

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине: Патологическая анатомия
по специальности: 31.08.07 Патологическая анатомия

№ п / п	Контролируемые разделы (темы), модули дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Раздел 1. Общий курс патологической анатомии	УК-1-3 ПК-1-9	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; - общие вопросы организации медицинской помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной медицинской помощи; - правовые вопросы в деятельности врача-специалиста патологоанатома; - организацию службы неотложной медицинской помощи и интенсивной терапии; - противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; - формы и методы санитарно-просветительной работы; - этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз заболеваний (воспалительных, аллергических, метаболических, дегенеративных, опухолевых, токсических) внутренних органов; а также основных инфекционных заболеваний у пациентов различной половой принадлежности и различных возрастных групп, в том числе у детей, пожилых людей и у беременных женщин; - симптоматиологию заболеваний внутренних органов; - современную классификацию болезней и причин смерти; - правила оформления клинического диагноза; - диагностическую значимость и интерпретацию результатов патологоанатомических методов исследования, дополнительных методов исследования; - фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие ле- 	Тестовые задания	500
				Комплект вопросов для собеседования	13
				Комплект ситуационных задач	26

		<p>карств в организме основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и возможности их коррекции;</p> <ul style="list-style-type: none"> - физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний; - методы специфического (причинной) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи; - учение о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом, синдром логическом и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе; - общие закономерности обще патологических процессов; - классификация и патологическая анатомия болезней внутренних органов и - принципы оформления патологоанатомического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести всесторонний анализ истории болезни умершего пациента, оценить грамотность клинического обследования больного, и на этом основании определить: правильность постановки предварительного диагноза, верность оценки тяжести состояния, грамотность проведения неотложных мероприятий, плана дополнительного обследования, в том числе своевременность консультации других специалистов, проведения лабораторных и инструментальных исследований; - провести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях; - оценить предварительную информацию по исследуемым объектам (операционный и биопсийный материал), осмотреть и точно описать все изменения; - выбрать метод обработки образца и способ изготовления гистологического препарата, - выбор метода вскрытия и проведение аутопсии умерших всех возрастных групп, в том числе новорожденных и беременных женщин, а также умерших от карантинных и особо опасных инфекций с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, дезинфекционных средств, способов забора материала; - исследование гистологических препаратов (секционный, операционный и биопсийный материал); - анализ результатов исследования гистологических препаратов; 		
--	--	---	--	--

		<p>-проведение дифференциальной диагностики с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний;</p> <p>-постановку гистологического и патологоанатомического диагнозов;</p> <p>-оформление медицинской документации – протокола вскрытия, клинико-патологоанатомического эпикриза с установлением причин смерти и проведением сопоставлений клинического и патологоанатомического диагнозов, медицинского свидетельства о смерти с учетом требований международной статистической классификации болезней и причин смерти; гистологических заключений по операционному и биопсийному материалу с соблюдением разделов макроскопического и микроскопического описания структурных изменений в тканях и оформления заключительного диагноза;</p> <p>- осуществлять в рамках неотложной медицинской помощи комплекс сердечно-легочной реанимации, комплекс первой помощи при переломах костей, комплекс мероприятий по остановке кровотечения.</p> <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - техникой проведения аутопсии с использованием различных методов вскрытия умерших разных возрастных групп, в том числе новорожденных, и беременных женщин; - методом организации вскрытия умерших в случаях высоко контагиозных и особо опасных инфекций; - специальными методами исследования для диагностики у секционного стола (пробы на воздушную и жировую эмболию, на наличие воздуха в плевральных полостях, на ишемию миокарда, на амилоидоз; раздельное взвешивание отделов сердца и морфометрия и т.д.); способам вскрытия при подозрении на сепсис, тромбоемболию легочной артерии и т.д.; - методом выбора и вырезки, нужных для гистологического исследования участков органов и тканей; - способом забора секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических (цитогенетических), вирусологических, биохимических и других видов исследований; - оптимальными методами фиксации, обработки, окраски материала, определением необходимого для диагностики числа гистологических препаратов; - проведением гистологического исследования структурных изменений в органах и тканей (секционного, биопсийного и операционного материала); -проведением срочного микроскопического исследования секционного и биоп- 		
--	--	--	--	--

