Штернберга 3) одноядерные клетки Ходжкина малые 4) одноядерные клетки Ходжкина большие 5) мегакарициты
39	Клинико-морфологические варианты лимфогранулематоза 1) лимфогистиоцитарный вариант 2) нодулярный склероз 3) смешанно-клеточный вариант 4) вариант с преобладанием лимфоидной ткани 5) все перечисленные
40	При генерализации лимфогранулематоза селезенка носит название 1) сальная 2) саговая 3) мускатная 4) порфировая 5) панцирная
41	Наиболее тяжелое поражение стенки артерии при атеросклерозе 1) жировые пятна и полосы 2) фиброзные бляшки 3) изъязвление 4) отложение солей кальция 5) пролиферация гладкомышечных клеток
42	Изменения сосудов при атеросклерозе, относящиеся к осложнениям 1) формирование фиброзной бляшки 2) изъязвление 3) отложение солей кальция 4) тромбоз 5) инфильтрация интимы липидами

43	<p>Какие артерии поражаются при атеросклерозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аорта</li> <li>2) артерии нижних конечностей</li> <li>3) мезентериальные артерии</li> <li>4) артерии головного мозга</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
44	<p>Не относится к изменениям интимы артерий в долипидную стадию атеросклероза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повреждение эндотелиальных клеток</li> <li>2) отложение белков и липидов субэндотелиально</li> <li>3) набухание и деструкция эластических мембран</li> <li>4) разрастание соединительной ткани</li> <li>5) пролиферация гладкомышечных клеток и макрофагов</li> </ol>
45	<p>Назовите изменения характерные для стадии атероматоза при атеросклерозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) накопление липидов в цитоплазме гладкомышечных клеток и макрофагов</li> <li>2) набухание и деструкция эластических мембран</li> <li>3) распад соединительной ткани с образованием детрита</li> <li>4) новообразование сосудов в краях бляшки</li> <li>5) разрастание соединительной ткани с формированием фиброзной бляшки</li> </ol>
46	<p>Какие типы аневризм аорты Вы знаете</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) цилиндрическая</li> <li>2) мешковидная</li> <li>3) грыжевидная</li> <li>4) расслаивающая</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
47	<p>Какой отдел аорты наиболее значительно поражается при атеросклерозе?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) восходящий отдел</li> <li>2) дуга аорты</li> <li>3) грудной отдел</li> <li>4) брюшной отдел</li> <li>5) все отделы аорты поражаются равномерно</li> </ol>
48	<p>Не относится к осложнениям атеросклероза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) развитие пристеночного тромба</li> <li>2) разрыв стенки сосуда (аневризмы)</li> <li>3) отложение солей кальция в стенке сосуда</li> <li>4) образование аневризмы</li> <li>5) стенозирование просвета сосуда</li> </ol>
49	<p>При атеросклерозе наиболее часто развивается аневризма в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) артериях нижних конечностей</li> <li>2) коронарных сосудах</li> <li>3) мезентериальных сосудах</li> <li>4) аорте</li> <li>5) артериях верхних конечностей</li> </ol>
50	<p>При острых нарушениях кровообращения при атеросклерозе в органах развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия паренхиматозных элементов</li> <li>2) некроз</li> <li>3) склероз</li> <li>4) петрификация</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
51	<p>При хронических нарушениях кровообращения при атеросклерозе в органах развивается</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия паренхиматозных элементов</li> <li>2) некроз</li> <li>3) воспаление</li> <li>4) кровоизлияния</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
52	<p>Основной фактор риска развития гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) избыток NaCl в пище</li> <li>2) малоподвижный образ жизни</li> <li>3) табакокурение</li> <li>4) тучность</li> <li>5) сахарный диабет</li> </ol>
53	<p>По характеру течения выделяется форма гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) доброкачественная</li> <li>2) транзиторная</li> <li>3) распространенных изменений сосудов</li> <li>4) изменений органов</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
54	<p>Приводит к развитию симптоматической артериальной гипертензии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) феохромоцитомы</li> <li>2) поликистоз почек</li> <li>3) коарктация аорты</li> <li>4) атеросклероз почечных артерий</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
55	<p>Не характерно для морфологических проявлений гипертонического криза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фибриноидный некроз стенки артериолы</li> <li>2) деструкция базальной мембраны артериолы</li> <li>3) диапедез эритроцитов</li> <li>4) эластофиброз</li> <li>5) плазматическое пропитывание стенки артериолы</li> </ol>
56	<p>Какая дистрофия развивается в стенке артериол при гипертонической болезни</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) амилоидоз</li> <li>2) гиалиноз</li> <li>3) гемосидероз</li> <li>4) баллонная дистрофия</li> <li>5) гиалиново-капельная дистрофия</li> </ol>
57	<p>Не характерно для гипертонического криза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) плазматическое пропитывание стенок артериол</li> <li>2) фибриноидный некроз</li> <li>3) диапедезные кровоизлияния</li> <li>4) гиалиноз стенок артериол</li> <li>5) тромбоз</li> </ol>
58	<p>Не типично при гипертонической болезни поражение</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) артериол</li> <li>2) артерий мышечного типа</li> <li>3) артерий эластическо-мышечного типа</li> <li>4) крупных вен</li> <li>5) артерий эластического типа</li> </ol>
59	<p>Артериолы какого органа наиболее резко поражаются при гипертонической болезни?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сердца</li> <li>2) печени</li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) надпочечников</li> <li>4) почек</li> <li>5) легких</li> </ul>
60	<p>Какие изменения сердца развиваются при гипертонической болезни?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гипертрофия правого желудочка</li> <li>2) гипертрофия левого желудочка</li> <li>3) атрофия кардиомиоцитов</li> <li>4) крупноочаговый кардиосклероз</li> <li>5) кардиомиопатия</li> </ul>
61	<p>При гипертонической болезни атеросклероз имеет особенность</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) формируются бляшки циркулярного типа с резким сужением просвета сосуда</li> <li>2) развитие атеросклероза замедляется</li> <li>3) бляшки начинают формироваться в венах</li> <li>4) начинает развиваться атеросклероз в аорте</li> <li>5) в бляшках происходит отложение солей кальция</li> </ul>
62	<p>При гипертонической болезни в стадию изменений органов почка носит название</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) вторичносморщенная почка</li> <li>2) первичносморщенная почка</li> <li>3) большая сальная почка</li> <li>4) цианотичная почка</li> <li>5) шоковая почка</li> </ul>
63	<p>Не характерно для первичносморщенных почек</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) склероз клубочков</li> <li>2) амилоидоз клубочков</li> <li>3) гиалиноз клубочков</li> <li>4) эластофиброз артерий</li> <li>5) атрофия канальцев</li> </ul>
64	<p>Формирование первичносморщенных почек приводит к</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хронической почечной недостаточностью</li> <li>2) острой почечной недостаточностью</li> <li>3) гепато-ренальному синдрому</li> <li>4) нефритическому синдрому</li> <li>5) нефротическому синдрому</li> </ul>
65	<p>При гипертонической болезни в связи с хронической ишемией в головном мозге развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия нейронов</li> <li>2) перипеллюлярный и периваскулярный отек</li> <li>3) отложения гемосидерина</li> <li>4) кровоизлияние</li> <li>5) массивные некрозы в подкорковых ядрах</li> </ul>
66	<p>Наиболее типичная локализация кровоизлияний в головном мозге при гипертонической болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) подкорковые ядра больших полушарий головного мозга</li> <li>2) ядра мозжечка</li> <li>3) Варолиев мост</li> <li>4) продолговатый мозг</li> <li>5) мозолистое тело</li> </ul>
67	<p>При гипертонической болезни в связи с острыми нарушениями кровообращения в головном мозге развиваются изменения</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия и дистрофия нейронов</li> <li>2) отложения гемосидерина</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) циркуляторные некрозы</li> <li>4) разрастание глии</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
68	<p>С каким заболеванием патогенитически связана ИБС</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) атеросклероз</li> <li>2) миокардит</li> <li>3) кардиомиопатия</li> <li>4) пороки сердца</li> <li>5) вегетососудистая дистония</li> </ul>
69	<p>При ИБС в коронарных артериях имеет место</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) стенозирующий атеросклероз</li> <li>2) липидные пятна и полоски</li> <li>3) кровоизлияния</li> <li>4) аневризма</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
70	<p>Не относится к непосредственным причинам, вызывающим инфаркт миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) длительный стойкий спазм коронарных артерий</li> <li>2) тромбоз</li> <li>3) эмболия</li> <li>4) функциональное перенапряжение миокарда в условиях стенозирования коронарных артерий</li> <li>5) разрыв стенки аневризмы коронарной артерии</li> </ul>
71	<p>Какова длительность ишемии миокарда, при которой повреждения полностью обратимы?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 20-30 минут</li> <li>2) 45-60 минут</li> <li>3) 1-1,5 часа</li> <li>4) 3-4 часа</li> <li>5) 6-8 часов</li> </ul>
72	<p>Через какое время зона инфаркта миокарда становится видна макро- и микроскопически</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 2-3 часа</li> <li>2) 6-8 часов</li> <li>3) 12-16 часов</li> <li>4) 18-24 часа</li> <li>5) Более 36 часов</li> </ul>
73	<p>Инфаркт миокарда в некротическую стадию имеет цвет</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) темно-вишневый</li> <li>2) красный</li> <li>3) бело-серый</li> <li>4) темно-бурый</li> <li>5) беловато-желтоватый</li> </ul>
74	<p>С чем связана неправильная форма участка инфаркта миокарда?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кровоснабжение сердца осуществляется в диастолу</li> <li>2) магистральный тип кровоснабжения</li> <li>3) рассыпной тип кровоснабжения</li> <li>4) большое количество анастомозов</li> <li>5) затрудненный венозный отток</li> </ul>
75	<p>Не относится к макроскопическим изменениям при ишемии длительностью до 18 часов при инфаркте миокарда.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаговая бледность миокарда</li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) пестрота миокарда</li> <li>3) дряблость</li> <li>4) очаг неправильной формы белого цвета</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
76	<p>Что лежит в основе прекращения сердечной деятельности при внезапной сердечной смерти</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) летальные аритмии</li> <li>2) экстрасистолия</li> <li>3) нарушение проводимости по пучку Гиса</li> <li>4) фибрилляция предсердий</li> <li>5) образование пристеночного тромба в хронической аневризме сердца</li> </ol>
77	<p>Не относится к микроскопическим изменениям в донекротическую стадию инфаркта миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) снижение активности дегидрогеназ</li> <li>2) исчезновение гликогена из цитоплазмы кардиомиоцитов</li> <li>3) деструкция ультраструктур кардиомиоцитов</li> <li>4) нарушение микроциркуляции</li> <li>5) исчезновение ядер кардиомиоцитов</li> </ol>
78	<p>Рубцевания инфаркта миокарда завершается к концу</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1-й недели</li> <li>2) 3-й недели</li> <li>3) 6-й недели</li> <li>4) 3-го месяца</li> <li>5) 6-го месяца</li> </ol>
79	<p>Какой морфологический тип некроза характерен для миокарда?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) коагуляционный</li> <li>2) колликвационный</li> <li>3) сухая гангрена</li> <li>4) влажная гангрена</li> <li>5) фибриноидный</li> </ol>
80	<p>К осложнениям инфаркта миокарда в доклинический период относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кардиогенный шок</li> <li>2) тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>3) миомаляция с тампонадой</li> <li>4) разрыв острой аневризмы сердца</li> <li>5) разрыв хронической аневризмы сердца</li> </ol>
81	<p>Причина смерти больных инфарктом миокарда в поздний период</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>2) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>3) разрыв хронической аневризмы сердца</li> <li>4) разрыв сердца в области инфаркта</li> <li>5) кардиогенный шок</li> </ol>
82	<p>Назовите морфологический вид инфаркта, типичный для миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемический инфаркт с геморрагическим венчиком.</li> <li>2) ишемический</li> <li>3) геморрагический</li> <li>4) белый</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
83	<p>Причина смерти больного острой ИБС в ранний период</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кардиогенный шок</li> <li>2) асистолия</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) фибрилляция желудочков</li> <li>4) острая сердечная недостаточность</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
84	<p>Не относится к осложнениям инфаркта миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) миомаляция с разрывом</li> <li>2) острая аневризма сердца</li> <li>3) тромбоэмболия легочной артерии</li> <li>4) перикардит</li> <li>5) кардиогенный шок</li> </ul>
85	<p>Что такое трансмуральный инфаркт миокарда?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) инфаркт на всю толщину сердечной мышцы</li> <li>2) инфаркт, всегда приводящий к развитию кардиогенного шока</li> <li>3) инфаркт, при котором всегда развивается тампонада сердца</li> <li>4) инфаркт, на месте которого происходит полное восстановление клеток миокарда</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
86	<p>В области инфаркта миокарда спустя 6 недель развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) крупноочаговый кардиосклероз</li> <li>2) мелкоочаговый кардиосклероз</li> <li>3) гипертрофия кардиомиоцитов</li> <li>4) дистрофия кардиомиоцитов</li> <li>5) морфологических изменений не остается</li> </ul>
87	<p>При трансмуральном инфаркте часто развивается перикардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) гнойный</li> <li>3) катаральный</li> <li>4) фибринозный</li> <li>5) гнилостный</li> </ul>
88	<p>В исходе постинфарктного перикардита возможно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) полная облитерация полости перикарда</li> <li>2) развитие панцирного сердца</li> <li>3) развитие волосатого сердца</li> <li>4) образование спаек между листками перикарда</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
89	<p>Причина смерти больных хронической ишемической болезнью сердца</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>2) кардиогенный шок</li> <li>3) смертельные аритмии</li> <li>4) острая сердечная недостаточность</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
90	<p>Не относится к морфологическим изменениям сердца при хронической ишемической болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острая аневризма сердца</li> <li>2) хроническая аневризма сердца</li> <li>3) постинфарктные рубцы</li> <li>4) мелкоочаговый кардиосклероз</li> <li>5) гипертрофия левого желудочка сердца</li> </ul>
91	<p>К какой группе цереброваскулярных болезней относятся инфаркты головного мозга</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) к группе, связанной с ишемическими повреждениями</li> <li>2) к внутричерепным кровоизлияниям</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) гипертензионным цереброваскулярным заболеваниями</li> <li>4) к ишемической энцефалопатии</li> <li>5) к геморрагическому инсульту</li> </ul>
92	<p>При «инсульте» в головном мозге может развиваться</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) внутримозговая гематома</li> <li>2) субарахноидальное кровоизлияние</li> <li>3) ишемический инфаркт</li> <li>4) геморрагический инфаркт</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
93	<p>Цереброваскулярное заболевание, при котором развиваются ишемические повреждения головного мозга</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) внутримозговая гематома</li> <li>2) геморрагическая инфильтрация</li> <li>3) субарахноидальное кровоизлияние</li> <li>4) инфаркт головного мозга</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
94	<p>Наиболее частая причина инфаркта головного мозга</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) длительный спазм церебральных артерий</li> <li>2) тромбоз артерий</li> <li>3) эмболия</li> <li>4) разрыв стенки артериолы</li> <li>5) повышение проницаемости стенки кровеносного сосуда</li> </ul>
95	<p>Изменение головного мозга при так называемом гипертензионном цереброваскулярном заболевании</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) геморрагический инфаркт головного мозга</li> <li>2) ишемический инфаркт головного мозга</li> <li>3) ишемическая энцефалопатия</li> <li>4) лакунарные изменения головного мозга</li> <li>5) все вышеперечисленные</li> </ul>
96	<p>Нельзя отнести к «инсульту» головного мозга</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ишемический инфаркт</li> <li>2) геморрагический инфаркт</li> <li>3) гематому</li> <li>4) субкортикальную лейкоэнцефалопатию</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
97	<p>Нельзя отнести к инсульту</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ишемические повреждения отдельных нервных клеток</li> <li>2) атрофию коры</li> <li>3) субкортикальную лейкоэнцефалопатию</li> <li>4) лакунарные изменения головного мозга</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
98	<p>Через какой интервал времени ишемический инфаркт головного мозга виден макроскопически</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 2-5 часов</li> <li>2) 6-12 часов</li> <li>3) 12-18 часов</li> <li>4) 18-24 часов</li> </ul>
99	<p>Обычно гематома головного мозга развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) путем разрыва кровеносного сосуда</li> <li>2) путем разъедания</li> <li>3) путем диапедеза</li> </ul>

100	С каким заболеванием чаще связано развитие инфаркта головного мозга 1) гипертонической болезнью 2) атеросклерозом 3) ревматизмом 4) септическим эндокардитом 5) всем перечисленным
101	С каким заболеванием чаще связано развитие внутримозгового кровоизлияния 1) гипертонической болезнью 2) ревматизмом 3) атеросклерозом 4) септическим эндокардитом 5) всем перечисленным
102	С каким инфекционным агентом связано развитие ревматизма 1) золотистый стафилококк 2) В-гемолитический стрептококк 3) вирусы 4) микоплазма 5) все перечисленные
103	Необходимое условие развития ревматизма при наличии стрептококковой инфекции 1) переохлаждение 2) генетически обусловленная 4) снижение иммунного ответа после перенесенной инфекции 5) пожилой возраст 6) мужской пол
104	Морфологически доказанное нарушение иммунного гомеостаза при ревматизме 1) развитие реакций гиперчувствительности (ГНТ, ГЗТ) 2) преимущественное поражение сердца и сосудов 3) экссудативные изменения в органах и тканях 4) преимущественное поражение митрального клапан 5) все перечисленные
105	Не выделяют клинико-морфологическую форму ревматизма 1) кардиоваскулярную 2) полиартритическую 3) нодозную 4) церебральную 5) почечную
106	В центре ревматической гранулемы имеется некроз 1) казеозный 2) влажный 3) колликвационный 4) фибриноидный 5) гангрена
107	Ревматические гранулемы называются 1) бляшки Мак – Каллума 2) узелки Ашоффа 3) очаги Абрикосова 4) очаги Симона 5) очаги Ашофф-Пуля
108	«Активированные» гистиоциты в составе ревматической гранулемы называются 1) клетками Пирогова -Лангханса

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) клетками Вирхова</li> <li>3) клетками Ходжскина</li> <li>4) клетками Березовского-Штернберга</li> <li>5) клетками Аничкова</li> </ul>
109	<p>Не должно быть в составе «цветущей» ревматической гранулемы</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) фокуса фибриноидного некроза</li> <li>2) лимфоцитов</li> <li>3) разрастания фиброзной ткани</li> <li>4) макрофагов</li> <li>5) клеток Аничкова</li> </ul>
110	<p>Наиболее часто поражаемый клапан при ревматизме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) аортальный</li> <li>2) митральный</li> <li>3) легочной артерии</li> <li>4) трехстворчатый</li> <li>5) поражаются все с одинаковой частотой</li> </ul>
111	<p>Не может развиваться при ревматизме эндокардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диффузный (вальвулит Талалаева)</li> <li>2) острый бородавчатый</li> <li>3) бородавчатый</li> <li>4) тромбо-язвенный</li> <li>5) фибропластический</li> </ul>
112	<p>Тромботические наложения на створках клапана бывают при эндокардите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диффузном (вальвулите Талалаева)</li> <li>2) остром бородавчатом</li> <li>3) фибропластическом</li> <li>4) пороке сердца</li> <li>5) всем перечисленном</li> </ul>
113	<p>В исходе воспаления в клапане при ревматизме развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мукоидное набухание</li> <li>2) фибриноидное набухание</li> <li>3) гранулемы</li> <li>4) склероз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
114	<p>Наиболее тяжелая форма ревматического эндокардита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диффузный (вальвулите Талалаева)</li> <li>2) острый бородавчатый</li> <li>3) возвратно-бородавчатый</li> <li>4) фибропластический</li> <li>5) все имеют тяжелое течение</li> </ul>
115	<p>Наиболее тяжелое течение имеет ревматический миокардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) узелковый продуктивный</li> <li>2) очаговый экссудативный</li> <li>3) диффузный экссудативный</li> <li>4) все имеют тяжелое течение</li> </ul>
116	<p>Наиболее легкое (часто латентное) течение имеет ревматический миокардит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) узелковый продуктивный</li> <li>2) очаговый экссудативный</li> <li>3) диффузный экссудативный</li> <li>4) все имеют легкое течение</li> </ul>
117	<p>Диагностическое морфологическое изменение при узелковом продуктивном</p>

	<p>миокардите это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мукоидное набухание</li> <li>2) фибриноидное набухание</li> <li>3) гранулемы в интерстиции</li> <li>4) диффузные воспалительные инфильтраты в интерстиции</li> <li>5) некроз кардиомиоцитов</li> </ol>
118	<p>При какой морфологической форме ревматического миокардита возможна смерть от острой сердечной недостаточности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) узелковом продуктивном</li> <li>2) очаговом экссудативном</li> <li>3) диффузном экссудативном</li> <li>4) фибропластическом</li> <li>5) при всех перечисленных</li> </ol>
119	<p>Типичный исход ревматического узелкового продуктивного миокардита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) крупноочаговый кардиосклероз</li> <li>2) мелкоочаговый кардиосклероз</li> <li>3) митральный порок сердца</li> <li>4) аортальный порок сердца</li> <li>5) комбинированный порок сердца</li> </ol>
120	<p>Не может развиваться при ревматизме перикардит</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) гнойный</li> <li>3) фибринозный</li> <li>4) серозно-фибринозный</li> </ol>
121	<p>«Волосатое сердце» - это макроскопический вид сердца при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозном перикардите</li> <li>2) гнойном перикардите</li> <li>3) фибринозном перикардите</li> <li>4) организации экссудата в полости перикарда</li> <li>5) петрификации экссудата в полости перикарда</li> </ol>
122	<p>«Панцирное сердце» это макроскопический вид сердца при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозном перикардите</li> <li>2) фибринозном перикардите</li> <li>3) гнойном перикардите</li> <li>4) организации экссудата в полости перикарда</li> <li>5) организация и петрификации экссудата в полости перикарда</li> </ol>
123	<p>Исход воспаления суставов при ревматизме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рассасывание экссудата с восстановлением структуры</li> <li>2) организация экссудата с облитерацией полости</li> <li>3) резкая деформация и неподвижность</li> <li>4) разрушение хрящевой пластинки, формирующей суставную поверхность</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
124	<p>Морфологическое изменение в головном мозге при ревматизме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) васкулиты мелких сосудов</li> <li>2) тромбоз магистральных артерий</li> <li>3) инфаркты</li> <li>4) гематома</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
125	<p>Приобретенные пороки сердца чаще развиваются при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматическом эндокардите</li> <li>2) атеросклерозе с поражением полулуний аортального клапана</li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) септическом эндокардите</li> <li>4) сифилитическом поражении аортального клапана</li> <li>5) бруцеллезе</li> </ul>
126	<p>Порок сердца без проявлений сердечной недостаточности называется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) декомпенсированным</li> <li>2) компенсированным</li> <li>3) комбинированным</li> <li>4) приобретенным</li> <li>5) врожденным</li> </ul>
127	<p>Декомпенсированный порок сердца – это порок, при котором имеется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый венозный застой в органах</li> <li>2) хронический венозный застой в органах</li> <li>3) малокровие органов</li> <li>4) недостаточность кровоснабжения артериальной кровью органов</li> <li>5) гипертрофия миокарда желудочков сердца</li> </ul>
128	<p>Наиболее частая причина смерти при пороке сердца</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>2) острая сердечная недостаточность</li> <li>3) смертельные тромбоэмболии</li> <li>4) паралич гипертрофированного сердца</li> <li>5) пневмонии</li> </ul>
129	<p>Наиболее частый агент острых пневмоний</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) пневмококк</li> <li>2) стафилококк</li> <li>3) стрептококк</li> <li>4) микоплазма</li> <li>5) вирусы</li> </ul>
130	<p>Нельзя отнести к клинико-морфологическим формам острой пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) крупозную пневмонию</li> <li>2) очаговую</li> <li>3) бронхопневмонию</li> <li>4) межочечную</li> <li>5) паренхиматозную</li> </ul>
131	<p>Не выделяют стадию крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) прилива</li> <li>2) красного опеченения</li> <li>3) серого опеченения</li> <li>4) разрешения</li> <li>5) стадию осложнений</li> </ul>
132	<p>Для стадии серого опеченения типичен экссудат</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) серозный</li> <li>2) гнойный</li> <li>3) фибринозный</li> <li>4) геморрагический</li> <li>5) серозно-фибринозный</li> </ul>
133	<p>Тяжелое легочное осложнение крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гнойный медиастинит</li> <li>2) перикардит</li> <li>3) абсцессы в органах вне легких</li> <li>4) абсцесс легкого</li> <li>5) гнойный артрит</li> </ul>

134	Тяжелое внелегочное осложнение крупозной пневмонии 1) карнификация легкого 2) абсцесс легкого 3) гангрена легкого 4) эмпиема плевры 5) гнойный медиастинит
135	Причина смерти при крупозной пневмонии 1) диффузная эмфизема легких 2) пневмосклероз 3) острая легочно-сердечная недостаточность 4) хроническая легочно-сердечная недостаточность 5) декомпенсация гипертрофированного сердца
136	Синоним бронхопневмонии 1) крупозная пневмония 2) долевая 3) плевропневмония 4) интерстициальная 5) очаговая
137	Типичная морфологическая черта только бронхопневмонии 1) воспаление экссудативное 2) экссудат скапливается в просвете альвеол 3) воспалительные изменения бронхов (бронхиол) 4) склероз стенки бронхов 5) обязательны некрозы
138	Наиболее реальная причина смерти при бронхопневмонии 1) бактериальный шок 2) острая почечная недостаточность 3) острая легочно-сердечная недостаточность 4) хроническая легочно-сердечная недостаточность 5) легочные осложнения гнойного характера
139	При выздоровлении от бронхопневмонии в легком наблюдается 1) нагноение 2) рассасывание экссудата 3) карнификация 4) развитие гангрены 5) развитие ателектазов
140	Наиболее частая этиология межочечной пневмонии 1) вирусы 2) микоплазма 3) пневмоциста 4) хламидии 5) все перечисленные
141	Для межочечной пневмонии наиболее характерно развитие в легком 1) острого бронхита (бронхиолита) 2) воспалительного инфильтрата в межальвеолярных перегородках 3) ателектазов 4) накопление экссудата в просвете альвеол 5) обязательная карнификация
142	Не относится к характерным морфологическим изменениям при хронических неспецифических заболеваниях легких 1) хронический бронхит

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) острый бронхит</li> <li>3) бронхоэктазы</li> <li>4) эмфизема</li> <li>5) пневмосклероз</li> </ol>
143	<p>Что такое бронхоэктазы?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сужение просвета бронхов</li> <li>2) расширение просвета бронхов</li> <li>3) хроническое воспаление стенки бронхов</li> <li>4) гиперплазия и метаплазия эпителия бронхов</li> <li>5) фиброз стенки бронхов</li> </ol>
144	<p>Что такое эмфизема легких?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) спадение респираторного отдела легких</li> <li>2) избыточное содержание воздуха в легких</li> <li>3) уменьшение воздушности легких из-за сдавления со стороны плевры</li> <li>4) разрастание фиброзной ткани в легких</li> <li>5) воспалительные инфильтраты в стенках альвеол</li> </ol>
145	<p>Не относится к группе хронических неспецифических заболеваний легких</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фиброзирующий альвеолит</li> <li>2) хронический бронхит</li> <li>3) острый бронхит</li> <li>4) эмфизема легких</li> <li>5) бронхоэктатическая болезнь</li> </ol>
146	<p>К развитию бронхоэктазов обычно приводит</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый бронхит</li> <li>2) хронический бронхит</li> <li>3) бронхопневмония</li> <li>4) пневмосклероз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
147	<p>Наиболее яркое морфологическое изменение в стадии альвеолита при интерстициальной болезни легких</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эктазия бронхиол</li> <li>2) фиброз межальвеолярных перегородок</li> <li>3) воспалительная инфильтрация интерстиция альвеол</li> <li>4) воспалительная инфильтрация стенки бронхов</li> <li>5) эмфизема</li> </ol>
148	<p>Легочная гипертензия при хронических неспецифических заболеваниях легких развивается из-за</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хронической сердечно-легочной недостаточности</li> <li>2) острой сердечно-легочной недостаточности</li> <li>3) гипертрофии правого желудочка сердца</li> <li>4) хронического венозного застоя в легких</li> <li>5) редукции капиллярного русла при пневмосклерозе</li> </ol>
149	<p>Наиболее частая причина смерти при хронических неспецифических заболеваниях легких</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острая сердечно-легочная недостаточность</li> <li>2) хроническая сердечно-легочная недостаточность</li> <li>3) гангрена легких</li> <li>4) острый абсцесс легких</li> <li>5) диффузный гранулематозный альвеолит</li> </ol>
150	<p>Наиболее частая морфологическая форма острого гастрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) катаральный (простой)</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) фибринозный</li> <li>3) гнойный</li> <li>4) некротический (коррозивный)</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
151	<p>Не типично для картины катарального гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) десквамация покровного эпителия</li> <li>2) слизистая дистрофия эпителиальных клеток</li> <li>3) воспалительная инфильтрация</li> <li>4) нарушения кровообращения</li> <li>5) разрастание соединительной ткани</li> </ul>
152	<p>Наиболее частый исход острого гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) переход в хронический гастрит</li> <li>3) склеротическая деформация желудка</li> <li>4) развитие рака желудка</li> <li>5) развитие хронической язвы</li> </ul>
153	<p>Наиболее частый этиологический фактор, вызывающий хронический гастрит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) нарушение питания (раздражающая пища)</li> <li>2) алкоголь</li> <li>3) helicobacter pylori</li> <li>4) токсические вещества (желчь, лекарства)</li> <li>5) аутоиммунные факторы</li> </ul>
154	<p>Не выделяют морфологическую форму хронического гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хронический поверхностный</li> <li>2) хронический атрофический</li> <li>3) фибринозный</li> <li>4) лимфоцитарный</li> <li>5) гранулематозный</li> </ul>
155	<p>Самое значимое морфологическое изменение для постановки диагноза хронический атрофический гастрит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) воспалительная инфильтрация</li> <li>2) атрофии желез</li> <li>3) дистрофии покровно-ямочного эпителия</li> <li>4) метаплазия покровно-ямочного эпителия</li> <li>5) эрозии</li> </ul>
156	<p>Морфологическое изменение слизистой оболочки типичное только для атрофического гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофии покровно-ямочного эпителия</li> <li>2) воспалительная инфильтрация</li> <li>3) расстройства кровообращения</li> <li>4) разрастание фиброзной ткани</li> <li>5) эрозии</li> </ul>
157	<p>Морфологический критерий активности хронического гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия покровно-ямочного эпителия</li> <li>2) атрофия желез</li> <li>3) разрастание фиброзной ткани</li> <li>4) кишечная метаплазия</li> <li>5) воспалительная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами</li> </ul>
158	<p>Наиболее частая морфологическая форма хронического гастрита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хронический поверхностный гастрит</li> <li>2) хронический атрофический гастрит</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) хеликобактерный гастрит</li> <li>4) активный хронический гастрит</li> <li>5) гранулематозный гастрит</li> </ul>
159	<p>Предраковое изменение эпителия при хроническом гастрите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гиперплазия</li> <li>2) дистрофия</li> <li>3) метаплазия</li> <li>4) дисплазия</li> <li>5) гиперпродукция слизи</li> </ul>
160	<p>Рак желудка наиболее часто развивается на фоне</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хронического хеликобактерного гастрита</li> <li>2) хронического поверхностного гастрита</li> <li>3) хронического гастрита А (аутоиммунного)</li> <li>4) хронического активного гастрита</li> <li>5) хронического неактивного гастрита</li> </ul>
161	<p>Морфологическое изменение в дне хронической язвы, соответствующее обострению</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) разрастание соединительной ткани</li> <li>2) появление дисплазии эпителия</li> <li>3) наличие фибриноидного некроза</li> <li>4) склероз стенок кровеносных сосудов</li> <li>5) эпителизация дна язвы</li> </ul>
162	<p>К язвенно-деструктивным осложнениям хронической язвы желудка относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) стеноз выходного отдела желудка</li> <li>2) гастрит</li> <li>3) малигнизация</li> <li>4) деформация желудка</li> <li>5) перфорация язвы</li> </ul>
163	<p>Что такое пенетрация язвы желудка</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) синоним перфорация</li> <li>2) сквозное отверстие в дне язвы</li> <li>3) проникновение некроза из области дна язвы в соседние органы</li> <li>4) развитие флегмоны желудка</li> <li>5) синоним стеноза желудка</li> </ul>
164	<p>К острому аппендициту относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмонозный аппендицит</li> <li>2) водянка аппендикулярного отростка</li> <li>3) мукоцеле</li> <li>4) облитерация просвета аппендикса</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
165	<p>К хроническому аппендициту относится</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмонозный аппендицит</li> <li>2) мукоцеле</li> <li>3) поверхностный аппендицит</li> <li>4) гангренозный аппендицит</li> <li>5) апостематозный аппендицит</li> </ul>
166	<p>Осложнение острого аппендицита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мукоцеле</li> <li>2) облитерация просвета аппендикса</li> <li>3) эмпиема отростка</li> <li>4) водянка аппендикулярного отростка</li> </ul>

	5) все перечисленные
167	Осложнение острого аппендицита 1) перфорация стенки аппендикса 2) эмпиема 3) периаппендицит 4) пилефлебит 5) все перечисленные
168	Для гистологического заключения флегмонозный аппендицит необходимы изменения 1) увеличение аппендикса в размерах 2) воспаление серозной оболочки аппендикса 3) склероз стенки отростка 4) разлитое гнойное воспаление стенки аппендикса 5) эрозии
169	Диагностическое морфологическое изменение при поверхностном аппендиците 1) облитерация просвета аппендикса 2) перфорация стенки 3) расстройства кровообращения 4) эрозии 5) наличие первичного аффекта в слизистой оболочке аппендикса
170	Не относится к деструктивным формам острого аппендицита 1) флегмонозный аппендицит 2) апостематозный 3) водянка червеобразного отростка 4) гангренозный аппендицит 5) флегмонозно-язвенный
171	Причина токсической дистрофии печени (массивного прогрессирующего некроза печени) 1) тяжелые инфекции 2) тяжелые интоксикации 3) может быть при вирусном гепатите В 4) может быть при позднем гестозе 5) все перечисленные
172	Основное морфологическое изменение при токсической дистрофии печени 1) очаговые некрозы гепатоцитов 2) ступенчатые некрозы 3) мостовидные некрозы 4) массивные некрозы 5) воспалительные инфильтраты в строме
173	Исход массивного прогрессирующего некроза печени 1) выздоровление 2) постнекротический цирроз печени 3) острый гепатит 4) хронический гепатит 5) все перечисленные
174	Наиболее частая причина смерти при массивном прогрессирующем некрозе печени 1) острая печеночная недостаточность 2) хроническая печеночная недостаточность 3) инфекционные осложнения 4) шок 5) ДВС-синдром

175	<p>Причина стеатоза печени</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сахарный диабет</li> <li>2) алкогольная интоксикация</li> <li>3) гипоксия</li> <li>4) общее ожирение</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
176	<p>Основное морфологическое изменение в печени при стеатозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаги некроза гепатоцитов</li> <li>2) массивный некроз гепатоцитов</li> <li>3) жировая дистрофия гепатоцитов</li> <li>4) расстройства кровообращения</li> <li>5) очаговые воспалительные инфильтраты в строме</li> </ol>
177	<p>Назовите наиболее частую причину гепатита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) алкоголь</li> <li>2) лекарственные препараты</li> <li>3) токсические вещества</li> <li>4) гепатотропные вирусы</li> <li>5) эндогенные интоксикации</li> </ol>
178	<p>Клинико-морфологическая форма вирусного гепатита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) безжелтушная</li> <li>2) желтушная</li> <li>3) фульминантная</li> <li>4) некротическая</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
179	<p>Обязательное морфологическое изменение печени при гепатите</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия гепатоцитов</li> <li>2) некроз гепатоцитов</li> <li>3) холестаз</li> <li>4) фиброз</li> <li>5) воспалительные инфильтраты</li> </ol>
180	<p>Не бывает при безжелтушной форме вирусного гепатита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидропической дистрофии гепатоцитов</li> <li>2) баллонной дистрофии гепатоцитов</li> <li>3) массивного некроза гепатоцитов</li> <li>4) воспалительных инфильтратов без разрушения гепатоцитов пограничной пластинки</li> <li>5) пролиферации звездчатых ретикулоцитов</li> </ol>
181	<p>Самое яркое морфологическое изменение печени при желтушной форме вирусного гепатита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гидропическая дистрофия гепатоцитов</li> <li>2) жировая дистрофия гепатоцитов</li> <li>3) очаги некроза гепатоцитов</li> <li>4) диффузные воспалительные инфильтраты с разрушением гепатоцитов пограничной пластинки</li> <li>5) воспалительные инфильтраты без разрушения гепатоцитов пограничной пластинки</li> </ol>
182	<p>Самое яркое морфологическое изменение печени при фульминантной форме вирусного гепатита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия гепатоцитов</li> <li>2) массивный некроз гепатоцитов</li> <li>3) слабо выраженные воспалительные инфильтраты</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) фиброз стромы</li> <li>5) расстройства кровообращения</li> </ul>
183	<p>Исход острого вирусного гепатита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) переход в хронический гепатит</li> <li>3) переход в постнекротический цирроз печени</li> <li>4) смертельный исход</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
184	<p>Тельца Каунсильмана - это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гепатоциты в состоянии дистрофии</li> <li>2) гепатоциты в состоянии апоптоза</li> <li>3) гипертрофированные гепатоциты</li> <li>4) активированные макрофаги</li> <li>5) очаговые скопления лимфоцитов в виде фолликулов</li> </ul>
185	<p>Не относится к алкогольным поражениям печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) стеатоз печени</li> <li>2) гепатит</li> <li>3) цирроз</li> <li>4) массивный прогрессирующий некроз печени</li> </ul>
186	<p>Исходом алкогольного стеатоза печени может быть</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) массивный прогрессирующий некроз печени</li> <li>2) портальный цирроз печени</li> <li>3) вирусный гепатит</li> <li>4) аутоиммунный гепатит</li> <li>5) крупноузловой цирроз печени</li> </ul>
187	<p>Не характерно для морфологии алкогольного гепатита наличие</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофии гепатоцитов</li> <li>2) очагов некроза гепатоцитов</li> <li>3) массивного некроза гепатоцитов</li> <li>4) телец Маллори</li> <li>5) воспалительных инфильтратов в строме</li> </ul>
188	<p>Тельца Маллори - это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) некротизированные гепатоциты</li> <li>2) гепатоциты в состоянии апоптоза</li> <li>3) накопление липидов в цитоплазме гепатоцитов</li> <li>4) аморфные эозинофильные включения в цитоплазме гепатоцитов</li> <li>5) очаговые скопления лимфоцитов в строме печени</li> </ul>
189	<p>Обычно алкогольный цирроз печени бывает</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) портальным</li> <li>2) крупноузловым</li> <li>3) первичным билиарным</li> <li>4) вторичным билиарным</li> <li>5) криптогенным</li> </ul>
190	<p>Не включают в морфологическую классификацию циррозов печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мелкоузловой цирроз</li> <li>2) крупноузловой цирроз</li> <li>3) крупно-мелкоузловой цирроз (смешанный)</li> <li>4) неполный септальный цирроз</li> <li>5) портальный цирроз портальный цирроз</li> </ul>
191	<p>Вариант цирроза печени, выделяемый по морфогенезу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) алкогольный цирроз печени</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) портальный цирроз</li> <li>3) мелкоузловой цирроз</li> <li>4) декомпенсированный цирроз</li> <li>5) мультилобулярный цирроз</li> </ul>
192	<p>Обязательные морфологические изменения печени при циррозе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) альтерация гепатоцитов</li> <li>2) извращенная регенерация</li> <li>3) диффузный склероз</li> <li>4) перестройка структуры печени</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
193	<p>Исключите не характерную черту постнекротического цирроза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) печень крупнобугристая</li> <li>2) ложные дольки мелкие</li> <li>3) соединительнотканые септы широкие</li> <li>4) сближение триад</li> <li>5) при декомпенсации чаще печеночная недостаточность</li> </ul>
194	<p>Исключите не характерную черту портального цирроза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) печень мелкобугристая</li> <li>2) ложные дольки мелкие</li> <li>3) соединительнотканые септы широкие</li> <li>4) резкое нарушение ангиоархитектоники органа</li> <li>5) при декомпенсации чаще портальная гипертензия</li> </ul>
195	<p>Проявление портальной гипертензии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) расширение портокавальных анастомозов</li> <li>2) желтуха</li> <li>3) геморрагический синдром</li> <li>4) печеночный гломерулосклероз</li> <li>5) печеночная недостаточность</li> </ul>
196	<p>Для декомпенсированного цирроза печени характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) печень увеличена в размерах</li> <li>2) печень уменьшена в размерах</li> <li>3) гиперплазия околопортальных лимфоузлов</li> <li>4) проявление портальной гипертензии</li> <li>5) аллергические реакции (артралгия, кожная сыпь)</li> </ul>
197	<p>Нельзя отнести к проявлениям портальной гипертензии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) желтуху</li> <li>2) асцит</li> <li>3) расширение портокавальных анастомозов</li> <li>4) кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка</li> <li>5) склероз воротной вены с тромбозом</li> </ul>
198	<p>Нельзя отнести к проявлениям портальной гипертензии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) асцит</li> <li>2) расширение портокавальных анастомозов</li> <li>3) кровотечение из вен пищевода и желудка</li> <li>4) гепаторенальный синдром</li> <li>5) склероз и тромбоз воротной вены</li> </ul>
199	<p>Для декомпенсированного цирроза печени характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) аллергические реакции (артралгия, кожная сыпь)</li> <li>2) проявления печеночной недостаточности</li> <li>3) наличие структурной перестройки органа</li> <li>4) наличие диффузного склероза печени</li> </ul>

	5) формирование в печени лимфоидных скоплений в виде фолликулов
200	Наиболее частая причина смерти при портальном циррозе печени 1) инфекционные осложнения 2) печеночная недостаточность 3) асцит-перитонит 4) спленомегалия 5) кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка
201	Наиболее частая причина смерти при постнекротическом циррозе печени 1) спленомегалия 2) асцит-перитонит 3) печеночная недостаточность 4) тромбоз воротной вены с развитием некроза кишечника 5) гепаторенальный синдром
202	Нельзя отнести к ренальным симптомам гломерулонефрита 1) протеинурию 2) гематурию 3) цилиндрурию 4) диспротеинемию 5) олигурию
203	Нельзя отнести к экстраренальным симптомам гломерулонефрита 1) артериальную гипертензию 2) диспротеинемию 3) отеки 4) гиперазотемию 5) олигурию
204	Какие клетки почечного клубочка пролиферируют при гломерулонефрите? 1) эндотелий 2) клетки мезангия 3) подоциты 4) нефротелий капсулы 5) все перечисленные
205	Наиболее частый этиологический фактор острого гломерулонефрита 1) золотистый стафилококк 2) пневмококк 3) $\beta$ -гемолитический стрептококк 4) менингококк 5) неизвестный фактор
206	Назовите возможный этиологический фактор острого гломерулонефрита 1) $\beta$ -гемолитический стрептококк 2) стафилококк 3) пневмококк 4) некоторые вирусы 5) все перечисленные
207	Ведущий механизм повреждения базальной мембраны почечного клубочка при гломерулонефрите 1) повреждение циркулирующими иммунными комплексами 2) повреждение осажденными иммунными комплексами 3) прямое воздействие бактериальных токсинов 4) нарушение кровообращения с ишемией 5) все перечисленное
208	Назовите наиболее ранние морфологические изменения в почечном клубочке при