			<p>сийного материала;</p> <ul style="list-style-type: none"> - фотографированием макроскопического материала; - выбором материала для изготовления музейных препаратов; - ведением дискуссии в ходе проведения вскрытия с клиницистами с уточнением и разъяснением особенностей структурных перестроек в организме; - оформлением протокола патологоанатомического исследования, заключения о причинах смерти, а в случаях перинатальной смерти обоснованием связи болезни плода с патологией родов, беременности матери; - составлением развернутого клинко-патологоанатомического эпикриза с обоснованием патологоанатомического диагноза, сопоставлением диагноза, а в случаях расхождения указанием его причин и категории; - умением заполнять врачебное свидетельство о смерти и перинатальной смерти; - анализом истории болезни умершего с выявлением недостатков в диагностике, лечении, обследовании умершего и в ведении медицинской карты стационарного больного или другой медицинской документации; - организацией и проведением беседы с родственниками умершего, разъясняя им характер заболевания, приведшего смерти, основываясь на деонтологических постулатах; - проведением макроскопического описания операционного и биопсийного материала; - выбором метода обработки материала для последующего гистологического исследования; - исследованием гистологического материала, проведением дифференциальной диагностики со схожими морфологическими изменениями, установлением и оформлением заключительного гистологического диагноза; - отобрать участки гистологического препарата для микрофотографирования; - методами организации клинко-анатомических конференций, клинических разборов летальных случаев, биопсийных семинаров; - правилами забора трупного материала для учебных и научных целей. 		
2	Раздел 2. Частный курс патологической анатомии	УК-1-3 ПК-1-9	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; - общие вопросы организации медицинской помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной 	Тестовые задания Комплект вопро-	368 51

		<p>медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - правовые вопросы в деятельности врача-специалиста патологоанатома; - организацию службы неотложной медицинской помощи и интенсивной терапии; - противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; - формы и методы санитарно-просветительной работы; - этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз заболеваний (воспалительных, аллергических, метаболических, дегенеративных, опухолевых, токсических) внутренних органов; а также основных инфекционных заболеваний у пациентов различной половой принадлежности и различных возрастных групп, в том числе у детей, пожилых людей и у беременных женщин; - симптоматологию заболеваний внутренних органов; - современную классификацию болезней и причин смерти; - правила оформления клинического диагноза; - диагностическую значимость и интерпретацию результатов патологоанатомических методов исследования, дополнительных методов исследования; - фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие лекарств в организме основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и возможности их коррекции; - физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний; - методы специфического (причинной) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи; - учение о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом, синдром логическом и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе; - общие закономерности обще патологических процессов; - классификация и патологическая анатомия болезней внутренних органов и – принципы оформления патологоанатомического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти. 	<p>сов для собеседования</p> <p>Комплект ситуационных задач</p>	<p>22</p>
--	--	---	---	-----------

		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести всесторонний анализ истории болезни умершего пациента, оценить грамотность клинического обследования больного, и на этом основании определить: правильность постановки предварительного диагноза, верность оценки тяжести состояния, грамотность проведения неотложных мероприятий, плана дополнительного обследования, в том числе своевременность консультации других специалистов, проведения лабораторных и инструментальных исследований; - провести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях; - оценить предварительную информацию по исследуемым объектам (операционный и биопсийный материал), осмотреть и точно описать все изменения; - выбрать метод обработки образца и способ изготовления гистологического препарата, - выбор метода вскрытия и проведение аутопсии умерших всех возрастных групп, в том числе новорожденных и беременных женщин, а также умерших от карантинных и особо опасных инфекций с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, дезинфекционных средств, способов забора материала; - исследование гистологических препаратов (секционный, операционный и биопсийный материал); - анализ результатов исследования гистологических препаратов; - проведение дифференциальной диагностики с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний; - постановку гистологического и патологоанатомического диагнозов; - оформление медицинской документации – протокола вскрытия, клинико-патологоанатомического эпикриза с установлением причин смерти и проведением сопоставлений клинического и патологоанатомического диагнозов, медицинского свидетельства о смерти с учетом требований международной статистической классификации болезней и причин смерти; гистологических заключений по операционному и биопсийному материалу с соблюдением разделов макроскопического и микроскопического описания структурных изменений в тканях и оформления заключительного диагноза; - осуществлять в рамках неотложной медицинской помощи комплекс сердечно-легочной реанимации, комплекс первой помощи при переломах костей, комплекс мероприятий по остановке кровотечения. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - техникой проведения аутопсии с использованием 		
--	--	---	--	--

		<p>различных методов вскрытия умерших разных возрастных групп, в том числе новорожденных, и беременных женщин;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методом организации вскрытия умерших в случаях высоко контагиозных и особо опасных инфекций; - специальными методами исследования для диагностики у секционного стола (пробы на воздушную и жировую эмболию, на наличие воздуха в плевральных полостях, на ишемию миокарда, на амилоидоз; раздельное взвешивание отделов сердца и морфометрия и т.д.); способам вскрытия при подозрении на сепсис, тромбоэмболию легочной артерии и т.д.; - методом выбора и вырезки, нужных для гистологического исследования участков органов и тканей; - способом забора секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических (цитогенетических), вирусологических, биохимических и других видов исследований; - оптимальными методами фиксации, обработки, окраски материала, определением необходимого для диагностики числа гистологических препаратов; - проведением гистологического исследования структурных изменений в органах и тканей (секционного, биопсийного и операционного материала); - проведением срочного микроскопического исследования секционного и биопсийного материала; - фотографированием макроскопического материала; - выбором материала для изготовления музейных препаратов; - ведением дискуссии в ходе проведения вскрытия с клиницистами с уточнением и разъяснением особенностей структурных перестроек в организме; - оформлением протокола патологоанатомического исследования, заключения о причинах смерти, а в случаях перинатальной смерти обоснованием связи болезни плода с патологией родов, беременности матери; - составлением развернутого клинко-патологоанатомического эпикриза с обоснованием патологоанатомического диагноза, сопоставлением диагноза, а в случаях расхождения указанием его причин и категории; - умением заполнять врачебное свидетельство о смерти и перинатальной смерти; - анализом истории болезни умершего с выявлением недостатков в диагностике, лечении, обследовании умершего и в ведении медицинской карты ста- 		
--	--	---	--	--

			<p>ционарного больного или другой медицинской документации;</p> <ul style="list-style-type: none"> - организацией и проведением беседы с родственниками умершего, разъясняя им характер заболевания, приведшего смерти, основываясь на деонтологических постулатах; - проведением макроскопического описания операционного и биопсийного материала; - выбором метода обработки материала для последующего гистологического исследования; - исследованием гистологического материала, проведением дифференциальной диагностики со схожими морфологическими изменениями, установлением и оформлением заключительного гистологического диагноза; - отобрать участки гистологического препарата для микрофотографирования; - методами организации клинико-анатомических конференций, клинических разборов летальных случаев, биопсийных семинаров; - правилами забора трупного материала для учебных и научных целей. 		
3	Раздел 3. Биопсийно-секционный курс	УК-1-3 ПК-1-9	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; - общие вопросы организации медицинской помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной медицинской помощи; - правовые вопросы в деятельности врача-специалиста патологоанатома; - организацию службы неотложной медицинской помощи и интенсивной терапии; - противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; - формы и методы санитарно-просветительной работы; - этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз заболеваний (воспалительных, аллергических, метаболических, дегенеративных, опухолевых, токсических) внутренних органов; а также основных инфекционных заболеваний у пациентов различной половой принадлежности и различных возрастных групп, в том числе у детей, пожилых людей и у беременных женщин; - симптоматиологию заболеваний внутренних органов; - современную классификацию болезней и причин смерти; - правила оформления клинического диагноза; 	Тестовые задания	231
				Комплект вопросов для собеседования	15
				Комплект ситуационных задач	17

		<ul style="list-style-type: none"> - диагностическую значимость и интерпретацию результатов патологоанатомических методов исследования, дополнительных методов исследования; - фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие лекарств в организме основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и возможности их коррекции; - физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний; - методы специфического (причинной) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи; - учение о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом, синдром логическом и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе; - общие закономерности обще патологических процессов; - классификация и патологическая анатомия болезней внутренних органов и – принципы оформления патологоанатомического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и причин смерти. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести всесторонний анализ истории болезни умершего пациента, оценить грамотность клинического обследования больного, и на этом основании определить: правильность постановки предварительного диагноза, верность оценки тяжести состояния, грамотность проведения неотложных мероприятий, плана дополнительного обследования, в том числе своевременность консультации других специалистов, проведения лабораторных и инструментальных исследований; - провести осмотр и вскрытие трупа, визуально оценить и точно описать изменения в органах и тканях; - оценить предварительную информацию по исследуемым объектам (операционный и биопсийный материал), осмотреть и точно описать все изменения; - выбрать метод обработки образца и способ изготовления гистологического препарата, - выбор метода вскрытия и проведение аутопсии умерших всех возрастных групп, в том числе новорожденных и беременных женщин, а также умерших от карантинных и особо опасных инфекций с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, 		
--	--	---	--	--