	<p>остром гломерулонефрите</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) экссудативные изменения сосудистого клубочка</li> <li>2) продуктивные изменения сосудистого клубочка</li> <li>3) продуктивные изменения капсулы клубочка</li> <li>4) склероз и гиалиноз сосудистого клубочка</li> <li>5) атрофия сосудистого клубочка</li> </ol>
209	<p>В какой срок должно укладываться течение острого гломерулонефрита?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 2 – 3 недели</li> <li>2) 1,5 – 2 месяца</li> <li>3) 1,5 – 12 месяцев</li> <li>4) 6 месяцев – 2 года</li> <li>5) многие годы</li> </ol>
210	<p>Наиболее частый исход острого гломерулонефрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) переход в подострый гломерулонефрит</li> <li>3) переход в хронический гломерулонефрит</li> <li>4) смерть от острой почечной недостаточности</li> <li>5) смерть от хронической почечной недостаточности</li> </ol>
211	<p>Укажите другое название подострого гломерулонефрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фибропластический</li> <li>2) полулунный</li> <li>3) мезангиальный</li> <li>4) экссудативный интракапиллярный</li> <li>5) экссудативный экстракапиллярный</li> </ol>
212	<p>Как еще можно назвать «полулунный» гломерулонефрит?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) подострый</li> <li>2) быстро прогрессирующий</li> <li>3) злокачественный</li> <li>4) всеми перечисленными терминами</li> <li>5) ни один из терминов не подходит</li> </ol>
213	<p>Наиболее закономерный исход подострого гломерулонефрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) переход в хронический гломерулонефрит</li> <li>3) смерть от почечной недостаточности</li> <li>4) переход в острый гломерулонефрит</li> <li>5) развитие амилоидоза почек</li> </ol>
214	<p>Наиболее яркое морфологическое изменение почечного клубочка при подостром гломерулонефрите</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пролиферация эндотелия</li> <li>2) пролиферация нефротелия капсулы и подоцитов</li> <li>3) пролиферация мезангиальных клеток</li> <li>4) экссудативные изменения в сосудистом клубочке</li> <li>5) накопление экссудата в полости капсулы</li> </ol>
215	<p>Для нефротического синдрома обязательна</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незначительная протеинурия</li> <li>2) значительная протеинурия</li> <li>3) гематурия</li> <li>4) азотемия</li> <li>5) артериальная гипертензия</li> </ol>
216	<p>Не может развиваться как морфологический вариант хронического гломерулонефрита</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) мезангиальнопролиферативный</li> <li>2) мезангиальнокапиллярный</li> <li>3) мембранопротролиферативный</li> <li>4) экссудативный интракапиллярный</li> <li>5) фибропластический</li> </ol>
217	<p>В исходе воспаления в почечном клубочке при хроническом гломерулонефрите развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гиалиноз</li> <li>2) склероз</li> <li>3) атрофия</li> <li>4) деформация сосудистого клубочка</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
218	<p>Наиболее частая причина смерти при хроническом гломерулонефрите</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острая почечная недостаточность</li> <li>2) хроническая почечная недостаточность</li> <li>3) сердечная недостаточность</li> <li>4) инфекционные осложнения</li> <li>5) гепаторенальный синдром</li> </ol>
219	<p>Закономерный исход хронического гломерулонефрита</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) смерть от хронической почечной недостаточности</li> <li>3) смерть от острой почечной недостаточности</li> <li>4) переход в подострый гломерулонефрит</li> <li>5) переход в острый гломерулонефрит</li> </ol>
220	<p>К невоспалительным гломерулопатиям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липоидный нефроз</li> <li>2) мембранозная гломерулопатия</li> <li>3) фокальный гломерулярный склероз</li> <li>4) нефропатия с минимальными изменениями</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
221	<p>К невоспалительным гломерулопатиям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) липоидный нефроз</li> <li>2) мембранозная гломерулопатия</li> <li>3) диабетическая гломерулопатия</li> <li>4) амилоидоз</li> <li>5) все вышеперечисленное</li> </ol>
222	<p>Самое яркое электронномикроскопическое изменение почечного клубочка при липоидном нефрозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отложение иммунных комплексов в базальной мембране</li> <li>2) накопление мембраноподобного вещества с утолщением базальной мембраны</li> <li>3) расщепление базальной мембраны</li> <li>4) интерпозиция клеток мезангия</li> <li>5) исчезновение малых отростков подоцитов</li> </ol>
223	<p>Синоним «болезни малых отростков подоцитов»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мембранозная гломерулопатия</li> <li>2) диабетическая гломерулопатия</li> <li>3) нефропатия с минимальными изменениями</li> <li>4) фокальный гломерулярный склероз</li> <li>5) печеночный гломерулосклероз</li> </ol>
224	<p>Причина некротического нефроза</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) шок</li> <li>2) шокоподобные ситуации</li> <li>3) тяжелые инфекции</li> <li>4) тяжелые отравления</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
225	<p>Причина некротического нефроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) шок</li> <li>2) обменно-алиментарные нарушения</li> <li>3) гломерулонефрит</li> <li>4) рак почки</li> <li>5) амилоидоз почек</li> </ol>
226	<p>Патогенетический механизм некротического нефроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отложение иммунных комплексов на базальной мембране клубочка</li> <li>2) повреждение базальной мембраны клубочка почечными аутоантителами</li> <li>3) повреждение базальной мембраны клубочка бактериальными токсинами</li> <li>4) воздействие на эпителий канальцев токсических веществ</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
227	<p>Наиболее тяжелое морфологическое изменение при некротическом нефрозе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия эпителия канальцев</li> <li>2) некроз эпителия канальцев</li> <li>3) ишемия коркового слоя почки</li> <li>4) отек интерстиция почки</li> <li>5) очаговые лейкоцитарные инфильтраты в интерстиции почки</li> </ol>
228	<p>Назовите морфологическое изменение в почках в шоковую стадию некротического нефроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отложение иммунных комплексов в базальной мембране клубочка</li> <li>2) пролиферация клеток мезангия</li> <li>3) выраженный некроз эпителия канальцев</li> <li>4) выраженные нарушения кровообращения</li> <li>5) атрофия эпителия канальцев</li> </ol>
229	<p>Назовите морфологическое изменение, позволяющее говорить об олигоанурической стадии некротического нефроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемия коркового слоя почки</li> <li>2) отек интерстиция почки</li> <li>3) дистрофия эпителия канальцев</li> <li>4) некроз эпителия канальцев</li> <li>5) атрофия эпителия канальцев</li> </ol>
230	<p>Для полного восстановления функции почек при некротическом нефрозе необходимо</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаговое разрастание соединительной ткани</li> <li>2) полная регенерация эпителия канальцев</li> <li>3) рассасывание отечной жидкости в интерстиции почки</li> <li>4) переход дистрофии эпителия канальцев в некроз</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
231	<p>Возможный исход некротического нефроза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) переход в хронический гломерулонефрит</li> <li>3) развитие амилоидоза почек</li> <li>4) развитие первичного нефротического синдрома</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
232	<p>Вторичный амилоидоз с поражением почек развивается при</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) остром гломерулонефрите</li> <li>2) некротическом нефрозе</li> <li>3) циррозах печени</li> <li>4) острых воспалительных заболеваниях легких</li> <li>5) хронических гнойно-деструктивных заболеваниях легких</li> </ol>
233	<p>Амилоидоз почек может развиваться при</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лимфогранулематозе</li> <li>2) гнойно-деструктивных заболеваниях легких</li> <li>3) хроническом остеомиелите</li> <li>4) ревматоидном полиартрите</li> <li>5) всем перечисленном</li> </ol>
234	<p>При амилоидозе почек неизбежно развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематурия</li> <li>2) нефритический синдром</li> <li>3) гепаторенальный синдром</li> <li>4) острая почечная недостаточность</li> <li>5) хроническая почечная недостаточность</li> </ol>
235	<p>Амилоидоз почек неизбежно приводит к хронической почечной недостаточности, так как развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) прогрессирующее нарушение кровообращения коркового слоя</li> <li>2) нарастающая атрофия канальцев и гибель структур почечного клубочка</li> <li>3) некроз капиллярных петель клубочка и эпителия канальцев</li> <li>4) диффузный склероз интерстиция почки</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
236	<p>Морфологический вид воспаления в пейеровых бляшках тонкого кишечника при брюшном тифе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) катаральное</li> <li>4) продуктивное</li> <li>5) альтеративное</li> </ol>
237	<p>Морфологический тип воспаления в пейеровых бляшках тонкого кишечника при брюшном тифе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойное</li> <li>2) продуктивное</li> <li>3) гранулематозное</li> <li>4) альтеративное</li> </ol>
238	<p>В пейеровых бляшках при брюшном тифе развиваются гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эпителиоидноклеточные</li> <li>2) гигантоклеточные</li> <li>3) макрофагальные</li> <li>4) похожие на туберкулезные</li> <li>5) с творожистым некрозом</li> </ol>
239	<p>Исход гранулем в пейеровых бляшках при брюшном тифе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некроз</li> <li>2) фиброз</li> <li>3) нагноение</li> <li>4) рубцевание</li> <li>5) склероз</li> </ol>
240	<p>Не выделяют стадию брюшного тифа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мозговидного набухания</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) некроза</li> <li>3) образования язв</li> <li>4) рубцевания</li> <li>5) заживления</li> </ol>
241	<p>Наиболее тяжелые изменения при брюшном тифе развиваются в</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудке</li> <li>2) тонком кишечнике</li> <li>3) 12-ти перстной кишке</li> <li>4) толстом кишечнике</li> <li>5) прямой кишке</li> </ol>
242	<p>Какой вид воспаления развивается в регионарных лимфоузлах тонкого кишечника при брюшном тифе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) гранулематозное</li> <li>4) альтеративное</li> <li>5) с казеозным некрозом</li> </ol>
243	<p>Наиболее тяжелое кишечное осложнение брюшного тифа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) образование язв в пейеровых бляшках</li> <li>2) некроз макрофагальных гранулем</li> <li>3) кишечное кровотечение</li> <li>4) пневмония</li> <li>5) кожная сыпь</li> </ol>
244	<p>Наиболее тяжелое кишечное осложнение брюшного тифа</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пневмония</li> <li>2) сепсис</li> <li>3) остеомиелит</li> <li>4) прободение кишки и перитонит</li> <li>5) дистрофические изменения паренхиматозных органов</li> </ol>
245	<p>Не выделяют клинико-морфологическую форму сальмонеллеза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) интестинальную</li> <li>2) брюшнотифозную</li> <li>3) септическую</li> <li>4) абдоминальную</li> </ol>
246	<p>Наиболее поражаемый отдел кишечника при сальмонеллезе</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудок</li> <li>2) тонкий кишечник</li> <li>3) толстый кишечник</li> <li>4) илеоцекальный угол</li> <li>5) прямая кишка</li> </ol>
247	<p>Интестинальная форма сальмонеллеза проявляется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гастроэнтеритом</li> <li>2) гастроэнтероколитом</li> <li>3) колит</li> <li>4) проктитом</li> <li>5) дуоденитом</li> </ol>
248	<p>В тонком кишечнике при сальмонеллезе развивается воспаление</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) катаральное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) фибринозное</li> <li>4) крупозное</li> </ol>

	5) дифтеритическое
249	Наиболее реальная причина смерти при сальмонеллезе 1) дисбактериоз 2) пневмония 3) метастатические гноиники в органах 4) токсико-инфекционный шок 5) обезвоживание
250	Не выделяют морфологическую форму иерсиниоза 1) абдоминальную 2) скарлатиноподобную 3) артралгическую 4) септическую 5) брюшнотифозную
251	При иерсиниозе могут поражаться отделы кишечника 1) желудок 2) тонкий кишечник 3) толстый кишечник 4) аппендикс 5) все перечисленные
252	При иерсиниозе в подвздошной кишке может развиваться 1) катаральное воспаление 2) формирование язв 3) формирование гранулем 4) все перечисленные
253	Нельзя отнести к абдоминальной форме иерсиниоза 1) терминальный илеит 2) аппендикопатию 3) мезаденит 4) катаральный энтероколит с формированием язв 5) дифтеритический колит
254	Гранулемы при иерсиниозе 1) макрофагальные 2) эпителиоидноклеточные 3) гигантоклеточные 4) с наличием казеозного некроза 5) можно назвать гуммами
255	Исход гранулем при иерсиниозе 1) развитие казеозного некроза 2) некроз и гнойное расплавление 3) обызвествление 4) петрификация 5) оссификация
256	Наиболее реальная причина смерти при иерсиниозе 1) внутрикишечное кровотечение 2) рубцовые стенозы кишечника 3) септическая форма болезни 4) пневмония 5) артриты
257	Клетки, входящие в состав гранулемы при иерсиниозе 1) макрофаги 2) эпителиоидные



	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) гигантские многоядерные клетки</li> <li>4) сегментоядерные лейкоциты</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
258	<p>Наиболее типично поражение при дизентерии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) желудка</li> <li>2) тонкого кишечника</li> <li>3) мезентериальных лимфоузлов</li> <li>4) толстого кишечника</li> <li>5) аппендикса</li> </ul>
259	<p>В толстом кишечнике при дизентерии развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) продуктивное воспаление</li> <li>2) гранулематозное воспаление</li> <li>3) экссудативное воспаление</li> <li>4) разлитое гнойное воспаление</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
260	<p>Для начальной стадии дизентерии характерно воспаление</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) катаральное</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) дифтеритическое</li> <li>4) продуктивное</li> <li>5) гранулематозное</li> </ul>
261	<p>У детей при дизентерии часто развивается колит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) крупозный</li> <li>2) дифтеритический</li> <li>3) фолликулярно-язвенный</li> <li>4) продуктивный</li> <li>5) флегмонозный</li> </ul>
262	<p>Наиболее частый вариант колита при современной дизентерии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) катаральный</li> <li>2) флегмонозный</li> <li>3) крупозный</li> <li>4) дифтеритический</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
263	<p>При хронической дизентерии возможно осложнение</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бронхопневмония</li> <li>2) серозные артриты</li> <li>3) перфорация стенки кишки и перитонит</li> <li>4) перфорация стенки кишки и парапроктит</li> <li>5) амилоидоз</li> </ul>
264	<p>Не выделяют стадию (период) развития холеры</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) токсическую</li> <li>2) алгидную</li> <li>3) стадию энтерита</li> <li>4) стадию гастроэнтерита</li> </ul>
265	<p>Морфологический тип воспаления при холерном энтерите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмонозное</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) дифтеритическое</li> <li>4) серозное</li> <li>5) серозное с образованием язв</li> </ul>
266	<p>Морфологический вид энтерита характерный для холеры</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозный (серозно-геморрагический)</li> <li>2) фолликулярный (фолликулярно-язвенный)</li> <li>3) дифтеритический</li> <li>4) крупозный</li> <li>5) флегмонозный</li> </ol>
267	<p>Не может развиваться в кишечнике при холерном энтерите</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) расстройство кровообращения</li> <li>2) отек</li> <li>3) десквамация эпителия ворсин</li> <li>4) формирование язв</li> <li>5) лимфогистиоцитарная инфильтрация</li> </ol>
268	<p>Характерные изменения почек при тяжелой холере</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) некротический нефроз</li> <li>2) пиелонефрит</li> <li>3) пиелит</li> <li>4) паранефрит</li> <li>5) инфаркты почек</li> </ol>
269	<p>Специфическое осложнение при холере</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пневмония</li> <li>2) рожа</li> <li>3) сепсис</li> <li>4) холерный тифоид</li> <li>5) пиелонефрит</li> </ol>
270	<p>Наиболее характерное общее изменение при тяжелой холере</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кожная сыпь</li> <li>2) бронхопневмония</li> <li>3) обезвоживание</li> <li>4) миокардит</li> <li>5) жировая дистрофия печени</li> </ol>
271	<p>Практически не наблюдается при современной холере</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) интоксикация</li> <li>2) диарея</li> <li>3) рвота</li> <li>4) эксикоз</li> <li>5) дистрофические изменения паренхиматозных органов</li> </ol>
272	<p>272. В алгидный период появляется</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) интоксикация</li> <li>2) обезвоживание (эксикоз)</li> <li>3) диарея</li> <li>4) рвота</li> <li>5) гипертермия</li> </ol>
273	<p>Наиболее частое место первичной фиксации стрептококка при скарлатине</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) небные миндалины</li> <li>2) кожа</li> <li>3) легкие</li> <li>4) лимфоузлы шеи</li> <li>5) мягкие ткани шеи</li> </ol>
274	<p>Первичный скарлатинозный аффект представлен</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) воспалением небных миндалин</li> <li>2) регионарным лимфаденитом</li> <li>3) флегмоной мягких тканей шеи</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) заглочным абсцессом</li> <li>5) отитом</li> </ul>
275	<p>Наиболее частая морфологическая форма ангины при скарлатине в настоящее время</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) катаральная</li> <li>2) некротическая</li> <li>3) гнойная</li> <li>4) фолликулярная</li> <li>5) фибринозная</li> </ul>
276	<p>Общее проявление скарлатины, связанное с токсемией</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) кожная сыпь</li> <li>2) эксикоз</li> <li>3) токсический миокардит</li> <li>4) синдром Уотерхауса – Фридериксена</li> <li>5) паренхиматозный неврит</li> </ul>
277	<p>Тяжелые гнойно-некротические осложнения скарлатины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) заглочный абсцесс</li> <li>2) гнойный отит</li> <li>3) гнойно- некротический лимфаденит</li> <li>4) флегмона шеи</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
278	<p>Тяжелое осложнение первого периода скарлатины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмона шеи</li> <li>2) бородавчатый эндокардит</li> <li>3) артриты</li> <li>4) васкулиты</li> </ul>
279	<p>Тяжелое осложнение второго периода скарлатины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) флегмона шеи</li> <li>2) абсцесс головного мозга</li> <li>3) гнойный менингит</li> <li>4) септикопиемия</li> <li>5) гломерулонефрит</li> </ul>
280	<p>Характер осложнений второго периода скарлатины</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) токсические</li> <li>2) гнойно-некротические</li> <li>3) обменные</li> <li>4) аллергические</li> <li>5) септические</li> </ul>
281	<p>На какие органы и системы оказывает действие экзотоксин дифтерийной палочки</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) сердце</li> <li>2) сосудистую систему</li> <li>3) нервную систему</li> <li>4) надпочечники</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
282	<p>Наиболее типичная локализация местных изменений при дифтерии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) раневая поверхность</li> <li>2) слизистая оболочка носа</li> <li>3) слизистая оболочка дыхательных путей</li> <li>4) зев и миндалины</li> <li>5) гениталии (у девочек)</li> </ul>
283	Какой морфологический вид воспаления типичен для дифтерии

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) фибринозное</li> <li>4) геморрагическое</li> <li>5) продуктивное</li> </ol>
284	<p>Какая морфологическая разновидность воспаления типична для дифтерии зева и миндалин</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) дифтеритическое</li> <li>4) гнойное</li> <li>5) гнилостное</li> </ol>
285	<p>Какая морфологическая разновидность воспаления типична для дифтерии дыхательных путей (гортани, трахеи)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) крупозное</li> <li>3) дифтеритическое</li> <li>4) гнойное</li> <li>5) гнилостное</li> </ol>
286	<p>При какой клинико-морфологической форме дифтерии развивается наиболее тяжелая токсемия</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дифтерии дыхательных путей</li> <li>2) дифтерии носа</li> <li>3) дифтерии ран</li> <li>4) дифтерии зева и миндалин</li> <li>5) дифтерии кожи</li> </ol>
287	<p>Что такое истинный круп</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек гортани</li> <li>2) спазм гладких мышц гортани</li> <li>3) крупозное воспаление гортани с отделением фибринозной пленки</li> <li>4) крупозное воспаление бронхов с нарушением их проходимости</li> <li>5) синоним раннего паралича сердца</li> </ol>
288	<p>Наиболее типичные общетоксические проявления при дифтерии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) токсический миокардит</li> <li>2) паренхиматозный неврит</li> <li>3) дистрофия и некроз надпочечников</li> <li>4) некротический нефроз</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
289	<p>Синоним острой сердечной недостаточности при токсическом миокардите при дифтерии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ранний паралич сердца</li> <li>2) поздний паралич сердца</li> <li>3) истинный круп</li> <li>4) ложный круп</li> <li>5) нисходящий круп</li> </ol>
290	<p>Ранний паралич сердца при дифтерии развивается в связи с</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) истинным крупом</li> <li>2) ложным крупом</li> <li>3) нисходящим крупом</li> <li>4) токсическим миокардитом</li> <li>5) паренхиматозным невритом</li> </ol>

291	<p>Поздний паралич сердца при дифтерии развивается в связи с</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) истинным крупом</li> <li>2) ложным крупом</li> <li>3) нисходящим крупом</li> <li>4) токсическим миокардитом</li> <li>5) паренхиматозным невритом</li> </ol>
292	<p>Морфологические изменения при токсическом миокардите при дифтерии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дистрофия кардиомиоцитов</li> <li>2) очаги некроза кардиомиоцитов</li> <li>3) лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция</li> <li>4) расстройства кровообращения</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
293	<p>Наиболее частая причина смерти при дифтерии в настоящее время</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ранний паралич сердца</li> <li>2) поздний паралич сердца</li> <li>3) асфиксия при истинном крупе</li> <li>4) асфиксия при ложном крупе</li> <li>5) нисходящий круп</li> </ol>
294	<p>Клинико-морфологические формы менингококковой инфекции</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) назофарингит</li> <li>2) гнойный менингит</li> <li>3) менингоэнцефалит</li> <li>4) менингококемия</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
295	<p>Наиболее тяжелая клинико-морфологическая форма менингококковой инфекции</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) назофарингит</li> <li>2) пневмония</li> <li>3) гнойный менингит</li> <li>4) септицемия</li> <li>5) септикопиемия</li> </ol>
296	<p>При менингококкцемии не успевает развиваться</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозный менингит</li> <li>2) гнойный менингит</li> <li>3) геморрагический синдром</li> <li>4) некроз и кровоизлияния в надпочечниках</li> <li>5) некротический нефроз</li> </ol>
297	<p>Что такое синдром Уотерхауса-Фридериксена при менингококковой инфекции</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острая надпочечниковая недостаточность</li> <li>2) хроническая надпочечниковая недостаточность</li> <li>3) острая почечная недостаточность</li> <li>4) хроническая почечная недостаточность</li> <li>5) геморрагический синдром при менингококкцемии</li> </ol>
298	<p>При синдроме Уотерхауса-Фридериксена имеет место</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атрофия коры надпочечников</li> <li>2) очаговая гиперплазия коры надпочечников</li> <li>3) некроз и кровоизлияния в надпочечниках</li> <li>4) гидроцефалия в исходе менингита</li> <li>5) множественные кровоизлияния в разных органах</li> </ol>
299	<p>При менингококковом менингите типично развитие воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозного</li> <li>2) гнойного</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) геморрагического</li> <li>4) фибринозного</li> <li>5) дифтеритического</li> </ul>
300	<p>При гнойном менингите развивается гидроцефалия из-за</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) скопления гнойного экссудата</li> <li>2) развития фиброзной ткани на месте гнойного экссудата</li> <li>3) рассасывания гнойного экссудата</li> <li>4) присоединения энцефалита</li> <li>5) субарахноидального кровоизлияния</li> </ul>
301	<p>Не принято выделять клинико-морфологическую форму гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкую</li> <li>2) тяжелую</li> <li>3) средней тяжести</li> <li>4) септическую</li> </ul>
302	<p>При какой форме гриппа возможен смертельный исход</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой</li> <li>4) септической</li> <li>5) токсико-септической</li> </ul>
303	<p>" Большое пестрое легкое" развивается при форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой, обусловленной интоксикацией</li> <li>4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией</li> <li>5) септической форме</li> </ul>
304	<p>Смерть от геморрагического отека легких возможна при форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой, обусловленной интоксикацией</li> <li>4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией</li> <li>5) септической</li> </ul>
305	<p>Смерть от отека и набухания головного мозга возможна при форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой, обусловленной интоксикацией</li> <li>4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией</li> <li>5) септической</li> </ul>
306	<p>Смерть от кровоизлияния в продолговатом мозгу возможна при форме гриппа</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) легкой</li> <li>2) средней тяжести</li> <li>3) тяжелой, обусловленной интоксикацией</li> <li>4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией</li> <li>5) септической</li> </ul>
307	<p>В "большом пестром легком" при гриппе появляется</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) бронхопневмония</li> <li>2) микроабсцессы</li> <li>3) мелкие кровоизлияния</li> <li>4) ателектазы</li> </ul>

	5) все перечисленные
308	При гриппозной пневмонии не может быть в легком 1) скопления в альвеолах серозного экссудата 2) лимфоидно-клеточных инфильтратов в межальвеолярных перегородках 3) расстройств кровообращения 4) специфических вирусных включений в альвеолярном эпителии 5) микроабсцессов
309	Не бывает при легкой форме гриппа 1) серозно-слизистого ринита 2) серозно-слизистого ларингита 3) серозно-слизистого трахеита 4) катарального воспаления крупных бронхов 5) гриппозной пневмонии
310	Первичный туберкулезный аффект в легком представлен 1) очаговой казеозной пневмонией 2) очаговой казеозной бронхопневмонией 3) сливной больших масштабов казеозной пневмонией 4) туберкулезной гранулемой 5) очагом обызвествления
311	При туберкулезном лимфадените некроз 1) влажный 2) колликвационный 3) сухой 4) гангрена 5) фибриноидный
312	Морфологический вид первичного некроза при туберкулезе 1) влажный 2) колликвационный 3) сухой 4) фибриноидный 5) гангрена
313	Туберкулезная гранулема по морфологическим параметрам является 1) макрофагальной 2) эпителиоидноклеточной 3) гигантоклеточной 4) неспецифической 5) неиммунной
314	При заживлении очагов воспаления при туберкулезе происходит 1) организация 2) инкапсуляция 3) петрификация 4) оссификация 5) все перечисленное
315	Заживший первичный аффект в легком при туберкулезе называется очагом 1) Абрикосова 2) Гона 3) Ашофф-Пуля 4) Ассмана-Редекера 5) Симона
316	Наиболее часто встречающаяся в настоящее время форма прогрессирования первичного туберкулеза

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) гематогенная</li> <li>2) лимфожелезистая</li> <li>3) рост первичного аффекта</li> <li>4) милиарная</li> <li>5) гематогенная с преимущественным поражением легких</li> </ol>
317	<p>Наиболее частый исход первичного туберкулеза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выздоровление</li> <li>2) смерть</li> <li>3) переход в гематогенную форму</li> <li>4) переход во вторичный туберкулез</li> <li>5) развитие первичной хронической легочной чахотки</li> </ol>
318	<p>Наиболее часто встречающаяся форма гематогенного туберкулеза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) генерализованный гематогенный туберкулез</li> <li>2) милиарный туберкулез</li> <li>3) острейший милиарный сепсис</li> <li>4) гематогенный туберкулез с внелегочным поражением</li> <li>5) острый милиарный туберкулез</li> </ol>
319	<p>Наиболее часто встречающаяся форма гематогенного туберкулеза с поражением легких</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый милиарный туберкулез</li> <li>2) хронический милиарный туберкулез</li> <li>3) гематогенно-диссеминированный (крупноочаговый) туберкулез</li> <li>4) острый очаговый туберкулез</li> <li>5) фиброзно-очаговый туберкулез</li> </ol>
320	<p>Для гематогенно-диссеминированного хронического крупноочагового туберкулеза характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) поражение верхушек легких</li> <li>2) зеркальное расположение очагов</li> <li>3) продуктивный тип воспаления</li> <li>4) сетчатый пневмосклероз в исходе</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>
321	<p>Гематогенный туберкулез может проявить себя как</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый кавернозный</li> <li>2) фиброзно-кавернозный</li> <li>3) милиарный</li> <li>4) острый очаговый</li> <li>5) фиброзно-очаговый</li> </ol>
322	<p>Морфологически острый очаговый туберкулез представлен</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) очаговой казеозной пневмонией</li> <li>2) очаговой казеозной бронхопневмонией</li> <li>3) сливной больших масштабов казеозной пневмонией</li> <li>4) туберкулезной гранулемой</li> <li>5) острой каверной</li> </ol>
323	<p>Не относится к формам вторичного туберкулеза</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый очаговый туберкулез</li> <li>2) фиброзно-очаговый туберкулез</li> <li>3) очаг-инфильтрат Ассмана-Редекера</li> <li>4) очаг Гона</li> <li>5) цирротический туберкулез</li> </ol>
324	<p>Туберкулема – это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острая каверна при туберкулезе</li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) хроническая каверна при туберкулезе</li> <li>3) очаг творожистого некроза 2-5 см в диаметре в тонкой капсуле</li> <li>4) доброкачественная опухоль легкого</li> <li>5) острая каверна после опорожнения масс некроза</li> </ul>
325	<p>Очаг Ашофф-Пуля – это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) свежая очаговая казеозная пневмония</li> <li>2) свежая очаговая казеозная бронхопневмония</li> <li>3) инкапсулированный первичный туберкулезный аффект</li> <li>6) инкапсулированный очаг Абрикосова</li> <li>7) очаг воспаления при инфильтративном туберкулезе</li> </ul>
326	<p>Наиболее тяжелая форма вторичного туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый очаговый туберкулез</li> <li>2) фиброзно-очаговый туберкулез</li> <li>3) острый кавернозный туберкулез</li> <li>4) туберкулема</li> <li>5) казеозная пневмония</li> </ul>
327	<p>Для формирования острой каверны в легком при туберкулезе необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) опорожнение масс казеозного некроза через бронх</li> <li>2) опорожнение расплавленных лейкоцитами масс творожистого некроза через бронх</li> <li>3) рассасывание некроза с формированием полости</li> <li>4) инкапсуляция очага творожистого некроза</li> <li>5) все перечисленное</li> </ul>
328	<p>Типичная локализация в легком изменений при остром очаговом туберкулезе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) симметрично в верхушках легких</li> <li>2) нижнее-задние отделы легких</li> <li>3) верхушка правого легкого</li> <li>4) верхушка левого легкого</li> <li>5) средняя доля правого легкого</li> </ul>
329	<p>Благоприятный исход острой каверны при консервативном лечении туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) переход в хроническую каверну</li> <li>2) спадение краев и рубцевание</li> <li>3) «рост» каверны</li> <li>4) развитие пневмоторакса</li> <li>5) легочное кровотечение из аррозированного сосуда в стенке каверны</li> </ul>
330	<p>Наиболее частая форма туберкулеза, встречаемая на вскрытии</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый очаговый туберкулез</li> <li>2) фиброзно-очаговый туберкулез</li> <li>3) туберкулема</li> <li>4) острый кавернозный туберкулез</li> <li>5) фиброзно-кавернозный туберкулез</li> </ul>
331	<p>Причина смерти при вторичном туберкулезе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая легочно-сердечная недостаточность</li> <li>2) легочное кровотечение</li> <li>3) амилоидоз</li> <li>4) в результате обострения специфического процесса</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
332	<p>Не является характерной чертой фиброзно-кавернозного туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) наличие хронической каверны</li> <li>2) разрастание фиброзной ткани в легком</li> <li>3) разноплановые туберкулезные очаги в легком</li> </ul>

	<p>4) асимметрия поражения</p> <p>5) распространение микобактерий преимущественно лимфогенным и гематогенным путями</p>
333	<p>В настоящее время наблюдается при туберкулезе</p> <p>1) уменьшение заболеваемости и смертности</p> <p>2) увеличение заболеваемости и смертности</p> <p>3) уменьшение количества больных первичным туберкулезом</p> <p>4) уменьшение числа специфических осложнений</p> <p>5) уменьшение числа деструктивных форм</p>
334	<p>Что такое входные ворота инфекции при сепсисе</p> <p>1) место локализации септического очага</p> <p>2) локализация первого метастатического абсцесса</p> <p>3) регионарный лимфаденит</p> <p>4) место проникновения инфекции в организм</p> <p>5) место размножения инфекционного агента</p>
335	<p>Что такое септический очаг</p> <p>1) место проникновения инфекции в организм</p> <p>2) место размножения инфекта с формированием очага воспаления</p> <p>3) регионарный гнойный лимфаденит</p> <p>4) первый метастатический гнойный очаг</p> <p>5) любой фокус гнойного воспаления при сепсисе</p>
336	<p>Нельзя отнести к местным изменениям при сепсисе</p> <p>1) септический очаг</p> <p>2) регионарный лимфаденит</p> <p>3) местный флебит и тромбофлебит</p> <p>4) распространенные васкулиты</p>
337	<p>Нельзя отнести к общим изменениям при сепсисе</p> <p>1) септический очаг</p> <p>2) метастатические гнойники в органах</p> <p>3) распространенные васкулиты</p> <p>4) межпочечное воспаление в паренхиматозных органах</p> <p>5) септическую селезенку</p>
338	<p>Укажите принцип классификации сепсиса</p> <p>1) по этиологии</p> <p>2) по характеру входных ворот</p> <p>3) по течению</p> <p>4) по клинико-морфологическим особенностям</p> <p>5) по всем перечисленным параметрам</p>
339	<p>Не выделяют клинико-морфологическую форму сепсиса</p> <p>1) септицемию</p> <p>2) хронический сепсис</p> <p>3) острейший милиарный сепсис</p> <p>4) септикопиемию</p> <p>5) септический эндокардит</p>
340	<p>Клинико-морфологическая форма сепсиса</p> <p>1) токсическая</p> <p>2) скарлатиноподобная</p> <p>3) абдоминальная</p> <p>4) септикопиемия</p> <p>5) токсико-септическая</p>
341	<p>Морфологический вид воспаления в септическом очаге</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) серозное</li> <li>2) гнойное</li> <li>3) катаральное</li> <li>4) крупозное</li> <li>5) продуктивное</li> </ol>
342	<p>Клинико-морфологическая форма сепсиса с быстрым бурным течением</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) септицемия</li> <li>2) септикопиемия</li> <li>3) хронический сепсис</li> <li>4) септический эндокардит</li> <li>5) токсическая</li> </ol>
343	<p>Наиболее типичное морфологическое изменение при септицемии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) септическая селезенка</li> <li>2) множественные абсцессы в разных органах</li> <li>3) очаг гнойного воспаления во входных воротах инфекции</li> <li>4) резко выраженные нарушения кровообращения, геморрагический синдром</li> <li>5) тромбо-язвенный эндокардит</li> </ol>
344	<p>Наиболее яркие морфологические изменения при септикопиемии</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выраженные расстройства кровообращения, геморрагический синдром</li> <li>2) гнойные процессы в воротах инфекции и в органах</li> <li>3) межочечное воспаление в органах</li> <li>4) гиперплазия лимфоидной и кроветворной ткани</li> <li>5) тромбо-язвенный эндокардит</li> </ol>
345	<p>Для септического (бактериального) эндокардита обязательно наличие</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойного воспаления в воротах инфекции</li> <li>2) регионарного гнойного лимфаденита</li> <li>3) метастатических гнойников в разных органах</li> <li>4) гемолитической желтухи</li> <li>5) тромбо-язвенного эндокардита и васкулитов</li> </ol>
346	<p>Фоновое заболевание при септическом (бактериальном) эндокардите</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аутоиммунный миокардит</li> <li>2) ревматические поражения клапанов</li> <li>3) ишемическая болезнь сердца</li> <li>4) иммунокомплексный гломерулонефрит</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
347	<p>Фоновое заболевание при септическом (бактериальном) эндокардите</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ревматические поражения клапанов</li> <li>2) атеросклеротические поражения клапанов</li> <li>3) изменения клапанов после перенесенного сифилиса</li> <li>4) врожденные пороки сердца</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
348	<p>Имунокомплексного характера поражение при септическом (бактериальном) эндокардите проявляется как</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) септическая селезенка</li> <li>2) гемолитическая желтуха</li> <li>3) метастатические гнойники в органах</li> <li>4) дистрофические изменения паренхиматозных органов</li> <li>5) гломерулонефрит</li> </ol>
349	<p>Наиболее часто при септическом (бактериальном) эндокардите поражается клапан</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аортальный</li> <li>2) митральный</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) сочетание аортального и митрального</li> <li>4) трехстворчатый</li> <li>5) клапаны легочной артерии</li> </ul>
350	<p>Не типично развитие в створках клапана при тромбо-язвенном эндокардите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) некрозов с изъязвлением</li> <li>2) тромботических наложений</li> <li>3) клеточных воспалительных инфильтратов</li> <li>4) склеротических изменений в исходе воспаления</li> <li>5) мукоидного и фибриноидного набухания</li> </ul>
351	<p>Морфологическая форма клапанного эндокардита типичная для сепсиса</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) острый бородавчатый эндокардит</li> <li>2) возвратно-бородавчатый эндокардит</li> <li>3) фибропластический</li> <li>4) тромбо-язвенный</li> <li>5) диффузный вальвулит Талалаева</li> </ul>
352	<p>Что рассматривают в качестве септического очага при септическом (бактериальном) эндокардите</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) очаг гнойного воспаления в воротах инфекции</li> <li>2) тромбо-язвенный эндокардит</li> <li>3) распространенные васкулиты</li> <li>4) межучочный миокардит</li> <li>5) иммунокомплексный гломерулонефрит</li> </ul>
353	<p>Септическая селезенка развивается в результате</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гнойного воспаления ткани селезенки</li> <li>2) продуктивного воспаления ткни селезенки</li> <li>3) образования ишемических инфарктов</li> <li>4) гиперплазии клеточных элементов селезенки</li> <li>5) дистрофических изменения селезенки</li> </ul>
354	<p>Какой тип ответных воспалительных тканевых реакций типичен для септического (бактериального) эндокардита</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) гнойно-деструктивный</li> <li>2) продуктивный</li> <li>3) альтеративно-продуктивный</li> <li>4) экссудативный</li> <li>5) альтеративный</li> </ul>
355	<p>Не характерно для внешнего вида селезенки при сепсисе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) увеличена в размерах</li> <li>2) дряблой консистенции</li> <li>3) красного цвета</li> <li>4) дает обильный соскоб</li> <li>5) на разрезе имеет сальный вид</li> </ul>
356	<p>При септицемии септический очаг</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) плохо выражен или отсутствует</li> <li>2) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции</li> <li>3) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции</li> <li>4) локализуется в створках клапана сердца</li> </ul>
357	<p>При септикопиемии септический очаг</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) не может быть выявлен на вскрытии</li> <li>2) плохо выражен</li> <li>3) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции</li> <li>4) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции</li> </ul>

	5) локализуется в створках клапанов сердца
358	При септическом (бактериальном) эндокардите септический очаг 1) не может быть выявлен на вскрытии 2) плохо выражен 3) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции 4) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции 5) локализуется в створках клапанов сердца
359	Пути заражения ВИЧ-инфекцией 1) половой 2) парентеральный (инъекционный) 3) трансплацентарный 4) все перечисленные
360	Назовите финальный период ВИЧ-инфекции 1) инкубационный 2) пре-СПИД 3) СПИД 4) генерализованной лимфаденопатией 5) все перечисленные
361	Клинический вариант течения финальной стадии СПИДа 1) с легочным синдромом 2) с поражением центральной нервной системы 3) с желудочно-кишечным синдромом 4) лихорадка неясного генеза 5) все перечисленные
362	Изменения в легких в последнем периоде СПИДа 1) ателектазы 2) эмфизема 3) бронхоэктазы 4) пневмония 5) пневмосклероз
363	Наиболее частый этиологический фактор пневмонии при СПИДе 1) пневмококки 2) стафилококки 3) пневмоцисты 4) стрептококки 5) патогенные палочки
364	Как называются инфекции типичные для СПИДа 1) контагиозные 2) карантинные 3) особоопасные 4) трансмиссивные 5) оппортунистические
365	Наиболее частая причина смерти при СПИДе 1) оппортунистические инфекции 2) бактериальный шок 3) ДВС-синдром 4) острые нарушения мозгового кровообращения 5) компенсация гипертрофированного сердца
366	Наиболее частая опухоль при СПИДе 1) рабдомиосаркома 2) остеосаркома

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) саркома Капоши</li> <li>4) аденокарцинома желудка</li> <li>5) рак легких</li> </ul>
367	<p>Особенность течения инфекций у больных СПИДом</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) тяжелое рецидивирующее течение</li> <li>2) склонность к генерализации</li> <li>3) выраженная альтерация</li> <li>4) плохая рассасываемость экссудатов</li> <li>5) все перечисленные</li> </ul>
368	<p>Какие инфекции называются оппортунистическими</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) вызываемыми крайне вирулентными штаммами</li> <li>2) вызываемыми крайне патогенными штаммами</li> <li>3) вызываемыми слабовирулентными возбудителями</li> <li>4) прионовые инфекции</li> <li>5) антропозоонозные инфекции</li> </ul>
Раздел 3. Биопсийно-секционный курс	
1	<p><b>ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) лечебная</li> <li>2) информационно-статистическая</li> <li>3) диагностическая</li> <li>4) профилактическая</li> <li>5) учебно-педагогическая</li> </ul>
2	<p><b>ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СОСТОИТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВАНИИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) клинических проявлений</li> <li>2) биохимических изменений</li> <li>3) рентгенологических изменений</li> <li>4) данных клинического обследования</li> <li>5) морфологических изменений</li> </ul>
3	<p><b>ПРИЖИЗНЕННАЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мазков-отпечатков</li> <li>2) патологических жидкостей</li> <li>3) биопсийного (операционного) материала</li> <li>4) цитологического материала</li> <li>5) секционного материала</li> </ul>
4	<p><b>ПОСМЕРТНАЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МАТЕРИАЛА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) патологоанатомического вскрытия</li> <li>2) судебно-медицинского вскрытия</li> <li>3) взятого путем биопсии</li> <li>4) взятого во время операции</li> <li>5) взятого эндоскопически</li> </ul>
5	<p><b>В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РАБОТЕ ПАТОЛОГОАНАТОМА ДОМИНИРУЕТ ОБЪЕМ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) посмертной патологоанатомической диагностики</li> <li>2) прижизненной патологоанатомической диагностики</li> <li>3) иммуногистохимической диагностики</li> <li>4) электронномикроскопической диагностики</li> <li>5) гистохимической диагностики</li> </ul>

6	<p>СОГЛАСНО АНАЛИЗАМ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОМИНИРУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) злокачественные опухоли</li> <li>2) травмы и отравления</li> <li>3) алкогольные поражения</li> <li>4) сердечно-сосудистые заболевания</li> <li>5) заболевания бронхо-легочной системы</li> </ol>
7	<p>РУКОВОДСТВО ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) министр здравоохранения РФ</li> <li>2) министр здравоохранения субъекта РФ</li> <li>3) главный внештатный патологоанатом субъекта</li> <li>4) заведующие патологоанатомическими отделениями больниц</li> <li>5) заведующие патологоанатомическими бюро</li> </ol>
8	<p>ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ) ВРАЧ-ПАТОЛОГОАНАТОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ НА ОСНОВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинических сведений</li> <li>2) биохимических показателей</li> <li>3) иммуногистохимических исследований</li> <li>4) морфологических исследований</li> <li>5) гистохимических исследований</li> </ol>
9	<p>КЛЮЧЕВАЯ ФИГУРА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ РАБОТУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) главный внештатный патологоанатом субъекта РФ</li> <li>2) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим бюро</li> <li>4) врач-патологоанатом</li> <li>5) лаборант-гистолог</li> </ol>
10	<p>К ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патологоанатомические отделения лечебных учреждений</li> <li>2) патоморфологические отделы НИИ</li> <li>3) патологоанатомические бюро</li> <li>4) регионарные институты патологии</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
11	<p>СРЕДИ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА, ИССЛЕДУЕМОГО В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ДОМИНИРУЮТ ОБЪЕКТЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) желудочно-кишечного тракта</li> <li>2) бронхо-легочной системы</li> <li>3) желез внутренней секреции</li> <li>4) женской половой системы</li> <li>5) мужской моче-половой системы</li> </ol>
12	<p>КРОМЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) участие в экспертизе качества лечения</li> <li>2) достоверную информацию органов здравоохранения</li> <li>3) учебно-педагогическую деятельность</li> <li>4) участие в лицензионно-акредитационной деятельности</li> <li>5) все перечисленное</li> </ol>

13	<p>ДИАГНОЗ В МЕДИЦИНЕ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перечисление основных симптомов болезни</li> <li>2) перечисление основных синдромов болезни</li> <li>3) краткое заключение о сути болезни</li> <li>4) развернутое заключение о сути болезни</li> <li>5) наиболее полная информация о болезни</li> </ol>
14	<p>ВИДЫ ДИАГНОЗОВ В МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический</li> <li>2) патологоанатомический</li> <li>3) судебно-медицинский</li> <li>4) эпидемиологический</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
15	<p>ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА В МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) танатологический</li> <li>2) этиологический</li> <li>3) патогенетический</li> <li>4) нозологический</li> <li>5) синдромный</li> </ol>
16	<p>ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЕ ЕДИНСТВО ФОРМУЛИРОВОК ДИАГНОЗОВ В МЕДИЦИНЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ БЛАГОДАРЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) приказам Минздрава РФ</li> <li>2) постановлением Минздрава РФ</li> <li>3) Международной классификации болезней ВОЗ</li> <li>4) базовым учебным руководствам</li> <li>5) методической литературе</li> </ol>
17	<p>СЛОВЕСНАЯ ФОРМУЛИРОВКА ОТДЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА СОГЛАСНО МКБ-10 ПРЕОБРАЗУЕТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) буквенные коды</li> <li>2) цифровые коды</li> <li>3) буквенно-цифровые коды</li> <li>4) классы болезней</li> <li>5) рубрики болезней</li> </ol>
18	<p>ДИАГНОЗЫ КОНКРЕТНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СОГЛАСНО МКБ-10 ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ДОЛЖНЫ КОДИРОВАТЬСЯ СОГЛАСНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патогенезу</li> <li>2) этиологии</li> <li>3) танатогенезу</li> <li>4) нозологии</li> <li>5) основной причине смерти</li> </ol>
19	<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинической</li> <li>2) патологоанатомической</li> <li>3) национальной</li> <li>4) теоретической</li> <li>5) статистической</li> </ol>
20	<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинической</li> <li>2) патологоанатомической</li> <li>3) национальной</li> </ol>



	<p>4) теоретической 5) договорной</p>
21	<p>КЛАССЫ БОЛЕЗНЕЙ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ВЫДЕЛЕНЫ НА ОСНОВАНИИ</p> <p>1) единого принципа 2) нескольких принципов 3) только этиологии 4) только патогенеза 5) только нозологии</p>
22	<p>ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕДИНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ДЛЯ ОБРАБОТКИ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В МКБ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КОДИРОВАНИЕ</p> <p>1) буквенное 2) цифровое 3) буквенно- цифровое 4) произвольное 5) национальное</p>
23	<p>ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ - ЭТО</p> <p>1) основное заболевание 2) осложнение основного заболевания 3) непосредственная причина смерти 4) смертельное осложнение 5) проявление основного заболевания</p>
24	<p>ЧАЩЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) проявление основного заболевания 2) само основное заболевание 3) осложнение основного заболевания 4) сопутствующее заболевание 5) ятрогенная патология</p>
25	<p>ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ САМО ПО СЕБЕ ИЛИ ЧЕРЕЗ СВОИ ОСЛОЖНЕНИЯ</p> <p>1) обусловило тяжесть состояния больного 2) определило характер лечебных мероприятий 3) определило выбор оперативного лечения 4) обусловило состояние нетрудоспособности больного 5) привело к смерти</p>
26	<p>В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЫЧНО ЗАПИСЫВАЮТСЯ В ПОРЯДКЕ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ</p> <p>1) согласно степени тяжести 2) в произвольном порядке 3) по усмотрению патологоанатома 4) согласно записи в клиническом диагнозе 5) в патогенетической последовательности</p>
27	<p>В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА «ИНФАРКТ МИОКАРДА» ЗАПИСЫВАЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ</p> <p>1) названия основного заболевания 2) проявления основного заболевания 3) осложнения основного заболевания 4) сопутствующего заболевания</p>