		<p>одежды, дезинфекционных средств, способов забора материала;</p> <ul style="list-style-type: none"> - исследование гистологических препаратов (секционный, операционный и биопсийный материал); - анализ результатов исследования гистологических препаратов; - проведение дифференциальной диагностики с рядом сходных по морфологическим проявлениям заболеваний; - постановку гистологического и патологоанатомического диагнозов; - оформление медицинской документации – протокола вскрытия, клинико-патологоанатомического эпикриза с установлением причин смерти и проведением сопоставлений клинического и патологоанатомического диагнозов, медицинского свидетельства о смерти с учетом требований международной статистической классификации болезней и причин смерти; гистологических заключений по операционному и биопсийному материалу с соблюдением разделов макроскопического и микроскопического описания структурных изменений в тканях и оформления заключительного диагноза; - осуществлять в рамках неотложной медицинской помощи комплекс сердечно-легочной реанимации, комплекс первой помощи при переломах костей, комплекс мероприятий по остановке кровотечения. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - техникой проведения аутопсии с использованием различных методов вскрытия умерших разных возрастных групп, в том числе новорожденных, и беременных женщин; - методом организации вскрытия умерших в случаях высоко контагиозных и особо опасных инфекций; - специальными методами исследования для диагностики у секционного стола (пробы на воздушную и жировую эмболию, на наличие воздуха в плевральных полостях, на ишемию миокарда, на амилоидоз; раздельное взвешивание отделов сердца и морфометрия и т.д.); способам вскрытия при подозрении на сепсис, тромбоэмболию легочной артерии и т.д.; - методом выбора и вырезки, нужных для гистологического исследования участков органов и тканей; - способом забора секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических (цитогенетических), вирусологических, биохимических и других видов исследований; - оптимальными методами фиксации, обработки, окраски материала, определением необходимого для диагностики числа гистологических препаратов; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - проведением гистологического исследования структурных изменений в органах и тканях (секционного, биопсийного и операционного материала); - проведением срочного микроскопического исследования секционного и биопсийного материала; - фотографированием макроскопического материала; - выбором материала для изготовления музейных препаратов; - ведением дискуссии в ходе проведения вскрытия с клиницистами с уточнением и разъяснением особенностей структурных перестроек в организме; - оформлением протокола патологоанатомического исследования, заключения о причинах смерти, а в случаях перинатальной смерти обоснованием связи болезни плода с патологией родов, беременности матери; - составлением развернутого клинко-патологоанатомического эпикриза с обоснованием патологоанатомического диагноза, сопоставлением диагноза, а в случаях расхождения указанием его причин и категории; - умением заполнять врачебное свидетельство о смерти и перинатальной смерти; - анализом истории болезни умершего с выявлением недостатков в диагностике, лечении, обследовании умершего и в ведении медицинской карты стационарного больного или другой медицинской документации; - организацией и проведением беседы с родственниками умершего, разъясняя им характер заболевания, приведшего смерти, основываясь на деонтологических постулатах; - проведением макроскопического описания операционного и биопсийного материала; - выбором метода обработки материала для последующего гистологического исследования; - исследованием гистологического материала, проведением дифференциальной диагностики со схожими морфологическими изменениями, установлением и оформлением заключительного гистологического диагноза; - отобрать участки гистологического препарата для микрофотографирования; - методами организации клинко-анатомических конференций, клинических разборов летальных случаев, биопсийных семинаров; - правилами забора трупного материала для учебных и научных целей. 		
--	--	---	--	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

(полный перечень оценочных средств)