	5) осложнения сопутствующего заболевания
28	<p><b>В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЗАПИСЫВАЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ В КАЧЕСТВЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проявления основного заболевания</li> <li>2) осложнения основного заболевания</li> <li>3) фонового заболевания</li> <li>4) сопутствующего заболевания</li> <li>5) осложнения сопутствующего заболевания</li> </ol>
29	<p><b>ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЯХ «ГЕМАТОМА ГОЛОВНОГО МОЗГА» ЗАПИСЫВАЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ В КАЧЕСТВЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) названия основного заболевания</li> <li>2) проявления основного заболевания</li> <li>3) осложнения основного заболевания</li> <li>4) сопутствующего заболевания</li> <li>5) осложнения сопутствующего заболевания</li> </ol>
30	<p><b>МОНОКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одной нозологической единицы</li> <li>2) двух нозологических единиц</li> <li>3) двух и более нозологических единиц</li> <li>4) нескольких нозологических единиц</li> <li>5) «семейства болезней»</li> </ol>
31	<p><b>БИКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одной нозологической единицы</li> <li>2) двух нозологических единиц</li> <li>3) трех нозологических единиц</li> <li>4) трех и более нозологических единиц</li> <li>5) «семейства болезней»</li> </ol>
32	<p><b>МУЛЬТИКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одной нозологической единицы</li> <li>2) двух нозологических единиц</li> <li>3) трех и более нозологических единиц</li> <li>4) одной непосредственной причины смерти</li> <li>5) нескольких осложнений основного заболевания</li> </ol>
33	<p><b>КОМБИНИРОВАННОЕ ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одной нозологической единицы</li> <li>2) двух нозологических единиц</li> <li>3) трех нозологических единиц</li> <li>4) трех и более нозологических единиц</li> <li>5) «семейства болезней»</li> </ol>
34	<p><b>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ В КАЧЕСТВЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) конкурирующих заболеваний</li> <li>2) «семейства болезней»</li> <li>3) сопутствующих заболеваний</li> <li>4) полипатии</li> </ol>

	5) родовых (групповых) понятий
35	<p>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ В КАЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сочетанных заболеваний</li> <li>2) «семейства болезней»</li> <li>3) сопутствующих заболеваний</li> <li>4) полипатии</li> <li>5) родовых (групповых) понятий</li> </ol>
36	<p>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ КАК</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основное и фоновое заболевание</li> <li>2) «семейство болезней»</li> <li>3) сопутствующие заболевания</li> <li>4) полипатии</li> <li>5) родовых (групповых) понятий</li> </ol>
37	<p>В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ В СЛУЧАЕ БИКАУЗАЛЬНОГО ИЛИ МУЛЬТИКАУЗАЛЬНОГО ВАРИАНТА ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ УКАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одна нозологическая единица</li> <li>2) две нозологических единиц</li> <li>3) несколько нозологических единиц</li> <li>4) любое количество нозологических единиц</li> <li>5) «семейство» нозологических единиц</li> </ol>
38	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАПИСЬ «ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) возможна</li> <li>2) нет, невозможна</li> <li>3) в очень редких случаях</li> <li>4) только как сопутствующее заболевание</li> <li>5) только как фоновое</li> </ol>
39	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАПИСЬ «ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ»</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) возможна</li> <li>2) нет, невозможна</li> <li>3) только как фоновое заболевание</li> <li>4) только как сопутствующее заболевание</li> <li>5) в редких случаях как основное заболевание</li> </ol>
40	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ТОЛЬКО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемическую болезнь сердца</li> <li>2) цереброваскулярные болезни</li> <li>3) алкогольную болезнь</li> <li>4) ревматические болезни</li> <li>5) инфаркт миокарда</li> </ol>
41	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ТОЛЬКО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ишемическую болезнь сердца</li> <li>2) цереброваскулярные болезни</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) ревматические болезни</li> <li>4) алкогольную болезнь</li> <li>5) внутримозговую гематому</li> </ul>
42	<p>ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАЗВАНИЙ, ОТРАЖАЮЩИХ РОДОВУЮ (ГРУППОВУЮ) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ, НАПРИМЕР, «ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА», «ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ», «АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) возможна</li> <li>2) нет, невозможна</li> <li>3) возможна в крайне редких случаях</li> <li>4) только в качестве фонового заболевания</li> <li>5) только в качестве сопутствующего заболевания</li> </ul>
43	<p>ЯТРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЖЕТ ФИГУРИРОВАТЬ В ФОРМУЛИРОВКАХ ДИАГНОЗА В КАЧЕСТВЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) основного заболевания</li> <li>2) одного из сочетанных заболеваний</li> <li>3) одного из конкурирующих заболеваний</li> <li>4) сопутствующего заболевания</li> <li>5) всех перечисленных вариантов</li> </ul>
44	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОИЗВОДИТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) врач любой специальности</li> <li>2) врач-клиницист</li> <li>3) врач-патологоанатом</li> <li>4) санитар морга</li> <li>5) лаборант-гистолог</li> </ul>
45	<p>ВРАЧ-ПАТОЛОГОАНАТОМ ПРОИЗВОДИТ АУТОПСИЮ В СЛУЧАЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) насильственной смерти</li> <li>2) ненасильственной смерти</li> <li>3) смерти от отравлений</li> <li>4) смерти от механических травм</li> <li>5) криминального аборта</li> </ul>
46	<p>ОБЫЧНО ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) нозологическая форма, обусловившая смертельный исход</li> <li>2) нозологическая форма, по поводу которой лечился больной</li> <li>3) смертельное осложнение болезни, обусловившее смертельный исход</li> <li>4) проявление болезни, обусловившее смертельный исход</li> <li>5) заболевание, по поводу которого лечился больной</li> </ul>
47	<p>НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) патологический процесс, обусловивший смертельный исход</li> <li>2) патологический процесс, развившийся в результате лечения</li> <li>3) наиболее длительно текущее заболевание больного</li> <li>4) заболевание, по поводу которого больной госпитализирован</li> <li>5) заболевание, по поводу которого лечился больной</li> </ul>
48	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ ОТ ТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ, КОТОРЫЕ НЕ ВОЗНИКАЮТ САМОСТОЯТЕЛЬНО И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАНЫ С ОСНОВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) проявления болезни</li> <li>2) осложнения болезни</li> <li>3) ятрогенная патология</li> <li>4) сопутствующие заболевания</li> </ul>

	5) фоновые заболевания
49	ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ (СИМПТОМЫ, СИНДРОМЫ), ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕОТЪЕМЛИМОЙ (ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ) СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЧАСТЬЮ БОЛЕЗНИ – ЭТО 1) проявления болезни 2) осложнения болезни 3) сопутствующие заболевания 4) комбинированные заболевания 5) фоновые заболевания
50	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА (ЕДИНИЦА) БОЛЕЗНИ – ЭТО 1) всегда основное заболевание 2) всегда сопутствующее заболевание 3) групповое (родовое) понятие в структуре болезней 4) любое нарушение жизнедеятельности организма 5) тип болезни, отличающийся от других болезней по различным параметрам
51	ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В РУБРИКАХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА – ЭТО 1) нозологическая форма, не играющая роль в смертельном исходе 2) нозологическая форма, обусловившая смертельный исход 3) патологическое изменение, обусловившее смертельный исход 4) заболевание, по поводу которого больной госпитализирован 5) заболевание, по поводу которого проводилось лечение
52	СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В РУБРИКАХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА – ЭТО 1) нозологическая форма, не играющая роль в смертельном исходе 2) нозологическая форма, обусловившая смертельный исход 3) патологические изменения, обусловившие смертельный исход 4) одно из конкурирующих заболеваний 5) фоновое заболевание
53	КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ 1) 8890/0 2) 8442/1 3) 8077/2 4) 8480/3 5) 8490/6
54	КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ПОГРАНИЧНОЙ ОПУХОЛИ 1) 8441/0 2) 8442/1 3) 8460/2 4) 8020/3 5) 8490/6
55	КОД (ШИФР) КАРЦИНОМЫ «НА МЕСТЕ» ПО МКБ-10 1) 8470/0 2) 8472/1 3) 8380/2 4) 8890/3 5) 8490/6
56	КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ

	<p>ОПУХОЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 8890/0</li> <li>2) 8030/1</li> <li>3) 8380/2</li> <li>4) 8931/3</li> <li>5) 8490/6</li> </ol>
57	<p>КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 9054/0</li> <li>2) 8898/1</li> <li>3) 8380/2</li> <li>4) 8932/3</li> <li>5) 8490/6</li> </ol>
58	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ КОНСТАТАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) через 20 мин</li> <li>2) через 1 час</li> <li>3) через 1 сутки</li> <li>4) по истечению 3 суток</li> <li>5) в любые сроки</li> </ol>
59	<p>НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ В СТАЦИОНАРЕ ВМЕСТЕ С ТРУПОМ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) копия больничного листа</li> <li>2) история болезни (история родов)</li> <li>3) выписка их истории болезни (истории родов, карты больного)</li> <li>4) справка о госпитализации и лечении больного</li> <li>5) копия листа с назначением лечебных мероприятий</li> </ol>
60	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оформление обязательной медицинской документации</li> <li>2) получение статистических данных</li> <li>3) контроль за достоверностью и полнотой прижизненной диагностики</li> <li>4) получение данных для отчетной документации</li> <li>5) выявление патоморфоза заболеваний</li> </ol>
61	<p>ВСЕ СЛУЧАИ ОТМЕНЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) приказами Министерства здравоохранения субъекта РФ</li> <li>2) приказами главного врача лечебного учреждения</li> <li>3) указаниями внештатного главного патологоанатома субъекта РФ</li> <li>4) положениями соответствующей статьи Основ законодательств РФ</li> <li>5) указаниями главного патологоанатома РФ</li> </ol>
62	<p>РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ТРУПА БЕЗ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ В ВИДЕ ПИСЬМЕННОГО УКАЗАНИЯ С ОБОСНОВАНИЕМ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (КАРТЕ БОЛЬНОГО) ДАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) главный внештатный патологоанатом субъекта РФ</li> <li>2) заведующий клиническим отделением</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>4) главный врач (заместитель, дежурный врач) лечебного учреждения</li> <li>5) врач-патологоанатом, проводящий вскрытие</li> </ol>
63	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ХОДЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПРИЗНАКОВ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЯ НА НАСИЛЬСТВЕННУЮ СМЕРТЬ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) вызывается в секционный зал лечащий врач</li> <li>2) вызывается в секционный зал судебно-медицинский эксперт</li> <li>3) вскрытие прекращается, ставится в известность главный врач</li> <li>4) вскрытие продолжается в обычном порядке</li> <li>5) вскрытие продолжается в присутствии второго патологоанатома</li> </ol>
64	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЯ НА НЕГО ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оформить экстренное извещение (форма № 058/у)</li> <li>2) вызвать в секционный зал инфекциониста</li> <li>3) вызвать в секционный зал эпидемиолога</li> <li>4) оформить протокол вскрытия в обычном порядке</li> <li>5) вызвать в морг представителя Центра госсанэпиднадзора</li> </ol>
65	<p>ПРИСУТСТВИЕ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не обязательно</li> <li>2) обязательно</li> <li>3) не желательно</li> <li>4) желательно</li> <li>5) рекомендуется</li> </ol>
66	<p>ВЫДАЧА ТРУПА БЕЗ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ЗАПРЕЩЕНА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) от лечебных мероприятий и передозировки лекарственных средств</li> <li>2) при неустановленном клиническом диагнозе</li> <li>3) во время или после оперативного вмешательства</li> <li>4) от инфекционных болезней</li> <li>5) во всех перечисленных случаях</li> </ol>
67	<p>ТРУП НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ С ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ И</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) свидетельством о смерти</li> <li>2) выпиской из истории болезни</li> <li>3) специальным бланком-направлением</li> <li>4) больничным листом</li> <li>5) разрешением главного врача на проведение вскрытия</li> </ol>
68	<p>ТРУП, УМЕРШЕГО В СТАЦИОНАРЕ, НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ С ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ И СПЕЦИАЛЬНЫМ БЛАНКОМ- НАПРАВЛЕНИЕМ С ПОДПИСЬЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) главного врача или лица его заменяющего</li> <li>2) заведующего патологоанатомическим отделением</li> <li>3) заведующим клиническим отделением</li> <li>4) любого врача клинического отделения</li> <li>5) любого врача лечебного учреждения</li> </ol>
69	<p>ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) остается и хранится в патологоанатомическом отделении</li> <li>2) возвращается в клиническое отделение</li> <li>3) передается администрации лечебного учреждения</li> <li>4) отсылается на хранение в архив лечебного учреждения</li> <li>5) уничтожается</li> </ol>
70	<p>В СЛУЧАИ СМЕРТИ ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА (НА ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ) ТРУП УМЕРШЕГО НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ</p>

	<p>ВСКРЫТИЕ НАПРАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) родственник больного</li> <li>2) участковый врач (заведующий поликлиникой)</li> <li>3) представитель администрации района</li> <li>4) внештатный главный патологоанатом субъекта РФ</li> <li>5) работники ЗАГСa</li> </ol>
71	<p>ТРУП УМЕРШЕГО ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА ДОСТАВЛЯЕТСЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ С ОФОРМЛЕННОЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) медицинской картой амбулаторного больного</li> <li>2) справкой с данными амбулаторной карты больного</li> <li>3) историей болезни</li> <li>4) выпиской из амбулаторной карты</li> <li>5) свидетельством о смерти</li> </ol>
72	<p>ТРУП УМЕРШЕГО ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА ДОСТАВЛЯЕТСЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ С ОФОРМЛЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТОЙ И</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бланком-направлением на патологоанатомическое вскрытие</li> <li>2) выпиской из амбулаторной карты больного</li> <li>3) справкой с данными из амбулаторной карты больного</li> <li>4) историей болезни</li> <li>5) свидетельством о смерти</li> </ol>
73	<p>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день вскрытия</li> <li>2) в течение 3 суток</li> <li>3) в течении 5 суток</li> <li>4) в течение 10 суток</li> <li>5) в течение 30 суток</li> </ol>
74	<p>МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с помощью пишущей машинки</li> <li>2) на компьютере</li> <li>3) только печатным способом</li> <li>4) только от руки</li> <li>5) способ заполнения не регламентирован</li> </ol>
75	<p>ТЕКСТОВАЯ ЧАСТЬ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день производства вскрытия</li> <li>2) в течение 2 суток</li> <li>3) в течение 3 суток</li> <li>4) в течение 10 дней</li> <li>5) в течение 30 дней</li> </ol>
76	<p>СРОК ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1 день</li> <li>2) 3 дня</li> <li>3) 10 дней</li> <li>4) 30 дней</li> <li>5) точно не определен</li> </ol>
77	<p>В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (I) ЧАСТИ В КАЖДОЙ СТРОЧКЕ «а», «б», «в» ЗАПИСЫВАЕТСЯ</p>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) одно заболевание (патологическое состояние)</li> <li>2) два заболевания (патологических состояний)</li> <li>3) три заболевания (патологических состояний)</li> <li>4) четыре заболевания (патологических состояний)</li> <li>5) неограниченное количество заболеваний</li> </ol>
78	<p>МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день вскрытия</li> <li>2) на следующий день после вскрытия</li> <li>3) через 3 суток</li> <li>4) через 10 суток</li> <li>5) через 30 суток</li> </ol>
79	<p>«ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ» МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ВЫДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) занятости врачей-патологоанатомов</li> <li>2) загруженности работников регистратуры</li> <li>3) невозможности установить патологоанатомический диагноз</li> <li>4) отсутствия клинического диагноза в истории болезни</li> <li>5) отсутствия предварительного клинического диагноза</li> </ol>
80	<p>СРОК, В КОТОРЫЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫДАНО МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ВЗАМЕН ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) через 3 суток</li> <li>2) через 7 дней</li> <li>3) через 10 дней</li> <li>4) через 2 недели</li> <li>5) не позднее 1 месяца</li> </ol>
81	<p>ОФОРМЛЕННАЯ В УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ, НАПРАВЛЯЕМАЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический диагноз при поступлении больного</li> <li>2) предварительный клинический диагноз</li> <li>3) заключительный клинический диагноз</li> <li>4) записи о консультациях узких специалистов</li> <li>5) направление на госпитализацию из поликлиники</li> </ol>
82	<p>ОФОРМЛЕННАЯ В УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ, НАПРАВЛЯЕМАЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический диагноз направившего учреждения</li> <li>2) клинический диагноз при поступлении</li> <li>3) предварительный клинический диагноз</li> <li>4) клинический посмертный эпикриз</li> <li>5) выписной клинический эпикриз</li> </ol>
83	<p>В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИЙСКИХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ФОРМА ПРОТОКОЛА АУТОПСИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) единая, регламентированная приказами Министерства РФ</li> <li>2) произвольная</li> <li>3) определенная местными органами здравоохранения</li> <li>4) установленная руководителем медицинского учреждения</li> <li>5) соответствует наиболее распространенному варианту</li> </ol>
84	ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ ПРОТОКОЛА

	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОБЯЗАН СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обоснование заболевания на клиническом уровне</li> <li>2) обоснование заболевания с помощью лабораторных исследований</li> <li>3) обоснование заболевания на морфологическом уровне</li> <li>4) консультации узких специалистов</li> <li>5) консультацию заведующего клиническим отделением</li> </ol>
85	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОБЯЗАН СОДЕРЖАТЬ СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предварительного клинического диагноза с патологоанатомическим</li> <li>2) клинического диагноза при поступлении с патологоанатомическим</li> <li>3) заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим</li> <li>4) всех клинических диагнозов с патологоанатомическим</li> <li>5) заключений консультантов с патологоанатомическим диагнозом</li> </ol>
86	<p>СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА С ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по основному заболеванию</li> <li>2) по важнейшим осложнениям основного заболевания</li> <li>3) по всем осложнениям основного заболевания</li> <li>4) по непосредственной причине смерти</li> <li>5) по всем рубрикам (разделам) диагноза</li> </ol>
87	<p>СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ) ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРОИЗВОДИТСЯ ТОЛЬКО С ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ, ЗАПИСАННЫМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) на лицевой стороне истории болезни</li> <li>2) в клиническом эпикризе</li> <li>3) в заключение консультанта</li> <li>4) в специальном бланке-направлении</li> <li>5) в свидетельстве о смерти</li> </ol>
88	<p>ЗАМЕНА «МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ» НА ДРУГОЕ НОВОЕ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) письменного заявления лица, утратившее первое свидетельство</li> <li>2) устной просьбе лица, утратившее первое свидетельство</li> <li>3) просьбе работников ЗАГС</li> <li>4) просьбе главного врача медицинского учреждения</li> <li>5) просьбе заведующего клиническим отделением</li> </ol>
89	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (1) ЧАСТИ ЗАПОЛНЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) три строчки «а», «б», «в»</li> <li>2) две строчки «а» и «б»</li> <li>3) возможно заполнение одной строчки «а»</li> <li>4) возможно заполнение строчки «г» при травмах и отравлениях</li> <li>5) все варианты возможны</li> </ol>
90	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВОДИТСЯ БУКВЕННО-ЦИФРОВОЕ КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первоначальной причины смерти</li> <li>2) непосредственной причины смерти</li> <li>3) всех осложнений основного заболевания</li> <li>4) всех сопутствующих заболеваний</li> <li>5) осложнений сопутствующих заболеваний</li> </ol>

91	<p>«МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ» ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ВЫДАЕТ РОДСТВЕННИКАМ ТОЛЬКО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-патологоанатом</li> <li>2) врач-клиницист</li> <li>3) регистратор</li> <li>4) санитар морга</li> <li>5) лаборант-гистолог</li> </ol>
92	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» В ПУНКТЕ 18, ВО ВТОРОЙ (II) ЧАСТИ ЗАПИСЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основная причина смерти</li> <li>2) непосредственная причина смерти</li> <li>3) осложнения основного заболевания</li> <li>4) травмы и отравления</li> <li>5) иные важные патологические состояния, способствующие смерти</li> </ol>
93	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» НАИМЕНОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОБЫЧНО ВНОСИТСЯ В ПУНКТ 18</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в строчку «а» I части</li> <li>2) в строчку «б» I части</li> <li>3) в строчку «в» I части</li> <li>4) в строчку «г» I части</li> <li>5) во II часть</li> </ol>
94	<p>ПУНКТЫ «ОБРАЗОВАНИЕ» И «ЗАНЯТОСТЬ» МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ ОФОРМЛЯЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соответствующих документов</li> <li>2) по запросу в соответствующие органы</li> <li>3) со слов родственников</li> <li>4) по информации главного врача</li> <li>5) по информации заведующего клиническим отделением</li> </ol>
95	<p>ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врачом-клиницистом</li> <li>2) врачом-патологоанатомом</li> <li>3) судебно-медицинским экспертом</li> <li>4) фельдшером</li> <li>5) всеми перечисленными</li> </ol>
96	<p>СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РЕГИСТРАЦИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ ВСЕХ РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ ИЛИ МЕРТВОРОЖДЕННЫМИ, ИМЕЮЩИМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) массу тела 500 г, рост 25 см и более</li> <li>2) массу тела 700 г, рост 27 см и более</li> <li>3) массу тела 1000 г, рост 35 см и более</li> <li>4) массу тела 1300 г, рост 40 см и более</li> <li>5) массу тела 1600 г, рост 45 см и более</li> </ol>
97	<p>В ГОСУДАРСТВЕННУЮ СТАТИСТИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ВКЛЮЧАЮТСЯ ТОЛЬКО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ В ЗАГСЕ СЛУЧАИ СМЕРТИ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) медицинского свидетельства о перинатальной смерти форма №1062/у-98</li> <li>2) медицинского свидетельства о рождении форма № 103\у-98</li> <li>3) медицинского свидетельства о смерти форма № 106/У-98</li> <li>4) констатации перинатальной смерти в истории болезни</li> <li>5) констатации смерти в истории родов</li> </ol>

98	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА СЛЕДУЮЩАЯ ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хроническая сердечная недостаточность</li> <li>2) хроническая легочная недостаточность</li> <li>3) хроническая легочно-сердечная недостаточность</li> <li>4) фиброзно-кавернозный туберкулез легких</li> <li>5) вторичный амилоидоз с поражением почек</li> </ol>
99	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА СЛЕДУЮЩАЯ ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атеросклероз коронарных артерий</li> <li>2) тромбоз коронарных артерий</li> <li>3) острый инфаркт миокарда</li> <li>4) острая сердечная недостаточность</li> <li>5) ишемическая болезнь сердца</li> </ol>
100	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек легких</li> <li>2) гипертонический криз</li> <li>3) цереброваскулярные болезни</li> <li>4) гипертоническая болезнь</li> <li>5) внутримозговая гематома</li> </ol>
101	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойный перитонит</li> <li>2) панкреатогенный шок</li> <li>3) операция лапоратомия</li> <li>4) алкогольная болезнь</li> <li>5) алкогольный панкреанекроз</li> </ol>
102	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рак тела желудка</li> <li>2) некроз раковой опухоли тела желудка</li> <li>3) массивное желудочное кровотечение</li> <li>4) постгеморрагическая анемия</li> <li>5) острая сердечная недостаточность</li> </ol>
103	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (I) ЧАСТИ ПРИ ПЕРЕЧИСЛЕНИИ ЦЕПИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ «а», «б», «в» НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ УКАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первой</li> <li>2) последней</li> <li>3) в промежуточной строчке</li> <li>4) всегда в строчке «б»</li> <li>5) всегда в строчке «в»</li> </ol>
104	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) легочное сердце</li> <li>2) фиброзно-кавернозный туберкулез легких</li> <li>3) хроническая сердечно-легочная недостаточность</li> <li>4) гипертрофия правого желудочка сердца</li> <li>5) мускатная печень</li> </ol>
105	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В</p>

	<p>«МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атеросклероз коронарной артерии</li> <li>2) тромбоз коронарной артерии</li> <li>3) фибрилляция желудочков сердца</li> <li>4) ишемическая болезнь сердца</li> <li>5) атеросклеротический кардиосклероз</li> </ol>
106	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гнойный перитонит</li> <li>2) острый панкреатит</li> <li>3) алкогольный панкреонекроз</li> <li>4) хроническая алкогольная интоксикация</li> <li>5) алкогольная болезнь</li> </ol>
107	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рак тела желудка</li> <li>2) метастазы раковой опухоли желудка в лимфатические узлы</li> <li>3) метастазы раковой опухоли желудка в печень</li> <li>4) обширный некроз раковой опухоли желудка</li> <li>5) массивное желудочное кровотечение</li> </ol>
108	<p>ПРИ БИКАУЗАЛЬНОЙ И МУЛЬТИКАУЗАЛЬНОЙ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ НУЖНО СЧИТАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) только одну нозологическую единицу</li> <li>2) две нозологических единицы</li> <li>3) две и более</li> <li>4) три</li> <li>5) любое количество</li> </ol>
109	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ПРИ БИКАУЗАЛЬНОЙ И МУЛЬТИКАУЗАЛЬНОЙ ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА МОЖЕТ ФИГУРИРОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) только одна нозологическая единица</li> <li>2) не более двух нозологических единиц</li> <li>3) три</li> <li>4) четыре</li> <li>5) любое количество</li> </ol>
110	<p>ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСНОВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ И ПОЛИПАТИЯХ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ ЕДИНИЦУ, ЗАПИСАННУЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в первой строчке диагноза</li> <li>2) второй строчке диагноза</li> <li>3) третьей</li> <li>4) четвертой</li> <li>5) последней строчке диагноза</li> </ol>
111	<p>«ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ» МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ВЫДАЕТСЯ В СЛУЧАЯХ, ЕСЛИ К МОМЕНТУ ВЫДАЧИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патологоанатом в данный момент занят</li> <li>2) регистратор занят</li> <li>3) вид и причина смерти не установлены</li> <li>4) вскрытие перенесено на неустановленный срок</li> </ol>

	5) не все заболевания клинического диагноза подтверждены морфологически
112	МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ВЗАМЕН «ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО» ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ В СРОК НЕ БОЛЕЕ 1) 3 дней 2) 7 дней 3) 1 месяца 4) 2 месяцев 5) 3 месяцев
113	В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (I) ЧАСТИ ПРИ ПЕРЕЧИСЛЕНИИ ЦЕПИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ В СТРОЧКАХ «а», «б», «в» ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ УКАЗЫВАЕТСЯ 1) первой 2) последней 3) в промежуточной строке 4) всегда в строке «в» 5) всегда в строке «б»
114	В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (I) ЧАСТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИШЬ ОДНА СТРОЧКА «а», В СТРОЧКАХ «б» и «в» ДЕЛАЮТСЯ ПРОЧЕРКИ, ЕСЛИ 1) первоначальная причина смерти не выявлена 2) известна только непосредственная причина смерти 3) основное заболевание не установлено 4) первоначальная причина смерти является непосредственной причиной 5) патогенетическую цепочку событий невозможно выявить
115	ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 1) диагностика заболеваний на морфологическом уровне 2) получение статистических данных 3) получение данных для текущей отчетности 4) выявление дефектов оказания медицинской помощи 5) диагностика изменений на морфологическом уровне
116	В ПОНЯТИЕ «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» ВКЛЮЧАЕТСЯ 1) противоправные действия врачей 2) противоправные действия среднего медперсонал 3) дефект оказания помощи больному в рамках профессиональной деятельности 4) дефект оказания помощи больному вне медицинской деятельности 5) нанесение вреда здоровью больному по злему умыслу
117	ВЫЯВЛЕНИЕ ОШИБОК КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ПУТЕМ 1) сличения клинического и патологоанатомического диагнозов 2) анализа назначений клинического обследования больного 3) анализа назначений медикаментозной терапии 4) анализа тактики ведения больного 5) сличения объема обследования со стандартом медицинской помощи
118	СЛИЧЕНИЕ (СОПОСТАВЛЕНИЕ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПРОИЗВОДИТСЯ 1) только по основному заболеванию 2) только по важнейшим осложнениям основного заболевания 3) только по непосредственной причине смерти

	<p>4) только по сопутствующим заболеваниям</p> <p>5) по всем рубрикам (разделам) диагноза</p>
119	<p><b>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ СЛИЧЕНИЯ (СОПОСТАВЛЕНИЯ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) получение статистических показателей</li> <li>2) выявление ошибок клинической диагностики</li> <li>3) выявление ошибок оказания медицинской помощи</li> <li>4) оценка полноты оказания медицинской помощи</li> <li>5) оценка правильности выбора методов лечения</li> </ol>
120	<p><b>НАИБОЛЬШЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СЛИЧЕНИЕ (СОПОСТАВЛЕНИЕ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАНОЗОВ ПО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основному заболеванию</li> <li>2) осложнениям основного заболевания</li> <li>3) непосредственной причине смерти</li> <li>4) сопутствующим заболеваниям</li> <li>5) осложнениям сопутствующих заболеваний</li> </ol>
121	<p><b>К РАСХОЖДЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПО ОСНОВНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ОТНОСИТСЯ НЕСОВПАДЕНИЕ ПО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нозологии</li> <li>2) этиологии</li> <li>3) локализации поражения</li> <li>4) не распознавание одного из заболеваний в составе комбинированного</li> <li>5) всему перечисленному</li> </ol>
122	<p><b>ПРИЧИНЫ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОГУТ БЫТЬ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) субъективные и объективные</li> <li>2) клинические и морфологические</li> <li>3) лечебные и организационные</li> <li>4) операционные и реанимационные</li> <li>5) медикаментозные и инструментальные</li> </ol>
123	<p><b>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кратковременность пребывания больного в стационаре</li> <li>2) неполноценное клиническое обследование по вине врача</li> <li>3) неправильная интерпретация клинических данных</li> <li>4) недооценка результатов лабораторных исследований</li> <li>5) неправильное оформление и построение диагноза</li> </ol>
124	<p><b>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) трудность обследования больного из-за тяжести состояния</li> <li>2) неполноценное клиническое обследование по вине врача</li> <li>3) неправильная интерпретация клинических данных</li> <li>4) недооценка результатов лабораторных исследований</li> <li>5) неправильное оформление и построение диагноза</li> </ol>
125	<p><b>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) атипичное развитие и течение заболевания</li> <li>2) неполноценное клиническое обследование по вине врача</li> <li>3) неправильная интерпретация клинических данных</li> </ol>

	<p>4) недооценка результатов лабораторных исследований</p> <p>5) неправильное оформление и построение диагноза</p>
126	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <p>1) неполноценное клиническое обследование по вине врача</p> <p>2) кратковременное пребывание больного в стационаре</p> <p>3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния</p> <p>4) атипичное развитие и течение заболевания</p> <p>5) недостаточная изученность и редкость заболевания</p>
127	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <p>1) неправильную интерпретацию клинических данных</p> <p>2) кратковременность пребывания больного в стационаре</p> <p>3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния</p> <p>4) атипичное развитие и течение болезни</p> <p>5) недостаточная изученность и редкость болезни</p>
128	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <p>1) недооценка лабораторных (специальных) методов исследования</p> <p>2) кратковременность пребывания больного в стационаре</p> <p>3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния</p> <p>4) атипичное развитие и течение болезни</p> <p>5) недостаточная изученность и редкость болезни</p>
129	<p>ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА СССР ОТ 04.04.83 г. №375 УТВЕРЖДЕНЫ КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ В КОЛИЧЕСТВЕ</p> <p>1) двух категорий</p> <p>2) трех категорий</p> <p>3) четырех категорий</p> <p>4) пяти категорий</p> <p>5) шесть категорий</p>
130	<p>К I КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p> <p>1) заболевание не распознано на предыдущем этапе диагностики</p> <p>2) заболевание должно было, но не распознано в данном лечебном учреждении</p> <p>3) заболевание не распознано из-за недостатка обследования больного</p> <p>4) неправильная диагностика привела к ошибочной тактике лечения</p> <p>5) ошибочная диагностика не повлекла за собой смерти больного</p>
131	<p>К II КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p> <p>1) заболевание должно было, но не распознано в данном лечебном учреждении</p> <p>2) заболевание не распознано на предыдущем этапе диагностики</p> <p>3) ошибочная диагностика привела к ошибочной тактике лечения</p> <p>4) ошибочная диагностика не повлекла за собой смерти больного</p> <p>5) правильная диагностика невозможна из-за тяжести состояния</p>
132	<p>К III КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p> <p>1) неправильная диагностика привела к смерти больного</p>



	<p>2) заболевание не распознано на предыдущем этапе диагностики  3) ошибочная диагностика не повлекла за собой смерти больного  4) правильная диагностика была невозможна из-за тяжести больного  5) в учреждении не имелись необходимые методы исследования</p>
133	<p>СЛУЧАИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ПРОИЗОШЕДШИЕ ПО ПРИЧИНЕ ОШИБОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРЕДЫДУЩЕМ ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ОТНОСЯТСЯ К</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I категории расхождения</li> <li>2) II категории расхождения</li> <li>3) III категории расхождения</li> <li>4) IV категории расхождения</li> <li>5) V категории расхождения</li> </ol>
134	<p>СЛУЧАИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ПРОИЗОШЕДШИЕ ИЗ-ЗА НЕДОСТАТОЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В ДАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ, НО КОГДА ЭТО ОБСТОЯТЕЛЬСТВО НЕ ИМЕЛО РЕШАЮЩЕГО ЗНАЧЕНИЯ В СМЕРТЕЛЬНОМ ИСХОДЕ, ОТНОСЯТСЯ К</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I категории расхождения</li> <li>2) II категории расхождения</li> <li>3) III категории расхождения</li> <li>4) IV категории расхождения</li> <li>5) V категории расхождения</li> </ol>
135	<p>СЛУЧАИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ПРИ КОТОРЫХ НЕПРАВИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВЛЕКЛА ЗА СОБОЙ ОШИБОЧНУЮ ТАКТИКУ, ПРИВЕДШУЮ К СМЕРТЕЛЬНОМУ ИСХОДУ, ОТНОСЯТСЯ К</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) I категории расхождения</li> <li>2) II категории расхождения</li> <li>3) III категории расхождения</li> <li>4) IV категории расхождения</li> <li>5) V категории расхождения</li> </ol>
136	<p>СОГЛАСНО «ПОЛОЖЕНИЮ О РЕГИСТРАЦИИ ЯТРОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ» ИНСТРУКТИВНОГО ПИСЬМА КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ АДМИНИСТРАЦИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ОТ 2.03.99 г. ЯТРОГЕНИИ ПРИНЯТО ДЕЛИТЬ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) две категории</li> <li>2) три категории</li> <li>3) четыре категории</li> <li>4) пять категорий</li> <li>5) шесть категорий</li> </ol>
137	<p>ЯТРОГЕНИЯ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) смертельное осложнение основного заболевания</li> <li>2) любое тяжелое осложнение основного заболевания</li> <li>3) любая патология, вызванная действием врача</li> <li>4) осложнение хирургического вмешательства</li> <li>5) любое сопутствующее заболевание</li> </ol>
138	<p>ЯТРОГЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ В КАЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основного заболевания</li> <li>2) одного из комбинированных заболеваний</li> <li>3) непосредственной причины смерти</li> <li>4) сопутствующего заболевания</li> </ol>

	5) всего перечисленного
139	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ I КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ятрогении, имеющие существенную роль в танатогенезе</li> <li>2) ятрогении, не имеющие существенной роли в танатогенезе</li> <li>3) ятрогении как второе заболевание в комбинированном заболевании</li> <li>4) ятрогении, явившиеся причиной летального исхода</li> <li>5) ятрогении, обусловленные ошибочными действиями врача</li> </ol>
140	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ II КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ятрогении не связанные с основным заболеванием</li> <li>2) ятрогении как второе заболевание в составе комбинированного</li> <li>3) ятрогении как основное заболевание, приведшее к смерти</li> <li>4) ятрогении, обусловившие смертельный исход</li> <li>5) ятрогении, обусловленные ошибочными действиями врача</li> </ol>
141	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ III КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ятрогении, не связанные с основным заболеванием</li> <li>2) ятрогении, обусловившие смертельный исход заболевания</li> <li>3) ятрогении как осложнения, не имеющие отношения к смерти</li> <li>4) ятрогении как сопутствующие заболевания</li> <li>5) ятрогении, не имеющие отношения к смертельному исходу</li> </ol>
142	<p>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА КОМИССИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ (КИЛИ) – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всех случаев летальных исходов лечебного учреждения</li> <li>2) спорных случаев летальных исходов</li> <li>3) сложных случаев летальных исходов</li> <li>4) наиболее значимых для всех врачей случаев летальных исходов</li> <li>5) случаев смерти при ятрогениях</li> </ol>
143	<p>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ЛЕЧЕБНО КОНТРОЛЬНЫХ КОМИССИЙ (ЛКК) – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всех случаев летальных исходов лечебного учреждения</li> <li>2) случаев расхождения диагнозов III категории</li> <li>3) наиболее значимых для всех врачей учреждения летальных исходов</li> <li>4) всех случаев смерти от ятрогений</li> <li>5) всех случаев ятрогений</li> </ol>
144	<p>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ОБЩЕБОЛЬНИЧНЫХ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) всех случаев летальных исходов в лечебном учреждении</li> <li>2) наиболее значимых для всех врачей учреждения летальных исходов</li> <li>3) всех летальных исходов от ятрогений</li> <li>4) всех случаев ятрогений</li> <li>5) случаев расхождения диагнозов I и II категории</li> </ol>
145	<p>В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ОТ ЯТРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЯВЛЕННОЙ ВПЕРВЫЕ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) заполнить предварительное медицинское свидетельство о смерти</li> <li>2) заполнить окончательное медицинское свидетельство о смерти</li> <li>3) не заполнять медицинское свидетельство о смерти</li> <li>4) заполнить медицинское свидетельство о смерти с двумя подписями</li> <li>5) заполнить, но не выдавать медицинское свидетельство о смерти</li> </ol>
146	<p>ВЫЯВЛЕННЫЕ НА АУТОПСИИ ОШИБКИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН ДОВОДИТЬ ДО СВЕДЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) главного внештатного патологоанатома субъекта РФ</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) правоохранительных органов</li> <li>3) работников Министерства здравоохранения субъекта РФ</li> <li>4) врачей-клиницистов</li> <li>5) сотрудников ЗАГСa</li> </ol>
147	<p><b>ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ МОГУТ БЫТЬ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) диагностическими</li> <li>2) лечебными</li> <li>3) организационными</li> <li>4) связанными с поведением медицинского персонала</li> <li>5) все перечисленные</li> </ol>
148	<p><b>УЧАСТИЕ В РАБОТЕ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) для всех лечащих врачей</li> <li>2) для всех врачей лечебного учреждения</li> <li>3) для всех врачей патологоанатомического отделения</li> <li>4) для всех заведующих отделениями</li> <li>5) только для сотрудников администрации лечебного учреждения</li> </ol>
149	<p><b>БИОПСИЯ – ЭТО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фрагмент тканей (органов), получаемый от больной</li> <li>2) цитологический материал, получаемый от больной</li> <li>3) метод морфологического прижизненного исследования тканей</li> <li>4) метод морфологического исследования секционного материала</li> <li>5) метод цитологической диагностики заболеваний</li> </ol>
150	<p><b>БИОПТАТ – ЭТО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) метод морфологического прижизненного исследования тканей</li> <li>2) метод цитологической диагностики заболеваний</li> <li>3) фрагмент тканей (органов), получаемый при биопсии</li> <li>4) цитологический материал для диагностики заболеваний</li> <li>5) органы (части органов), получаемые при операции</li> </ol>
151	<p><b>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определение прогноза заболевания</li> <li>2) выбор метода лечения</li> <li>3) выбор метода оперативного лечения</li> <li>4) уточнение клинического диагноза</li> <li>5) прогнозирование осложнений заболевания</li> </ol>
152	<p><b>ОПЕРАЦИОННЫЙ (БИОПСИЙНЫЙ) МАТЕРИАЛ ИЛИ МАТЕРИАЛ, СПОНТАННО ОТТОГШИЙСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАПРАВЛЯЮТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИЕ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) цитологическое</li> <li>2) патологоанатомическое</li> <li>3) иммуноморфологическое</li> <li>4) биохимическое</li> <li>5) гистохимическое</li> </ol>
153	<p><b>БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ТКАНЬ ИССЕКАЕТСЯ ОТКРЫТЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пункционная</li> <li>2) эндоскопическая</li> <li>3) инцизионная</li> <li>4) трепанобиопсия</li> <li>5) кюретаж-биопсия</li> </ol>
154	<b>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ</b>

	<p><b>ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инцизионная</li> <li>2) эксцизионная</li> <li>3) пункционная</li> <li>4) эндоскопическая</li> <li>5) кюретаж – биопсия</li> </ol>
155	<p><b>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инцизионная</li> <li>2) пункционная</li> <li>3) эндоскопическая</li> <li>4) трепанобиопсия</li> <li>5) кюретаж – биопсия</li> </ol>
156	<p><b>ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ БИОПСИЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инцизионная</li> <li>2) пункционная</li> <li>3) эндоскопическая</li> <li>4) трепанобиопсия</li> <li>5) кюретаж-биопсия</li> </ol>
157	<p><b>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО ВЗЯТИЕ ФРАГМЕНТА ТКАНИ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) путем выскабливания</li> <li>2) путем аспирации</li> <li>3) с помощью полой иглы</li> <li>4) открытым способом путем иссечения под контролем глаза</li> <li>5) с помощью эндоскопа</li> </ol>
158	<p><b>ЭКСЦИЗИЯ – ЭТО</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) операция удаления части органа</li> <li>2) операция удаления всего органа</li> <li>3) иммунологический метод диагностики</li> <li>4) цитологический метод диагностики</li> <li>5) метод предоперационной терапии</li> </ol>
159	<p><b>ЭКСЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) забирается фрагмент патологического очага</li> <li>2) забирается весь патологический очаг целиком</li> <li>3) проводится иммунологическое исследование</li> <li>4) забирается весь орган</li> <li>5) проводится цитологическое исследование</li> </ol>
160	<p><b>БИОПСИЙНЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ДОЛЖЕН ДОСТАВЛЯЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день взятия</li> <li>2) на следующий день</li> <li>3) в течение 3-х суток</li> <li>4) в течение 5-ти суток</li> <li>5) в течение 10-ти суток</li> </ol>
161	<p><b>ПРИ ПЛАНОВОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБЫЧНО ДАЕТСЯ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день взятия материала</li> <li>2) на следующий день</li> <li>3) через 3-5 суток</li> <li>4) через 10-15 суток</li> </ol>

	5) в течение 1 месяца
162	<p>ПРИ СРОЧНОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) через 20 – 25 минут после доставки материала в отделение</li> <li>2) через 1 час</li> <li>3) через 1 сутки</li> <li>4) на 3-5 сутки</li> <li>5) через 10 суток</li> </ol>
163	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) до операции</li> <li>2) во время операции</li> <li>3) после операции</li> <li>4) после проведения лучевого лечения</li> <li>5) после проведения химиотерапии</li> </ol>
164	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫБОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) объема оперативного вмешательства</li> <li>2) вида послеоперационной терапии</li> <li>3) 165 методов послеоперационного ведения больного</li> <li>4) вида дополнительного послеоперационного лечения</li> <li>5) методов профилактики послеоперационных осложнений</li> </ol>
165	<p>ФИКСАЦИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 40% растворе формалина</li> <li>2) 10% растворе формалина</li> <li>3) физиологическом растворе</li> <li>4) дистиллированной воде</li> <li>5) неразведенном формальдегиде</li> </ol>
166	<p>БИОПСИЙНЫЙ И ОПЕРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врачами патологоанатомического отделения</li> <li>2) любым сотрудником патологоанатомического отделения</li> <li>3) лаборантами-гистологами патологоанатомического отделения</li> <li>4) заведующим клиническим отделением</li> <li>5) сотрудниками клинического отделения</li> </ol>
167	<p>ДОСТАВЛЕННЫЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОД РАСПISКУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дежурному лаборанту-гистологу</li> <li>2) регистратору</li> <li>3) дежурному врачу-патологоанатому</li> <li>4) заведующему патологоанатомическим отделением</li> <li>5) санитару морга</li> </ol>
168	<p>НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЦЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ МАТЕРИАЛУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ориентировочное</li> <li>2) описательное</li> <li>3) предположительное</li> <li>4) неполное (предварительное)</li> <li>5) окончательное (диагностическое)</li> </ol>
169	В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ

	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШИФРУЕТСЯ (КОДИРУЕТСЯ) ПО МКБ-Х ТОЛЬКО ЗАКЛЮЧЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) описательное</li> <li>2) ориентировочное</li> <li>3) окончательное (диагностическое)</li> <li>4) неполное (предварительное)</li> <li>5) молекулярно-генетическое</li> </ol>
170	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический</li> <li>2) рентгенологический</li> <li>3) биохимический</li> <li>4) гистологический</li> <li>5) цитологический</li> </ol>
171	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИСТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистологический</li> <li>2) цитологический</li> <li>3) рентгенологический</li> <li>4) клинический</li> <li>5) иммуногистохимический</li> </ol>
172	<p>О НАРУШЕНИЯХ ПРИ ЗАБОРЕ, ФИКСАЦИИ, МАРКИРОВКЕ, ЗАПОЗДАЛОЙ ДОСТАВКЕ, НЕПРАВИЛЬНО ЗАПОЛНЕННЫХ БЛАНКАХ НАПРАВЛЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ В АДМИНИСТРАЦИЮ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СООБЩАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дежурный лаборант-гистолог</li> <li>2) регистратор</li> <li>3) любой врач-патологоанатом</li> <li>4) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>5) санитар морга</li> </ol>
173	<p>ПЕРВЫЙ ЭТАП ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макроскопическое описание присланного материала</li> <li>2) вырезка кусочков (фрагментов)</li> <li>3) фиксация кусочков (фрагментов)</li> <li>4) гистологическая обработка объектов</li> <li>5) проверка сведений в бланке направления и маркировки материала</li> </ol>
174	<p>ОПЕРАЦИОННЫЙ (БИОПСИЙНЫЙ) МАТЕРИАЛ ОТ ОДНОГО БОЛЬНОГО, ПОЛУЧЕННЫЙ В ВИДЕ НЕСКОЛЬКИХ ОБЪЕКТОВ, ДОЛЖЕН НАПРАВЛЯТЬСЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с одним бланком направлением</li> <li>2) с двумя и более бланками</li> <li>3) с количеством бланков, соответствующим количеству объектов</li> <li>4) с отдельными бланками к каждому объекту</li> <li>5) с отдельными бланками к каждому удаленному органу</li> </ol>
175	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ И ВЫРЕЗКУ ОПЕРАЦИОННОГО (БИОПСИЙНОГО) МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРОИЗВОДИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) врач-патологоанатом</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) санитар морга</li> <li>6) процессов</li> </ol>
176	<p>КОЛИЧЕСТВО КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ДЛЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) врач-патологоанатом, производящий вырезку</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) представитель администрации лечебного учреждения</li> </ol>
177	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ОКРАСКОЙ ДЛЯ ВСЕХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ СРЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) окраска по Ван-Гизон</li> <li>2) пикрофуксином</li> <li>3) суданом 3 или 4</li> <li>4) гематоксилин-эозином</li> <li>5) альциановым синим</li> </ol>
178	<p>БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОДЛЕЖИТ ОБСУЖДЕНИЮ С ЗАВЕДУЮЩИМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ (КОНСУЛЬТАНТОМ) В СЛУЧАЯХ ДИАГНОСТИКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобных процессов</li> <li>2) доброкачественных опухолей</li> <li>3) злокачественных опухолей</li> <li>4) острых воспалительных процессов</li> <li>5) хронических воспалительных процессов</li> </ol>
179	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОФОРМЛЯЕТСЯ С ДВУМЯ ПОДПИСЯМИ ВРАЧЕЙ-ПАТОЛОГОАНАТОМОВ В СЛУЧАЯХ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобных процессов</li> <li>2) доброкачественных опухолей</li> <li>3) зрелых опухолей</li> <li>4) редких заболеваний (редких опухолей)</li> <li>5) хронических воспалительных процессов</li> </ol>
180	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПОДЛЕЖИТ БУКВЕННО-ЦИФРОВОМУ КОДИРОВАНИЮ ПО МКБ-10, ЕСЛИ ОНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предположительное</li> <li>2) предварительное</li> <li>3) окончательное (диагностическое)</li> <li>4) ориентировочное</li> <li>5) описательное</li> </ol>
181	<p>ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ДОЛЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тип патологического процесса</li> <li>2) конкретную болезнь</li> <li>3) конкретный круг болезней</li> <li>4) вид патологических изменений тканей</li> <li>5) наличие опухолевых клеток</li> </ol>
182	<p>ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОПРЕДЕЛЯЕТ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) конкретную болезнь</li> <li>2) конкретную нозологическую единицу</li> <li>3) гистологический тип опухоли</li> <li>4) конкретный круг болезней</li> <li>5) описание типа тканей</li> </ol>
183	<p>ОФОРМЛЕННЫЙ БЛАНК (ПРОТОКОЛ) НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) самому пациенту</li> <li>2) родственнику пациента</li> <li>3) лечащему врачу, направившему материал на исследование</li> <li>4) врачу-консультанту</li> <li>5) представителю администрации лечебного учреждения</li> </ol>
184	<p>ВОЗМОЖНА ВЫДАЧА КСЕРОКОПИИ ПРОТОКОЛА ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ НА РУКИ БОЛЬНОМУ (ЕГО РОДСТВЕННИКУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по устной просьбе лечащего врача</li> <li>2) по письменному требованию больного (его родственника)</li> <li>3) по устному требованию родственника больного</li> <li>4) по требованию администрации лечебного учреждения</li> <li>5) по требованию заведующего клиническим отделением</li> </ol>
185	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ВЗЯТИЯ МАТЕРИАЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) срочная</li> <li>2) плановая</li> <li>3) экспресс-биопсия</li> <li>4) инцизионная</li> <li>5) экстренная</li> </ol>
186	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПОЛУЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инцизионная</li> <li>2) эндоскопическая</li> <li>3) трепанобиопсия</li> <li>4) срочная</li> <li>5) экстренная</li> </ol>
187	<p>ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА И ОБЪЕМА ФИКСАТОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1:1</li> <li>2) 1:2</li> <li>3) 1:5</li> <li>4) 1:10</li> <li>5) 1:20</li> </ol>
188	<p>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с использованием троакара</li> <li>2) с использованием эндоскопа</li> <li>3) путем хирургического иссечения фрагмента открытым способом</li> <li>4) путем выскабливания</li> <li>5) путем аспирации</li> </ol>
189	<p>ЭКСЦИЗИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) операция удаления части органа</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) операция удаления всего органа</li> <li>3) иммунологический метод диагностики</li> <li>4) цитологический метод диагностики</li> <li>5) метод предоперационной терапии</li> </ol>
190	<p>ЭКСЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) забирается фрагмент патологического очага</li> <li>2) забирается весь патологический очаг целиком</li> <li>3) проводится иммунологическое исследование</li> <li>4) забирается весь орган</li> <li>5) проводится цитологическое исследование</li> </ol>
191	<p>БИОПСИЙНЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ДОЛЖЕН ДОСТАВЛЯТЬСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день взятия</li> <li>2) на следующий день</li> <li>3) в течение 3-х суток</li> <li>4) в течение 5-ти суток</li> <li>5) в течение 10-ти суток</li> </ol>
192	<p>ПРИ ПЛАНОВОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБЫЧНО ДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в день взятия материала</li> <li>2) на следующий день</li> <li>3) через 3-5 суток</li> <li>4) через 10-15 суток</li> <li>5) в течение 1 месяца</li> </ol>
193	<p>ПРИ СРОЧНОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) через 20 – 25 минут после доставки материала в отделение</li> <li>2) через 1 час</li> <li>3) через 1 сутки</li> <li>4) на 3-5 сутки</li> <li>5) через 10 суток</li> </ol>
194	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) до операции</li> <li>2) во время операции</li> <li>3) после операции</li> <li>4) после проведения лучевого лечения</li> <li>5) после проведения химиотерапии</li> </ol>
195	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫБОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) объема оперативного вмешательства</li> <li>2) вида послеоперационной терапии</li> <li>3) методов послеоперационного ведения больного</li> <li>4) вида дополнительного послеоперационного лечения</li> <li>5) методов профилактики послеоперационных осложнений</li> </ol>
196	<p>ФИКСАЦИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 40% растворе формалина</li> <li>2) 10% растворе формалина</li> <li>3) физиологическом растворе</li> <li>4) дистиллированной воде</li> <li>5) неразведенном формальдегиде</li> </ol>
197	<p>БИОПСИЙНЫЙ И ОПЕРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО</p>

	<p>ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врачами патологоанатомического отделения</li> <li>2) любым сотрудником патологоанатомического отделения</li> <li>3) лаборантами-гистологами патологоанатомического отделения</li> <li>4) заведующим клиническим отделением</li> <li>5) сотрудниками клинического отделения</li> </ol>
198	<p>ДОСТАВЛЕННЫЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОД РАСПISКУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дежурному лаборанту-гистологу</li> <li>2) регистратору</li> <li>3) дежурному врачу-патологоанатому</li> <li>4) заведующему патологоанатомическим отделением</li> <li>5) санитару морга</li> </ol>
199	<p>НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЦЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ МАТЕРИАЛУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ориентировочное</li> <li>2) описательное</li> <li>3) предположительное</li> <li>4) неполное (предварительное)</li> <li>5) окончательное (диагностическое)</li> </ol>
200	<p>В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШИФРУЕТСЯ (КОДИРУЕТСЯ) ПО МКБ-Х ТОЛЬКО ЗАКЛЮЧЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) описательное</li> <li>2) ориентировочное</li> <li>3) окончательное (диагностическое)</li> <li>4) неполное (предварительное)</li> <li>5) молекулярно-генетическое</li> </ol>
201	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический</li> <li>2) рентгенологический</li> <li>3) биохимический</li> <li>4) гистологический</li> <li>5) цитологический</li> </ol>
202	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИСТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистологический</li> <li>2) цитологический</li> <li>3) рентгенологический</li> <li>4) клинический</li> <li>5) иммуногистохимический</li> </ol>
203	<p>О НАРУШЕНИЯХ ПРИ ЗАБОРЕ, ФИКСАЦИИ, МАРКИРОВКЕ, ЗАПОЗДАЛОЙ ДОСТАВКЕ, НЕПРАВИЛЬНО ЗАПОЛНЕННЫХ БЛАНКАХ НАПРАВЛЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ В АДМИНИСТРАЦИЮ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СООБЩАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дежурный лаборант-гистолог</li> <li>2) регистратор</li> <li>3) любой врач-патологоанатом</li> <li>4) заведующий патологоанатомическим отделением</li> </ol>

	5) санитар морга
204	<p>ПЕРВЫЙ ЭТАП ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макроскопическое описание присланного материала</li> <li>2) вырезка кусочков (фрагментов)</li> <li>3) фиксация кусочков (фрагментов)</li> <li>4) гистологическая обработка объектов</li> <li>5) проверка сведений в бланке направления и маркировки материала</li> </ol>
205	<p>ОПЕРАЦИОННЫЙ (БИОПСИЙНЫЙ) МАТЕРИАЛ ОТ ОДНОГО БОЛЬНОГО, ПОЛУЧЕННЫЙ В ВИДЕ НЕСКОЛЬКИХ ОБЪЕКТОВ, ДОЛЖЕН НАПРАВЛЯТЬСЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с одним бланком направлением</li> <li>2) с двумя и более бланками</li> <li>3) с количеством бланков, соответствующим количеству объектов</li> <li>4) с отдельными бланками к каждому объекту</li> <li>5) с отдельными бланками к каждому удаленному органу</li> </ol>
206	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ И ВЫРЕЗКУ ОПЕРАЦИОННОГО (БИОПСИЙНОГО) МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРОИЗВОДИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) врач-патологоанатом</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) санитар морга</li> </ol>
207	<p>КОЛИЧЕСТВО КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ДЛЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) врач-патологоанатом, производящий вырезку</li> <li>3) заведующий патологоанатомическим отделением</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) представитель администрации лечебного учреждения</li> </ol>
208	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ОКРАСКОЙ ДЛЯ ВСЕХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ СРЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) окраска по Ван-Гизон</li> <li>2) пикрофуксином</li> <li>3) суданом 3 или 4</li> <li>4) гематоксилин-эозином</li> <li>5) альциановым синим</li> </ol>
209	<p>БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОДЛЕЖИТ ОБСУЖДЕНИЮ С ЗАВЕДУЮЩИМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ (КОНСУЛЬТАНТОМ) В СЛУЧАЯХ ДИАГНОСТИКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобных процессов</li> <li>2) доброкачественных опухолей</li> <li>3) злокачественных опухолей</li> <li>4) острых воспалительных процессов</li> <li>5) хронических воспалительных процессов</li> </ol>
210	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОФОРМЛЯЕТСЯ С ДВУМЯ ПОДПИСЯМИ ВРАЧЕЙ-ПАТОЛОГОАНАТОМОВ В СЛУЧАЯХ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) опухолеподобных процессов</li> <li>2) доброкачественных опухолей</li> <li>3) зрелых опухолей</li> <li>4) редких заболеваний (редких опухолей)</li> <li>5) хронических воспалительных процессов</li> </ol>
211	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПОДЛЕЖИТ БУКВЕННО-ЦИФРОВОМУ КОДИРОВАНИЮ ПО МКБ-10, ЕСЛИ ОНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предположительное</li> <li>2) предварительное</li> <li>3) окончательное (диагностическое)</li> <li>4) ориентировочное</li> <li>5) описательное</li> </ol>
212	<p>ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ДОЛЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тип патологического процесса</li> <li>2) конкретную болезнь</li> <li>3) конкретный круг болезней</li> <li>4) вид патологических изменений тканей</li> <li>5) наличие опухолевых клеток</li> </ol>
213	<p>ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) конкретную болезнь</li> <li>2) конкретную нозологическую единицу</li> <li>3) гистологический тип опухоли</li> <li>4) конкретный круг болезней</li> <li>5) описание типа тканей</li> </ol>
214	<p>ОФОРМЛЕННЫЙ БЛАНК (ПРОТОКОЛ) НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) самому пациенту</li> <li>2) родственнику пациента</li> <li>3) лечащему врачу, направившему материал на исследование</li> <li>4) врачу-консультанту</li> <li>5) представителю администрации лечебного учреждения</li> </ol>
215	<p>ВОЗМОЖНА ВЫДАЧА КСЕРОКОПИИ ПРОТОКОЛА ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ НА РУКИ БОЛЬНОМУ (ЕГО РОДСТВЕННИКУ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по устной просьбе лечащего врача</li> <li>2) по письменному требованию больного (его родственника)</li> <li>3) по устному требованию родственника больного</li> <li>4) по требованию администрации лечебного учреждения</li> <li>5) по требованию заведующего клиническим отделением</li> </ol>
216	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ВЗЯТИЯ МАТЕРИАЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) срочная</li> <li>2) плановая</li> <li>3) экспресс-биопсия</li> <li>4) инцизионная</li> <li>5) экстренная</li> </ol>
217	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПОЛУЧЕНИЯ</p>

	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) инцизионная</li> <li>2) эндоскопическая</li> <li>3) трепанобиопсия</li> <li>4) срочная</li> <li>5) экстренная</li> </ol>
218	<p>ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА И ОБЪЕМА ФИКСАТОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 1:1</li> <li>2) 1:2</li> <li>3) 1:5</li> <li>4) 1:10</li> <li>5) 1:20</li> </ol>
219	<p>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с использованием троакара</li> <li>2) с использованием эндоскопа</li> <li>3) путем хирургического иссечения фрагмента открытым способом</li> <li>4) путем выскабливания</li> <li>5) путем аспирации</li> </ol>
220	<p>ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) путем аспирации</li> <li>2) с использованием специальной полой иглы</li> <li>3) путем аспирации</li> <li>4) путем иссечения фрагмента открытым способом</li> <li>5) путем выскабливания специальной кюреткой</li> </ol>
221	<p>БЛАНК НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ЗАПОЛНЯЕТ И ПОДПИСЫВАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-клиницист</li> <li>2) медицинская сестра</li> <li>3) младший медперсонал</li> <li>4) средний медперсонал</li> <li>5) интерн (ординатор)</li> </ol>
222	<p>ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ИЗ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 0,5 x 0,5 x 0,5 см</li> <li>2) 1 x 1 x 0,5 см</li> <li>3) 2 x 2 x 1 см</li> <li>4) 2,5 x 2,5 x 1 см</li> <li>5) 3 x 3 x 1 см</li> </ol>
223	<p>СРОК ОБРАБОТКИ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПРЕВЫШАЕТ 3-5 ДНЕЙ В СЛУЧАЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) резецированного желудка</li> <li>2) глазного яблока</li> <li>3) полипов эндометрия</li> <li>4) полипов цервикального канала</li> <li>5) аппендикулярных отростков</li> </ol>
224	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПРЕВЫШАЕТ 3-5 ДНЕЙ ПРИ</p>

	<p>ИССЛЕДОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гастробиоптатов</li> <li>2) костной ткани</li> <li>3) соскобов эндометрия</li> <li>4) щитовидной железы</li> <li>5) предстательной железы</li> </ol>
225	<p>ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИЗ АРХИВА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВЫДАЮТСЯ НА РУКИ ПАЦИЕНТУ ИЛИ ЕГО РОДСТВЕННИКУ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) по письменному заявлению пациента (его родственника)</li> <li>2) по устному требованию пациента (его родственника)</li> <li>3) по письменному требованию знакомого пациента</li> <li>4) по устному требованию знакомого пациента</li> <li>5) любому лицу по письменному требованию</li> </ol>
226	<p>РЕЗУЛЬТАТ, ПОЛУЧЕННЫЙ ПРИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ДО СВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ДОВОДИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врач-патологоанатом</li> <li>2) лечащий врач</li> <li>3) регистратор</li> <li>4) лаборант-гистолог</li> <li>5) заведующий патологоанатомическим отделением</li> </ol>
227	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения</li> <li>2) болезнях лаборантов-гистологов</li> <li>3) необходимости дополнительной вырезки материала</li> <li>4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске</li> <li>5) ремонте помещения патологоанатомического отделения</li> </ol>
228	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения</li> <li>2) болезнях лаборантов-гистологов</li> <li>3) необходимости дополнительных окрасок (на жир, слизь и др.)</li> <li>4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске</li> <li>5) ремонте помещения патологоанатомического отделения</li> </ol>
229	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения</li> <li>2) болезнях лаборантов-гистологов</li> <li>3) необходимости иммуногистохимических исследований</li> <li>4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске</li> <li>5) ремонте помещения патологоанатомического отделения</li> </ol>
230	<p>В СЛУЧАХ НЕПРАВИЛЬНОГО ЗАПОЛНЕНИЯ КЛИНИЦИСТАМИ БЛАНКА НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, НЕПРАВИЛЬНОЙ МАРКИРОВКИ ОБЪЕКТОВ И ДРУГИХ ОШИБКАХ ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) произвести вырезки и сообщить заведующему отделением</li> </ol>

	2) произвести вырезку и сообщить врачам-клиницистам 3) не производить вырезку и сообщить заместителю главного врача 4) не производить вырезку и сообщить врачам-клиницистам 5) не производить вырезку, вернуть материал врачам-клиницистам
231	<b>В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСКОБОВ ЭНДОМЕТРИЯ КРОМЕ ВСЕХ ОБЫЧНЫХ СВЕДЕНИЙ О ПАЦИЕНТКЕ ВРАЧ-ГИНЕКОЛОГ ОБЯЗАН УКАЗЫВАТЬ</b> 1) данные УЗИ малого таза 2) данные исследования гормонального статуса 3) результаты осмотра терапевта 4) сведения о менструальном цикле и его нарушениях 5) результаты осмотра других специалистов (офтальмологов, ЛОР-врачей)

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Правильный – всегда первый вариант ответа. При компьютерном тестировании варианты правильных ответов меняются.

#### 5.1.2 Ситуационные задачи

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	<b>01</b>
Ф	A/01.5	Прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с их интерпретацией.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной М. 62-х лет, заядлый курильщик, длительное время страдает хронической патологией бронхов. Неоднократно обращался к врачам, получал соответствующее лечение. Во время последнего обращения к врачу при рентгенологическом исследовании легких обнаружен ателектаз. В связи с этим назначена и выполнена бронхоскопия.</p> <p>При бронхоскопии осмотрена слизистая оболочка нижнего долевого бронха, обнаружено небольшого размера образование на широком основании с неровной шероховатой поверхностью, немного выступающее в просвет бронха. Предположительно последнее было расценено как рост злокачественной опухоли. Произведена биопсия. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В гистологических препаратах, изготовленных из биопсийного</p>

		материала, при окраске гематоксилин-эозин врач-патологоанатом обнаружил фрагменты опухоли, имеющей строение плоскоклеточного неороговевающего рака, а также фрагменты слизистой оболочки бронха с гистологической картиной хронического воспалительного процесса и предраковыми изменениями эпителия.
В	1	Опишите возможные гистологические изменения слизистой оболочки бронха, соответствующие диагнозу хронический бронхит.
Э	-	При хроническом бронхите в стенке бронха имеется лимфогистиоцитарная инфильтрация, возможно с добавлением других клеток воспалительного ряда, фиброз, гиперпродукция слизи слизистыми железами, может быть разрастание грануляционной ткани, разноплановые изменения эпителия слизистой оболочки (атрофия, гиперплазия, метаплазия, дисплазия).
P2	-	Ответ правильный, полный. Гистологические изменения стенки бронха при хроническом бронхите описаны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологические изменения стенки бронха при хроническом бронхите описаны частично правильно или описаны с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите возможные предраковые изменения эпителия слизистой оболочки бронхов при хроническом бронхите. Какое изменение эпителия имеет наибольшее значение при развитии рака?
Э	-	К предраковым изменениям эпителия слизистой оболочки бронха можно отнести гиперплазию, метаплазию, дисплазию 1,2,3 степени. Наибольшее значение при развитии рака имеет дисплазия эпителия 3 степени, так как она непосредственно предшествующее развитию рака.
P2	-	Ответ правильный, полный. Предраковые изменения эпителия названы правильно, полностью. Изменение эпителия, имеющее наибольшее значение в развитии рака, названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Предраковые изменения эпителия названы не все. Изменение эпителия, имеющее наибольшее значение в развитии рака названо правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите гистологическую картину плоскоклеточного неороговевающего рака.
Э	-	Плоскоклеточный рак – это опухоль, имеющая органоидное строение, то есть состоящая из двух четко сформированных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима опухоли представлена полями, тяжами, комплексами атипичных клеток, имеющих сходство с клетками многослойного плоского эпителия. Строма опухоли состоит из узких прослоек соединительной ткани.
P2	-	Гистологическая картина плоскоклеточного ороговевающего рака описана правильно, полностью.



P1	-	Ответ частично правильный. Гистологическая картина плоскоклеточного неороговевающего рака описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	С какими гистологическими вариантами карцином необходимо дифференцировать плоскоклеточный рак?
Э	-	Плоскоклеточный рак необходимо дифференцировать с вариантами аденогенного рака, особенно аденокарциномой низкой степени дифференцировки и недифференцированным раком.
P2	-	Ответ правильный. Гистологические варианты карцином, с которыми нужно дифференцировать плоскоклеточный рак, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологические варианты карцином, с которыми нужно дифференцировать плоскоклеточный рак, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Почему важно максимально точно установить гистологический вариант карциномы на уровне исследования биопсийного материала?
Э	-	Точно установленный гистологический вариант опухоли дает возможность адекватно планировать лечение больного, планировать оперативное лечение, подбирать наиболее эффективные курсы химиотерапии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обоснование необходимости точной верификации гистологического типа опухоли дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование необходимости точной верификации гистологического типа опухоли дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>02</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала и последов с их интерпретацией
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больному Н. 47-ми лет с клиническим диагнозом «рак желудка средней трети малой кривизны» произведено оперативное вмешательство. Удаленный желудок направлен на прижизненное

		<p>патологоанатомическое исследование.</p> <p>В патологоанатомическом отделении при вырезке операционного материала на малой кривизне желудка обнаружена опухоль 6х5 см, растущая в просвет в виде узла с неровной бугристой поверхностью, изъязвлением в центре, валикообразно приподнятыми краями. На поперечном срезе, произведенном через опухоль, глубокий рост белесоватой однородной ткани практически через всю толщу стенки желудка. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков), в том числе забраны в обработку все обнаруженные регионарные лимфатические узлы.</p> <p>При окрасе гематоксилин-эозин в гистологических препаратах найдена раковая опухоль, имеющая строение высокодифференцированной аденокарциномы (рака кишечного типа), при гистологическом исследовании лимфатических узлов метастазов не обнаружено.</p>
В	1	Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака желудка обнаружена в операционном материале? Обоснуйте свой ответ.
Э	-	В операционном материале блюдцеобразный рак желудка. Опухоль растет в просвет желудка в виде экзофитного образования, в центральной зоне которого некроз с формированием изъязвления.
P2	-	Ответ правильный, полный. Анатомическая форма рака желудка названа правильно. Обоснование ответа дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомическая форма рака желудка названа правильно, обоснование дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите гистологическое строение аденокарциномы кишечного типа?
Э	-	Аденокарцинома является гистологической разновидностью аденогенного рака, имеет органоидное строение, т.е. сформирована из двух четко выраженных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима представлена атипичными клетками, образующими железистоподобные структуры с просветами. Атипичные клетки имеют сходство с эпителием кишечного типа. Строма представлена узкими прослойками соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный. Гистологическое описание строения аденокарциномы дано полно, правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологическое описание строения аденокарциномы дано частично правильно или дано не точно с ошибками
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Как вы оцените в прогностическом отношении такое гистологическое строение рака?
Э	-	В сравнительном отношении аденокарцинома кишечного типа является наиболее высоко дифференцированной раковой опухолью желудка, поэтому имеет относительно благоприятный

		прогноз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Оценка прогноза заболевания при данном гистологическом типе опухоли дана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Оценка прогноза заболевания при данном гистологическом типе опухоли дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Укажите правила вырезки фрагментов (кусочков) из подобного операционного материала. Сколько фрагментов необходимо вырезать, из каких мест, сколько забирать в обработку обнаруженных лимфатических узлов?
Э	-	Вырезаются 1-2 фрагмента (кусочка) из опухоли вне некроза, фрагмент из зоны по границе опухоли с окружающими тканями, фрагмент из стенки желудка вне опухоли, забираются фрагменты из краев резекции и все регионарные лимфатические узлы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Правила вырезки операционного материала изложены правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Правила вырезки операционного материала изложены частично правильно или изложены с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Какая информация должна быть отражена в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования в разделе микроскопическое описание кроме констатации гистологического типа опухоли в данном случае?
Э	-	В протоколе прижизненного патологоанатомического исследования кроме констатации гистологического типа опухоли, указывается степень дифференцировки аденокарциномы (высокая, умеренная, низкая) или степень злокачественности 1,2,3, наличие в опухоли некроза, воспалительных клеточных инфильтратов, нарушений кровообращения. Определяется глубина инвазивного роста опухоли соответственно слоям стенки желудка, наличие или отсутствие роста опухоли в краях резекции, выявляется фоновое заболевание (например, хронический атрофический гастрит с дисплазией эпителия), наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах, реактивные или иные изменения лимфатических узлов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Информация, которая должна быть изложена в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования, названа полностью, правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Информация, которая должна быть в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования, дана частично правильно или дана с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>03</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей и их частей при проведении

		патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных данных
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В патологоанатомическое отделение из операционной доставлен удаленный желудок. Клинический диагноз рак антрального отдела желудка, подтвержденный гистологическим исследованием биопсийного материала, взятого в рамках предоперационного исследования.</p> <p>При осмотре со стороны слизистой оболочки в нижней трети тела и антральном отделе желудка складки неровные, грубые, соответственно им стенка резко утолщена, плотная, в выходном отделе просвет желудка сужен. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков).</p> <p>По результатам микроскопического исследования гистологических препаратов в окраске гематоксилин-эозин и окраске альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией дано заключение слизистый рак (перстневидно клеточный рак). Установлен инвазивный рост опухоли практически на всю толщу стенки желудка с подрастанием под серозную оболочку, в региональных лимфатических узлах метастазы раковой опухоли.</p>
В	1	Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака желудка в операционном материале? Обоснуйте ответ.
Э	-	В операционном материале диффузный рак желудка. Стенка желудка утолщена, плотная, рельеф складок изменен, складки резко утолщены, деформированы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Анатомическая форма рака желудка названа правильно. Обоснование диагностики такой формы рака дано точно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомическая форма рака желудка названа правильно. Обоснование диагностики такой формы рака дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите гистологическое строение слизистого рака (перстневидно клеточного рака).
Э	-	Слизистый (перстневидно клеточный) рак имеет строение органоидной опухоли, то есть состоит из двух четко сформированных компонентов: паренхимы и стромы. Паренхима опухоли представлена полями атипичных клеток, продуцирующих большое количество слизи. Слизь в опухоли накапливается в виде «озер», в которых находятся опухолевые клетки. При накоплении слизи в цитоплазме опухолевых клеток

		последние приобретают округлую форму, ядро клетки отодвигается слизью на периферию, клетка приобретает вид «перстневидной». Строма состоит из узких прослоек соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание гистологического строения слизистого рака желудка дано правильно и полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание гистологического строения слизистого рака желудка дано частично правильно или дано с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
B	3	Назовите локализацию регионарных лимфатических узлов в желудке. Почему необходимо их гистологическое исследование? Какое количество лимфатических узлов необходимо исследовать?
Э	-	Регионарные лимфатические узлы желудка располагаются в виде цепочки вдоль большой и малой кривизны. Гистологическое исследование регионарных лимфатических узлов в операционном материале производится в первую очередь, чтобы обнаружить или исключить наличие в них метастазов, эта информация определяет стадию и прогноз болезни. В гистологическую обработку забираются все обнаруженные при вырезке лимфатические узлы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Локализация регионарных лимфатических узлов названа правильно. Обоснование необходимости гистологического исследования лимфатических узлов изложено правильно. Количество исследуемых лимфатических узлов названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный, Локализация регионарных лимфатических узлов названа правильно, Обоснование гистологического исследования лимфатических узлов изложено частично правильно. Количество исследуемых лимфатических узлов названо правильно или названо не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какая информация может быть получена при использовании дополнительной окраски альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией?
Э	-	При использовании окраски альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией вещества, находящиеся в слизи, окрашиваются в ярко-розовый или голубой цвет, поэтому раковые клетки, имеющие перстневидный вид хорошо верифицируются.
P2	-	Ответ правильный. Обоснование использование дополнительной окраски дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование использования дополнительной окраски дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Оцените прогноз у данного больного, учитывая информацию, полученную при исследовании операционного материала (гистологический тип опухоли, глубина инвазивного роста опухоли, наличие метастазов). Обоснуйте ответ.

Э	-	В данном случае у больного прогноз крайне неблагоприятный, срок жизни больного небольшой. Слизистый (перстневидноклеточный) рак желудка, относится к группе недифференцированных карцином, опухоль имеет глубокий инвазивный рост практически на всю толщину стенки, а также имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах. Вся эта информация говорит об опухоли с высокой степенью злокачественности в стадии прогрессирования.
P2	-	Ответ полный, правильный. Прогноз заболевания определен правильно, обоснование прогноза заболевания дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Прогноз заболевания определен правильно. Обоснование прогноза заболевания дано частично правильно или дано не полно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>04</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>У больной К. 42-х лет выявлена раковая опухоль левой молочной железы, по поводу которой произведена операция радикальная мастэктомии. Операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В патологоанатомическом отделении при вырезке операционного материала в верхнем наружном квадранте молочной железы обнаружен плотный опухолевый узел диаметром 4 см, на разрезе белесоватого цвета, с нечеткими границами и мелкозернистой, тусклой поверхностью. В жировой клетчатке подмышечной области 5 лимфатических узлов разного размера, в том числе два плотных размером 1,5x1,0 см. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков) из опухолевого узла, из молочной железы вне опухоли, обнаруженных лимфатических узлов.</p> <p>При микроскопическом исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, обнаружена раковая опухоль молочной железы, имеющая строение протокового инвазивного рака, в двух лимфатических узлах метастазы опухоли.</p>
В	1	Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака молочной железы обнаружена в операционном материале?

Э	-	В операционном материале узловая форма рака молочной железы.
P2	-	Ответ правильный. Анатомическая (макроскопическая) форма рака молочной железы названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомическая (макроскопическая) форма рака молочной железы названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите правила вырезки операционного материала в данном случае. Сколько фрагментов (кусочков) вырезать, из каких зон опухоли и молочной железы, в каких количествах забирать лимфатические узлы?
Э	-	При вырезке операционного материала в удаленной молочной железе вырезают 1-2 фрагмента (кусочка) из опухолевого узла, фрагмент на границе опухоли с окружающими тканями, фрагмент из молочной железы вне опухоли, в гистологическую обработку забираются все обнаруженные лимфатические узлы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Правила вырезки операционного материала изложены правильно, полностью
P1	-	Ответ частично правильный. Правила вырезки операционного материала изложены частично правильно или изложены с ошибками.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Назовите основные гистологические варианты рака молочной железы согласно последней Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при микроскопическом исследовании операционного материала.
Э	-	Основные гистологические варианты рака молочной железы: протоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа), дольковый инвазивный рак, микроинвазивный рак, другие редкие формы рака (медулярный, слизистый, тубулярный и др.).
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные гистологические варианты рака молочной железы названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные гистологические варианты рака молочной железы названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Назовите наиболее частый гистологический вариант рака молочной железы, диагностируемый в операционном материале.
Э	-	В операционном материале наиболее часто диагностируется протоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа).
P2	-	Ответ правильный, полный. Наиболее частый гистологический вариант рака молочной железы, диагностируемый в операционном материале, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Наиболее частый гистологический вариант рака молочной железы, диагностируемый в

		операционном материале, назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Какова частота рака молочной железы в настоящее время? Почему она такова?
Э	-	В настоящее время в развитых странах мира и в нашей стране рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных опухолей у женщин, частота его имеет тенденцию роста. Высокая частота рака молочной железы связана, видимо, с дисгормональным состоянием женщин в развитых странах, где катастрофически снижается рождаемость, нет длительного периода грудного вскармливания, широко распространены дисгормональные заболевания молочных желез (мастопатии, папилломатоз), имеются и другие факторы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Частота рака молочной железы названа правильно. Обоснование ответа дано правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Частота рака молочной железы названа правильно. Обоснование ответа дано не полностью.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>05</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На патологоанатомическое вскрытие поступил труп женщины 52-х лет с клиническим диагнозом «рак левой молочной железы, состояние после радикальной мастэктомии, дата ____, метастазы в печени, головном мозге, костях позвоночника».</p> <p>Радикальная мастэктомия произведена год назад. Согласно гистологическому типу обнаруженной в операционном материале карциномы и результатам иммуногистохимического исследования, в том числе на выявление экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухолевых клетках, была назначена и выполнена активная противоопухолевая терапия. Значительного положительного эффекта добиться не удалось, быстро развились отдаленные метастазы в различные органы, наступила смерть.</p> <p>На патологоанатомическом вскрытии найдены множественные метастазы рака в печени, головном мозге, костях позвоночника, почках. По данным аутопсии непосредственной причиной смерти больной явилось прогрессирование злокачественной опухоли.</p>



В	1	Назовите основные гистологические варианты карцином молочной железы согласно Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ, которые выявляют при исследовании операционного материала в обзорных окрасках?
Э	-	Основные гистологические варианты карцином молочной железы: потоковый инвазивный рак (инвазивный рак неспецифического типа), дольковый инвазивный рак, микроинвазивный рак, другие редкие формы (медуллярный, слизистый, тубулярный и др.).
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные гистологические варианты рака молочной железы названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные варианты рака молочной железы названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите возможные дополнительные методы исследования карцином молочной железы при изучении на уровне операционного материала? Какова их цель?
Э	-	В качестве дополнительных методов исследования рака молочной железы в операционном материале используются иммуногистохимические методы, в том числе выявление экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона опухолевых клеток, выявление экспрессии маркеров пролиферации, а также молекулярно-генетические методы. Уточнение перечисленных параметров позволяет наиболее точно подобрать эффективные методы лечения.
P2	-	Ответ правильный, полный. Дополнительные методы исследования изложены правильно. Цель исследования обоснована правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Дополнительные методы изложены частично правильно. Цель исследования обоснована не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Что вы можете сказать о метастазировании рака молочной железы. Наиболее типичные пути метастазирования, редкие пути? Где локализуются ранние метастазы, где отдаленные? Каким путем развились метастазы в печень, головной мозг, кости позвоночника у умершей, которая описана в задаче?
Э	-	Наиболее типичные пути метастазирования рака молочной железы лимфогенный и гематогенный. Редкий путь перинеуральный. Ранние метастазы развиваются лимфогенно, локализуются в регионарных лимфатических узлах (подмышечных, передних грудных, окологрудных, надключичных, подключичных). Отдаленные метастазы развиваются гематогенно, локализуются в разных органах, чаще в костях позвоночника, легких, печени, почках.
P2	-	Ответ полный, правильный. Пути метастазирования рака молочной железы названы правильно. Локализация ранних лимфогенных метастазов названа правильно. Отдаленные метастазы названы правильно.

P1	-	Ответ частично правильный. Пути метастазирования рака молочной железы названы частично правильно. Локализация лимфогенных метастазов названа частично правильно. Отдаленные метастазы названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
B	4	Как можно объяснить летальный исход от прогрессирования злокачественной опухоли?
Э	-	Летальный исход от прогрессирования опухоли объясняется способностью злокачественной опухоли оказывать общее влияние на организм (изменять обмен веществ, вызывать общее токсическое влияние, другие изменения, не совместимые с жизнью).
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение летального исхода от прогрессирования злокачественной опухоли дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение летального исхода от прогрессирования злокачественной опухоли изложено частично правильно или изложено с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Уточните в целом прогноз у больных при раке молочной железы. Объясните, почему такой?
Э	-	В целом прогноз при раке молочной железы плохой, пятилетняя выживаемость больных всего около 50 – 60%. Это объясняется биологическими свойствами данной опухоли, опухоль в большинстве случаев обладает высоким исходным потенциалом злокачественности, быстро становится способной давать метастазы, быстро оказывает общее влияние на организм и быстро приводит к смерти.
P2	-	Ответ правильный, полный. Прогноз при раке молочной железы изложен правильно. Объяснение такого прогноза заболевания изложено правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Прогноз при раке молочной железы изложен правильно. Объяснение такого прогноза заболевания изложено частично правильно или изложено не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>06</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ</b>

<b>РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>		
У	-	<p>Больная П. 37-ми лет обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей, контактные кровотечения.</p> <p>При гинекологическом осмотре на слизистой оболочке влажной порции шейки матки обнаружен небольшого размера патологический очаг в виде шероховатых сосочкового вида разрастаний. Предварительный клинический диагноз рак шейки матки.</p> <p>Выполнено цитологическое исследование, выявившее в мазках наличие атипичных эпителиальных клеток.</p> <p>С целью уточнения диагноза на гистологическом уровне произведена биопсия. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В гистологических препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином, фрагмент шейки матки с наличием тяжелой дисплазии и очагами рака «на месте» в покровном эпителии. Под покровным эпителием инвазивный рост плоскоклеточного неороговевающего рака, очаговые лимфоидноклеточные инфильтраты вокруг комплексов раковых клеток.</p>
В	1	Назовите анатомическую (макроскопическую) форму рака влажной части шейки матки у больной. Обоснуйте ответ.
Э	-	Во влажной части шейки матки обнаружена экзофитная форма рака. Опухоль растет экзофитно в виде шероховатых сосочкового вида разрастаний на поверхность слизистой оболочки влажной части шейки матки.
P2	-	Ответ правильный, полный. Анатомическая форма рака шейки матки названа правильно. Обоснование диагностики такой анатомической формы рака изложено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомическая форма рака молочной железы названа правильно. Обоснование диагностики такой анатомической формы рака дано не точно.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите основные гистологические формы рака шейки матки, выделяемые согласно последней Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз при исследовании операционного материала.
Э	-	Среди гистологических форм рака шейки матки выделяют плоскоклеточный рак (неороговевающий, ороговевающий, редкие варианты плоскоклеточного рака), железистые карциномы (аденокарциномы цервикального типа, муцинозного, эндометриоидного, редкие варианты).
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные гистологические варианты рака шейки матки названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основных гистологических вариантов рака шейки матки названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	3	Какая необходимая информация должна быть указана патологоанатомом при микроскопическом описании гистологического препарата в данном случае кроме гистологического типа раковой опухоли?
Э	-	При микроскопическом описании кроме гистологического типа опухоли необходимо указать глубину инвазии опухоли и ее горизонтальное распространение в мм. Также фоновые предраковые изменения, если они имеются, воспалительные инфильтраты, некрозы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Информации, которая должна быть указана патологоанатомом при микроскопическом описании опухоли, названа правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Информация, которая должна быть указана при микроскопическом описании опухоли, названа частично правильно или названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Уточните изменения многослойного плоского эпителия шейки матки, считающиеся предраковыми. Какие диагностические термины для их обозначения предлагает использовать последняя Гистологическая классификация гинекологических заболеваний ВОЗ?
Э	-	К предраковым изменениям эпителия относятся дисплазии эпителия, легкой, умеренной и тяжелой степени (1,2,3 степени) и рак «на месте», которые также обозначаются как цервикальная интраэпителиальная неоплазия 1,2,3 степени (ЦИН 1,2,3 степени). В последней Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ предложены названия: - низкой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения; - высокой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения.
P2	-	Ответ полный, правильный. Предраковые изменения эпителия названы правильно. Диагностические термины для их обозначения, которые предлагает использовать последняя Гистологическая классификация ВОЗ, даны правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Предраковые изменения эпителия названы частично правильно или названы не точно. Диагностические термины для их обозначения, которые предлагает использовать последняя Гистологическая классификация ВОЗ, даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Изложите современные представления на этиологию рака шейки матки. Инфицированность, каким вирусом, имеет значение в развитии рака шейки матки?
Э	-	В настоящее время основным этиологическим фактором рака шейки матки считается вирус папилломы человека, его онкогенные штаммы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Современные представления на

		этиологию рака шейки матки изложены правильно, типы вируса названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Современные представления на этиологию рака шейки матки названы, типы вирусов названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>07</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>У женщины 33-х лет при проведении гинекологического осмотра на слизистой оболочке влагалищной порции шейки матки найден небольшого размера очаг, выделяющийся на фоне нормальной слизистой оболочки более интенсивным красным цветом.</p> <p>С целью уточнения диагноза произведена кольпоскопия с соответствующими пробами, выявлена атипичная кольпоскопическая картина. Со слизистой оболочки влагалищной порции шейки взяты мазки, произведенное цитологическое исследование не позволило поставить диагноз.</p> <p>С целью морфологической диагностики выполнена прицельная биопсия влагалищной порции шейки матки. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>При исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином найдена картина эктопии, в зоне эктопии плоскоклеточная метаплазия как покровного эпителия, так и эпителия части цервикальных желез, в метаплазированном многослойном плоском эпителии очаги дисплазия 3 степени, имеется подозрение на "рак на месте". Кроме этого обнаружены койлоциты, очаговые круглоклеточные воспалительные инфильтраты.</p>
В	1	Дайте определение эктопия шейки матки (эндоцервикоза)? Почему в части случаев эктопия шейки матки рассматривается как предраковое заболевание? Уточните изменения эпителия являющиеся предраковыми.
Э	-	<p>Эктопия шейки матки – это смещение структур слизистой оболочки цервикального канала во влагалищную часть шейки матки.</p> <p>В настоящее время эктопия шейки матки может</p>

		рассматриваться как вариант нормального строения шейки, (до 25 лет возможно наблюдение), в значительной части случаев эктопия исчезает самостоятельно. В части случаев эктопию нужно рассматривать как предраковое заболевание, так как при изменении баланса половых гормонов в зоне эктопии возникает плоскоклеточная метаплазия. При наличии онкогенных штаммов вируса папилломы человека в метаплазированном эпителии может развиваться дисплазия (цервикальная интраэпителиальная неоплазия), на фоне которой может развиваться рак шейки матки.
P2	-	Ответ полный, правильный. Определение эктопии шейки матки дано правильно. Случаи, когда эктопия становится предраковым заболеванием, названы правильно. Изменения эпителия, являющиеся предраковыми, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение эктопии шейки матки дано не точно. Случаи, когда эктопия шейки матки становится предраковым, названы не точно. Предраковые изменения эпителия названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Дайте определение дисплазия эпителия? Опишите морфологическую картину пласта многослойного плоского эпителия при дисплазии 3 степени.
Э	-	Дисплазия эпителия – это патологический процесс, характеризующейся нарушением пролиферации и дифференцировки клеток с появлением клеточной атипии и нарушением архитектоники эпителиального пласта. При дисплазии 3 степени большая часть пласта многослойного плоского эпителия (2/3 пласта) замещена пролиферирующими атипичными клетками.
P2	-	Ответ полный, правильный. Определение дисплазии эпителия дано правильно. Описание морфологической картины эпителиального пласта при дисплазии 3 степени дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение дисплазии эпителия дано не точно. Описание морфологической картины эпителиального пласта при дисплазии 3 степени дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный, или ответ дан с грубыми ошибками, или ответ отсутствует.
B	3	Что такое «рак на месте»? Опишите гистологические изменения эпителиального пласта при «раке на месте».
Э	-	«Рак на месте» - это один из вариантов эпителиальной неоплазии. При «раке на месте» весь эпителиальный пласт замещен пролиферирующими атипичными клетками, базальная мембрана не изменена.
P2	-	Ответ правильный. Морфологическая картина эпителиального пласта при «раке на месте» описана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный Морфологическая картина эпителиального пласта при «раке на месте» описана не точно.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Что такое койлоциты? Опишите внешний вид койлоцитов, их

		расположение в эпителиальном пласте.
Э	-	Койлоциты – это клетки многослойного плоского эпителия, имеющие характерный вид из-за присутствия вируса папилломы человека. Они крупного размера, имеют крупное округлое ядро, иногда два ядра, их цитоплазма светлая, пустая. Koilos переводится как пустой. Располагаются койлоциты, главным образом, в поверхностном и промежуточном слоях пласта многослойного плоского эпителия.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение, что такое койлоциты, дано правильно. Описание внешнего вида койлоцитов и их расположение в эпителиальном пласте дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение, что такое койлоциты, дано правильно. Описание внешнего вида койлоцитов и их расположение в эпителиальном пласте дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Какие диагностические термины нужно использовать согласно последней Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ при оформлении заключения в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования в данном случае?
Э	-	При оформлении заключение в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования необходимо использовать следующие термины: - низкой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения шейки матки; - высокой степени плоскоклеточные интраэпителиальные поражения шейки матки с соответствующими кодами (шифрами).
P2	-	Ответ правильный, полный. Диагностические термины, которые должны использоваться согласно Гистологической классификации ВОЗ, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Диагностические термины, которые должны использоваться согласно Гистологической классификации ВОЗ, названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>08</b>
Ф	A/01.5	Поведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получении данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной М. 54 лет в течение многих лет страдал хроническим