2.1. Тестовые задания по дисциплине

№	Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции, на формирование которой направлено тестовое задание
	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	УК-1-3 ПК-1-9
2	Причинами некроза являются 1) инфекционные агенты 2) аллергические факторы 3) химические вещества 4) расстройства кровообращения 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
3	Назовите морфологический вид некроза 1) сосудистый 2) аллергический 3) коагуляционный 4) травматический 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
4	Сухой некроз имеет цвет 1) бело-желтый 2) черный 3) темно-вишневый 4) синюшный 5) темно-коричневый	УК-1-3 ПК-1-9
5	Выделите неверное положение в характеристике влажного некроза 1) черного цвета 2) содержит много влаги 3) нарушает функцию органа 4) часто развивается в головном мозге 5) в исходе образуется киста	УК-1-3 ПК-1-9
6	Для гангрены типичен цвет 1) желтый 2) бело-серый	УК-1-3 ПК-1-9

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

15	При некрозе наблюдается 1) вакуолизация цитоплазмы 2) вакуолизация ядра 3) плазмолиз 4) исчезновение гликогена 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
16	При некрозе наблюдается 1) вакуолизация цитоплазмы 2) вакуолизация ядра 3) исчезновение гликогена 4) кариолизис 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
17	Выделите неверное положение в характеристике пролежня 1) разновидность гангрены 2) развивается в тканях подвергшихся давлению 3) по патогенезу трофоневротический 4) в исходе типична петрификация 5) развивается у тяжелых лежачих больных	УК-1-3 ПК-1-9
18	Вокруг очага некроза уже через 2-3 дня формируется 1) отложение солей кальция 2) костная ткань 3) демаркационное воспаление 4) фиброзная капсула 5) грубоволокнистая соединительная ткань	УК-1-3 ПК-1-9
19	Неблагоприятный исход некроза 1) инкапсуляция 2) организация 3) петрификация 4) гнойное расплавление 5) оссификация	УК-1-3 ПК-1-9
20	Участок мертвой ткани, не подвергающийся аутолизу или иному исходу – это 1) петрификат 2) пролежень 3) инфаркт 4) секвестр 5) рубец	УК-1-3 ПК-1-9
21	Осложнение некроза 1) рассасывание 2) организация 3) инкапсуляция 4) разрыв стенки полого органа 5) петрификация	УК-1-3 ПК-1-9
22	Цвет некротизированных тканей при гангрене обусловлен 1) меланином 2) гемосидеоином 3) билирубином 4) солянокислым гематином 5) сернистым железом	УК-1-3 ПК-1-9
23	Гангрена может развиваться в 1) почке	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 2) миокарде 3) головном мозге 4) мягких тканях нижней конечности 5) во всех перечисленных локализациях 	
24	<p>Гангрена может развиваться в</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) почке 2) миокарде 3) легком 4) печени 5) головном мозге 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
25	<p>Воспалительная реакция сопровождается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) некроз 2) апоптоз 3) пролиферацию 4) вакуолизацию цитоплазмы 5) полнокровие 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
26	<p>Апоптозом называется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гибель клеток в живом организме 2) контролируемый процесс самоуничтожения клеток 3) гибель тканей после прекращения жизнедеятельности организма 4) гибель паренхиматозных клеток 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
27	<p>Апоптоз обычно захватывает</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) отдельные клетки 2) участки паренхимы органа 3) часть органа 4) целый орган 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
28	<p>При световой микроскопии апоптозные тельца выглядят как</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) базофильные тельца с фрагментами ядра 2) эозинофильные тельца с фрагментами ядра 3) вакуоли 4) кристаллы холестерина 5) зернистые шары 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
29	<p>Преобразование хроматина при апоптозе</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) лизис 2) дисперсия 3) конденсация 4) гетерохромия 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
30	<p>Компонент апоптозных телец</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ядро с ядрышком 2) вакуоли с липидами 3) гигантские митохондрии 4) фрагменты цитоплазмы и ядра 5) расширенные цистерны эндоплазматической сети 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
31	<p>Апоптозные тельца подвергаются</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аутолизу 2) фагоцитозу 3) организации 4) инкапсуляции 5) ослизнению 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
32	<p>Клетки, фагоцитирующие апоптозные тельца</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) макрофаги 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 2) лимфоциты 3) моноциты 4) плазматические клетки 5) фибробласты 	
33	<p>Что происходит в исходе апоптоза?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фагоцитоз 2) организация 3) инкапсуляция 4) регенерация 5) петрификация 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
34	<p>Генетически запрограммированная гибель клеток называется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) некроз 2) аутолиз 3) апоптоз 4) мумификация 5) секвестр 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