		<p>миелоцитарным лейкозом. При первой госпитализации диагноз был установлен на основании исследования мазков костного мозга грудины, в том числе при использовании иммуногистохимических, цитогенетических, других методов исследования. В клетках гемопоэза была выявлена Ph-хромосома.</p> <p>Подобранное лечение в течение многих лет давало положительный эффект. Больной неоднократно госпитализировался в связи с обострениями заболевания, получал адекватную терапию.</p> <p>В последний раз поступил в гематологическое отделение в тяжелом состоянии. Проведено очередное исследование костного мозга, миелограмма соответствовала бластному кризу (терминальной стадии). Несмотря на предпринятые лечебные мероприятия помочь больному не удалось, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>Результаты аутопсии подтвердили заключительный клинический диагноз.</p>
В	1	Какие две стадии выделяют в течение хронического миелоцитарного лейкоза, как они называются?
Э	-	В течение хронического миелоцитарного лейкоза выделяют две стадии: 1 стадия - моноклоновая (доброкачественная), 2 стадия – поликлоновая (злокачественная, терминальная, бластный криз).
P2	-	Ответ правильный, полный. Две стадии лейкоза и их синонимы даны правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Две стадии лейкоза названы, синонимы названы частично правильно или названы не все.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Перечислите основные типовые клинико-морфологические изменения в 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза.
Э	-	Для 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза характерно относительно доброкачественное длительное течение. В костном мозге лейкозные клетки представлены дифференцирующимися клетками миелоидного ряда, эти клетки имеются в крови, выселяются в разные органы с формированием лейкозных инфильтратов, имеется умеренная анемия, тромбоцитопения, геморрагический синдром отсутствует, язвенно-некротических изменений в слизистых оболочках ротовой полости, зева, желудочно-кишечного тракта нет, инфекционных осложнений нет.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные типовые клинико-морфологические изменения при 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза перечислены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные типовые клинико-морфологические изменения при 1-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза перечислены частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Перечислите основные типовые клинико-морфологические



		изменения, характерные для 2-ой стадии хронического лейкоза.
Э	-	Для 2-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза характерно появление в костном мозге большом количестве бластных клеток, выселение их на периферию с увеличением объемов инфильтратов в разных органах, нарастание анемии, тромбоцитопении, появление проявлений геморрагического синдрома, развитие язвенно-некротических изменений слизистых оболочек ротовой полости, зева, желудочно-кишечного тракта, присоединение инфекционных осложнений.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные типовые клинко-морфологические изменения во 2-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза перечислены правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные типовые изменения при 2-ой стадии хронического миелоцитарного лейкоза перечислены частично правильно или перечислены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Уточните стадию лейкоза у больного при последнем поступлении в гематологическое отделение. Оцените прогноз, обоснуйте его.
Э	-	При последнем поступлении у больного 2-ая стадия (бластный криз, терминальная стадия). Прогноз неблагоприятный, неизбежен смертельный исход, так как в этой стадии подавлять размножения опухолевых клеток невозможно, опухоль не управляемая.
P2	-	Ответ правильный полный. Стадия лейкоза названа правильно. Прогноз определен правильно, обоснование его сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Стадия лейкоза названа правильно, прогноз назван правильно, обоснование его сделано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Что вы можете сказать о лечебном патоморфозе лейкозов?
Э	-	В настоящее время наблюдается лечебный патоморфоз лейкозов. Имеются хорошие результаты лечения со значительным продлением жизни значительной части больных, уменьшение объема лейкозных инфильтратов в органах, уменьшение числа инфекционных осложнений, изменении топографии лейкозных инфильтратов с поражением костей черепа и поражением лейкозными клетками ЦНС, возможность развития цитостатической болезни.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные проявления лечебного патоморфоза лейкозов названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные проявления лечебного патоморфоза лейкозов названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>09</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении

		патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной К. 62 лет, участник ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, уже несколько лет страдает хроническим лимфолейкозом. При первой госпитализации в анализе крови значительное повышение количества лейкоцитов, главным образом, за счет дифференцирующихся лимфоцитарных форм, умеренная анемия, незначительная тромбоцитопения. Имелось увеличение лимфатических узлов нескольких локализаций. Кроме этого слабость, потеря веса.</p> <p>При исследовании костного мозга грудины в миелограмме характерные изменения, позволившие поставить диагноз хронического лимфоцитарного лейкоза. Произведено фенотипирование лимфоидных клеток, выявлена характерная экспрессия пан-В-клеточных маркеров CD20, CD79a, CD5, CD23. Выполнены цитогенетические и молекулярно-генетические исследования, выявившие трисомию хромосомы 12.</p> <p>Подобран план лечения, который дал эффект ремиссии. В настоящее время поступил в тяжелом состоянии с распространенной пневмонией, от которой наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>Результаты аутопсии подтвердили заключительный клинический диагноз.</p>
В	1	Назовите основные типовые морфологические изменения при таком лейкозе (изменения костного мозга, периферических органов) в начальной и терминальной стадиях.
Э	-	При хроническом лимфоцитарном лейкозе в костном мозге появляются лейкозные клетки, по морфологии, соответствующие дифференцирующимся клеткам лимфопозза. Наблюдается выселение этих клеток в кровь, увеличение лимфатических узлов разных локализаций в виде пакетов за счет инфильтрации их лейкозными клетками, увеличение других органов (печени, почек и др.), в терминальной стадии возможен бластный криз с появлением большого количества бластных форм в костном мозге, угнетение ростков кроветворения, присоединение инфекционных осложнений.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные типовые проявления при хроническом лимфолейкозе в начальной и терминальной стадиях названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные типовые проявления при хроническом лимфолейкозе в начальной и терминальной стадиях названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	2	С какой целью выполняются специальные методы исследования, выявляющие иммуногистохимические, цитогенетические, молекулярно-генетические особенности лимфоидных клеток при лейкозе?
Э	-	Все перечисленные специальные методы исследования (иммуногистохимические, цитогенетические, молекулярно-генетические) позволяют наиболее точно верифицировать вариант лейкоза и подобрать наиболее адекватные методы лечения, особенно варианты цитостатической терапии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Цель выполнения специальных методов исследования сформулирована правильно.
P1	-	Ответ неполный. Цель выполнения специальных методов исследования дана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Назовите клеточный источник развития такого лейкоза.
Э	-	Клеточный источник такого лейкоза В-лимфоциты, это β-клеточный лейкоз.
P2	-	Ответ правильный. Клеточный источник такого лейкоза назван правильно, точно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клеточный источник данного лейкоза назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Укажите возраст, наиболее поражаемый при таком лейкозе.
Э	-	Хроническим лимфоцитарным лейкозом чаще болеют взрослые люди, особенно пожилые.
P2	-	Ответ правильный. Возраст, наиболее поражаемый при таком лейкозе, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Возраст, наиболее поражаемый при таком лейкозе, назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
В	5	Оцените прогноз такого лейкоза, в том числе в условиях современных методов лечения. Укажите наиболее частые причины смерти при таком лейкозе.
Э	-	Такой лейкоз обычно имеет относительно благоприятный прогноз, можно продлить жизнь больным на многие годы. Наиболее частые причины смерти: инфекционные осложнения, проявления бластного криза (прогрессирования опухоли).
P2	-	Ответ правильный, полный. Прогноз определен правильно. Наиболее частые причины смерти указаны правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Прогноз назван не точно. Наиболее частые причины смерти указаны частично правильно или указаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>10</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных

		органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	С/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В онкологическом стационаре на обследовании находится ребенок 14-ти лет. Заболевание началось с появлением жалоб на слабость, невысокую периодическую лихорадку, небольшую потерю веса, затем родители заметили увеличение лимфатических узлов шеи. Обратились к врачу.</p> <p>При осмотре имеется увеличение одной группы лимфатических узлов шеи в виде пакета. Произведен ряд клинических исследований, возникло подозрение на лимфому Ходжкина (лимфогранулематоз). С целью уточнения клинического диагноза выполнена биопсия лимфатических узлов шеи. Биопсийный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>По результатам исследования гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, дано заключение о наличии классической лимфомы Ходжкина, смешанноклеточного типа. Назначено иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследование.</p>
В	1	Дайте определение лимфомы Ходжкина.
Э	-	Лимфома Ходжкина – вариант злокачественной лимфомы, при которой в составе опухоли имеются клетки Ходжкина и клетки Рида-Штернберга.
Р2	-	Ответ правильный. Определение лимфомы Ходжкина дано правильно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Определение лимфомы Ходжкина дано не точно.
Р0	-	Ответ неправильный, определение дано неверно или ответ отсутствует.
В	2	Назовите клетки опухолевой природы, пролиферирующие при этой лимфоме. Как они выглядят под микроскопом? Какие неопухолевые клетки накапливаются в составе этой опухоли?
Э	-	При этой лимфоме пролиферируют опухолевые клетки, получившие название клеток Ходжкина и клеток Рида-Штернберга. Клетки Ходжкина одноядерные клетки, ядро округлое, расположено эксцентрично. Клетки Рида-Штернберга крупные многоядерные (двухядерные) клетки, ядра наслаиваются друг на друга (двухлопастные ядра). Клетки Ходжкина и клетки Рид-Штернберга являются диагностическими. Кроме них в этой опухоли накапливается большое количество неопухолевых

		клеток: лимфоцитов, гистиоцитов, макрофагов, эпителиоидных клеток, стромальных ретикулярных клеток, небольшое количество плазматических клеток, эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Клетки опухолевой природы названы и описаны правильно. Неопухолевые клетки перечислены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Опухолевые клетки названы, но описаны не точно, Неопухолевые клетки перечислены частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Обоснуйте необходимость назначения иммуногистохимического и молекулярно-генетического исследований?
Э	-	Использование современных методов исследования (иммуногистохимического, молекулярно-генетического) необходимо для наиболее точной верификации опухоли и подбора адекватных методов лечения.
P2	-	Ответ правильный. Необходимость назначения специальных методов исследования обоснована правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Необходимость назначения специальных методов исследования обоснована не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Назовите классические варианты этой опухоли согласно Гистологической классификации ВОЗ, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Классические варианты лимфомы Ходжкина: вариант с преобладанием лимфоцитов (лимфогистиоцитарный), смешанноклеточный вариант, нодулярный склероз, вариант с лимфоидным вытеснением (истощением). Выделяют также другие редкие варианты.
P2	-	Ответ правильный, полный. Классические варианты лимфомы Ходжкина названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Классические варианты лимфомы Ходжкина названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Какие стадии согласно распространенности опухоли принято выделять при лимфоме Ходжкина? Какие морфологические изменения им соответствуют? Какая, предположительно, стадия заболевания у больного, который описан в задаче?
Э	-	Лимфома Ходжкина является злокачественной прогрессирующей опухолью, согласно распространенности опухоли можно выделять: изолированную (локальную) стадию и генерализованную стадию. В изолированную стадию поражена одна группа лимфатических узлов, в генерализованную стадию имеется поражение нескольких групп лимфатических узлов и метастатическое поражение органов. У больного, который описан в задаче, предположительно изолированная стадия.
P2	-	Ответ правильный, полный. Стадии распространенности опухоли

		названы правильно. Морфологические изменения, соответствующие им, названы правильно. Стадия заболевания у больного, который описан в задаче, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Стадии распространенности опухоли названы частично правильно или названы не точно. Морфологические изменения, соответствующие им, названы частично правильно или названы не точно. Стадия заболевания у больного, который описан в задаче, названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>11</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей, их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причине смерти.
Ф	C/04.8	Контроль качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений по материалам прижизненных патологоанатомических исследований и патологоанатомических вскрытий.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОРОСЫ.</b>
У	-	<p>В клинику экстренно с жалобами на сильные боли в животе машиной скорой медицинской помощи доставлен мужчина 65 лет. Через несколько минут после поступления резкое падение артериального давления, нитевидный пульс. Из-за кратковременного пребывания в лечебном учреждении установить точный клинический диагноз не удалось.</p> <p>Были оказаны реанимационные мероприятия, которые эффекта не дали, наступила смерть. С заключительным клиническим диагнозом «острый инфаркт миокарда, внезапная остановка сердечной деятельности» труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружен резко выраженный атеросклероз аорты. В брюшном отделе резко выраженное расширение и деформация просвета в связи с взбуханием стенки, которое расценили как атеросклеротическую аневризму брюшного отдела аорты. Имеется разрыв стенки аневризмы, свежие тромботические наложения на внутренней поверхности, обширная гематома мягких тканей забрюшинной области, скопление жидкой крови и свертков в нижнем этаже брюшной полости.</p>
В	1	Опишите макроскопические изменения стенки аорты при атеросклерозе.
Э	-	При осмотре аорты со стороны интимы видны многочисленные пятна и полосы желтого цвета, многочисленные бляшки белесоватого или желтого цвета разного размера, выступающие в

		просвет, изъязвленные бляшки, бляшки со свежими кровоизлияниями, бляшки с плотными каменистыми включениями.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическое описание изменений стенки аорты при атеросклерозе дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание макроскопических изменений аорты дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Назовите типичную локализацию атеросклеротической аневризмы и редкие локализации атеросклеротических аневризм.
Э	-	Атеросклеротическая аневризма наиболее типично развивается в брюшном отделе аорты. Редко атеросклеротические аневризмы формируются в грудном отделе или других отделах аорты, редко атеросклеротические аневризмы локализуются в прецеребральных, церебральных артериях и других артериях.
P2	-	Ответ правильный, полный. Типичная локализация атеросклеротической аневризмы названа правильно, редкие локализации названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Типичная локализация атеросклеротической аневризмы названа правильно, редкие локализации названы частично правильно или названы неправильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответа отсутствует.
B	3	Почему в аневризмах часто образуются тромбы? Объясните патогенез образования тромбов в аневризмах.
Э	-	В аневризмах, как правило, образуются тромбы, так как имеется непосредственный местный этиологический фактор образования тромба – нарушение движения крови в аневризме (замедление, завихрения). Из-за нарушения движения крови возникает агрегация тромбоцитов, выброс факторов свертывания, образование из растворенного фибриногена фибрина, затем агрегация форменных элементов крови с формированием свертка.
P2	-	Ответ правильный. Объяснение патогенеза образования тромба в аневризмах дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза образования тромба в аневризме дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие варианты аневризм аорты принято выделять в зависимости от их анатомической формы? Какие варианты аневризм принято выделять в зависимости от тканей, формирующих ее стенку? Какая аневризма аорты диагностирована у больного, который описан в задаче?
Э	-	Выделяют следующие анатомические формы аневризм аорты: грибовидную, грыжевидную, цилиндрическую. В зависимости от того, какими тканями сформирована стенка аневризмы, выделяют истинные и ложные аневризмы. Отдельно выделяют

		расслаивающую аневризму аорты. Она формируется при разрыве и расслоении током крови среднего слоя аорты от интимы или от адвентиции с образованием дополнительного канала. У больного, который описан в задаче, аневризма истинная и, видимо, грибовидная.
P2	-	Ответ правильный, полный. Анатомические варианты аневризм аорты и прочие варианты аневризмы аорты названы правильно. Варианты аневризмы аорты у больного, который описан в задаче, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Анатомические варианты аневризмы аорты и прочие варианты аневризмы аорты названы частично правильно. Варианты аневризмы аорты у больного, который описан в задаче, названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Проведите сличение клинического и патологоанатомического диагнозов, установите категорию расхождения, причины расхождения. Обоснуйте ваш ответ.
Э	-	В качестве основного заболевания выставляется «атеросклеротическая аневризма брюшного отдела аорты». Осложнениями основного заболевания является «разрыв стенки аневризмы, кровотечение». В данном случае имеется расхождение клинического и патологоанатомического диагноза по основному заболеванию. Расхождения диагнозов относятся к III категории, так как клинический диагноз не был поставлен правильно в виду кратковременности пребывания больного в данном лечебном учреждении. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов произошло по субъективным причинам.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов сделано правильно. Категория расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов указана правильно. Причина расхождения установлена верно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов сделано частично правильно или с делана не точно. Категория расхождения указана неверно или не точно. Причина расхождения диагнозов установлена неправильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>12</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью



		посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	-	<p>У больного Р. 82-х лет заболевание началось с сильных болей в животе, около суток находилась дома, занимался самолечением. На вторые сутки вызвана машина скорой помощи, врач которой предложил экстренную госпитализацию. При поступлении в приемный покой лечебного учреждения состояние тяжелое, признаки интоксикации, клинические признаки перитонита.</p> <p>Пациент срочно взят в операционную. При лапаротомии обнаружено изменение значительной части тонкого и толстого кишечника, кишечник багрово-синюшного, а местами черного цвета. Радикально операцию выполнить не удалось. Вскоре наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии найден тяжелый атеросклероз мезентериальных артерий, обтурирующий свежий тромб нижней мезентериальной артерии, нижняя треть тонкого и всего толстого кишечника в состоянии некроза, багрово-синюшного, местами черного цвета. В брюшной полости выпот в виде мутной жидкости, окрашенной кровью.</p>
<b>В</b>	1	Опишите подробно макроскопические изменения стенок мезентериальных артерий, увиденные на вскрытии.
<b>Э</b>	-	При осмотре мезентериальных артерий со стороны интимы видны желтые пятна и полосы, неравномерно утолщение стенки из-за наличия плотных белесоватых или желтоватых бляшек, выступающих в просвет, часть бляшек изъязвлена, часть с наличием свежих кровоизлияний, имеются также плотные каменистые отложения (видимо отложения извести).
<b>Р2</b>	-	Ответ правильный, полный. Описание макроскопических изменений мезентериальных артерий при атеросклерозе дано правильно, полно.
<b>Р1</b>	-	Ответ частично правильный. Описание макроскопических изменений мезентериальных артерий дано частично правильно или дано не полно.
<b>Р0</b>	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
<b>В</b>	2	Объясните патогенез возникновения тромба в нижней мезентериальной артерии, а также патогенез развития некроза кишечника.
<b>Э</b>	-	При атеросклерозе имеются выраженные нарушения целостности стенки кровеносного сосуда, это один из основных этиологических моментов образования тромбов. При наличии атеросклеротической бляшки, особенно изъязвленной, на ее поверхности происходит агрегация тромбоцитов, высвобождение факторов свертывания, благодаря которым из растворимого фибриногена образуются нити фибрина и дальнейшая агрегация

		форменных элементов крови. Тромб закрывает просвет мезентериальной артерии (обтурирующий тромб), прекращается поступление артериальной крови к кишечнику (острая ишемия), развивается некроз кишечника.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза развития тромба в артерии при атеросклерозе изложено правильно. Объяснение развития некроза в кишечнике изложено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение возникновения тромба в артерии при атеросклерозе дано частично правильно или с ошибками. Объяснение развитие некроза кишечника дано частично правильно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Уточните морфологический вид некроза кишечника. Как вы объясните, почему в кишечнике часто развивается именно этот морфологический вид некроза.
Э	-	Развившийся некроз кишечника следует считать влажной гангреной. Такой морфологический вид некроз часто развивается в кишечнике, так как здесь имеются необходимые условия для его развития, Это соприкосновение некротизированных тканей с внешней средой (микроорганизмами) и выраженные расстройства кровообращения с пропитыванием эритроцитами зон некроза. Эти условия необходимы для образования черного пигмента, сернистого железа.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологический вид некроза кишечника назван правильно. Объяснение развития именно такой морфологической разновидности некроза в кишечнике дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологический вид некроза кишечника назван не точно. Объяснение развития этого морфологического вида некроза дано частично правильно или дано с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие оперативные вмешательства могут производиться больным с тромбозом мезентериальных артерий и почему такие?
Э	-	При такой патологии в очень ранние временные сроки (первые минуты) в настоящее время возможна операция тромбартериоэктомии с восстановлением артериального кровоснабжения кишечника. Если некроз уже сформировался, необходима резекция значительной части кишечника.
P2	-	Ответ правильный, полный. Виды оперативного вмешательства названы правильно. Выбор их обоснован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Виды оперативного вмешательства названы правильно. Выбор их обоснован частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как нужно сформулировать патологоанатомический диагноз в данном случае? Что следует считать основным заболеванием, что

		является осложнениями?
Э	-	В данном случае основное заболевание следует формулировать «атеросклеротическая гангрена нижней трети тонкого и всего толстого кишечника, атеросклероз нижней мезентериальной артерии со свежим обтурирующим тромбом», осложнение основного заболевания «разлитой серозно-геморрагический перитонит».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Основное заболевание и его осложнение определено правильно.
P1	-	Ответ дан частично правильно. Основное заболевание сформулировано правильно, осложнения определены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>13</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В специализированное отделение лечебного учреждения поступил больной К. 54 лет с клиническим диагнозом острый инфаркт миокарда. Заболевание началось ночью на загородной даче, накануне вскопал значительную площадь земельного участка для посадки картофеля. Состояние тяжелое. По данным ЭКГ и других методов исследования в миокарде левого желудочка сердца обширный инфаркт.</p> <p>Начата активная терапия, которая значительного эффекта не оказала, нарастали симптомы острой сердечной левожелудочковой недостаточности, смерть наступила через 76 часов от начала болевого приступ. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При производстве аутопсии патологоанатом обнаружил стенозирующий атеросклероз левой коронарной артерии с поражением ее передней межжелудочковой ветви, в миокарде левого желудочка сердца в области верхушки, передней и боковой стенок морфологические изменения, соответствующие обширному трансмуральному инфаркту, в легких полнокровие, отек.</p>
В	1	Опишите типичную макроскопическую картину инфаркта миокарда, увиденную на вскрытии.
Э	-	На разрезе в толще миокарда левого желудочка сердца патологический очаг неправильной формы бело-желтого цвета,

		плотной консистенции, по границе с неизменным миокардом темно-вишневый венчик.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая картина инфаркта миокарда сердца описано правильно и полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая картина инфаркта миокарда описана частично правильно или описана не полно.
P0	-	Ответ неправильный ответ отсутствует.
B	2	Опишите типичную микроскопическую картину инфаркта миокарда у такого умершего.
Э	-	При микроскопическом исследовании в патологическом очаге гистологические признаки некроза кардиомиоцитов (отсутствие ядер, кариолизис), по периферии патологического очага зона полнокровия и свежие кровоизлияния.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина инфаркта миокарда описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопической картины инфаркта миокарда описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Что такое трансмуральный инфаркт миокарда? Какие изменения при нем могут развиваться со стороны эндокарда и со стороны эпикарда?
Э	-	Трансмуральный инфаркт – это инфаркт большой площади, захватывающий всю толщину сердечной мышцы. При нем со стороны эндокарда может образовываться тромб, в эпикарде соответственно инфаркту воспалительные изменения, чаще фибринозный перикардит.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение трансмурального инфаркта дано правильно. Изменения при нем со стороны эндокарда и со стороны эпикарда названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение трансмурального инфаркта дано частично правильно или не точно. Изменения со стороны эндокарда и со стороны эпикарда даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Опишите микроскопические изменения коронарных артерий при атеросклерозе в стадии атероматоза, которые должны быть обнаружены в секционном материала? Объяснить патогенез развития инфаркта миокарда у такого больного с такими изменениями коронарных артерий?
Э	-	При гистологическом исследовании в стенке коронарной артерии обнаруживается атеросклеротическая бляшка в виде разрастания фиброзной ткани значительно суживающая просвет сосуда, имеется некроз центра бляшки, отложением липидов в бляшке, появление новообразованных кровеносных сосудов и макрофагов в краях бляшки. В данном случае острая коронарная недостаточность видимо развилась в силу несоответствия пониженного притока артериальной крови по суженным

		коронарным артериям высоким потребностям миокарда при тяжелой физической работе.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения коронарных артерий в стадии атероматоза названы правильно. Объяснение патогенеза развития инфаркта миокарда у такого больного сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения коронарных артерий в стадии атероматоза названы частично правильно или названы не точно. Объяснение патогенеза развития инфаркта миокарда у такого больного сделано частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Какая нозологическая единица должно быть записано в качестве основного заболевания? Что нужно записать в качестве осложнений основного заболевания? Что следует считать непосредственной причиной смерти в данном случае?
Э	-	В качестве основного заболевания в данном случае следует записать «острый инфаркт миокарда, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий». В качестве осложнений основного заболевания следует записать «острая левожелудочковая сердечная недостаточность, отек легких». Непосредственной причиной смерти следует считать острую левожелудочковую недостаточность с развитием отека легких.
P2	-	Ответ правильный и полный. Патологоанатомический диагноз сформулировано правильно. Нозологическая единица, которая должна быть записана в качестве основного заболевания, названа правильно. Осложнения основного заболевания названы правильно. Непосредственная причина смерти определена правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основное заболевание сформулировано правильно. Осложнения основного заболевания указаны частично правильно. Непосредственная причина заболевания названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>14</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия соответственно профилю учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У мужчины 42-х лет внезапно возникли сильные боли за

		<p>грудиной. Вызвана специализированная бригада скорой медицинской помощи, врач, которой диагностировал клиническую картину кардиогенного шока. Снятая электрокардиограмма (ЭКГ) позволила выявить острые нарушения коронарного кровообращения, подозрение на начинающийся инфаркт миокарда левого желудочка сердца.</p> <p>Срочно была начата интенсивная терапия, в том числе противошоковая, которую продолжали проводить и в приемном отделении лечебного стационара. Несмотря на оказанные лечебные мероприятия, возникло нарушение ритма сердца, фибрилляция желудочков. Реанимационные мероприятия эффекта не дали, смерть наступила от прекращения сердечной деятельности через 5 часов после начала болевого приступа. Труп умершего направлен на патологоанатомическое вскрытие с заключительным клиническим диагнозом острый инфаркт миокарда.</p> <p>На аутопсии обнаружена выраженная патология коронарных артерий, морфологические признаки нарушений коронарного кровообращения в миокарде.</p>
В	1	Опишите макроскопические изменения миокарда левого желудочка сердца, которые увидит патологоанатом при производстве вскрытия.
Э	-	В толще миокарда левого желудочка сердца неравномерное кровенаполнение, очаги красно-вишневого цвета неравномерно чередуются с участка бледно-серого цвета. Миокард дряблой консистенции. Патологического очага с характерными изменениями, позволяющими диагностировать по макроскопической картине инфаркт миокарда, не обнаружено.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание макроскопических изменений миокарда, развивающихся в данном случае, дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание макроскопических изменений миокарда, развивающихся в данном случае, дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопические изменения миокарда левого желудочка сердца, которые сможет увидеть патологоанатом в гистологических препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином в данном случае.
Э	-	При микроскопическом исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, изготовленных из многочисленных фрагментах, вырезанных из миокарда левого желудочка, некротических изменений кардиомиоцитов не обнаружено. Имеется неравномерное кровенаполнение, местами полнокровие, особенно капилляров, мелкие кровоизлияния, отек, зоны малокровия.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание микроскопических изменений миокарда, развивающихся в данном случае, дано правильно, полно.

P1	-	Ответ частично правильный. Описание микроскопических изменений миокарда, развивающихся в данном случае, дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Укажите дополнительные методы, которыми можно воспользоваться для диагностики патологии миокарда в подобном случае? Как нужно оценивать полученный результат?
Э	-	В качестве дополнительных методов исследования секционного материала возможна окраска на выявление гликогена в цитоплазме кардиомиоцитов, реакция с телуридом калия, с солями тетразолия, выявляющими активность дегидрогеназ, возможно исследование в поляризованном свете, люминисцентная микроскопия и другие методы. Если зоны ишемии сформировались, то в них должно обнаруживаться отсутствие гликогена в кардиомиоцитов, снижение активности дегидрогеназ, очаговые изменения лучепреломления в поляризованном свете и отсутствие свечения при люминисцентной микроскопии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные дополнительные методы исследования секционного материал указаны правильно, полностью. Оценка полученных результатов исследования дана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные дополнительные методы исследования секционного материала указаны частично правильно или указаны не точно. Оценка полученных результатов исследования дана частично правильно или дана не точно.
P0	-	Ответ неправильно или ответ отсутствует.
B	4	Какие изменения коронарных артерий должны быть обнаружены у умершего?
Э	-	У умершего должен быть обнаружен выраженный, возможно стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, возможно наличие свежего тромба в просвете коронарной артерии.
P2	-	Ответ правильный. Морфологические изменения коронарных артерий названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения коронарных артерий названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае, какие варианты оформления основного заболевания возможны в случае смерти в ранний период инфаркта миокарда? Что явилось осложнениями и непосредственной причиной смерти больного в случае, который описан в задаче?
Э	-	В качестве основного заболевания возможна формулировка «внезапная коронарная смерть, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий». Эта формулировка уместна, если с помощью гистологических методов и дополнительных специальных методов исследования зоны ишемии или зоны

		некроза миокарда не обнаружены. Если дополнительные методы исследование позволили выявить зону ишемии или зону некроза миокарда, то в качестве основного заболевания можно выставить «острый инфаркт миокарда, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий». В случае, который описан в задаче, осложнением основного заболевания следует считать фибрилляцию желудочков сердца (по клиническим данным), она является также непосредственной причиной смерти больного.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изложены два возможных варианта оформления основного заболевания, они обоснованы. Осложнение основного заболевания и непосредственная причина смерти названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Изложен только один вариант оформления основного заболевания, он обоснован не точно. Осложнение основного заболевания и непосредственная причина смерти названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>15</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент Р. 56-ти лет страдает ишемической болезнью сердца (ИБС), в анамнезе инфаркт миокарда, по поводу которого прошел курс стационарного лечения, затем лечился амбулаторно, планировалось хирургическое лечение. Однако развился повторный инфаркт миокарда, с которым был срочно госпитализирован в специализированный лечебный стационар, где проводилась интенсивная терапия.</p> <p>Состояние оставалось тяжелым, на 5-ый день госпитализации возникло расширение границ сердца, которое расценили как развитие аневризмы сердца, стали нарастать признаки острой сердечной недостаточности. Внезапно развилась клиническая картина острого нарушения мозгового кровообращения (ОНСК). Причиной смерти явилось острое нарушение мозгового кровообращения. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии заключительный клинический диагноз нашел подтверждение, обнаружена острая аневризма левого желудочка сердца, морфологические изменения головного мозга, развившиеся в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).</p>



В	1	Что такое острая аневризма сердца? Чем сформирована стенка острой аневризмы сердца?
Э	-	Острая аневризма сердца – это выпячивание стенки сердца в зоне свежего инфаркта миокарда. Стенка острой аневризмы сердца образована зоной некротизированного миокарда.
P2	-	Ответ правильный. Определение острой аневризмы сердца дано правильно. Патологическое изменение в ее стенке названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение острой аневризмы сердца дано не точно. Патологическое изменение в ее стенке даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какое изменение обычно развиваются в области аневризмы сердца со стороны эндокарда? Объясните патогенез его развития.
Э	-	Очень часто в острой аневризме со стороны эндокарда формируется пристеночный тромб. В аневризме сердца движение крови неправильное, оно замедленное, есть завихрения. Это является одним из основных этиологических факторов образования тромба, появляется агрегация тромбоцитов, выделение факторов свертывания крови, образование из растворенного фибриногена фибрина и агрегация форменных элементов крови.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменение, развивающееся в аневризме сердца со стороны эндокарда, названо правильно. Патогенез образования тромба в аневризме сердца изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Изменение, развивающееся в аневризме сердца со стороны эндокарда, названо правильно. Патогенез образования тромба в аневризме изложен частично правильно или изложен с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Как можно объяснить патогенез острого нарушения мозгового кровообращения при наличии острой аневризмы стенки левого желудочка сердца? Какие морфологические изменения головного мозга должен обнаружить патологоанатом?
Э	-	В острой аневризме сердца образовался тромб, при отрыве его частей возникла тромбоэмболия. Тромбоэмболы с током крови по артериям большого круга кровообращения могли попасть в разные органы, в том числе в головной мозг, при закрытии просвета артерии тромбоэмболом прекратилось артериальное кровоснабжение участка головного мозга (острая ишемия), в головном мозге развился ишемический инфаркт.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза острого нарушения мозгового кровообращения дано правильное. Морфологическое изменение головного мозга названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез острого нарушения мозгового кровообращения изложен не точно или с ошибками.

		Название патологии головного мозга дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие патологические изменения миокарда вне аневризмы сердца может обнаружить патологоанатом при производстве вскрытия данного умершего?
Э	-	Известно, что пациент уже длительное время страдает ИБС, в анамнезе инфаркт миокарда, поэтому патологоанатом при производстве вскрытия и при гистологическом исследовании секционного материала должен обнаружить гипертрофию миокарда левого желудочка сердца, мелкоочаговую атрофию кардиомиоцитов, мелкоочаговый кардиосклероз, постинфарктный рубец.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологические изменения миокарда вне аневризмы названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологические изменения миокарда вне аневризмы сердца названы частично правильно или названы с ошибками
P0	-	Ответ отсутствует или ответ неправильный.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Назовите осложнения основного заболевания, что нужно считать непосредственной причиной смерти больного в данном случае?
Э	-	В качестве основного заболевания в данном случае будет фигурировать «острый инфаркт миокарда, атеросклероз коронарных артерий». Осложнениями заболевания будут «острая аневризма сердца, тромб аневризмы, ишемический инфаркт головного мозга». Непосредственная причина смерти – ишемический инфаркт головного мозга.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основное заболевание определено и сформулировано правильно. Осложнения основного заболевания названы правильно, полностью. Непосредственная причина смерти названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основное заболевание сформулировано правильно. Осложнения основного заболевания названы частично правильно или не точно. Непосредственная причина смерти названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>16</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной В. 54-х лет длительное время страдал хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), имел в анамнезе тяжелый инфаркт миокарда, длительное время получал медикаментозное лечение, планировалось оперативное лечение.</p> <p>В настоящее время был госпитализирован в терапевтическое отделение лечебного учреждения в тяжелом состоянии с проявлениями хронической сердечной недостаточности. Проводилась интенсивная терапия с целью улучшения сократительной способности миокарда. Однако лечебные мероприятия эффекта не дали, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружены морфологические изменения, соответствующие хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), хроническая аневризма левого желудочка сердца, атеросклероз коронарных артерий. Также имелись изменения в органах большого и малого кругов кровообращения, соответствующие хроническому венозному застою.</p>
В	1	Что такое хроническая аневризма сердца? Какой тканью образована ее стенка?
Э	-	Хроническая аневризма сердца – это выпячивание стенки сердца в области постинфарктного рубца. Стенка хронической аневризмы сердца сформирована фиброзной тканью (соединительной тканью).
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение хронической аневризмы сердца дано правильно. Ткань, формирующая стенку хронической аневризмы сердца, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение хронической аневризмы сердца дано правильно. Ткань, формирующая стенку хронической аневризмы сердца, названа неправильно или названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите патологические изменения в миокарде левого желудочка сердца, соответствующие хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), которые мог обнаружить патологоанатом в секционном материале вне аневризмы.
Э	-	При хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) вне аневризмы в миокарде левого желудочка сердца имеются гипертрофия миокарда, очаговая атрофия кардиомиоцитов, мелкоочаговый кардиосклероз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологические изменения при ХИБС в миокарде левого желудочка сердца вне аневризмы названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологические изменения при ХИБС в миокарде левого желудочка сердца вне хронической аневризмы названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	3	Перечислите смертельные осложнения хронической аневризмы сердца. От какого осложнения наступила смерть данного больного?
Э	-	Смертельными осложнениями при хронической ишемической аневризме сердца могут быть: разрыв стенки аневризмы с тампонадой полости перикарда, смертельные тромбоэмболии с развитием инфаркта головного мозга, хроническая сердечная недостаточность. Смерть данного больного наступила от хронической сердечной недостаточности с развитием хронического венозного застоя.
P2	-	Ответ правильный, полный. Смертельные осложнения хронической аневризмы названы правильно. Осложнение, послужившее причиной смерти, названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Смертельные осложнения хронической аневризмы названы частично или названы с ошибками. Смертельное осложнение, послужившее причиной смерти, названо правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Какой метод лечения хронической аневризмы сердца существует в настоящее время?
Э	-	В настоящее время возможен хирургический метод лечения хронической аневризмы сердца.
P2	-	Ответ правильный. Метод лечения хронической аневризмы назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Метод лечения хронической аневризмы сердца назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Как нужно сформулировать патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае основным заболеванием следует считать «хроническую аневризму сердца, атеросклероз коронарных артерий». Осложнением основного заболевания в данном случае является «хроническая сердечная недостаточность».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно, основное заболевание названо правильно, осложнение основного заболевания названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно, основное заболевание названо не точно, осложнение основного заболевания названо правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>17</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью

		посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
<b>И</b>	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	-	<p>В терапевтическом стационаре находится больной Д. 72 лет, уже длительное время страдающий хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС). В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Многократно лечился амбулаторно и стационарно. В последние годы постепенно стали нарастать проявления хронической сердечной недостаточности. Постоянно принимал препараты, поддерживающие сократительную способность миокарда.</p> <p>Во время последней госпитализации лечебные мероприятия эффекта не дали, смерть наступила от хронической сердечной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружен резко выраженный атеросклероз коронарных артерий, изменения сердца типичные для хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), в том числе крупноочаговый и мелкоочаговый кардиосклероз, проявления хронического венозного застоя в органах малого и большого кругов кровообращения.</p>
<b>В</b>	1	Объясните патогенез крупноочагового кардиосклероза при ишемической болезни сердца.
<b>Э</b>	-	Крупноочаговый кардиосклероз при ХИБС – это постинфарктный кардиосклероз, крупный очаг соединительной ткани (рубец) сформировался в результате организации инфаркта миокарда.
<b>P2</b>	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза крупноочагового кардиосклероза дано правильно.
<b>P1</b>	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза крупноочагового кардиосклероза дано не точно.
<b>P0</b>	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
<b>В</b>	2	Объясните патогенез мелкоочагового кардиосклероза при ишемической болезни сердца.
<b>Э</b>	-	Мелкоочаговый кардиосклероз при ХИБС развивается в результате хронической ишемии, возникающей из-за атеросклероза коронарных артерий. Атеросклеротические бляшки суживают просвет коронарных артерий (атеросклеротический мелкоочаговый кардиосклероз).
<b>P2</b>	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза мелкоочагового кардиосклероза дано правильно.
<b>P1</b>	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза мелкоочагового кардиосклероза дано частично или дано не точно.
<b>P0</b>	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	3	Какие еще изменения миокарда левого желудочка, кроме кардиосклероза, могли быть обнаружены на вскрытии у умершего?
Э	-	У умершего от ХИБС кроме кардиосклероза в миокарде левого желудочка сердца должна быть гипертрофия кардиомиоцитов, на ее фоне мелкоочаговая атрофия кардиомиоцитов. К проявлениям ХИБС также относится хроническая аневризма сердца.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологические изменения в миокарде левого желудочка сердца при ХИБС названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологические изменения миокарда левого желудочка сердца названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Назовите изменения органов и тканей малого и большого кругов кровообращения, обусловленные хроническим венозным застоем, используйте для обозначения патологии общепризнанные термины и названия.
Э	-	В органах и тканях малого и большого кругов кровообращения развивается хронический венозный застой, поэтому в легких развивается картина бурой индурации, печень приобретает вид мускатной, в почках и селезенке цианотическая индурация, развиваются отеки (анасарка, асцит, гидроторакс, гидроперикардиум), цианоз кожи, особенно акроцианоз, возможны некрозы (язвы) кожи и мягких тканей нижних конечностей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменения в органах малого и большого кругов кровообращения при хроническом венозном застое названы правильно, перечислены все полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения в органах малого и большого кругов кровообращения при хроническом венозном застое названы частично правильно или названы не точно, с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Сформулируйте патологоанатомический диагноз в данном случае.
Э	-	В данном случае в качестве основного заболевания может быть записан «крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз, мелкоочаговый кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий», осложнением основного заболевания является «хроническая сердечная недостаточность с развитием хронического венозного застоя в органах большого и малого кругов кровообращения».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не полно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>18</b>

Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В неврологическое отделение больницы госпитализирован больной Д. 74-х лет в крайне тяжелом состоянии. Имеются признаками острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМГ), правосторонний паралич.</p> <p>Известно, что ранее уже были нарушения мозгового кровообращения, после которых проводилась длительная восстановительная терапия. Артериальное давление в норме, предполагают нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.</p> <p>Начата интенсивная терапия, на 5-е сутки состояние больного ухудшилось, возникли клинические признаки нарастающего отека головного мозга. Несмотря на лечебные мероприятия через сутки наступила смерть. В заключительный клинический диагноз выставлен «ишемический инсульт». Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>Произведена аутопсия, результаты морфологических изменений совпали с заключительным клиническим диагнозом.</p>
В	1	Какое морфологическое изменение головного мозга должно быть обнаружено на вскрытии согласно клиническому диагнозу?
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии в головном мозге должен быть обнаружен ишемический инфаркт.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологическое изменение головного мозга названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологическое изменение головного мозга названо не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите патологию артерий, кровоснабжающих головной мозг, у умершего. Уточните поражение, каких артерий, кровоснабжающих головной мозг, может привести к развитию ишемического инсульта?
Э	-	У умершего атеросклероз артерий, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга. Имеет значение поражение, как церебральных артерий, так и прецеребральных, например, ветви сонной артерии, паравертебральной артерии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патология артерий, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга, названа правильно. Артерии названы правильно.

P1	-	Ответ частично правильный. Патология артерий, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга, названа правильно. Артерии названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните патогенез развития ишемического инсульта у больного.
Э	-	На атеросклеротической бляшке артерий, обеспечивающих кровоснабжение головного мозга, может образоваться тромб, возникает острая ишемия и формирование ишемического инфаркта головного мозга.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза ишемического инсульта головного мозга дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза ишемического инфаркта головного мозга частично правильное или не точное.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае основным заболеванием следует считать «ишемический инфаркт головного мозга, атеросклероз церебральных, прецеребральных артерий».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно или сформулирован с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как понимать термин "инсульт" (дайте определение)? Перечислите все морфологические изменения головного мозга, которые могут иметь место при клиническом диагнозе «инсульт».
Э	-	Инсульт – это групповое понятие, обобщающее острые локальные расстройства мозгового кровообращения, сопровождающиеся повреждением вещества головного мозга (обычно некрозом) с нарушением его функции. К морфологическим изменениям, происходящим в головном мозге при инсульте, можно отнести ишемический, геморрагический, смешанный инфаркт головного мозга, внутримозговую гематому, субарахноидальное кровоизлияние.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение инсульта дано правильно. Морфологические изменения головного мозга, относящиеся к инульту, названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение инсульта дано правильно, морфологические изменения головного мозга перечислены частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>19</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного



		(операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В клинику доставлен больной Л. 62 лет в тяжелом состоянии с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому типу, с правосторонним параличом. В анамнезе многолетняя гипертоническая болезнь. Накануне был тяжелый гипертонический криз. Начата интенсивная терапия, планировалось оперативное вмешательство на головном мозге.</p> <p>Однако проведенные лечебные мероприятия эффекта не дали, стали нарастать признаки отека головного мозга, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружена выраженная гипертрофия левого желудочка сердца, толщина миокарда левого желудочка 2,5 см, вес сердца 510 г, также обширное внутримозговое кровоизлияние (гематома головного мозга), выраженные изменения интимы аорты характерные для атеросклероза.</p> <p>При микроскопическом исследовании секционного материала в головном мозге, почках, других органах изменения артериол и мелких внутриорганных артерий типичные для гипертонической болезни и гипертонического криза.</p>
В	1	Назовите микроскопические изменения стенок артериол и внутриорганных мелких артерий типичные для длительно текущей гипертонической болезни, которые можно обнаружить в секционном материале в данном случае.
Э	-	При длительно текущей гипертонической болезни в секционном материале в стенках артериол можно обнаружить плазматическое пропитывание, гиалиноз (артериологиалиноз), фиброз (артериолосклероз), во внутриорганных артериях мелкого калибра фиброз (эластофиброз).
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения стенок артериол и мелких внутриорганных артерий, типичные для длительно текущей гипертонической болезни, названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения стенок артериол и мелких внутриорганных артерий, типичные для длительно текущей гипертонической болезни, названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите микроскопические изменения стенок артериол, развивающиеся во время гипертонического криза.

Э	-	При гипертоническом кризе возникает деструкция базальных мембран артериол, плазматическое пропитывание, диапедез эритроцитов, фибриноидный некроз стенки с формированием микроаневризм.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения стенок артериол, развивающиеся при гипертоническом кризе, названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения стенок артериол, развивающиеся при гипертоническом кризе, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Что такое гематома (определение)? Объясните патогенез гематомы головного мозга при гипертоническом кризе.
Э	-	Гематома – это кровоизлияние с разрушением ткани (некрозом ткани). Внутримозговая гематома головного мозга развивается путем разрыва стенки артериолы или микроаневризмы стенки артериолы во время гипертонического криза.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение гематомы дано правильно. Объяснение патогенеза гематомы головного мозга при гипертоническом кризе дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение гематомы дано правильно. Объяснение патогенеза гематомы головного мозга при гипертоническом кризе дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Объясните патогенез гипертрофии миокарда левого желудочка сердца при гипертонической болезни.
Э	-	При гипертонической болезни развивается рабочая (компенсаторная) гипертрофия миокарда левого желудочка сердца, так как в условиях повышенного артериального давления миокарду приходится сокращаться с большей силой, чтобы преодолеть периферическое сопротивление крови.
P2	-	Ответ правильный. Патогенез гипертрофии миокарда левого желудочка сердца при гипертонической болезни изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез гипертрофии миокарда левого желудочка сердца при гипертонической болезни изложен частично правильно или изложен не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае в патологоанатомическом диагнозе основное заболевание формулируется как комбинированное, где под цифрой 1 записывается «внутримозговое кровоизлияние по типу гематомы», под цифрой 2 в качестве фонового заболевания «гипертоническая болезнь».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.

P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован частично правильно или в диагнозе есть неточности.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>20</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная Е. 46 лет поступила в терапевтический стационар с проявлениями хронической сердечной недостаточности. Известно, что в детстве перенесла ревмокардит, в течение жизни несколько раз имела обострение ревматизма, по поводу которых лечилась стационарно и амбулаторно, уже много лет имеет ревматический комбинированный митральный порок сердца.</p> <p>При последнем поступлении нарастали симптомы хронической сердечной недостаточности, которые в клинике расцениваются как проявления декомпенсации. Проводилась активная терапия, поддерживающая сократительную способность миокарда, однако значительного эффекта от лечения добиться не удалось, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии заключительный клинический диагноз нашел подтверждение, обнаружены анатомические изменения, соответствующие комбинированному митральному пороку сердца, выраженные изменения в органах, соответствующие состоянию декомпенсации.</p>
В	1	Дайте определение порока сердца, дайте определение приобретенного порока сердца.
Э	-	Порок сердца – это стойкое отклонение в строении сердца, нарушающее его функцию. Приобретенный порок сердца – это порок сердца, возникающий в ходе приобретенных заболеваний и характеризующийся поражением клапанного аппарата или магистральных сосудов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение порока сердца дано правильно. Определение приобретенного порока сердца дано правильно.
P1	-	Ответ дан частично правильно. Определение порока сердца дано не точно. Определение приобретенного порока сердца дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	2	Опишите макроскопические и микроскопические изменения створок митрального клапана у умершей, которые могли быть обнаружены на аутопсии.
Э	-	На аутопсии створки митрального клапана деформированы, укорочены, утолщены, могут быть сросшимися, при пальпации плотные с каменистого характера включениями, сужение (стеноз) предсердно-желудочкового отверстия. Хордальные нити могут быть утолщены, укорочены. При микроскопическом исследовании секционного материала в створках разрастание соединительной ткани (склероз), гиалиноз, новообразованные кровеносные сосуды, отложение солей кальция.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание макроскопических и микроскопических изменений створок митрального клапана у умершей даны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопические или микроскопические изменения створок митрального клапана у умершей даны частично правильно или даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Назовите морфологические изменения сердца, соответствующие стадии компенсации приобретенного порока сердца? Какие морфологические изменения в сердце развиваются в стадии декомпенсации?
Э	-	В стадии компенсации имеет место рабочая (компенсаторная) гипертрофия миокарда, соответствующих отделов сердца. В стадии декомпенсации развивается жировая дистрофия кардиомиоцитов, дилатация полостей сердца, в предсердиях могут образовываться тромбы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения сердца, соответствующие стадии компенсации, даны правильно. Морфологические изменения в сердце, развивающиеся в стадии декомпенсации, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения сердца, соответствующие стадии компенсации, даны правильно. Морфологические изменения сердца, развивающиеся в стадии декомпенсации, перечислены частично правильно или даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Уточните морфологическую картину изменений в легких, печени, почках, селезенки, легких, изменений в больших серозных полостях, коже и подкожной жировой клетчатке в связи с декомпенсацией, используйте специальные названия для обозначения этих изменений.
Э	-	В стадии декомпенсации развивается хронический венозный застой в органах малого и большого кругов кровообращения, формируется бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки, отеки (анасарка, асцит, гидроторакс, гидроперикардиум), акроцианоз, возможны язвы кожи и мягких тканях нижних конечностей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологическая картина

		изменений в легких, печени, почек, селезенки, больших серозных полостях, коже в связи с декомпенсацией названа правильно, специальные названия для обозначения этих изменений использованы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологическая картина изменений в легких, печени, почках селезенке, больших серозных полостях, коже в связи с декомпенсацией названа правильно, специальные названия для обозначения этих изменений даны частично правильно или даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите непосредственные причины смерти при пороках сердца. Какова непосредственная причина смерти у больной в данном случае? Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	При приобретенных пороках сердца наиболее частой непосредственной причиной смерти является хроническая сердечная недостаточность. Возможна смерть от внезапной остановки сердца (от паралича сердца), от смертельных тромбозов с нарушением мозгового кровообращения, от пневмонии и других причин. У данной умершей непосредственной причиной смерти явилась хроническая сердечная недостаточность. В качестве основного заболевания должен быть вписан «ревматический комбинированный митральный порок сердца», осложнениями основного заболевания будут «хроническая сердечная недостаточность, хронический венозный застой в органах малого и большого кругов кровообращения».
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственные причины смерти при приобретенных пороках сердца названы правильно. Непосредственная причина смерти больной, которая описана в задаче, названа правильно. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственные причины смерти при приобретенных пороках сердца названы частично правильно. Непосредственная причина смерти больной, которая описана в задаче, названа правильно. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>21</b>
Ф	A/01.8	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В пульмонологическое отделение поступил больной В. 62-х лет. Известно, что страдает хроническим алкоголизмом (диагноз хронического алкоголизма выставлен психиатром ранее, имеются документальные подтверждения).</p> <p>Причина госпитализация связана с острой пневмонией, которая развилась после сильного переохлаждения (уснул на улице в холодное время года после приема большой дозы алкоголя). Первые дни болезни к врачам не обращался, должного лечения не получал, лечился самостоятельно.</p> <p>В лечебное учреждение доставлен родственниками в тяжелом состоянии. Диагностирована тяжелая сливная двухсторонняя бронхопневмония, осложненная абсцедированием, развитием эмпиемы плевры. На рентгенограмме легких формирование нескольких полостных образований, уровень жидкости в правой плевральной полости. Несмотря на интенсивную антибактериальную терапию и другие методы лечения наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии макроскопическая картина легких соответствовала клиническому диагнозу бронхопневмония с абсцедированием. Микроскопическое исследование секционного материала подтвердили клинический диагноз.</p>
В	1	Какие обстоятельства способствовали развитию тяжелой пневмонии у больного и почему?
Э	-	У больного развитию острой пневмонии способствовали многочисленные обстоятельства: хронический алкоголизм, накануне прием большой дозы алкоголя, пожилой возраст, сильное переохлаждение.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обстоятельства, способствующие развитию пневмонии у больного, изложены правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Обстоятельства, способствующие развитию пневмонии у больного, изложены частично правильно или изложены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопическую картину легких при такой пневмонии.
Э	-	В гистологических препаратах воспалительные изменения стенок мелких бронхов и бронхиол со скоплением гнойного или другого экссудата в их просветах, воспалительной клеточной инфильтрацией стенки бронха, воспалительное изменение респираторного отдела легки в виде сливных очагов экссудативной пневмонии со скоплением гнойного или иного экссудата в просветах альвеол, полнокровие. На этом фоне формирование абсцессов с очаговым скоплением большого количества нейтрофильных лейкоцитов и расплавлением ткани легкого.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина острой

		бронхопневмонии изложена правильно, полно. Микроскопические изменения легкого при абсцедировании изложены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина острой бронхопневмонии изложена частично правильно. Микроскопическая картина изменений легкого при абсцедировании изложена не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Что такое абсцесс (определение)? Опишите строение стенки острого абсцесса.
Э	-	Абсцесс – это очаговое гнойное воспаление с расплавлением ткани и последующим формированием полости. Если абсцесс сформировался как полостное образование, то стенка его состоит из ткани органа, пропитанной клетками воспалительной природы с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов, внутри слой из бесструктурной ткани, пропитанной нейтрофильными лейкоцитами.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение абсцесса дано правильно. Описание стенки острого абсцесса дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение абсцесса дано не точно. Описание стенки острого абсцесса дано не точно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
B	4	Какова, на ваш взгляд, непосредственная причина смерти больного?
Э	-	В данном случае непосредственной причиной смерти явились тяжелые гнойного характера осложнения бронхопневмонии абсцессы легких, эмпиема плевры.
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственная причина смерти больного сформулирована правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственная причина смерти больного сформулирована не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае в патологоанатомическом диагнозе основное заболевание формулируется как комбинированное, первым заболеванием под цифрой 1 будет записана «бронхопневмония», вторым фоновым заболеванием под цифрой 2 «хронический алкоголизм». В качестве осложнений основного заболевания будут записаны «абсцессы легкого, эмпиема плевры».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно, составлен как комбинированное основное заболевание. Осложнения основного заболевания определены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз не

		сформулированный, как комбинированное основное заболевание или два заболевания в комбинированном основном заболевании расставлены неправильно. Осложнения основного заболевания определены правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>22</b>
Ф	A/01.8	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов/, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больному Д. 72-х лет поставлен клинический диагноз рак прямой кишки, который был подтвержден результатами гистологического исследования биоптата, взятого из опухоли. Учитывая возраст больного и тяжелый клинический диагноз, производилась предоперационная подготовка сначала амбулаторная, затем в стационаре.</p> <p>Соответственно клиническому диагнозу и стадии заболевания произведена плановая операция лапаротомия, резекция прямой кишки. Во время проведения операции развилась значительная кровопотеря. Ранний послеоперационный период протекал тяжело, возникла кишечная непроходимость, по поводу которой наложен двухствольный анус. Присоединилась пневмония, которую начали интенсивно лечить, однако без успеха, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии в зоне операций изменения, соответствующие виду и объему выполненного хирургического вмешательства. В задненижних отделах легких резкое венозное полнокровие, ателектазы, картина тяжелой очаговой сливной двухсторонней бронхопневмонии.</p>
В	1	Укажите клинико-морфологическую форму острой пневмонии у больного.
Э	-	У больного бронхопневмония.
P2	-	Ответ правильный. Клинико-морфологическая форма пневмонии указана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма пневмонии указана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите макроскопическую картину легких при вскрытии.
Э	-	Макроскопические изменения. Легкие увеличены в размерах, в нижнезадних отделах безвоздушные, уплотненные, темно-



		вишневого цвета. На разрезе легкого, на темно-вишневом фоне множественные сливающиеся очаги светло-серого, серо-желтого цвета, безвоздушные, плотной консистенции.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая картина легкого при бронхопневмонии описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая картина бронхопневмонии описана частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Опишите микроскопическую картину легких у умершего.
Э	-	При микроскопическом исследовании секционного материала в легких выражено полнокровие, мелкие бронхи и бронхиолы с воспалительными изменениями, стенки с воспалительным клеточным инфильтратом, в их просвете серозно-гнойный или гнойный экссудат, в респираторной части легких воспалительные патологические очаги, в которых ткань легкого пропитана экссудатом с накоплением в просветах альвеол серозно-гнойный, гнойный экссудат.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина легкого у умершего описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина легкого у умершего описана частично правильно или описана с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	В данном случае пневмония является самостоятельным заболеванием, осложнением заболевания, проявлением заболевания? Какая пневмония у умершего нозокомиальная или контагиозная? Дайте определение нозокомиальной и контагиозной пневмонии.
Э	-	В данном случае пневмония является осложнением основного заболевания. Она является нозокомиальной (внутрибольничной) пневмонией. Нозокомиальная или внутрибольничная пневмония – это пневмония, развивающаяся в лечебном учреждении (больнице) не раньше, чем через 2-е суток после госпитализации/ Nosocomium переводится как больница. Контагиозная или внебольничная пневмония развивается вне лечебного стационара.
P2	-	Ответ правильный, полный. Пневмония отнесена к осложнениям основного заболевания правильно. Определена как нозокомиальная правильно. Определение нозокомиальной и определение контагиозной пневмонии дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Пневмония отнесена к осложнениям основного заболевания правильно. Определена как нозокомиальная правильно. Определение нозокомиальной и определение контагиозной пневмонии дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?

Э	-	В данном случае основным заболеванием следует считать «рак прямой кишки, операция лапаротомия, резекция прямой кишки дата ____, наложение двухствольного ануса (дата ____) по поводу кишечной непроходимости» в качестве осложнения основного заболевания будет записана «сливная двухсторонняя бронхопневмония».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>23</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В г. Пижма Свердловской области в июле 2007г. зарегистрирована эпидемическая вспышка легионеллеза. 150 человек были госпитализированы в лечебные учреждения города с диагнозом острая пневмония, в 7 случаях наступил летальный исход.</p> <p>Источником заражения явилась вода в системе водоснабжения городских квартир. В связи с плановым летним ремонтом вода из системы горячего водоснабжения была слита в технические резервуары и находилась в условиях летней теплой температуры воздуха несколько дней. После ремонта воду повторно не стали обеззараживать, закачали в систему водоснабжения. Жители заболели во время мытья под душем в ваннных комнатах собственных городских квартир.</p> <p>У первых госпитализированных, установить этиологию пневмонии не было возможно, назначенная терапия антибиотиками широкого спектра успеха не дала, были летальные исходы. После точной верификации возбудителя удалось подобрать эффективную антибактериальную терапию.</p> <p>В 7 случаях летального исхода при проведении патологоанатомических вскрытий у всех морфологическая картина тяжелой пневмонии.</p>
В	1	Назовите этиологию пневмонии, которая описана в задаче.
Э	-	Этиология пневмонии грамм отрицательная бактерия Legionella
P2	-	Ответ правильный. Этиология пневмонии названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Этиология пневмонии названа не

		точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Укажите путь передачи этой инфекции. Уточните особенности передачи возбудителя при этом заболевании.
Э	-	Путь передачи инфекционного агента воздушный, воздушно-капельный. Имеются особенности передачи, бактерия должна конденсироваться, накопиться на мельчайших каплях воды или частичках пыли. Местом обитания <i>Legionella pneumophila</i> является теплая вода, бактерия может накапливаться в почве. Заразиться можно вдыхая водную аэрозоль, которая образуется при работе кондиционеров, увлажнителей воздуха, в аквапарках, а также при проведении ремонтных работ в помещениях промышленных предприятий и других местах. Практически во всех случаях пути передачи возбудителя искусственно созданы человеком в условиях технического прогресса.
P2	-	Ответ правильный, полный. Пути передачи возбудителя названы правильно. Особенности путей передачи изложены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Пути передачи возбудителя названы правильно. Особенности путей передачи изложены частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Назовите основные морфологические изменения в легком при указанной пневмонии (клинико-морфологический тип пневмонии, площадь поражения легкого, изменения мелких бронхов и бронхиол, изменения альвеол, вид экссудата, изменения межальвеолярных перегородок, наличие некрозов, абсцессов, поражение плевры и другое).
Э	-	Легионеллезная пневмония по морфологическим особенностям является бронхопневмония, часто с поражением большой площади легкого, имеется воспаление бронхиол и мелких бронхов, в альвеолах серозный, серозно-гнойный, фибринозно-гнойный экссудат, в межальвеолярных перегородках воспалительный круглоклеточный инфильтрат, могут быть некрозы межальвеолярных перегородок и стенок бронхиол. Поражение плевры наблюдается почти у половины больных, развивается серозно-фибринозный или фибринозно-гнойный плеврит.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные морфологические изменения в легких при легионеллезной пневмонии названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные морфологические изменения в легких при легионеллезной пневмонии названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Оцените тяжесть такой пневмонии.
Э	-	Легионеллезная пневмония является тяжелой пневмонией, при ней возможен смертельный исход.
P2	-	Ответ правильный. Тяжесть легионеллезной пневмонии

		определена правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Тяжесть легионеллезной пневмонии определена не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Перечислите возможные причины смерти при ней.
Э	-	Среди возможных причин смерти при легионеллезной пневмонии следует назвать как типичные осложнения бронхопневмонии, это легочные осложнения гнойного характера, сердечно-легочная недостаточность, так и такие причины смерти как бактериальный шок, ДВС-синдром, острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность.
P2	-	Ответ правильный, полный. Возможные причины смерти при легионеллезной пневмонии названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Возможные причины смерти при легионеллезной пневмонии названы частично правильно или названы с не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>24</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Молодой врач районной больницы во время эпидемии гриппа почувствовал себя плохо (температура тела 38°, головная боль), однако вынужден был остаться на ночное дежурство и сделать несколько экстренных операций.</p> <p>На следующий день состояние прогрессивно ухудшалось, температура тела 40°, вынужден был остаться дома. На третьи сутки болезни состоянии стало крайне тяжелым, появились выраженные признаки острой дыхательной недостаточности. С диагнозом «грипп, отек легких» помещен в реанимационное отделение лечебного учреждения, начата интенсивная терапия.</p> <p>Несмотря на все используемые лечебные мероприятия значительного положительного эффекта добиться не удалось. Результаты прижизненного исследования выявили наличие в организме частиц вируса гриппа типа А/Н1N1. Выставлен клинический диагноз «грипп, тяжелая форма, отек легких». Смерть наступила от острой дыхательной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии патологоанатомические изменения</p>

		соответствовали заключительному клиническому диагнозу. Имелась картина токсического геморрагического отека легких, проявления геморрагического синдрома.
В	1	Уточните, какая тяжелая форма гриппа была у больного?
Э	-	У больного тяжелая форма гриппа, обусловленная тяжелой общей интоксикацией.
P2	-	Ответ правильный. Форма тяжелого гриппа названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Форма тяжелого гриппа названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите подробно морфологические изменения легких (макроскопические и микроскопические), которые могут быть при этой форме гриппа.
Э	-	Макроскопические изменения. Легкие увеличены в размерах, пониженной воздушности, имеется неравномерно выраженное полнокровие, мелкие сливающиеся кровоизлияния, ателектазы, эмфизема, с поверхности разреза стекает пенная жидкость, окрашенная кровью. Микроскопические изменения. Выраженные нарушения кровообращения (полнокровие, стаз, кровоизлияния), скопление отечной жидкости с примесью эритроцитов в просветах альвеол. Возможно наличие пневмонии, вызванной вирусом гриппа, с воспалительными круглоклеточными инфильтратами и с примесью нейтрофильных лейкоцитов в межальвеолярных перегородках, серозным, серозно-геморрагическим экссудатом в просветах альвеол.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения легких (макроскопические микроскопические) при такой форме гриппа названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения легких (макроскопические и микроскопические) при такой форме гриппа названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Объясните патогенез развития отека легких при этой форме гриппа.
Э	-	Отек и мелкие кровоизлияния возникают из-за повышения проницаемости стенок капилляров под действием токсинов вируса гриппа (вазопаралитическое воздействие).
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенез развития отека легких при этой форме гриппа дан правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез развития отека при этой форме гриппа дан частично правильно или дан не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Какие изменения в верхних дыхательных путях могут быть у такого умершего? Какие изменения во внутренних органах могут быть при такой форме гриппа?
Э	-	В верхних дыхательных путях воспалительные изменения,

		особенно типичен серозно-геморрагический трахеит, трахеобронхит с наличием некрозов. Во внутренних органах дистрофические изменения, расстройства кровообращения (полнокровие, кровоизлияния, отек), воспалительные изменения (чаще менингит, менингоэнцефалит).
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения в верхних дыхательных путях названы правильно. Морфологические изменения во внутренних органах названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения в верхних дыхательных путях названы частично правильно. Морфологические изменения во внутренних органах названы частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Какая запись будет в рубрике основного заболевания, какая в осложнениях основного заболевания? Что вы можете сказать об особенностях патологоанатомических изменений при гриппе в секционном материале в последние годы?
Э	-	В данном случае основным заболеванием является «грипп, серозно-геморрагический трахеит, гриппозная пневмония, токсический геморрагический отек легких, тип вируса гриппа А/Н1N1», в качестве осложнения можно записать «острая легочно-сердечная недостаточность». При последних эпидемиях гриппа наблюдались смертельные исходы при заражении вирусом гриппа типа А, доминирующими изменениями были изменения в легких с развитием обширных поражений легочной ткани воспалительного характера, имеющих морфологическую картину вирусной пневмонии, то есть пневмонии вызванной, самим вирусом гриппа.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Правильно определено основное заболевание и осложнения основного заболевания. Особенности тяжелых изменений в легких, наблюдаемые при эпидемиях гриппа в последние годы, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Основное заболевание определено правильно, осложнения основного заболевания названы правильно. Особенности поражений легких при последних эпидемиях гриппа не названы.
P0	-	Ответ неправильный или ответа нет.
H	-	<b>25</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также их частей при проведении патологоанатомического вскрытия соответственно профилю учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.

...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В период эпидемии гриппа в терапевтический стационар госпитализирован больной К. 62-х лет с тяжелой формой гриппа. Имеет целый ряд сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ожирение, ишемическую болезнь сердца). Заболел гриппом две недели назад, диагноз был установлен участковым терапевтом. Лечился амбулаторно, аккуратно выполнял назначения врача. Однако после небольшого улучшения, на второй недели болезни вновь повысилась температура тела. Принято решение о госпитализации.</p> <p>При поступлении выявлена пневмония, проявления дыхательной недостаточности. Интенсивное лечение, проводившееся в течение следующей недели, эффекта не дало, больной помещен в реанимационное отделение, при нарастающих симптомах сердечно-легочная недостаточность наступила смерть. Прижизненное исследование выявило наличие в организме частиц вируса гриппа А/Н1N1. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружены тяжелые разноплановые изменения легких с поражением бронхов и респираторной части легкого, в том числе тяжелая, сливная, больших масштабов бронхопневмония, множественные абсцессы и другие изменения.</p>
В	1	Уточните, какая тяжелая форма гриппа у больного?
Э	-	У больного тяжелая форма гриппа, обусловленная тяжелыми легочными осложнениями, связанными с вторичной инфекцией.
P2	-	Ответ правильный, полный. Форма тяжелого гриппа названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Форма тяжелого гриппа названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Как называется при гриппе легкое с такими морфологическими изменениями? Подробно опишите морфологические изменения таких легких.
Э	-	При гриппе легкое с такими морфологическими изменениями называется «большое пестрое гриппозное легкое». В легких тяжелые разноплановые изменения, тяжелые гнойно-некротический бронхит с поражением бронхов разного калибра, в том числе мелких, бронхоэктазы, тяжелая бронхопневмония, вызванная вторичной бактериальной инфекцией, с наличием в просветах альвеол серозно-геморрагического экссудата, серозно-гнойного, гнойного экссудата, некрозы легочной ткани, абсцессы, полнокровие капилляров, кровоизлияния, ателектазы, эмфизема.
P2	-	Ответ правильный, полный. Название легкого с такими морфологическими изменениями при гриппе дано правильно. Морфологические изменения легких, увиденные на вскрытии,

		изложены правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Название легкого с такими морфологическими изменениями при гриппе дано правильно. Морфологические изменения легких, увиденные на вскрытии, изложены частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Укажите инфекционные агенты, вызывающие такую пневмонию.
Э	-	Различные инфекционные агенты, чаще бактерии: пневмококки, стафилококки, стрептококки, патогенные палочки и другие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Инфекционные агенты перечислены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Инфекционные агенты перечислены частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Как можно объяснить закономерную активизацию вторичной инфекции при гриппе?
Э	-	Вирус гриппа обладает способностью резко снижать иммунные защитные свойства организма, то есть оказывает иммунодепрессивное воздействие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Что необходимо записать в качестве основного заболевания. Что является осложнением основного заболевания.
Э	-	В данном случае в качестве основного заболевания должно быть записано «грипп, вирусно-бактериальная очаговая сливная пневмония с абсцедированием». В качестве осложнения основного заболевания можно записать «острая легочно-сердечная недостаточность».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно. Основное заболевание названо правильно. Осложнения основного заболевания названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основное заболевание названо правильно. Осложнения основного заболевания названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>26</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала и последов



		с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Н. 62-х лет уже в течение нескольких лет предъявляет жалобы на кашель с мокротой слизистого и слизисто-гнойного характера. Последние три месяца кашель стал практически постоянным. Беспокоят одышка, снижение массы тела, частые ОРВИ.</p> <p>Рентгенологически выявлено снижение воздушности лёгкого, усиление лёгочного рисунка, изменения более выражены в нижней доле правого лёгкого. Возникло подозрение на рак легкого, поэтому произведена бронхоскопия. При бронхоскопии обнаружено сужение нижнего долевого бронха справа за счет патологического образования, выступающего в просвет. Взят биоптат, который направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>При гистологическом исследовании в мелких фрагментах из стенки бронха выраженный воспалительный инфильтрат, разрастание грануляционной ткани. В слизистой оболочке метаплазия цилиндрического эпителия в многослойный плоский, очаговая дисплазия метаплазированного многослойного плоского эпителия 1 степени. Дано заключение хронический бронхит.</p>
В	1	Назовите основные варианты хронического бронхита, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в подобных случаях. Какой вариант хронического бронхита обнаружен у больного?
Э	-	Выделяют следующие варианты хронического бронхита; хронический слизисто-гнойный, хронический полипозный, хронический деформирующий. У больного обнаружен хронический полипозный бронхит.
P2	-	Ответ полный, правильный. Основные варианты хронического бронхита названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные варианты хронического бронхита названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Что такое метаплазия эпителия? Что такое дисплазия эпителия? Какие степени дисплазии принято выделять?
Э	-	Метаплазия эпителия – это переход одного типа эпителия в другой тип, чаще переход цилиндрического, кубического, железистого в многослойный плоский эпителий. Дисплазия эпителия – это патологический процесс, в основе которого лежит пролиферация эпителия с развитием атипии части клеток и нарушением архитектоники (стратификации) эпителиального пласта, без нарушения базальной мембраны
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение метаплазии дано правильно. Определение дисплазии дано правильно. Степени дисплазии, которые принято выделять, названы правильно.

P1	-	Ответ частично правильный. Определение метаплазии дано не точно, Определение дисплазии дано не точно. Степени дисплазии, которые принято выделять, названы правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Какое отношение к раку легкого имеют подобные изменения эпителия?
Э	-	Метаплазия эпителия бронхов и особенно дисплазия относятся к предраковым изменениям эпителия.
P2	-	Ответ правильный. Отношение метаплазии и особенно дисплазии эпителия бронхов к раку желудка указано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Отношение к раку желудка метаплазии и дисплазии эпителия бронхов указано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Уточните гистологический тип рака, который может развиваться в подобных случаях.
Э	-	В данном случае логично развитие плоскоклеточного рака бронха.
P2	-	Ответ правильный. Гистологический тип рака, развивающийся в этих случаях, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологический тип рака назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Опишите гистологическое строение плоскоклеточного рака.
Э	-	Плоскоклеточный рак – это опухоль, имеющая органоидное строение, в ней два четко выраженных компонента: паренхима и строма. Паренхима представлена полями, тяжами, комплексами атипичных клеток, имеющих сходство с клетками многослойного плоского эпителия, в центре полей может накапливаться роговое вещество (кератогиалин). Строма представлена узкими прослойками соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание гистологического строения плоскоклеточного рака дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание гистологического строения плоскоклеточного рака дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>27</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия согласно профилю учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Ш. 47-ми лет год назад перенес острую очаговую пневмонию нижней доли левого лёгкого. Из анамнеза известно, что от госпитализации больной отказался, лечился амбулаторно, рекомендации лечащего врача не соблюдал, самостоятельно прекратил лечение. В течение последнего года чувствует себя плохо, беспокоит слабость, одышка, повышенная утомляемость, сухой кашель.</p> <p>При обследовании на рентгенологических снимках в левой нижней доле была обнаружена полость диаметром 3 см с горизонтальным уровнем жидкости. Установлен диагноз хронического абсцесса лёгкого.</p> <p>Пациент госпитализирован в хирургическую клинику, где выполнена резекция легкого. Операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В патологоанатомическом отделении при вырезке операционного материала в удаленной части легкого обнаружена полость с неровными плотными краями, неровной бугристой внутренней поверхностью, содержащая густую мутную серо-зеленую жидкость. Для гистологического исследования из стенки полости и из ткани легкого вырезаны фрагменты (кусочки).</p>
В	1	Опишите строение стенки хронического абсцесса, найденного в операционном материале.
Э	-	Стенка хронического абсцесса состоит из наружного слоя из фиброзной ткани, слоя грануляционной ткани, внутри имеется слой бесструктурной ткани, пропитанной нейтрофильными лейкоцитами.
P2	-	Ответ правильный, полный. Строение стенки хронического абсцесса описано правильно, полно, слои названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Строение стенки хронического абсцесса описано частично правильно, слои названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Уточните морфологические изменения доказывающие, что абсцесс имел хроническое течение.
Э	-	В стене абсцесса сформировалась фиброзная и грануляционная ткань, что может быть только при хроническом течении воспалительного процесса.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения, доказывающие, что абсцесс хронический, изложены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения, доказывающие, что абсцесс хронический, названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Каков патогенез развития хронического абсцесса легкого в данном случае?
Э	-	Учитывая анамнез больного, можно говорить о развитии

		тяжелого осложнения острой пневмонии в виде острого абсцесса, который не зажил, а трансформировался в хронический.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенез хронического абсцесса в легком изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез хронического абсцесса в легком изложен частично правильно или изложен не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Почему больному было показано хирургическое лечение? Какие осложнения общего характера удастся предупредить с помощью резекции легкого при хроническом абсцессе?
Э	-	Больному показано оперативное лечение, так как консервативная терапия при хроническом абсцессе не эффективна. Оперативное лечение радикально излечивает от этого заболевания. С помощью операции удастся предупредить тяжелые осложнения общего характера: развитие вторичного амилоидоза, хроническую интоксикацию с развитием кахексии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обоснование оперативного лечения дано правильно. Осложнения общего характера при хроническом абсцессе названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование оперативного лечения дано правильно. Осложнения общего характера при хроническом абсцессе названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Дайте классификацию заболеваний группы ХНЗЛ по патогенетическому принципу, согласно которой следует проводить дифференциальный диагноз, приведите примеры.
Э	-	Согласно патогенетическому принципу ХНЗЛ делятся на заболевания бронхогенные (хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма, обструктивная эмфизема легких); заболевания пневмониогенные (хронический абсцесс, хроническая пневмония). Заболевания пневмонитогенные (интерстициальная болезнь легких).
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенетическая классификация ХНЗЛ дана правильно, полно. Примеры заболеваний приведены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенетическая классификация дана правильно. Примеры заболеваний приведены частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>28</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологических

		исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В поликлинику обратился больной Ф. 35-ти лет с клиническим диагнозом хронический гастрит. В настоящее время обострение заболевания.</p> <p>Проведена гастрофиброскопия, при которой обнаружено следующее: губовидная складка утолщена, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, с более грубой текстурой. Из разных участков слизистой оболочки антрального отдела взято четыре биоптата, которые направлены на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>При гистологическом исследовании биопсийного материала найдена картина активного хронического поверхностного гастрита. Дополнительное окрашивание материала по Романовскому-Гимзе на выявление <i>Helicobacter pylori</i> дало отрицательный результат. Однако при производстве ПЦР выявлены маркеры кокковидных штаммов <i>Helicobacter pylori</i>.</p> <p>Назначен курс терапии, по окончании которой рекомендована повторная гастрофиброскопия, исследование на наличие <i>Helicobacter pylori</i>, при необходимости повторная биопсия слизистой оболочки желудка.</p>
В	1	Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки желудка, увиденные в гистологических препаратах, изготовленных из биопсийного материала, соответствующие диагнозу хронический поверхностный гастрит.
Э	-	В гистологическом препарате фрагменты слизистой оболочки антрального отдела желудка, взятые на глубину, включая мышечную пластину слизистой оболочки. Имеется слизистая дистрофия покровно-ямочного эпителия, в собственной пластинке слизистой оболочки, в ее верхних отделах очаговые воспалительные лимфоплазмозитарные инфильтраты с присутствием макрофагов и возможно сегментноядерных лейкоцитов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения слизистой оболочки желудка при хроническом поверхностном гастрите изложены правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения слизистой оболочки желудка при хроническом поверхностном гастрите изложены частично правильно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите морфологические критерии активности хронического гастрита.
Э	-	При активном гастрите в составе воспалительного инфильтрата появляются сегментноядерные лейкоциты, могут быть эрозии, полнокровие, отек.

P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические критерии активности хронического гастрита изложены правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические критерии активности хронического гастрита изложены частично правильно или изложены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Какой отдел желудка раньше и более выражено поражается при хроническом хеликобактерном гастрите?
Э	-	При хроническом хеликобактерном гастрите типично поражение антрального отдела желудка, в дальнейшем процесс может распространяться и на тело желудка.
P2	-	Ответ правильный. Отдел желудка, наиболее поражаемый при хроническом хеликобактерном гастрите, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Отдел желудка, наиболее поражаемый при хроническом хеликобактерном гастрите, назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Объясните участие <i>Helicobacter pylori</i> в патогенезе хронического гастрита.
Э	-	Этот микроорганизм находится на поверхности клеток покровно-ямочного эпителия, в процессе своей жизнедеятельности выделяет уреазу, которая рассматривается как повреждающий фактор клеток слизистой оболочки, в ответ на повреждение возникает воспалительная реакция.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение участие <i>Helicobacter pylori</i> в патогенезе хронического гастрита изложено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение участия <i>Helicobacter pylori</i> в патогенезе хронического гастрита изложены частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Укажите морфологические критерии эффективности проведенного эррадикационного лечения, которые могли быть обнаружены при повторной биопсии слизистой оболочки желудка.
Э	-	В качестве эффективного результата терапии может наблюдать исчезновение <i>Helicobacter pylori</i> , исчезновение или уменьшение выраженности морфологических изменений слизистой оболочки, что соответствует ремиссии, состоянию неактивного гастрита.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические критерии эффективности проведенного лечения изложены правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические критерии эффективности проведенного лечения изложены частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>29</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных

		органов, тканей или их частей соответственно профилю учреждения.
Ф	С/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Ш. 42-х лет длительное время страдает хроническим гастритом, неоднократно обследовался в поликлинике, лечился амбулаторно. В последнее время отмечает ухудшение состояния.</p> <p>В рамках программы диспансеризации населения проведена гастродиброскопия. Было отмечено, что нормальный рельеф складок слизистой оболочки антрального отдела нарушен, складки низкие, местами сглажены, имеется неравномерная гиперемия. Из наиболее измененных мест слизистой оболочки антрального отдела взято несколько кусочков, которые направлены на прижизненное патологоанатомическое исследование. Путем изготовления мазков-отпечатков проведено исследование на наличие <i>Helicobacter pylori</i>, показавшее положительный результат.</p> <p>При гистологическом исследовании биопсийного материала патологоанатом установил морфологическую картину активного хронического атрофического гастрита. Согласно результатам исследования, в том числе морфологического, назначена активная терапия.</p>
В	1	Какие варианты хронических гастритов выделяют на основании этиологии и патогенеза? Какая форма гастрита по этой классификации у больного, который описан в задаче?
Э	-	На основании этиологии и патогенеза выделяют хронический гастрит типа А, типа В, типа С. Так как у больного обнаружен этиологический фактор хронического гастрита <i>Helicobacter pylori</i> , можно считать, что у него гастрит типа В (хеликобактерный гастрит).
Р2	-	Ответ правильный, полный. Варианты хронического гастрита, выделяемые на основании этиологии и патогенеза, названы правильно. Вариант хронического гастрита у больного, который описан в задаче, назван правильно, обоснование выбора варианта хронического гастрита сделано правильно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Варианты хронического гастрита названы частично правильно. Вариант хронического гастрита у больного, который описан в задаче, назван правильно, обоснование выбора варианта хронического гастрита не сделано.
Р0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какие основные морфологические формы хронических гастритов принято выделять? Какие микроскопические изменения слизистой оболочки желудка нужно оценивать при морфологической диагностике хронических гастритов? Объясните, как с этой

		целью используют визуально-аналоговую шкалу для полуколичественной оценки признаков хронического гастрита.
Э	-	<p>Основные морфологические формы хронических гастритов: хронический поверхностный гастрит (хронический неатрофический гастрит), хронический атрофический гастрит, редкие формы.</p> <p>При хронических гастритах оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки, атрофические изменения, оценивают метаплазию, дисплазию эпителия, наличие фиброза. Используя визуально-аналоговую шкалу производят полуколичественную оценку основных признаков хронического гастрита, оценивается: степень хронического гастрита (степень 0,1,2,3), при этом учитывается выраженность воспалительных изменений (выраженность лимфоплазмочитарных инфильтратов, присутствие сегментоядерных лейкоцитов), стадия хронического гастрита (стадия 0,1,2,3), при этом учитывается выраженность атрофии.</p>
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные морфологические формы хронического гастрита названы правильно. Микроскопические изменения, которые нужно оценивать при морфологической диагностике хронического гастрита, названы правильно. Объяснение как с помощью визуально-аналоговой шкалы производят полуколичественную оценку основных признаков хронического гастрита дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные морфологические формы хронического гастрита названы правильно. Микроскопические изменения, которые нужно оценивать при морфологической диагностике хронического гастрита, названы частично правильно или названы с ошибками. Объяснение как с помощью визуально-аналоговой шкалы производят полуколичественную оценку основных признаков хронического гастрита дано не полно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Что такое активный хронический гастрит? По каким микроскопическим признакам диагностируется активный хронический гастрит в биопсийном материале?
Э	-	Активный хронический гастрит – это стадия обострения хронического гастрита. При нем в слизистой оболочке в составе воспалительных лимфоплазмочитарных инфильтратов появляются сегментоядерные лейкоциты, возможно, их проникновение в зону покровного и ямочного эпителия, скопление нейтрофильных лейкоцитов в желудочных ямках, могут быть эрозии, полнокровие, отек.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение активного хронического гастрита дано правильно. Микроскопические изменения слизистой оболочки при нем названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение активного хронического гастрита дано правильно. Микроскопические изменения слизистой оболочки при нем названы частично правильно или названы не точно.



P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие морфологические изменения эпителия слизистой оболочки при хроническом гастрите требуют особого внимания? Почему?
Э	-	При оценке гистологических изменений эпителия, развивающихся при хроническом атрофическом гастрите, наибольшее внимание заслуживает атрофия, метаплазия, особенно дисплазия эпителия 1,2,3 степени. Эти изменения эпителия могут быть предраковыми.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменения эпителия слизистой оболочки желудка, которые требуют особого внимания, названы правильно. Обоснование этого дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Изменения эпителия слизистой оболочки желудка, требующие особого внимания, названы частично правильно. Обоснование этого дано правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Уточните исходы хронического атрофического гастрита.
Э	-	Хронический атрофический гастрит является заболеванием, протекающим многие годы, с обострениями и ремиссиями, излечение мало возможно. Нужно помнить, что на основе хронического атрофического гастрита возможно развитие рака желудка.
P2	-	Ответ правильный, полный. Исходы хронического атрофического гастрита названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Исходы хронического атрофического гастрита названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>30</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина, 52-х лет, длительное время страдала хроническим аутоиммунным тиреоидитом. Уже более года предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, нарушение пищеварения, анемию. Ей с диагностической целью была произведена фиброгастроскопия с биопсией. Гистологическая картина биопсийного материала позволила патологоанатому дать заключение о наличии нейроэндокринной карциномы. В связи с этим диагнозом пациентке была выполнена гастрэктомия.

		<p>Операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.</p> <p>В патологоанатомическом отделении при макроскопическом исследовании операционного материала обращало на себя внимание полное отсутствие складок слизистой оболочки в теле желудка. По результатам гистологического исследования операционного материала было дано заключение о наличии хронического атрофического гастрита с множественными очагами дисплазии эпителия 3 степени. Опухоли не обнаружено. Предоперационное гистологическое заключение по биопсийному материалу признано ошибочным. Исследование на наличие <i>Helicobacter pylori</i> дало отрицательный результат.</p>
В	1	Каким типом гастрита страдала женщина согласно этиологии и патогенеза? Мотивируйте свой ответ.
Э	-	Пациентка страдала хроническим гастритом типа А (аутоиммунным). У нее в организме имеются аутоиммунные нарушения, этиологический фактор гастрита типа В не обнаружен.
P2	-	Ответ правильный, полный. Тип гастрита, которым страдала пациентка, назван правильно. Обоснование диагноза сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Тип гастрита, которым страдала пациентка, назван правильно. Обоснование диагноза не сделано.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какова типичная локализация поражения при таком гастрите?
Э	-	При гастрите типа А наиболее выраженные изменения локализуются в слизистой оболочке тела желудка.
P2	-	Ответ правильный. Типичная локализация такого типа гастрита названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Типичная локализация такого типа гастрита названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки желудка, на основании которых поставлен диагноз хронический атрофический гастрит. Выделите из них критерии активности воспалительного процесса.
Э	-	В гистологических препаратах слизистая оболочка тела желудка, имеется дистрофия и атрофия покровно-ямочного эпителия и эпителия желез в сочетании с очаговой гиперплазией, метаплазией, дисплазией, развитие фиброзной ткани на месте атрофированных желез, очаговые воспалительные лимфоплазмочитарные инфильтраты в собственной пластинке слизистой оболочки на всю глубину. При активном хроническом гастрите в воспалительных инфильтратах появляются сегментоядерные лейкоциты, которые могут проникать в зону покровного эпителия, могут быть эрозии, полнокровие, отек.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения слизистой оболочки, на основании которых ставится диагноз

		хронического атрофического гастрита, описаны правильно, полно. Критерии активности хронического атрофического гастрита выделены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения слизистой оболочки, на основании которых ставится диагноз хронического атрофического гастрита, описаны частично правильно или описаны не точно. Критерии активности хронического атрофического гастрита выделены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Что такое дисплазия эпителия? Как нужно прогностически оценивать дисплазию 3 степени? Какие современные термины предложены в настоящее время для обозначения предраковых изменений эпителия желудка?
Э	-	Дисплазия эпителия – это патологический процесс, в основе которого лежит пролиферация эпителия с появлением атипии в части клеток с нарушением архитектоники эпителиального пласта без повреждения базальной мембраны. Дисплазия эпителия 3 степени является облигатным предраком. В настоящее время для обозначения предраковых изменений эпителия желудка используются термин неоплазия, которая градируется: низкой степени интраэпителиальная неоплазия и высокой степени интраэпителиальная неоплазия.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение дисплазии эпителия дано правильно. Прогностическая оценка дисплазии 3 степени дана правильно. Современные термины, предложенные для обозначения предраковых изменений эпителия желудка, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение дисплазии эпителия дано правильно. Прогностическая оценка дисплазии 3 степени дана правильно. Современные термины, предложенные для обозначения предраковых изменений эпителия желудка, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Оцените правильность производства оперативного вмешательства в данном случае. Обоснуйте свой ответ.
Э	-	Нужно помнить, что частота развития рака желудка на фоне хронического гастрита типа А высокая. У нашей пациентки имеются тяжелые аутоиммунные нарушения в организме и тяжелые изменения слизистой оболочки желудка. Оперативное лечение произведено по показаниям, оно должно предотвратить возможность развития рака желудка и продлить жизнь больной.
P2	-	Ответ правильный, полный. Оценка правильности производства оперативного вмешательства дана правильно. Обоснование оперативного вмешательства дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Оценка правильности производства операции дана правильно. Обоснование оперативного вмешательства дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

Н	-	<b>31</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приемный покой хирургической больницы экстренно машиной скорой помощи доставлен больной Д. 42-х лет с симптомами желудочного кровотечения. Из анамнеза установлено, что пациент много лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние сутки беспокоит рвота «кофейной гущей».</p> <p>Было предпринято консервативное лечение, направленное на остановку кровотечения. Эффекта не последовало. Кровотечение приобрело профузный характер, развился ДВС-синдром. Смерть наступила на высоте кровотечения. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии в антральном отделе желудка обнаружен глубокий дефект стенки овальной формы, размером 2,5x1,3см, с валикообразно утолщенными краями, один из которых нависает над краем дефекта, другой сглажен. Дно дефекта шероховатое, серое, обнаружен кровеносный сосуд с утолщенными стенками и зияющим просветом. Произведена вырезка секционного материала для гистологического исследования.</p>
В	1	Назовите микроскопические изменения в дне хронической язвы, соответствующие обострению.
Э	-	При обострении в дне хронической язвы выявляется фибриноидный некроз, пропитанный фибринозно-гнойным экссудатом, под зоной некроза грануляционная ткань, ниже грубоволокнистая фиброзная ткань, могут быть кровеносные сосуды с фибриноидным некрозом.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения в дне хронической язвы, соответствующие обострению названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения в дне хронической язвы, соответствующие обострению, названы частично правильно или даны с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Объясните патогенез кровотечения при хронической язве желудка.
Э	-	При хронической язве кровотечение развивается путем разъедания, происходит разъедание стенки кровеносного сосуда желудочным соком.

P2	-	Ответ правильный. Объяснение патогенеза кровотечения при хронической язве дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза кровотечения при хронической язве дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните патогенез ДВС-синдрома у больного с массивной кровопотерей.
Э	-	При быстрой массивной потере крови в порядке защитной реакции происходит массивный выброс факторов свертывания, последние оказываются, задействованы и израсходованы на образование многочисленных тромбов в сосудах, в первую очередь микроциркуляторного русла. Возникает дефицит факторов свертывания, гипофибриногенемия, следствием этого является повышенная кровоточивость (усиление желудочного кровотечения, множественные кровоизлияния).
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза ДВС-синдрома у больного с массивной кровопотерей дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза ДВС-синдрома у больного с массивной кровопотерей дано частично правильно или дано с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	К какой группе осложнений язвенной болезни желудка следует отнести кровотечение? Перечислите все прочие группы осложнения язвенной болезни желудка.
Э	-	Описанное осложнение можно отнести к группе язвенно-деструктивных осложнений, к этой же группе относятся перфорация дна язвы и пенетрация. Кроме этого выделяют группу осложнений воспалительного характера (гастрит, перигастрит), группу язвенно-рубцовых осложнений (рубцовая деформация желудка, стеноз выходного отверстия), возможна группа комбинированных осложнений.
P2	-	Ответ правильный, полный. Группа осложнений язвенной болезни желудка, к которой относится кровотечение, названа правильно. Прочие группы осложнений язвенной болезни желудка названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Группа осложнений язвенной болезни желудка, к которой относится кровотечение, названа правильно. Прочие осложнения язвенной болезни желудка, названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите непосредственную причину смерти больного. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
Э	-	В данном случае непосредственной причиной смерти можно считать ДВС-синдром. В патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания должна фигурировать «хроническая язва желудка», осложнениями основного заболевания являются кровотечение из аррозированного

		кровеносного сосуда дна язвы, ДВС-синдром.
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственная причина смерти названа правильно. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственная причина смерти названа правильно. Патологоанатомический диагноз сформулирован частично правильно или сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>32</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 20-ти лет заболел чуть более суток назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Был вынужден обратиться за медицинской помощью. Врач машины скорой медицинской помощи расценил ситуацию как требующую срочной госпитализации.</p> <p>При поступлении в лечебное учреждение температура тела 37,6°C. Язык сухой, живот вздут, при его пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. В крови лейкоцитоз <math>14,5 \times 10^9/\text{л}</math>. Был поставлен диагноз острого аппендицита, пациент срочно взят в операционную.</p> <p>При лапаротомии обнаружен измененный червеобразный отросток. Найденные изменения позволили хирургу расценить их как проявление воспаления. Произведена аппендектомия.</p> <p>С диагнозом флегмонозный аппендицит операционный материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование, которое подтвердило клинический диагноз.</p>
В	1	Опишите макроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците.
Э	-	При макроскопическом исследовании аппендикулярный отросток увеличен в размере, серозная оболочка тусклая с небольшими шероховатого вида серого цвета наложениями, кровеносные сосуды полнокровны (инъецированы). На разрезе стенка отростка утолщена, просвет расширен, заполнен мутной, густой

		бело-желтого цвета жидкостью.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Опишите микроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците.
Э	-	При флегмонозном аппендиците при гистологическом исследовании стенка отростка утолщена, имеется полнокровие, отек, выраженная диффузная инфильтрация всех слоев клетками воспалительной природы с доминированием нейтрофильных лейкоцитов. Могут быть эрозии слизистой оболочки. На серозной оболочке наложения из масс фибрина с нейтрофильными лейкоцитами. В просвете отростка накопление экссудата с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов. В брыжейке отростка полнокровие, отек, возможны тромбы, диффузные или очаговые инфильтраты с нейтрофильными лейкоцитами.
P2	-	Ответ правильный. Микроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците описаны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения аппендикулярного отростка при флегмонозном аппендиците описаны частично правильно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Назовите осложнения, которые могут развиваться при тяжелых формах острого аппендицита?
Э	-	При тяжелых формах острого аппендицита могут развиваться многочисленные осложнения: переход воспаления на другие органы, в том числе брюшину, гнойный тромбофлебит брыжейки, пилефлебит, пилефлебтические абсцессы печени, эмпиема аппендикулярного отростка, некроз стенки отростка с перфорацией и развитием перитонита, кровотечение.
P2	-	Ответ правильный, полный. Осложнения, которые могут развиваться при тяжелых формах острого аппендицита, названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Осложнения, которые могут развиваться при тяжелых формах острого аппендицита, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Назовите морфологические формы острого аппендицита, которые принято выделять согласно современным классификациям, и с которыми необходимо производить дифференциальную диагностику при исследовании операционного материала.
Э	-	Среди форм острого аппендицита следует назвать:

		простой аппендицит, поверхностный, группу деструктивных форм, к которым относятся флегмонозный, (флегмонозно-язвенный), апостематозный, гангренозный.
P2	-	Ответ правильный, полный. Формы острого аппендицита названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Формы острого аппендицита названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Дайте определение аппендицита. Что такое вторичный аппендицит?
Э	-	Аппендицит - это воспаление червеобразного отростка слепой кишки с характерным клиническим синдромом. Вторичный аппендицит развивается при переходе воспалительного процесса на аппендикулярный отросток с соседних органов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение аппендицита дано правильно. Определение вторичного аппендицита дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение аппендицита дано не точно. Определение вторичного аппендицита дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>33</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов и их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Молодой мужчина несколько лет употребляет внутривенно наркотические вещества. Полтора года назад перенес острый вирусный гепатит в легкой безжелтушной форме. Спустя год появились жалобы, на быструю утомляемость, периодическую тошноту, чувство тяжести и дискомфорта в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, плохой аппетит и эпизодическое потемнения мочи. Пациент был вынужден обратиться к врачу.</p> <p>При осмотре выявлены субъиктеричность склер, обложенность языка, небольшая гепатомегалия и небольшое увеличение селезенки. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л (прямой – 7, непрямой – 18), тимоловая проба – 6 ед., активность АЛТ – 110 Е/л, АСТ – 70 Е/л. По результатам клинического обследования поставлен диагноз «хронический гепатит высокой активности». Для уточнения клинического диагноза произведена пункционная биопсия печени. Биопсийный</p>



		материал направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование.
В	1	Какие на Ваш взгляд типы гепатотропных вирусов могли быть этиологическим фактором гепатита у больного, описанного в задаче?
Э	-	Больной перенес острый вирусный гепатит, который в данный момент приобрел хроническое течение, заражение у него произошло парентерально. Поэтому этиологическим фактором такого гепатита, могут быть гепатотропные вирусы, скорее типа В, возможно типа С, возможно комбинация типа В и типа Д и возможно некоторые другие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Возможная этиология гепатита названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Возможная этиология гепатита названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Почему в данном случае в качестве дополнительного метода обследования рекомендована пункционная биопсия печени?
Э	-	Пункционная биопсия печени с изучением и оценкой морфологических изменений является на сегодняшний день наиболее объективным методом диагностики. С помощью биопсии можно диагностировать наличие воспалительных изменений печени, установить характер течения воспалительного процесса, оценить на морфологическом уровне степень выраженности морфологических изменений (дистрофических и некротических изменений гепатоцитов, воспалительных инфильтратов), то есть выявить признаки активности гепатита на морфологическом уровне, а также констатировать наличие и степень фиброза.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обоснование рекомендации пункционной биопсии как дополнительного метода исследования дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование рекомендации пункционной биопсии как дополнительного метода исследования дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите микроскопические изменения печени при хроническом гепатите.
Э	-	При хроническом гепатите возможна дистрофия гепатоцитов (белковая, жировая при гепатите типа С), апоптоз и некроз гепатоцитов разного масштаба (мелкоочаговый, ступенчатый, мостовидный), воспалительные клеточные инфильтраты в междольковой и внутريدольковой строме из лимфоцитов, гистиоцитов, макрофагов, плазматических клеток. Возможно полнокровие, холестаза, фиброз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения печени при хроническом гепатите названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения

		печени при хроническом гепатите названы частично правильно или с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие клинико-морфологические формы хронического гепатита принято выделять, основываясь на активности процесса? Назовите степени активности хронического гепатита. Какие морфологические параметры оцениваются при определении степени активности хронического гепатита?
Э	-	Основываясь на активности процесса, выделяют неактивный и активный гепатит. В настоящее время все хронические гепатиты градируются по степени активности. Выделяют 1,2,3 степень активности. Степень активности хронического гепатита определяется в зависимости от выраженности и распространенности некрозов гепатоцитов, от выраженности и распространенности воспалительных инфильтратов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Клинико-морфологические формы хронических гепатитов названы правильно. Степени активности гепатита названы правильно. Морфологические параметры, по которым определяется степень активности хронического гепатита, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологические формы хронического гепатита названы правильно, степени активности хронического гепатита названы не точно. Морфологические параметры, по которым определяется степени активности хронического гепатита, названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите возможные исходы хронического гепатита
Э	-	Хронический гепатит длительно текущее заболевание, болезнь может протекать всю жизнь. Исходом хронического гепатита может быть цирроз печени, переход в цирроз обычно наблюдается при гепатите высокой активности. Возможно выздоровление, обычно при невысокой активности гепатита и при незначительном фиброзе.
P2	-	Ответ правильный, полный. Исходы хронического гепатита названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Исходы хронического гепатита названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>34</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.

...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В гастроэнтерологическое отделение больницы поступил больной Л. 54 лет с жалобами, которые расцениваются как проявление дисфункции печени. Следует отметить, что это не первая госпитализация, обусловленная обострением заболевания. Из анамнеза жизни известно, что пациент употребляет крепкие алкогольные напитки в неумеренном количестве. Уже ставился диагноз хроническая алкогольная интоксикация, по поводу которой неоднократно лечился амбулаторно и стационарно.</p> <p>Настоящее обращение за медицинской помощью обусловлено значительным ухудшением течения заболевания. При клиническом обследовании помимо признаков дестабилизации функции печени выявлены симптомы, позволяющие предполагать начало формирования цирроза печени.</p> <p>Было принято решение среди комплекса диагностических мероприятий произвести пункционную биопсию печени. Последняя была выполнена, морфологическая картина, обнаруженных изменений печени, соответствовала алкогольному гепатиту с развитием цирроза печени.</p>
В	1	Опишите микроскопические изменения печени при алкогольном гепатите. Выделите микроскопические изменения гепатоцитов, типичные для алкогольного поражения (маркеры алкогольного поражения).
Э	-	Для алкогольного гепатита характерна жировая дистрофия гепатоцитов, также возможна гидropическая дистрофия гепатоцитов, очаговые некрозы гепатоцитов, появление в цитоплазме гепатоцитов алкогольного гиалина (телец Малори), лимфогистиоцитарные воспалительные клеточные инфильтраты с наличием нейтрофильных лейкоцитов. Инфильтраты располагаются как в междольковой (перипортальной) строме, так и проникают в дольку. Со временем формирование фиброза. Для алкогольных поражений печени типична жировая дистрофия гепатоцитов, маркером алкогольных поражений является алкогольный гиалин (тельца Малори).
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения печени при алкогольном гепатите описаны правильно, полно. Микроскопические изменения гепатоцитов, типичные для алкогольных поражений печени, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения печени при алкогольном гепатите описаны частично правильно или описаны с ошибками. Микроскопические изменения гепатоцитов, типичные для алкогольных поражений, названы правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите возможные исходы алкогольного гепатита.
Э	-	Возможные исходы алкогольного гепатита: выздоровление,

		развитие цирроза печени.
P2	-	Ответ правильный, полный. Возможные исходы алкогольного гепатита названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Возможные исходы алкогольного гепатита названы частично правильно или названы с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Часто ли у больных, страдающих хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом, развивается цирроз печени? Какой морфологический и какой морфогенетический вид цирроза печени обычно развивается в исходе алкогольного гепатита?
Э	-	Частота развития цирроза печени у лиц с хронической алкогольной интоксикацией не высокая, около 7%, у больных алкоголизмом несколько выше 17%. При злоупотреблении алкоголем развивается мелкоузловой портальный цирроз печени, затем возможна его трансформация в мелко-крупноузловой.
P2	-	Ответ правильный, полный. Частота развития цирроза печени у больных, страдающих хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом, названа правильно. Морфологический и морфогенетический виды цирроза печени названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Частота развития цирроза печени у больных с хронической алкогольной интоксикацией названа не точно. Морфологический и морфогенетический вид цирроза печени названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Укажите морфологические изменения, позволяющие диагностировать цирроз печени в биопсийном материале.
Э	-	Для диагностики цирроза необходимо наличие обязательных морфологических признаков цирроза: альтерации гепатоцитов (дистрофии, некроза), признаков извращенной регенерации, диффузного разрастания фиброзной ткани, структурной перестройки печени.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения, позволяющие диагностировать цирроз печени в биопсийном материале, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения, позволяющие диагностировать цирроз печени в биопсийном материале, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите основные внепеченочные изменения, развивающиеся при циррозе печени.
Э	-	При циррозе развиваются многочисленные внепеченочные изменения, в первую очередь, связанные с портальной гипертензией. Это варикозное расширение вен кардиального отдела желудка и пищевода, возможно с разрывом их стенок, спленомегалия, асцит, склероз стенки воротной вены, возможно с тромбозом. Также проявления хронической печеночной недостаточности, такие как геморрагический синдром, снижение белкового синтеза, признаки интоксикации с дистрофическими

		изменениями паренхиматозных органов, нервных клеток головного мозга, возможен печеночный гломерулосклероз и другие изменения.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные внепеченочные изменения, развивающиеся при циррозе печени, названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные внепеченочные изменения, развивающиеся при циррозе печени, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>35</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент Н. 42-х лет в прошлом перенес тяжелую форму вирусного гепатита. В течение нескольких лет чувствовал себя удовлетворительно, находился под наблюдением врачей, получал адекватное лечение. Несмотря на это при очередном обследовании установлен диагноз цирроза печени.</p> <p>Настоящая госпитализация связана с нарастающими проявлениями хронической печеночной недостаточности. Назначено интенсивное лечение, однако значительного улучшения состояния не наступило. Течение заболевания отличалось резистентностью к проводимой терапии. Пациент погиб от проявлений хронической печеночной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии обращали на себя внимание изменения печени. Она уменьшена в размерах, плотная, серого цвета, поверхность крупнобугристая, на разрезе дольчатого вида (размер узлов до 3 см в диаметре). Кроме этого найдена нерезко выраженная спленомегалия и другие изменения. Гистологическое исследование секционного материала подтвердило клинический диагноз цирроза печени.</p>
В	1	Назовите вид цирроза печени, найденный на вскрытии, который выделяется по морфологическим особенностям. Укажите морфогенетический вид цирроза печени у данного умершего.
Э	-	У умершего по морфологическим особенностям макронодулярный цирроз печени. По морфогенезу у него постнекротический цирроз печени.
P2	-	Ответ правильный. Вид цирроза, выделяемый по

		морфологическим особенностям, назван правильно, Морфогенетический вид цирроза назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Вид цирроз печени, выделяемый по морфологическим особенностям, назван не точно. Морфогенетический вид цирроза печени назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопические особенности такого цирроза печени.
Э	-	При микроскопическом исследовании имеются признаки, характерные для макронодулярного постнекротического цирроза печени: ложные дольки крупные мультилобулярного строения, образованные как узлы - регенераты, соединительнотканые септы широкие, имеется сближение триад и междольковых вен.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические особенности цирроза печени описаны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические особенности цирроза печени описаны не полно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	В чем суть структурной перестройки печени при таком циррозе?
Э	-	Структурная перестройка касается перестройки дольковой структуры печени, исчезновение нормальных печеночных долек, появление ложных, в том числе узлов-регенератов, перестройки опорных соединительнотканых структур, кровеносных сосудов, желчевыносящей системы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Суть структурной перестройки печени при таком циррозе изложена правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Суть структурной перестройки печени при таком циррозе изложена частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	В исходе, какой клинико-морфологической формы вирусного гепатита, развился данный цирроз? В исходе, какой еще патологии печени возможно развитие аналогичного морфогенетического вида цирроза?
Э	-	Цирроз печени у больного, описанного в задаче, развился после перенесенной фульминантной (некротической) формы вирусного гепатита. Возможно также развитие постнекротического цирроза печени в исходе массивного прогрессирующего некроза печени (токсическая дистрофия печени), которая возникает от действия разных этиологических факторов, например от действия токсических веществ, инфекционных агентов, в исходе перенесенных поздних токсикозов беременности и других.
P2	-	Ответ правильный, полный. Клинико-морфологическая форма вирусного гепатита, в исходе которой развился данный цирроз, названа правильно. Другие заболевания (другая патология), в исходе которых развивается аналогичного морфогенетического вида цирроз, перечислены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма вирусного гепатита, в исходе которой развился данный цирроз, названа правильно. Другие заболевания (другая патология), в

		исходе которых развивается аналогичного морфогенетического вида цирроз, перечислены частично правильно или перечислены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Какое ведущее проявление должно доминировать при декомпенсации такого цирроза?
Э	-	Ведущее проявление, доминирующее при постнекротическом циррозе печени в стадии декомпенсации, хроническая печеночная недостаточность.
P2	-	Ответ правильный, полный. Ведущее проявление, доминирующее при постнекротическом циррозе печени в стадии декомпенсации, названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Ведущее проявление, доминирующее при постнекротическом циррозе печени в стадии декомпенсации, названо не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>36</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний
Ф	C/04.8	Контроль качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений по материалам прижизненных патологоанатомических исследований и патологоанатомических вскрытий.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приёмное отделение больницы экстренно доставлен мужчина 50-ти лет в состоянии алкогольного опьянения. Был обнаружен соседями на садовом участке без сознания. Заподозрено острое нарушение мозгового кровообращения или острое нарушение коронарного кровообращения. Однако проведенные МРТ головного мозга, электрокардиографическое исследование не подтвердили острую патологию ЦНС и сердца. Дальнейшее обследование провести не удалось в связи со смертельным исходом.</p> <p>На патологоанатомическое вскрытие труп направлен с заключительным клиническим диагнозом «кома III стадии неясной этиологии».</p> <p>На аутопсии обнаружены выраженные изменения печени, она уменьшена в размерах, плотная, мелкобугристая печень. Также варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, в полости желудка 900 мл жидкой крови, в просвете толстого кишечника на всём протяжении дёгтеобразные массы, в брюшной полости 500 мл прозрачной жидкости. В</p>

		патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания был выставлен цирроз печени.
В	1	Назовите вид цирроза печени, обнаруженный на вскрытии, исходя из морфологических особенностей. Какой это вид цирроза печени по морфогенезу?
Э	-	Исходя из морфологических особенностей, у умершего микронодулярный цирроз печени. По морфогенезу у него портальный цирроз печени.
P2	-	Ответ правильный, полный. Вид цирроза печени, обнаруженный на вскрытии, исходя из морфологических особенностей, назван правильно. Вид цирроза печени, выделяемый по морфогенезу, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Вид цирроза печени, обнаруженный на вскрытии, исходя из морфологических особенностей, назван не точно. Вид цирроза, выделяемый по морфогенезу, назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите гистологические (микроскопические) особенности такого цирроза печени.
Э	-	При таком циррозе ложные дольки мелкие, монолобулярного строения, соединительнотканые септы узкие, триады расформированы, имеется выраженная перестройка кровеносного русла, особенно портальной системы, также перестройка желчевыносящей системы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Гистологические (микроскопические) особенности такого цирроза описаны правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Гистологические (микроскопические) особенности такого цирроза описаны частично правильно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Почему у больного имело место варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка?
Э	-	У больного при портальном циррозе печени из-за диффузного склероза значительная площадь сосудистого русла редуцировалась, произошла выраженная перестройка кровеносных сосудов органа. Объем крови, проходящий через печень уменьшился, поэтому в системе воротной вены повысилось давление крови, часть крови, минуя печень, стала поступать в систему нижней полой вены по порто-кавальным анастомозам, последние переполнились кровью, расширились, стенка их истончилась.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка дано частично правильно или дано не точно.



P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Объясните скопление крови в полости желудка и просвете тонкого кишечника, а также скопление прозрачной жидкости в брюшной полости.
Э	-	Скопление крови в полости желудка и просвете кишечника развилось в результате разрыва истонченных стенок портокавальных анастомозов пищевода и кардиального отдела желудка. Скопление прозрачная жидкость в брюшной полости - это скопление отечной жидкости. Ее образование связано с венозным застоем в непарных органах брюшной полости, который развился по причине портальной гипертензии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение скопления крови в полости желудка и просвете тонкого кишечника, а также скопления прозрачной жидкости в брюшной полости дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение скопления крови в полости желудка и просвете тонкого кишечника, а также объяснение скопления прозрачной жидкости в брюшной полости дано частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Что вы можете сказать о расхождении клинического и патологоанатомического диагнозов в данном случае? Какова категория расхождения? Какова причина расхождения?
Э	-	В данном случае имеет место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию, которое относится к III категория расхождения, так как диагноз не был выставлен правильно по причине невозможности полного обследования больного в данном лечебном учреждении. Причина расхождения субъективная, невозможность постановки диагноза из-за кратковременного пребывания больного в данном лечебном учреждении.
P2	-	Ответ правильный, полный. В данном случае расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов определено правильно. Категория расхождения названа, верно. Причина расхождения выбрана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. В данном случае расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов определено правильно. Категория расхождения названа не точно. Причина расхождения выбрана неправильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>37</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о

		причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная В. 45-х лет находилась в отделении «искусственная почка» с целью проведения программного гемодиализа в связи с терминальной стадией хронической почечной недостаточностью. Известно, что многие годы лечилась, имея клинический диагноз хронический гломерулонефрит, в последние годы болезнь протекала с повышением артериального давления.</p> <p>Во время сеанса гемодиализа внезапно развился высокий подъем артериального давления (гипертонический криз), появились симптомы острого нарушения мозгового кровообращения с параличом половины тела.</p> <p>Экстренно переведена в реанимационное отделение, где начала проводиться соответствующая активная терапия. На 2-е сутки при нарастающем отёке головного мозга наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии заключительный клинический диагноз нашел подтверждение.</p>
В	1	Объясните в общих чертах патогенез гипертензии у больного с хроническим гломерулонефритом.
Э	-	При хроническом гломерулонефрите снижается объем циркулирующей крови, проходящий через почечные клубочки, с целью компенсации происходит усиленный выброс ренина с образованием гипертензина и повышение артериального давления.
P2	-	Ответ правильный. Объяснение патогенеза гипертензии у больного с хроническим гломерулонефритом в общих чертах дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза гипертензии у больного с хроническим гломерулонефритом дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какие изменения стенок кровеносных сосудов (артериол, артерий) имеются у больных с длительно текущей гипертензией и могут быть обнаружены в секционном материале?
Э	-	При длительной гипертензии (длительном стойком спазме) возникает нарушение базальных мембран артериол с повышением их проницаемости, постепенно развивается плазморрагия, волокнистые структуры стенок повреждаются (расщепление, фрагментация, деструкция), в исходе развивается гиалиноз, фиброз стенок артериол с сужением просвета. В стенках внутриорганных артерий разрушаются эластические волокна (расщепление, фрагментация), появляется фиброз (эластофиброз) с сужением просвета. В стенках крупных артерий (аорты и ее ветвей) развивается атеросклероз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменения стенок кровеносных сосудов (артерий, артериол) у больного с длительно текущей

		гипертензией названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Изменения стенок кровеносных сосудов (артерий, артериол) у больного с длительно текущей гипертензией названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Какие изменения стенок артериол развиваются во время внезапного высокого подъема артериального давления (гипертонического криза)?
Э	-	Во время внезапного высокого подъема артериального давления из-за резкого стойкого спазма артериол резко повышается проницаемость базальных мембран с плазморрагией, нарушается состояние волокнистых структур до развития фибриноидного некроза, могут формироваться микроаневризмы и их последующий разрыв.
P2	-	Ответ правильный, полный. Изменения стенок артериол, развивающиеся во время внезапного подъема артериального давления (гипертонического криза) названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Изменения стенок артериол, развивающиеся во время внезапного подъема артериального давления (гипертонического криза) названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какое острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) развилось во время гипертонического криза? Укажите наиболее вероятные морфологические изменения головного мозга, обнаруженные на патологоанатомическом вскрытии. Объясните механизм их развития.
Э	-	В головном мозге развилось острое нарушение мозгового кровообращения по гипертоническому типу (геморрагический инсульт). Вероятно, развилась внутримозговая гематома возможно также субарахноидальное кровоизлияние. Механизм кровоизлияния - разрыв стенки артериолы (разрыв микроаневризмы стенки артериолы).
P2	-	Ответ правильный, полный. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) установлено правильно. Морфологические изменения головного мозга названы правильно. Механизм кровоизлияния назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) установлено правильно. Морфологические изменения головного мозга названы не точно. Механизм кровоизлияния назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Опишите морфологические изменения почек, обнаруженные на вскрытии (макроскопический вид, микроскопические изменения). Как называются такие почки?
Э	-	У больного длительно текущая гипертоническая болезнь. На патологоанатомическом вскрытии почки одинакового вида,

		уменьшены в размерах, бледно-серого цвета, плотной консистенции, поверхность мелкобугристая (мелкозернистая). На разрезе рисунок органа стерт или отсутствует. Микроскопически почечные клубочки неравномерно атрофированы, в них гиалиноз, фиброз, часть клубочков может быть гипертрофирована. Почечные канальцы в состоянии атрофии, в строме разрастание соединительной ткани. В стенках артериол гиалиноз, фиброз, во внутриорганных артериях эластофиброз. Такие почки принято называть вторично-сморщенные почки.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические изменения почек, обнаруженные на вскрытии, описаны правильно, полно. Название таких почек дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические изменения почек, обнаруженные на вскрытии, описаны частично правильно или описаны не точно. Название таких почек дано правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>38</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В патологоанатомическое отделение больницы поступил труп молодой женщины. Известно, что пациентка была экстренно госпитализирована в лечебное учреждение в состоянии шока. Клинический диагноз врача машины скорой медицинской помощи нарушенная внематочная беременность. Диагноз при поступлении был подтвержден дежурным хирургом. Экстренно проведена операция удаление маточной трубы, переливание крови и кровезаменителей.</p> <p>Проведенная противошоковая терапия дала положительные результаты. Однако в послеоперационном периоде появились и стали нарастать признаки острой почечной недостаточности. Интенсивное лечение, в том числе с помощью гемодиализа, положительного эффекта не дало. Смерть наступила на 5-е сутки болезни от проявлений острой почечной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При исследовании секционного материала обнаружена тяжелая патология почек, морфологические изменения в почках соответствовали картине некротического нефроза.</p>
В	1	Перечислите стадии некротического нефроза. В какую стадию умерла больная?

Э	-	Выделяют начальную (шоковую) стадию, олигоанурическую стадию и стадию восстановления диуреза. Больная умерла в олигоанурическую стадию.
P2	-	Ответ правильный, полный. Стадии некротического нефроза перечислены правильно. Стадия, в которую умерла больная, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Стадии некротического нефроза названы не точно. Стадия, в которую умерла больная, названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите макроскопическую и микроскопическую картину почек, увиденную на вскрытии и при исследовании секционного материала.
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии фиброзная капсула почек отечная, снимается легко, почки немного увеличены в размерах, обращает на себя внимание вид органа на разрезе, корковый слой резко бледный (бледно-серый), в мозговом веществе темно-вишневые пирамиды. Микроскопически выявляется ишемия коркового слоя, коллапс сосудистых клубочков, в мозговом слое полнокровие, мелкие кровоизлияния, отек, некроз эпителия извитых канальцев почки, небольшие скопления лейкоцитов в строме в зонах некроза.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая и микроскопическая картина почек, увиденная на вскрытии и при исследовании секционного материала, описана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая и микроскопическая картина почек, увиденная на вскрытии и при исследовании секционного материала, описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Объясните патогенез некротических изменений почечных канальцев при геморрагическом шоке.
Э	-	При шоке развиваются тяжелые нарушения гемодинамики, катастрофически падает артериальное давление, развиваются тяжелые нарушения микроциркуляции, в почке происходит сброс крови по короткому шунту, минуя кору, Эпителиальные структуры, особенно проксимальных извитых отделов канальцев, находятся в состоянии ишемии, в них легко возникают тяжелые дистрофические и некротические изменения.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенез некротических изменений почечных канальцев при шоке изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез некротических изменений почечных канальцев при шоке изложен частично правильно или изложен не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае в качестве основного заболевания будет

		записана «нарушенная трубная беременность», в качестве осложнений основного заболевания «массивная острая кровопотеря, геморрагический шок, некротический нефроз, острая почечная недостаточность».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите другие исходы кроме летального, которые могут быть при некротическом нефрозе. Уточните главное условие, при котором может быть полная регенерация эпителия канальцев.
Э	-	При некротическом нефрозе кроме летального исхода может также быть выздоровление, как полное, так и с ущербом, с очаговым нефросклерозом. Главным условием полной регенерации эпителия почечных канальцев является сохранение целостности базальной мембраны канальцев.
P2	-	Ответ правильный, полный. Другие исходы кроме летального, которые могут быть при некротическом нефрозе, названы правильно. Главное условие полной регенерации эпителия почечных канальцев названо правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Другие исходы кроме летального, которые могут быть при некротическом нефрозе названы частично правильно. Главное условие полной регенерации эпителия почечных канальцев не названо.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>39</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной П. 36-ти лет с детства страдал сахарным диабетом I типа (ювенильным диабетом). В связи с этим заболеванием постоянно проводилась заместительная терапия инсулином, другие терапевтические мероприятия, которые позволили значительно продлить жизнь больному.</p> <p>Однако в финале болезни появились признаки, типичные для клинического синдрома Киммельстила-Уилсона. Постепенно стали нарастать симптомы нарушения функции почек, что потребовало перевода пациента на программный гемодиализ. Эффект от проводимого лечения был незначительный, временный.</p>

		Смерть наступила от хронической почечной недостаточности. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие. При проведении аутопсии и при гистологическом изучении секционного материала были обнаружены характерные для данного заболевания изменения поджелудочной железы, типичные изменения, соответствующие диабетической микроангиопатии, в том числе изменения соответствующие диабетической гломерулопатии.
В	1	Опишите макроскопический вид поджелудочной железы, увиденный на патологоанатомическом вскрытии.
Э	-	При длительно текущем сахарном диабете на патологоанатомическом вскрытии поджелудочная железа уменьшена в размерах и весе, на разрезе рисунок стерт, нет типичного мелко дольчатого вида, имеются прослойки белесоватой ткани (фиброзной) и прослойки ткани желтого цвета (жировой ткани).
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопический вид поджелудочной железы, увиденный на патологоанатомическом вскрытии, описан правильно.
P1	-	Отчет частично правильный. Макроскопический вид поджелудочной железы, увиденный на патологоанатомическом вскрытии, описан частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопическую картину поджелудочной железы в секционном материале.
Э	-	При микроскопическом исследовании обращает внимание уменьшение количества островков Лангерганса, многие из них уменьшены в размерах, часть напротив увеличена, есть фиброз, липоматоз поджелудочной железы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина поджелудочной железы в секционном материале описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина поджелудочной железы в секционном материале описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Что такое диабетическая микроангиопатия? Какие кровеносные сосуды и как поражаются при ней? В каких органах и тканях она больше выражена?
Э	-	Диабетическая микроангиопатия – это патология сосудов микроциркуляторного русла, развивающаяся при длительно текущем сахарном диабете. При ней поражаются главным образом артериолы и капилляры. В стенках этих сосудов развивается пролиферация клеточных элементов, затем фиброз, гиалиноз с сужением просвета. Диабетическая микроангиопатия в большей степени выражена в почках, сетчатке глаза, головном мозге, органах желудочно-кишечного тракта, коже и других органах.

P2	-	Ответ правильный, полный. Определение диабетической микроангиопатии дано правильно. Кровеносные сосуды и характер их изменений названы правильно. Органы, в которых микроангиопатия развивается в большей степени, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение диабетической микроангиопатии дано правильно. Кровеносные сосуды и характер их изменений названы частично правильно или названы не точно. Органы, в которых микроангиопатия развивается в большей степени, названы правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Что такое клинический синдром Киммельстила-Уильсона, какие симптомы он включает?
Э	-	Синдром Киммельстила-Уильсона – это клинический синдром, развивающийся при патологии почек, он включает гипертензию, высокую протеинурию, выраженные отеки.
P2	-	Ответ правильный, полный. Характеристика клинического синдрома Киммельстила-Уильсона дана правильно, симптомы, которые он включает, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Характеристика клинического синдрома Киммельстила-Уильсона дана правильно, симптомы, которые он включает, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Назовите микроскопические изменения почечных клубочков, характерные для диабетической гломерулопатии, которые развиваются в финале заболевания.
Э	-	В финале заболевания при диабетической гломерулопатии развивается фиброз, гиалиноз мезангия и капиллярных петель почечных клубочков, атрофия клубочков.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения почечных клубочков при диабетической микроангиопатии, которые развиваются в финале заболевания, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения почечных клубочков при диабетической гломерулопатии, которые развиваются в финале заболевания, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>40</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф		
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.



И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Ж. 67-ми лет, уже многие годы страдающий сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца (ИБС), общим ожирением, вынужден был обратиться к врачу в связи с сильной болью в правой стопе, которая возникла накануне.</p> <p>При осмотре хирургом кожа пальцев правой стопы багрово-синюшная, холодная на ощупь, пульсация артерий тыла стопы отсутствует. Больной госпитализирован в хирургическое отделение. В связи с начинающейся гангреной планировалась операция. Описанные изменения связывают с развитием диабетической макроангиопатии.</p> <p>Внезапно у больного развились сильные боли в области сердца, на проведенной ЭКГ признаки острой ишемии миокарда в области бассейна левой коронарной артерии. С подозрением на инфаркт миокарда переведен в реанимационное отделение. Несмотря на лечебные мероприятия, смерть наступила через 2 часа после начала болевого приступа. Труп умершего направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>При проведении аутопсии обнаружен тяжелый атеросклероз аорты, стенозирующий атеросклероз левой коронарной артерии, свежий тромб в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии, атеросклероз правой бедренной артерии. В миокарде левого желудочка сердца неравномерное кровенаполнение. Очагов ишемии, подтвержденных дополнительными методами исследования, обнаружить не удалось. В коже и мягких тканях правой стопы некротические изменения, выраженные нарушения кровообращения (полнокровие, кровоизлияния).</p>
В	1	Что такое диабетическая макроангиопатия? Какие крупные артерии могут поражаться при сахарном диабете в связи с ней?
Э	-	Так называемая диабетическая макроангиопатия касается поражения крупных артерий (аорты и ее ветвей) атеросклерозом. Поражается аорта, коронарные артерии, церебральные и прецеребральные, артерии нижних конечностей, мезентериальные, почечные и другие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение диабетической макроангиопатии дано правильно. Крупные артерии, поражаемые при макроангиопатии, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение диабетической макроангиопатии дано правильно. Крупные артерии, поражаемые при макроангиопатии, названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Объясните патогенез развития острых нарушений коронарного кровообращения у больного. Почему в секционном материале не обнаружена типичная морфологическая картина инфаркта миокарда?
Э	-	У больных с сахарным диабетом при атеросклерозе коронарных

		артерий в любой момент может развиваться острое нарушение коронарного кровообращения. У больного накануне уже имелись проявления гиперкоагуляции, поэтому в коронарных артериях мог образоваться тромб. Развилась острая коронарная недостаточность, острые ишемические повреждения миокарда, прекращение сердечной деятельности, асистолия. Учитывая, что с момента начала ишемии прошло очень мало времени, типичная морфологическая картины некроза сформироваться не успела, смерть наступила от внезапной остановки сердца (асистолии).
P2	-	Ответ правильный, полный. Патогенез острых нарушений коронарного кровообращения изложен правильно. Возможность наличия тромба в коронарной артерии обосновано правильно. Объяснение, почему в секционном материале не обнаружена типичная картина инфаркта миокарда, дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патогенез острых нарушений коронарного кровообращения изложен частично правильно. Объяснение, почему в секционном материале не обнаружена типичная картина инфаркта миокарда, дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните патогенез развития гангрены нижней конечности при диабетической макроангиопатии.
Э	-	У больного сахарный диабет, диабетическая макроангиопатия, в артериях нижней конечности выраженный атеросклероз. На атеросклеротической бляшке образовался тромб, закрывший просвет, поступление артериальной крови прекратилось, из-за острой ишемии развился некроз мягких тканей стопы по типу влажной гангрены.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза развития гангрены стопы при диабетической макроангиопатии дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза развития гангрены стопы при диабетической макроангиопатии дано частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	Согласно последним рекомендациям Министерства здравоохранения РФ в этих случаях в качестве основного заболевания следует записать «сахарный диабет 2-го типа, диабетическая макроангиопатия, внезапная коронарная смерть, стенозирующий атеросклероз с наличием свежего обтурирующего тромба левой коронарной артерии, диабетическая гангрена правой стопы, атеросклероз правой бедренной артерии».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	5	Какой тип сахарного диабета у больного? Объясните этиопатогенез этого типа сахарного диабета. Объясните в общих чертах патогенез развития атеросклероза при сахарном диабете.
Э	-	У больного сахарный диабет 2-го типа (диабет взрослых). В основе этиопатогенеза этого типа сахарного диабета лежит развитие относительной инсулиновой недостаточности. Выработка инсулина поджелудочной железой практически не изменена, но нет возможности усвоения глюкозы периферическими органами, часто в основе этого лежит прогрессирующая с возрастом утрата рецепторов инсулина, возможен и другой патогенез, с иммунными механизмами и другими более редкими механизмами. При сахарном диабете имеется один из факторов риска атеросклероза гипергликемия, сопряжено с ней возникают тяжелые нарушения жирового обмена, ускоренными темпами развивается атеросклероз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Тип сахарного диабета у больного, который описан в задаче, назван правильно. Этиопатогенез такого типа сахарного диабета изложен правильно. Патогенез атеросклероза при сахарном диабете в общих чертах изложен правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Тип сахарного диабета у больного, который описан в задаче, назван правильно. Этиопатогенез сахарного диабета такого типа изложен частично правильно. Патогенез атеросклероза при сахарном диабете изложен частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>41</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей, их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомического вскрытия с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Молодой мужчина, солдат контрактной службы, заболел остро. Начало заболевания отмечено невысокой лихорадкой, чувством дискомфорта в животе. Был однократный жидкий стул. Лечился самостоятельно. На пятый день болезни повышение температуры до 38,0°C, боли в нижней части живота, увеличение паховых лимфатических узлов, необильная мелкая розеолоподобная сыпь на коже туловища, боли в лучезапястных и голеностопных суставах. При поступлении в гарнизонный госпиталь синдром

		<p>раздражения брюшины отрицательный. В анализе крови лейкоцитоз, эозинофилия. Правильный диагноз долго не ставился, необходимого лечения не проводилось. В тяжелом состоянии доставлен в областную клиническую больницу</p> <p>При сборе эпиданамнеза выяснилось, что пациент употреблял в пищу салат из свежей капусты, который хранился у него в холодильнике трое суток. По результатам бактериологического и ПЦР исследования установлен иерсиниоз. Несмотря на проводимое лечение, состояние больного утяжелялось, развилась септическая форма иерсиниоза, от которой наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаруженные морфологические изменения соответствовали заключительному клиническому диагнозу.</p>
В	1	Укажите, в каких отделах кишечника развиваются наиболее выраженные патологические изменения при иерсиниозе. Опишите морфологические изменения в стенке кишечника при иерсиниозе.
Э	-	При иерсиниозе наиболее типично поражение слепой кишки, подвздошной кишки и аппендикулярного отростка (поражение в области илеоцекального угла). В кишечнике воспалительная клеточная инфильтрация слизистой оболочки, могут быть гранулемы, расстройства кровообращения, васкулиты и неглубокие плоские язвы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Отдел кишечника, наиболее поражаемый при иерсиниозе, назван правильно. Морфологические изменения в стенке кишки при иерсиниозе описаны правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Отдел кишечника, поражаемый при иерсиниозе, назван инее точно. Морфологические изменения в стенке кишки при иерсиниозе названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопическую картину изменений в лимфатических узлах при иерсиниозе.
Э	-	При иерсиниозе в лимфатических узлах появляются характерные гранулемы, могут быть неспецифические изменения (синус-гистиоцитоз, появление нейтрофильных лейкоцитов и другие).
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина изменений в лимфатических узлах при иерсиниозе описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина изменений в лимфатических узлах описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Какая патология во внутренних органах (печени, почках и других органов) должна быть у умершего в связи с гематогенным распространением микроорганизмов?
Э	-	При септической форме иерсиниоза имеется распространение

		инфекционного агента по крови с развитием гранулем в разных органах.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патология во внутренних органах, которая должна быть у умершего в связи с гематогенным распространением инфекции, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патология во внутренних органах, которая должна быть у умершего в связи с гематогенным распространением инфекции, названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Дайте морфологическое описание гранулем при иерсиниозе.
Э	-	При иерсиниозе гранулемы макрофагальные, небольшого размера, кроме макрофагов в составе гранулемы эпителиоидные клетки, гигантские многоядерные клетки Пирогова-Лангханса, лимфоциты. Гранулемы при иерсиниозе склонны к нагноению.
P2	-	Ответ правильный. Морфологическое описание гранулем при иерсиниозе дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологическое описание гранулем при иерсиниозе дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как следует оформлять протокол прижизненного патологоанатомического исследования в случаях обнаружения в биопсийном материале гранулем, например в лимфатических узлах? С какими заболеваниями можно рекомендовать клиницистам проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	В случаях обнаружения гранулем в биопсийном материале, например в лимфатических узлах, патологоанатом должен тщательно и подробно описать их морфологическую картину. Желательно предположительное высказывание в пользу ряда инфекционных или неинфекционных заболеваний, протекающих с формированием подобных гранулем. Однако окончательный диагноз заболевания возможен только путем обобщения морфологической информации с данными клинического обследования больного, выявлении у больного этиологического, например, инфекционного агента.
P2	-	Ответ правильный, полный. Оформление протокола прижизненного патологоанатомического исследования в случае обнаружения гранулем изложено правильно. Заболевания, с которыми можно рекомендовать проводить дифференциальный диагноз, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Оформление протокола прижизненного патологоанатомического исследования в случае обнаружения гранулем, изложено частично правильно. Заболевания, с которыми можно рекомендовать проводить дифференциальный диагноз, названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>42</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных

		органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомических вскрытий в соответствии с профилем учреждения.
Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти.
Ф	А/05.5	Обеспечение санитарно-противоэпидемического режима.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Н. 30 лет поступил в приемное отделение инфекционной больницы на второй день болезни в тяжелом состоянии. С жалобами на общую слабость, жидкий стул, сначала каловый, затем многократный водянистый, присоединившуюся повторную рвоту. Известно, что проживает совместно в одной комнате с соседом, недавно прибывшим из Индии, где тот переболел диареей без надлежащего медицинского наблюдения, без постановки диагноза.</p> <p>В объективном статусе температура тела 36,2<sup>0</sup>С, пульс ритмичный, слабого наполнения, тоны сердца глухие, артериальное давление 90 и 60 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, слегка болезнен в эпигастрии. Во время осмотра больного в приемном покое была повторная рвота, начались судороги верхних и нижних конечностей.</p> <p>Поставлен предварительный клинический диагноз холера. При последующем бактериологическом исследовании диагноз подтвердился. Проводилась активная борьба с обезвоживанием, назначены антибактериальные препараты. Однако стали нарастать симптому острой почечной недостаточности, от которой наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p>
В	1	Какие стадии холеры принято выделять? Какая стадия холеры у госпитализированного больного?
Э	-	Принято выделять холерный энтерит, холерный гастроэнтерит, алгидный период. У больного, который описан в задаче алгидный период холеры.
Р2	-	Ответ правильный, полный. Стадии холеры, которые принято выделять, названы правильно. Стадия холеры у больного, который описан в задаче, установлена правильно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Стадии холеры, которые принято выделять, названы не точно. Стадия холеры у больного, который описан в задаче, установлена правильно.
Р0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопические изменения тонкого кишечника в эту стадию.
Э	-	В тонком кишечнике, в слизистой оболочке на значительном протяжении, развиваются воспалительные изменения, картина серозно-геморрагического энтерита. Характерно слущивание (десквамация) покровного эпителия ворсинок, резкие нарушения

		кровообращения (полнокровие, отек), в собственной пластинке слабо выраженный лимфогистиоцитарный инфильтрат.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения тонкого кишечника в эту стадию холеры описаны правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения стенки тонкого кишечника в эту стадию холеры описаны частично правильно или описаны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Укажите патологию почек, которая развилась у больного. Дайте макроскопическое и микроскопическое описание изменений в почках при этой патологии.
Э	-	У больного развился некротический нефроз. При некротическом нефрозе фиброзная капсула отечная, снимается легко, почки немного увеличены в размерах, обращает на себя внимание вид на разрезе, корковый слой почки резко бледный, бледно-серый, в мозговом слое темно-красные пирамиды. При гистологическом исследовании имеется ишемия коркового слоя, полнокровие мозгового, отек стромы, могут быть кровоизлияния, дистрофия и некроз эпителия извитых канальцев (главных отделов нефрона), незначительные лейкоцитарные инфильтраты.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патология почек, которая развилась у больного, названа правильно. Макроскопическое и микроскопическое описание изменений в почках при этой патологии названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Патология почек, которая развилась у больного, названа правильно. Макроскопическое и микроскопическое описания изменений почек при этой патологии названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Укажите проявления патоморфоза холеры.
Э	-	В настоящее время произошла смена возбудителя, доминирует холерный вибрион Эль-Тор, холера протекает более легко, может быть бактерионосительство. Благодаря лечению частота смертельных исходов снижена, на вскрытии не обнаруживаются признаки обезвоживания, не наблюдается холерный тифоид. Смертельные исходы чаще наблюдаются у лиц, имеющих хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и других органов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Проявление патоморфоза холеры названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Проявления патоморфоза холеры названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Отметьте особенности проведения патологоанатомического вскрытия при карантинных (конвенционных) инфекциях или при подозрении на них.
Э	-	Холера относится к карантинным (конвенционным) инфекциям.

		Необходимо строгое соблюдение правил вскрытия. Вскрытие производится в комплекте спецодежды, выбирают метод раздельной эвисцерации или вскрытие органов без извлечения из трупа, вскрытие осуществляется без применения воды. Взятие материала для гистологического исследования и бактериологического исследования осуществляется по четкой схеме. После вскрытия производится обеззараживание защитной одежды, после вывоза трупа дезинфекция секционного зала.
P2	-	Ответ правильный, полный. Особенности проведения патологоанатомического вскрытия при карантинных (конвенционных) инфекциях изложены правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Особенности проведения патологоанатомического вскрытия при карантинных (конвенционных) инфекциях изложены частично правильно или изложены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>43</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Фельдшер машины скорой медицинской помощи был вызван к больной М. 18 лет. Имеются жалобы на сильную головную боль, озноб, рвоту, температура тела 39,9°C, была повторная рвота, не связанная с приемом пищи, не приносящая облегчения. Объективно состояние тяжелое, кожа бледная, чистая. Слизистая оболочка зева с небольшой гиперемией дужек, небные миндалины немного увеличены. В легких без изменений. Пульс 104 уд/мин, АД 140/70. Диурез в норме. От госпитализации в инфекционную больницу больная отказалась. Лечилась самостоятельно.</p> <p>Через сутки был вызван участковый врач, отметивший ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положительный. Из эпиданамнеза установлено, что больная была в тесном контакте с больным менингококковой инфекцией. Незамедлительно была госпитализирована в инфекционную больницу. Клинический диагноз менингококковый менингит.</p> <p>Однако, несмотря на активное лечение на 11-й день болезни резко усилились признаки отека головного мозга, наступил летальный исход. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии имели место выраженные морфологические изменения мягкой мозговой оболочки, характерные для этой</p>



		формы болезни, признаки отека и набухания головного мозга.
В	1	Опишите макроскопическую картину мягкой мозговой оболочки на вскрытии.
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии в этом случае имеются характерные изменения мягкой мозговой оболочки. Мягкая мозговая оболочка утолщена, мутная, непрозрачная, пропитана густой бело-желтой жидкостью, кровеносные сосуды полнокровны.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая картина мягкой мозговой оболочки описана правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая картина мягкой мозговой оболочки описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите микроскопическую картину мягкой мозговой оболочки в секционном материале.
Э	-	При микроскопическом исследовании мягкая мозговая оболочка утолщена, диффузно инфильтрирована клетками воспалительной природы с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов, может быть выпадение фибрина, резкое полнокровие, тромбы в просветах кровеносных сосудов, отек.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопическая картина мягкой мозговой оболочки, обнаруженная в секционном материале, описана правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопическая картина мягкой мозговой оболочки, обнаруженная в секционном материале, описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите макроскопическую и микроскопическую картину отека головного мозга.
Э	-	При отеке головной мозг увеличен в объеме, имеется след от вдавления, соответственно области затылочного отверстия, на миндалинах мозжечка, на разрезе ткань повышенной влажности, жидкая кровь в просвете мелких кровеносных сосудов. При микроскопическом исследовании полнокровие вен и капилляров, признаки периваскулярного, перицелюлярного отека, развитие «сетчатого» отека.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопическая и микроскопическая картина отека головного мозга описана правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопическая и микроскопическая картина отека головного мозга описана частично правильно или описана с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Как нужно формулировать патологоанатомический диагноз в данном случае.
Э	-	В данном случае основным заболеванием следует считать «менингококковый менингит, бактериологическое исследование

		№ __, дата __», осложнением основного заболевания «отек головного мозга».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Перечислите возможные непосредственные причины смерти больных менингококковой инфекцией.
Э	-	Непосредственные причины смерти при менингококковой инфекции: гнойный менингит, менингоэнцефалит, септическая форма (менингококкцемия), бактериальный шок, ДВС-синдром, реже другие.
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственные причины смерти больных менингококковой инфекцией названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственные причины смерти больных менингококковой инфекции названы частично правильно или перечислены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>44</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей и их частей при проведении патологоанатомического вскрытия
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти
Ф		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>К больному ребенку 3-х лет вызвана машина скорой медицинской помощи. По прибытии врача ребенок без сознания. По словам родственников, ребенок посещает детский сад, где несколько детей больны и находятся на амбулаторном лечении с диагнозом ОРВИ. Сутки назад у данного ребенка поднялась высокая температура тела (39,5°C), был вызван участковый педиатр, который диагностировал ОРВИ, назначил лечение.</p> <p>Учитывая крайне тяжелое состояние, пациент срочно госпитализирован в инфекционную больницу. При поступлении температура тела 40,0°C, сознание отсутствует, кожа влажная, цианотичная, на коже живота, груди, бедер и ягодиц геморрагическая сыпь и отдельные кровоизлияния разного размера неправильной формы. Имеется одышка, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения, тоны сердца глухие. Живот мягкий, безболезненный. Поставлен предварительный клинический диагноз менингококковой инфекции, начато активное лечение.</p>

		На второй день внезапное резкое катастрофическое падения артериального давления, которое не удалось стабилизировать никакими медикаментозными средствами, возникло подозрение на проявления острой надпочечниковой недостаточности, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.
В	1	Назовите форму менингококковой инфекции у умершего. Опишите морфологические изменения, которые должны быть в секционном материале при ней.
Э	-	У умершего септическая форма менингококковой инфекции (менингококкцемия). При этой форме изменения мягкой мозговой оболочки незначительные, часто это только нарушения кровообращения (полнокровие, отек). Доминируют расстройства кровообращения в различных органах и тканях (полнокровие, кровоизлияния), тяжелые дистрофические и некротические изменения почек, печени, миокарда.
P2	-	Ответ правильный, полный. Форма менингококковой инфекции у умершего названа правильно. Морфологические изменения, которые должны быть в секционном материале при ней, описаны правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Форма менингококковой инфекции умершего названа правильной. Морфологические изменения, которые должны быть в секционном материале названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Какие патологические изменения имелись в надпочечниках? Как по фамилии авторов называется развившийся в связи с этой патологией клинический синдром?
Э	-	В надпочечниках имелись двухсторонние кровоизлияния с некрозами. Развившийся при этом клинический синдром острой надпочечниковой недостаточности называется синдром Уотерхауса-Фридериксена.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологические изменения, имевшиеся в надпочечниках, названы правильно. Развившийся при этом клинический синдром назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологические изменения, имевшиеся в надпочечниках, названы правильно. Развившийся при этом клинический синдром назван не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите морфологическую картину мягкой мозговой оболочки, которую мог увидеть патологоанатом на вскрытии.
Э	-	Мягкая мозговая оболочка утолщена, непрозрачная, мутная, в ней имеются затеки густой бело-желтой, желтой, зеленой жидкости. Кровеносные сосуды резко полнокровны.
P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологическая картина мягкой мозговой оболочки, которую мог увидеть патологоанатом на вскрытии, описана правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологическая картина мягкой

		мозговой оболочки, которую мог увидеть патологоанатом на вскрытии, описана частично правильно или описана не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какие обязательные дополнительные исследования должен произвести патологоанатом при изучении секционного материала для подтверждения диагноза менингококковая инфекция?
Э	-	Патологоанатом должен провести бактериоскопическое исследование, взять мазки-отпечатки с мягкой мозговой оболочки, провести окраску по Грамму и при микроскопическом исследовании найти соответствующие бактерии. Также с целью бактериологического исследования стерильным инструментом в стерильную посуду забрать фрагменты мягкой мозговой оболочки и направить их в бактериологическую лабораторию.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обязательные дополнительные исследования, которые должен произвести патологоанатом при изучении секционного материала для подтверждения диагноза менингококковой инфекции, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обязательные дополнительные исследования, которые должен произвести патологоанатом при исследовании секционного материала для подтверждения диагноза менингококковой инфекции, названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Допустима ли отмена патологоанатомического вскрытия в данном случае? Обоснуйте ответ, укажите регламентирующие документы.
Э	-	Отмена вскрытия в данном случае не допустима. Отмена патологоанатомического вскрытия при инфекционных заболеваниях или подозрении на них запрещена приказами Министерства здравоохранения РФ.
P2	-	Ответ правильный, полный. Обоснование недопустимости отмены патологоанатомического вскрытия сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Обоснование недопустимости отмены патологоанатомического вскрытия сделано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>45</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У	-	<p>У молодого человека, имеющего сахарный диабет и страдающего пиелонефритом с частыми обострениями, при очередном обострении длительное время не удавалось достичь клинической и лабораторной ремиссии. Руководствуясь стандартами обследования пациентов с хронической патологией почек, проведено исследование мочи на ВК. Результат оказался положительным.</p> <p>Больной госпитализирован в специализированное лечебное учреждение, диагноз туберкулез левой почки подтвердился с помощью дополнительных исследований. Согласно показаниям и в связи с односторонним поражением, больному выполнена операция правосторонняя нефрэктомия.</p> <p>Операционный материал с клиническим диагнозом туберкулез правой почки направлен на прижизненное патологоанатомическое исследование. В патологоанатомическом отделении при морфологическом исследовании операционного материала обнаружена типичная картина туберкулеза, в корковом слое почки обнаружены многочисленные туберкулезные гранулемы, а также несколько полостей (каверн).</p>
В	1	Уточните клинико-морфологическую форму туберкулеза у больного (первичный, гематогенный, вторичный туберкулез). Каким путем микобактерии туберкулеза попадают в почку? В какой период заболевания это происходит?
Э	-	У больного гематогенный туберкулез. Микобактерия туберкулеза попадает в почку гематогенным путем, чаще это происходит в период первичного инфицирования.
P2	-	Ответ правильный, полный. Клинико-морфологическая форма туберкулеза у больного определена правильно. Путь проникновения микобактерии туберкулеза в почку назван правильно. Период заболевания, в который обычно проникает микобактерия туберкулеза в почку, назван правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма туберкулеза у больного определена правильно. Путь проникновения микобактерии туберкулеза в почку определен правильно. Период заболевания, в который обычно проникает микобактерия в почку, назван неправильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Опишите строение туберкулезной гранулемы.
Э	-	Туберкулезная гранулема имеет небольшой размер (около 2 мм), имеет строение эпителиодноклеточной гранулемы, кроме эпителиоидных клеток в ней содержатся гигантские многоядерные клетки Пирогова-Ланганса, лимфоциты. Типичен сухой (казеозный) некроз в центре гранулемы.
P2	-	Ответ правильный, полный. Описание строение туберкулезной гранулемы дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Описание строение туберкулезной гранулемы дано частично правильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	3	Что такое туберкулезная каверна? Как она образуется при туберкулезе почки?
Э	-	Туберкулезная каверна – это патологическая полость, образующаяся при туберкулезе. Она формируется на месте казеозного некроза при его расплавлении с помощью нейтрофильных лейкоцитов, это происходит в период обострения заболевания, когда образуется экссудат. Расплавленные массы некроза опорожняются в чашечки, лоханку почки.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение туберкулезной каверны дано правильно. Объяснение ее образования в почке изложено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение туберкулезной каверны дано правильно. Объяснение ее образования в почке дано частично правильно или дано с ошибками.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Перечислите органы, которые могут поражаться вслед за почкой при каналикулярном распространении микобактерии.
Э	-	При каналикулярном распространении микобактерии вслед за почкой в воспалительный процесс вовлекаются чашечки, почечная лоханка, мочеточник, мочевой пузырь. Инфекция может распространяться у мужчин на предстательную железу, у женщин на маточные трубы, матку.
P2	-	Ответ правильный, полный. Органы, которые могут поражаться вслед за почкой при каналикулярном распространении инфекции, названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Органы, которые могут поражаться вслед за почкой при каналикулярном распространении инфекции, названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Почему больному с туберкулёзом почки показано оперативное лечение?
Э	-	Консервативные методы в данном случае эффекта излечения дать не могут. При туберкулезе поражение почек обычно одностороннее, поэтому возможна нефрэктомия, которая радикально излечивает больных от туберкулеза.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение выбора операционного лечения при туберкулезе почки дано правильно, выбор лечения обоснован.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение выбора оперативного лечения при туберкулезе почки дано частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>46</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.

Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
Ф	С/04.8	Контроль качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений по материалам прижизненных патологоанатомических исследований и патологоанатомических вскрытий.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На патологоанатомическое вскрытие поступил труп женщины 24-х лет с диагнозом «ВИЧ-инфекция стадия 4В (СПИД) (иммуноблот + № __, дата __, иммунный статус (дата), CD4 __, CD8 __, CD4/CD8 __, хронический вирусный гепатит В (вирусологическое исследование __ метод, результат, дата, выраженная степень активности)». Из истории болезни известно, что пациентка вела асоциальный образ жизни, внутривенно употребляла наркотические препараты, диагноз наркомании подтвержден документально.</p> <p>При проведении патологоанатомического вскрытия и при микроскопическом исследовании секционного материала обнаружены разноплановые патологические изменения, соответствующие клиническому диагнозу, морфологические изменения в печени соответствовали хроническому активному гепатиту. Кроме этого найдены множественные очень мелкие милиарные очаги в легких, печени почках, селезенке, большом сальнике, брюшине.</p> <p>В предварительном патологоанатомическом диагнозе их квалифицировали как проявление гематогенного туберкулеза. Назначены дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза туберкулеза.</p>
В	1	Дайте определение гематогенного туберкулеза как клинико-морфологической формы туберкулеза. Укажите основные клинико-морфологические черты гематогенного туберкулеза.
Э	-	Гематогенный туберкулез – это клинико-морфологическая форма туберкулеза, развивающаяся спустя некоторое время после первичного инфицирования и характеризующаяся рядом особенностей. Особенности гематогенного туберкулеза: развивается на фоне значительного иммунитета, выраженная склонность к гематогенной генерализации возбудителя, доминирует реакция гиперчувствительности замедленного типа, преобладает продуктивная воспалительная реакция, имеются компоненты зажившего первичного туберкулезного комплекса, характеризуется клинико-морфологическим полиморфизмом.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение гематогенного туберкулеза как клинико-морфологической формы туберкулеза дано правильно. Основные клинико-морфологические черты гематогенного туберкулеза названы правильно, перечислены полностью.

P1	-	Ответ частично правильный. Определение гематогенного туберкулеза как клинико-морфологической формы туберкулеза дано правильно. Основные клинико-морфологические черты гематогенного туберкулеза перечислены частично правильно или перечислены не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Опишите макроскопический вид милиарных очагов в разных органах при туберкулезе. Каковы особенности морфологической картины этих очагов при ВИЧ-инфекции?
Э	-	Милиарные очаги (бугорки) при туберкулезе небольшого размера (размер зерна проса) белого, бело-серого цвета. При ВИЧ-инфекции они могут быть очень небольшого размера (субмилиарные), макроскопически отчетливо не видны у секционного стола, обнаруживаются только при микроскопическом исследовании материала патологоанатомического вскрытия. В этих очагах часто нет картины типичных туберкулезных гранулем, а имеются и даже преобладают скопления нейтрофильных лейкоцитов.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопический вид милиарных очагов в разных органах при туберкулезе описан правильно. Особенности морфологической картины этих очагов при ВИЧ-инфекции названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопический вид милиарных очагов в разных органах при туберкулезе описан правильно. Особенности морфологической картины этих очагов при ВИЧ-инфекции названы частично правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Назовите морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции.
Э	-	При ВИЧ-инфекции патологическая анатомия туберкулеза имеет целый ряд особенностей. Характерно преобладание альтеративно-экссудативных проявлений, часто гнойно-некротических, минимальное проявление продуктивного компонента, отсутствие формирования типичных туберкулезных гранулем. Часто наблюдаются генерализованные милиарные и крупноочаговые формы с поражением легких. В легких развивается тяжелая казеозная пневмония, формируются острых каверны. При милиарной генерализации очаги небольшого размера (субмилиарные), могут выявляться только при микроскопии. Часто гематогенная диссеминация вне легких, с поражением почек, печени, селезенки, кишечника, брюшины, других органов. Может быть поражение кишечника тонкого, толстого, поражение желудка с формированием язв. Встречается туберкулезный менингоэнцефалит с гнойным экссудатом в мягкой мозговой оболочке, в веществе головного мозга патологические очаги с гнойным экссудатом. Возможно поражение лимфатических узлов разных локализаций (внутригрудных, мезентериальных) с их значительным увеличением, нагноением, образованием каверн, свищей.



P2	-	Ответ правильный, полный. Морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Какими дополнительными методами следует воспользоваться для выявления микобактерий туберкулёза в секционном материале?
Э	-	Рекомендуется использование окраски гистологических препаратов по Цилю-Нильсену, а также использование цитологических методов, иммуногистохимических, молекулярно-генетических (ПЦР-реакции).
P2	-	Ответ правильный, полный. Дополнительные методы, которыми следует воспользоваться для выявления микобактерии туберкулеза в секционном материале, названы правильно, полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Дополнительные методы, которыми следует воспользоваться для выявления микобактерии туберкулеза в секционном материале, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Каковы особенности формулировки диагноза при ВИЧ-инфекции, какое место в патологоанатомическом диагнозе должен занять туберкулез, какое место вирусный гепатит? Имеет ли место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов в данном случае?
Э	-	В данном случае диагноз должен быть сформулирован как комбинированное основное заболевание. «ВИЧ-инфекция» является основным заболеванием. «Милиарный туберкулез легких, печени, селезенки, большого сальника, брюшины» следует вписать в специальную подрубрику основного заболевания - вторичные заболевания (СПИД-ассоциированные заболевания). В качестве фонового заболевания записывается «наркомания». Сопутствующим заболеванием является «хронический вирусный гепатит В». В данном случае имеется расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по вторичному заболеванию, при жизни больной не был диагностирован генерализованный милиарный туберкулез.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно. Место туберкулеза в качестве осложнения основного заболевания определено правильно. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по осложнению основного заболевания определено правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно. Место туберкулеза в качестве осложнения основного заболевания определено

		правильно. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов установлено неправильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>47</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти
Ф	C/04.8	Контроль качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений по материалам прижизненных патологоанатомических исследований и патологоанатомических вскрытий.
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На патологоанатомическое вскрытие поступил труп мужчины 62-х лет, умершего во время проведения хирургической операции, пульмонэктомии справа.</p> <p>Оперативное лечение проводилось в связи с фиброзно-кавернозным туберкулезом правого легкого в стадии регресса. Во время операции произошло ранение верхней легочной вены корня правого легкого, смерть наступила от массивной кровопотери. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии в верхушке правого легкого обнаружена хроническая каверна диаметром 3 см, пневмосклероз, бронхэктазы, фиброзные спайки плевральной полости. В стенке верхней легочной вены корня правого легкого дефект в виде продольного разрыва, скопление около 1,0 литра жидкой крови в правой плевральной полости. При микроскопическом исследовании секционного материала обнаружены патологические изменения, соответствующие ДВС-синдрому.</p> <p>Данный случай патологоанатом расценил как ятрогенную патологию. Массивное кровотечение с развитием ДВС-синдрома явилось непосредственной причиной смерти, связанной с ошибкой хирургического вмешательства, ранением верхней легочной вены корня правого легкого.</p>
В	1	Какая это клинико-морфологическая форма туберкулеза (первичный, гематогенный, вторичный туберкулез)?
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии у умершего выявлен вторичный туберкулез.
P2	-	Ответ правильный. Клинико-морфологическая форма туберкулеза, выявленная на патологоанатомическом вскрытии, названа правильно
P1	-	Ответ частично правильный. Клинико-морфологическая форма

		туберкулеза, выявленная на патологоанатомическом вскрытии, названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Что такое туберкулезная каверна? Как она образуется при туберкулезе легких? Опишите строение стенки хронической каверны.
Э	-	Туберкулезная каверна – это патологическая полость, образующаяся при туберкулезе. Она формируется на месте казеозного некроза при его расплавлении нейтрофильными лейкоцитами в период обострения, при наличии экссудата. Расплавленные массы некроза опорожняются в просвет бронха, формируется полость. Стенка хронической каверны представлена наружным слоем из фиброзной ткани, имеется слой грануляционной ткани, внутри может быть слой некротических масс, пропитанных лейкоцитами.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение туберкулезной каверны дано правильно. Объяснение ее образование при туберкулезе легких дано правильно. Описание строения стенки хронической каверны дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение туберкулезной каверны дано правильно. Объяснение ее образование при туберкулезе легких дано частично правильно или дано с ошибками. Описание строения стенки хронической каверны дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Чем опасно наличие каверны в легком в плане прогрессирования заболевания? Назовите возможные местные осложнения, связанные с наличием каверны в легком. Обоснуйте необходимость оперативного вмешательства в данном случае.
Э	-	Каверна в легком сообщается с бронхом, может быть бронхогенное распространение инфекции с вовлечением в воспалительный процесс нижележащих отделов легкого и прогрессированием заболевания. При туберкулезной каверне могут развиваться тяжелые осложнения, такие как кровотечение из аррозированного кровеносного сосуда стенки каверны, при локализации каверны субплеврально пневмоторакс, туберкулезный плеврит. Консервативное лечение эффекта выздоровления дать не может, поэтому в данном случае показано оперативное вмешательство.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение опасности прогрессирования заболевания при наличии каверны в легком дано правильно. Возможные осложнения при туберкулезной каверне в легком названы правильно, полно. Обоснование необходимости оперативного лечения дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение опасности прогрессирования заболевания при наличии каверны в легком дано частично правильно. Возможные осложнения при туберкулезной каверне в легком названы частично правильно. Обоснование необходимости оперативного вмешательства дано

		правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Дайте определение ятрогенной патологии. Какая ятрогенная патология должна выставляться в диагнозе в качестве основного заболевания?
Э	-	Ятрогенная патология – это любое новое побочное заболевание, вызванное действием врачебного персонала. В качестве основного заболевания ятрогения выставляется в том случае, если она послужила причиной смерти больного.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение ятрогении дано правильно. Ятрогенная патология, которая выставляется в диагнозе в качестве основного заболевания, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение ятрогенной патологии названо частично правильно. Ятрогенная патология, которая выставляется в диагнозе в качестве основного заболевания, названа не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Сформулируйте патологоанатомический диагноз в данном случае. Что будет являться основным заболеванием, что осложнениями основного заболевания? Укажите категорию ятрогении в данном случае.
Э	-	В данном случае диагноз должен быть сформулирован как комбинированное основное заболевание. В качестве основного заболевания под цифрой 1 следует выставить «ранение верхней легочной вены во время операции резекции легкого», под цифрой 2 «фиброзно-кавернозный туберкулез с хронической каверной верхушки правого легкого в стадии регресса». В качестве осложнений основного заболевания записывается «массивная кровопотеря, ДВС-синдром». В данном случае ятрогения III категории. Она является основной причиной смерти больного, в патологоанатомическом диагнозе должна быть записана на первом месте.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз сформулирован правильно, основное заболевание определено как комбинированное правильно. Расстановка под цифрами 1 и 2 заболеваний сделана правильно, под цифрой 1 записано ятрогенная патология правильно. Категория ятрогении установлена правильно, обоснование этого решения сделано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован частично правильно. Основное заболевание определено как комбинированное правильно, основная причина смерти под цифрой 1 сформулировано не точно. Категория ятрогенной патологии установлено правильно, обоснование этого решения не сделано.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>48</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного

		(операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	С/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>У больного К. 62-х лет длительно текущий фиброзно-кавернозный туберкулез легких с поражением правого и левого легкого. Заболевание началось много лет назад. Несмотря на лечебные мероприятия значительного эффекта от лечения не наблюдалось, удавалось добиваться только состояния ремиссии. Ситуацияотягощена тем, что больной страдает также сахарным диабетом. Много лет постоянно находился под наблюдением фтизиатров и эндокринологов, получал адекватную терапию.</p> <p>В настоящее время нарастают симптомы хронической сердечно-легочной недостаточности, в связи с этим больной госпитализирован в лечебное учреждение.</p> <p>Назначена терапия для поддержания сердечной деятельности, мероприятия по борьбе с дыхательной недостаточностью, однако значительной положительной динамики от лечения не наблюдалось, наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии диагноз фиброзно-кавернозного туберкулеза легких нашел подтверждение.</p>
В	1	Назовите основные морфологические изменения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, которые можно обнаружить при проведении аутопсии.
Э	-	В материалах аутопсии при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких обнаруживается асимметрия поражения с преимущественными изменениями одного легкого, чаще правого, наиболее ранние и более старые изменения локализуются в верхушке правого легкого, более поздние и более свежие в нижней части, поражение противоположного легкого возможно в меньшей степени. Типично наличие хронической туберкулезной каверны с фиброзными стенками, могут быть и свежие каверны, пневмосклероз, воспалительные изменения стенок бронхов разного калибра, бронхоэктазы, эмфизема. В нижних отделах легкого пневмонические очаги с казеозным некрозом.
P2	-	Ответ правильный, полный. Основные морфологические изменения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, которые можно обнаружить на аутопсии, названы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Основные морфологические изменения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, которые можно обнаружить на аутопсии, названы частично

		правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Какой отдел сердца и как наиболее поражен при такой форме туберкулеза? Объясните патогенез морфологических изменений в сердце и патогенез хронической сердечно-легочной недостаточности в данном случае.
Э	-	При такой форме туберкулеза в случае распространенного поражения легких и наличия пневмосклероза развивается гипертрофия правых отделов сердца, особенно правого желудочка. Гипертрофия правых отделов сердца является рабочей (компенсаторной). Миокарду этих отделов приходится сокращаться с повышенной силой, так как нужно преодолевать повышенное сопротивление крови в малом круге кровообращения, где развилась вторичная легочная гипертензия из-за редукции кровеносного русла при пневмосклерозе. После длительного периода компенсации неизбежно развивается декомпенсация гипертрофированного сердца, так все ресурсы компенсации исчерпаны, появляются проявления хронической правожелудочковой недостаточности.
P2	-	Ответ правильный, полный. Отдел сердца, поражаемый при такой форме туберкулеза, назван правильно. Патологические изменения в нем названы правильно. Объяснение патогенеза морфологических изменений в сердце и патогенеза хронической сердечной недостаточности, дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Отдел сердца, поражаемый при такой форме туберкулеза, назван правильно, патологические изменения в нем названы правильно. Объяснение патогенеза морфологических изменений в сердце и патогенеза хронической сердечной недостаточности дано частично правильно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Назовите патологию, развивающуюся в органах большого круга кровообращения при хронической сердечной недостаточности. Дайте названия патологических изменений в органах и тканях большого круга кровообращения, используя общепринятые термины для их обозначения.
Э	-	В органах большого круга кровообращения будут проявления хронического венозного застоя. Можно видеть мускатную печень, цианотическую индурацию селезенки и почек, анасарку, асцит, гидроторакс, гидроперикардиум, цианоз кожных покровов, особенно акроцианоз, развития язв в коже и мягких тканях нижних конечностей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Патология в органах большого круга кровообращения, развивающиеся при хронической сердечной недостаточности, названа правильно. Общепринятые термины для обозначения этих изменений использованы правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патология в органах большого круга кровообращения, развивающаяся при хронической

		сердечной недостаточности, названа правильно. Общепринятые термины для их обозначения их изменений использованы частично правильно или даны не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Назовите возможные непосредственные причины смерти при вторичном туберкулезе. Какова непосредственная причина смерти больного, который описан в задаче.
Э	-	При вторичном туберкулезе больные умирают от хронической легочно-сердечной недостаточности, вторичного амилоидоза с развитием хронической почечной недостаточности, осложнений, связанных с хронической каверной, чаще кровотечением, осложнениями, связанными с оперативным лечением, от прогрессирования туберкулезного процесса, возможна смерть при присоединении вторичной инфекции. Больной, который описан в задаче, умер от хронической легочно-сердечной недостаточности.
P2	-	Ответ правильный, полный. Непосредственные причины смерти при вторичном туберкулезе названы правильно, перечислены полностью. Непосредственная причина смерти больного, который описан в задаче, названа правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Непосредственные причины смерти при вторичном туберкулезе названы частично правильно или названы не точно. Непосредственная причина смерти больного, который описан в задаче, названа правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Сформулируйте патологоанатомический диагноз в данном случае.
Э	-	В данном случае «фиброзно-кавернозный туберкулез легких, хронические каверны правого легкого, диффузный пневмосклероз, бронхоэктазы, эмфизема» является основным заболеванием, осложнением основного заболевания будет «гипертрофия правых отделов сердца, хроническая легочно-сердечная недостаточность, хронический венозный застой в органах большого круга кровообращения».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз в данном случае сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	<b>49</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти
...		

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В отделение гнойной хирургии госпитализирован больной Н. 69 лет с обширной флегмоной мягких тканей бедра, развившейся на месте травмы. Ситуация отягощена тем, что у пациента длительного течения декомпенсированный сахарный диабет. Проведено необходимое хирургическое вмешательство (вскрытие флегмоны, дренирование очага воспаления), назначена активная антибактериальная терапия.</p> <p>Однако состояние больного ухудшалось, увеличились паховые лимфатические узлы, выраженная лихорадка, тяжелые признаки интоксикации, появились признаки острой почечной и печеночной недостаточности, проявление сердечно-сосудистой недостаточности. Рентгенологически в легких обнаружены множественные затемнения округлой формы. Взята кровь на посев, показавший положительный результат. В клинический диагноз выставлен сепсис. При проявлениях полиорганной недостаточности наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии заключительный клинический диагноз сепсиса подтвердился, обнаружены множественные абсцессы в легких, почках, печени, септическая селезенка, другие изменения, соответствующие диагнозу сепсис.</p>
В	1	Какая клинико-морфологическая форма сепсиса у умершего? Дайте определение этой формы сепсиса.
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии у умершего обнаружена септикопиемия. Септикопиемия – это клинико-морфологическая форма сепсиса, при которой ведущими являются гнойные процессы в воротах инфекции, бактериальная эмболия с образованием метастатических гнойников в разных органах.
Р2	-	Ответ правильный. Клинико-анатомическая форма сепсиса определена правильно. Определение этой формы сепсиса дано правильно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Клинико-анатомическая форма сепсиса определена правильно. Определение этой формы сепсиса дано не точно.
Р0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Что в данном случае следует считать септическим очагом? Дайте определение септического очага.
Э	-	В данном случае септическим очагом следует считать флегмону мягких тканей бедра. Септический очаг – это место размножения инфекта с его генерализацией, чаще с формированием первого очага воспаления, при септикопиемии очага гнойного воспаления.
Р2	-	Ответ правильный. Септический очаг в данном случае установлен правильно. Определение септического очага дано правильно.
Р1	-	Ответ частично правильный. Септический очаг в данном случае установлен правильно. Определение септического очага дано не



		точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните, почему увеличились паховые лимфатические узлы? Объясните патогенез развития множественных абсцессов в легких, почках, печени.
Э	-	Увеличение паховых лимфатических узлов связано с развитием в них воспаления, видимо гнойного. Лимфаденит, как и септическим очаг, относится к местным изменениям при сепсисе, развивается при лимфогенном распространении инфекции. Множественные абсцессы в разных органах развились из-за гематогенного распространения инфекции, бактериальной эмболии.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение увеличения паховых лимфатических узлов дано правильно. Объяснение патогенеза множественных абсцессов в органах дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение увеличения лимфатических узлов паховой области дано частично правильно или не точно. Объяснение развития множественных абсцессов в органах дано правильно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Что такое септическая селезенка? Опишите ее внешний вид? Какие патологические изменения в ней развиваются?
Э	-	Септическая селезенка – это одно из типичных изменений при сепсисе, отражающих защитную реакцию кроветворной и иммунокомпетентной тканей на генерализованную инфекцию. Селезенка увеличена в размерах, красного цвета, дряблой консистенции, дает обильный соскоб. В селезенке развивается гиперплазия кроветворных и лимфоидных клеток.
P2	-	Ответ правильный, полный. Определение септической селезенки дано правильно. Описание ее внешнего вида дано правильно. Патологические изменения, развивающиеся в ней, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Определение септической селезенки дано не точно. Описание ее внешнего вида дано правильно. Патологические изменения, происходящие в ней, названы неправильно или не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?
Э	-	В данном случае основное заболевание может быть сформулировано как комбинированное. Под цифрой 1 можно записать «флегмона мягких тканей бедра, операция вскрытия флегмоны, дата ___», под цифрой 2 записать в качестве фонового заболевания «сахарный диабет 2-го типа, декомпенсированный (глюкоза крови ___), осложнением основного заболевания можно считать «септикопиемию».
P2	-	Ответ правильный, полный. Патологоанатомический диагноз

		сформулирован правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Патологоанатомический диагноз сформулирован не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	<b>50</b>
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получения данных о причинах смерти
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В больницу госпитализирован больной П. 46-х лет. Известно, что много лет имеет компенсированный ревматический порок сердца. В настоящее время жалобы на повышение температуры тела, резкую слабость.</p> <p>При поступлении заподозрено обострение ревматизма. Проведенные лабораторные, в том числе биохимические исследования, не подтвердили обострение ревматизма. Проведен дифференциальный диагноз с септическим эндокардитом. Несколько раз выполнено микробиологическое исследование крови, во всех случаях давшее положительный результат, высевался золотистый стафилококк.</p> <p>Начата интенсивная терапия, которая значительного эффекта не дала, лечение продолжалось в течение нескольких месяцев. В ходе развития заболевания присоединился гломерулонефрит с проявлением нефротического синдрома. Наступила смерть. Труп направлен на патологоанатомическое вскрытие.</p> <p>На аутопсии обнаружен тромбо-язвенный эндокардит аортального клапана, распространенные васкулиты, морфологическая картина гломерулонефрита, инфаркты почки, септическая селезенка.</p>
В	1	Какая клиничко-морфологическая форма сепсиса у умершего? Дайте определение этой формы сепсиса.
Э	-	На патологоанатомическом вскрытии у умершего обнаружен «септический эндокардит». Это клиничко-морфологическая форма сепсиса, при которой характерно септическое поражение клапанов сердца и выраженное иммунокомплексное повреждение сердечно-сосудистой системы и других органов.
P2	-	Ответ правильный. Клиничко-морфологическая форма сепсиса установлена правильно. Определение этой формы сепсиса дано правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Клиничко-морфологическая форма сепсиса установлена правильно. Определение этой форты

		сепсиса дано не точно или дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	2	Какие микроскопические изменения аортального клапана должны быть обнаружены при аутопсии.
Э	-	При микроскопическом исследовании в полулуниях аортального клапана очаги некроза с формированием язвенных дефектов, соответственно им тромботические наложения. Очаговые воспалительные клеточные инфильтраты, преимущественно круглоклеточные, сформированные из лимфоидных и макрофагального типа клеток, склероз.
P2	-	Ответ правильный, полный. Микроскопические изменения полулуний аортального клапана названы правильно, перечислены полностью.
P1	-	Ответ частично правильный. Микроскопические изменения полулуний аортального клапана названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Объясните патогенез васкулитов и патогенез гломерулонефрита у умершего. Назовите возможные морфологические формы гломерулонефрита у больных с такой формой сепсиса.
Э	-	Васкулиты при такой форме сепсиса развиваются как в связи с наличием в крови инфекционных агентов, а также как появление иммунокомплексного поражения. Развитие гломерулонефрита связано с циркулирующими иммунными комплексами (иммунокомплексный гломерулонефрит). При такой форме сепсиса возможно развитие разных вариантов мезангиального гломерулонефрита, возможен полулунный гломерулонефрит.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза васкулитов и патогенеза гломерулонефрита дано правильно. Морфологические формы гломерулонефрита при такой форме сепсиса названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза развития васкулитов и гломерулонефрита дано правильно. Морфологические формы гломерулонефрита при такой форме сепсиса названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Объясните патогенез инфарктов почки.
Э	-	Инфаркты в почках являются результатом тромбоэмболического синдрома. Источником тромбоэмболии мог быть аортальный клапан, причиной инфарктов почки могли быть также тромбы, образованные из-за наличия воспаления стенок артерий большого круга кровообращения, почечной артерии и ее ветвей.
P2	-	Ответ правильный, полный. Объяснение патогенеза инфаркта почки дано правильно, полно.
P1	-	Ответ частично правильный. Объяснение патогенеза инфаркта почки дано не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	5	Опишите типичные макроскопические изменения селезенки при сепсисе. Какие микроскопические изменения в ней при этом происходят?
Э	-	При такой форме сепсиса типично развитие септической селезенки. Селезенка увеличена в размерах, красного цвета, дряблой консистенции, дает обильный соскоб. Эти изменения связаны с гиперплазией кроветворной и лимфоидной ткани в ответ на генерализованную инфекцию.
P2	-	Ответ правильный, полный. Макроскопические изменения селезенки при сепсисе описаны правильно, полно. Микроскопические изменения, происходящие в ней, названы правильно.
P1	-	Ответ частично правильный. Макроскопические изменения селезенки при сепсисе, описаны правильно. Микроскопические изменения, происходящие в ней, названы частично правильно или названы не точно.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

### 5.1.3 Вопросы для Собеседование

Вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. Основы организации патологоанатомической службы. Основы организации работы патологоанатомического отделения (бюро).</p> <p>2. Общие принципы патологоанатомической диагностики, ее значение для клинической медицины. Исследование секционного, операционного, биопсийного материала.</p> <p>3. Учение о болезни и патологических процессах. Принципы построения патологоанатомического диагноза. Примеры оформления. Использование МКБ-Х.</p> <p>4. Правила оформления патологоанатомического вскрытия. Части протокола вскрытия. Оформление клинко-анатомического эпикриза. Сличение патологоанатомического и клинического диагнозов, выделение непосредственной причины смерти.</p> <p>5. Медицинское свидетельство о смерти. Основная и непосредственная причина смерти. Использование Международной классификации МКБ-Х. Примеры оформления при различных заболеваниях.</p> <p>6. Исследование секционного материала. Микроскопическое исследование. Дополнительные методы исследования (гистохимические, иммуногистохимические, бактериологические, электронномикроскопические, морфометрические и другие).</p> <p>7. Функциональная морфология и патология клетки. Внутриклеточные скопления. Гиалиновые изменения. Патология обызвестления.</p> <p>8. Повреждение и гибель клеток (некроз, апоптоз).</p> <p>9. Нарушения крово- и лимфообращения. Классификация. Морфологические проявления.</p> <p>10. ДВС-синдром. Этиология, патогенез, стадии. Морфологические изменения в органах.</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4</p>

11. Шок. Этиология, патогенез, стадии. Классификация. Морфологические изменения в органах и тканях.
12. Воспаление. Этиология, патогенез, морфогенез. Морфология острого и хронического воспаления.
13. Основы иммуноморфологии и иммунопатологии. Иммунодефициты. Аутоиммунные болезни. Амилоидоз.
14. Морфология регенерации и процессов адаптации. Гипертрофия, гиперплазия, метаплазия, дисплазия. Опухоли. Общие положения. Номенклатура и классификация. Доброкачественные, злокачественные, пограничные опухоли. Опухоли с местнодеструктурирующим ростом.
15. Опухоли. Общие положения. Номенклатура и классификация. Доброкачественные, злокачественные, пограничные опухоли. Опухоли с местнодеструктурирующим ростом.
16. Морфологическая характеристика новообразований мягких тканей. Классификация.
17. Морфологическая характеристика опухолей хрящевой и костной ткани. Классификация.
18. Новообразования кроветворной и лимфоидной ткани. Общие положения. Классификации. Морфологическая диагностика.
19. Морфологическая характеристика эпителиальных опухолей. Общие положения. Классификация. Морфология.
20. Опухоли и опухолеподобные процессы гортани. Патологическая анатомия. Возможности прижизненной диагностики.
21. Опухоли и предопухолевые процессы бронхов. Рак легких. Патологическая анатомия. Возможности диагностики по биопсийному материалу.
22. Опухоли желудка. Предрак и рак желудка. Патологическая анатомия. Морфологическая диагностика по биопсийному материалу.
23. Опухоли толстого кишечника. Предрак и рак кишечника. Патологическая анатомия. Морфологическая диагностика по биопсийному материалу.
24. Опухоли мочевого пузыря и мочевыводящих путей. Предрак и рак мочевого пузыря, классификации. Возможности прижизненной морфологической диагностики.
25. Опухоли почек. Классификация. Морфологическая диагностика.
26. Опухоли и опухолеподобные заболевания предстательной железы. Классификации. Морфологическая диагностика по операционному и биопсийному материалу.
27. Заболевания шейки матки. Предраковые заболевания и рак шейки матки. Классификации. Морфологическая диагностика.
28. Патологическая анатомия заболеваний тела матки. Предраковые заболевания и рак эндометрия. Морфологическая диагностика по биопсийному материалу.
29. Опухоли яичника. Международная классификация, принципы построения. Морфологическая диагностика наиболее частых опухолей.
30. Новообразования молочных желез. Предраковые

<p>заболевания и рак. Морфологическая диагностика.</p> <p>31. Заболевания щитовидной железы. Опухоли щитовидной железы. Морфологическая диагностика.</p> <p>32. Новообразования АПУД-системы. Возможности морфологической диагностики.</p> <p>33. Новообразования кожи. Морфологическая диагностика наиболее часто встречающихся эпителиальных опухолей кожи.</p> <p>34. Новообразования кожи. Морфологическая диагностика наиболее часто встречающихся мезенхимальных опухолей кожи.</p> <p>35. Невусы. Классификация. Морфологическая диагностика.</p> <p>36. Меланоцитарная дисплазия. Меланомы. Морфологическая диагностика.</p> <p>37. Новообразования нервной системы. Морфологическая диагностика опухолей периферической нервной системы.</p> <p>38. Новообразования головного мозга. Классификация. Морфологическая диагностика.</p> <p>39. Исследование секционного и биопсийного материала при инфекционной патологии. Особенности работы медицинского персонала при исследовании особо опасных инфекций.</p> <p>40. Бактериальные кишечные инфекции (дизентерия, холера, сальмонеллез, иерсиниоз). Патологическая анатомия.</p> <p>41. Вирусные и бактериальные инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем. Патологическая анатомия кори, дифтерии, скарлатины.</p> <p>42. Грипп. Патологическая анатомия различных клинко-морфологических форм. Причины смерти. Оформление патологоанатомической документации.</p> <p>43. Сепсис. Общая характеристика. Классификация. Патологическая анатомия различных клинко-морфологических форм. Оформление патологоанатомического диагноза. Патоморфоз сепсиса.</p> <p>44. ВИЧ-инфекция. Стадии. Патологическая анатомия. Причины смерти. Оформление патологоанатомической документации.</p> <p>45. Туберкулез. Классификация. Патологическая анатомия различных клинко-морфологических форм. Оформление патологоанатомического диагноза.</p> <p>46. Атеросклероз. Классификация. Клинико-морфологические формы. Патологическая анатомия изменений в кровеносных сосудах и в органах. Правила формулировки патологоанатомического диагноза и оформление свидетельства о смерти.</p>	
<p>47. Гипертоническая (гипертензивная) болезнь. Клинико-морфологические формы, стадии. Патологоанатомические изменения в кровеносных сосудах и органах. Оформление патологоанатомического диагноза и свидетельства о смерти.</p> <p>48. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Классификация. Патологическая анатомия различных форм. Диагностика по материалам вскрытия. Оформление медицинской документации согласно МКБ-Х.</p> <p>49. Инфаркт миокарда. Пато- и морфогенез. Патологоанатомическая диагностика по материалам вскрытия.</p>	

<p>Оформление патологоанатомического диагноза и свидетельства о смерти согласно МКБ-Х.</p> <p>50. Цереброваскулярные болезни. Классификация. Пато- и морфогенез острых нарушений мозгового кровообращения. Особенности оформления патологоанатомического диагноза и медицинского свидетельства о смерти.</p> <p>51. Ревматизм. Клинико-морфологические формы. Патологическая анатомия. Патоморфоз ревматизма. Оформление патологоанатомической документации.</p> <p>52. Приобретенные пороки сердца. Патологическая анатомия.</p> <p>53. Бактериальный (септический) эндокардит. Патологическая анатомия. Патоморфоз.</p> <p>54. Острые пневмонии. Этиология Классификация. Патологическая анатомия бронхопневмоний различной этиологии, сравнительная характеристика.</p> <p>55. Долевая (крупозная) пневмония. Этиология. Патологическая анатомия. Осложнения. Причины смерти.</p> <p>56. Острые межочечные пневмонии вирусной, микоплазменной и другой этиологии. Особенности морфологической картины.</p> <p>57. Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ). Классификация. Патологическая анатомия хронического бронхита и бронхоэктатической болезни.</p> <p>58. Хроническая обструктивная болезнь легких. Обструктивный бронхит и обструктивная эмфизема. Патологическая анатомия. Причины смерти.</p> <p>59. Интерстициальная болезнь легких. Патологическая анатомия стадий. Причины смерти.</p> <p>60. Хронический гастрит. Этиология, патогенез. Классификация. Морфология различных форм. Возможности диагностики в биопсийном материале.</p> <p>61. звенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия.</p> <p>62. Полипы желудка. Классификация. Морфология. Возможности диагностики в биопсийном материале.</p> <p>63. Острый и хронический аппендицит. Патологическая анатомия. Осложнения.</p> <p>64. Гепатозы. Этиология. Виды. Патологическая анатомия массивного прогрессирующего некроза печени. Причины смерти.</p> <p>65. Жировой гепатоз (стеатоз печени). Этиология. Морфологическая картина.</p>	
<p>66. Гепатиты. Этиология. Вирусные гепатиты. Классификация. Клинико-морфологические формы. Патологическая анатомия.</p> <p>67. Алкогольный гепатит. Формы. Патологическая анатомия. Исходы.</p> <p>68. Циррозы печени. Этиология. Классификация. Патологическая анатомия.</p> <p>69. Заболевания почек. Гломеруло- и тубулопатии. Классификации.</p> <p>70. Гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Морфология.</p> <p>71. Нефротический синдром. Современные классификации.</p>	

<p>Морфология.</p> <p>72. Алкогольная болезнь. Общие положения. Классификация. Морфологические изменения в органах и системах. Формулировка диагноза. Причины смерти.</p> <p>73. Ятрогенная патология. Классификация. Особенности оформления диагноза и свидетельства о смерти.</p> <p>74. Лекарственная ятрогения. Варианты неблагоприятных реакций на лекарственные препараты. Полипрогмазия. Особенности оформления патологоанатомического диагноза.</p> <p>75. Реанимационная патология. Осложнения. Болезнь оживленного организма. Патологическая анатомия. Особенности оформления диагноза.</p>	
---	--

### 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн но	удовлетворительн о	хорошо	отлично
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
<b>Характеристика</b>	Компетенция в полной мере не	Сформированно сть	Сформированно сть	Сформированно сть



Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
<b>сформированности компетенции</b>	сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
<b>Уровень сформированности компетенций</b>	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

1. Орлинская Наталья Юрьевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии
2. Сумина Татьяна Владимировна, к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии

Дата « » \_\_\_\_\_ 2023 г.