35	<p>Неглубокий дефект в результате отторжения некроза слизистой оболочки называется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) язва 2) эрозия 3) атрофия 4) секвестр 5) апоптоз 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
36	<p>Глубокий дефект стенки желудка в результате отторжения некроза называется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) язва 2) эрозия 3) атрофия 4) секвестр 5) апоптоз 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
37	<p>Некроз черного цвета в связи с накоплением сернистого железа – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфаркт 2) язва 3) секвестр 4) гангрена 5) эрозия 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
38	<p>Фибриноидный некроз часто развивается в</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) нервных клетках 2) легких 3) стенке кровеносных сосудов 4) печени 5) слизистой оболочке ротовой полости 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
39	<p>Казеозный некроз типичен для</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ревматизма 2) туберкулеза 3) гипертонической болезни 4) дизентерии 5) дифтерии 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
40	<p>В головном мозге часто развивается морфологический вид некроза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гангрена 2) влажный некроз 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 3) сухой некроз 4) киста 5) секвестр 	
41	<p>Организация некроза – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) формирование капсулы 2) отложение извести 3) образование кости 4) образование кисты 5) врастание соединительной ткани в очаг 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
42	<p>Киста – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) очаговое разрастание соединительной ткани 2) формирование капсулы на периферии патологического очага 3) патологическая полость, имеющая стенки и содержимое 4) отложение солей кальция 5) очаг влажного некроза 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
43	<p>Петрификация – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) формирование кости 2) разрастание соединительной ткани 3) отложение извести 4) формирование капсулы 5) гнойное расплавление 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
44	<p>Отложение солей кальция в участке некроза – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) организация 2) оссификация 3) петрификация 4) пролежень 5) инфаркт 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
45	<p>Выберите неблагоприятный исход некроза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) организация 2) гнойное расплавление 3) петрификация 4) оссификация 5) образование кисты 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
46	<p>Повреждение, проявляющееся внутри- и внеклеточными скоплениями ненормальных количеств веществ, может называться</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) некроз 2) апоптоз 3) дистрофия 4) атрофия 5) гипертрофия 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
47	<p>Резко выраженная гидропическая дистрофия называется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) балонной 2) гиалиновой 3) жировой 4) слизистой 5) роговой 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
48	<p>Гидропическая дистрофия гепатоцитов наблюдается при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) стеатозе печени 2) вирусном гепатите В 3) эхинококке печени 4) сахарном диабете 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	5) ожирении	
49	Гидропическая дистрофия эпителия канальцев почки наблюдается при 1) ожирении 2) нефротическом синдроме 3) вирусном гепатите В 4) гипертензии 5) атеросклерозе	УК-1-3 ПК-1-9
50	Алкогольный гиалин является белковым продуктом 1) распада 2) синтеза 3) аутолиза 4) слизееобразования 5) фагоцитоза	УК-1-3 ПК-1-9
51	Скопление масс белка в цитоплазме эпителия канальцев почки может быть при 1) гидропической дистрофии 2) слизистой дистрофии 3) стеатозе 4) гиалиново-капельной дистрофии 5) атрофии	УК-1-3 ПК-1-9
52	Для жировой дистрофии (стеатоза) печени характерно 1) уменьшение размеров органа 2) плотная консистенция органа 3) бугристая поверхность органа 4) липиды в цитоплазме гепатоцитов 5) исчезновение ядер гепатоцитов	УК-1-3 ПК-1-9
53	Причина жировой дистрофии (стеатоза) печени 1) усиление кровотока 2) гипоксия 3) гипертензия 4) острый ревматизм 5) зубная болезнь	УК-1-3 ПК-1-9
54	При белковом голодании жировая паренхиматозная дистрофия обычно развивается в 1) печени 2) почках 3) миокарде 4) надпочечниках 5) селезенке	УК-1-3 ПК-1-9
55	Для паренхиматозной жировой дистрофии миокарда характерно 1) появление прослойки соединительной ткани 2) увеличение размеров миоцитов 3) уменьшение размеров миоцитов 4) липиды в цитоплазме в группах мышечных клеток 5) липиды в цитоплазме тотально во всех мышечных клетках	УК-1-3 ПК-1-9
56	Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда выявляется при окраске 1) гематоксилином и эозином 2) суданом 3	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) пикриновой кислотой 4) по Ван-Гизону 5) толуидиновым синим 	
57	<p>Клиническое проявление паренхиматозной жировой дистрофии миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) снижение сократительной способности 2) увеличение сократительной способности 3) гипертензия 4) разрыв стенки сердца 	УК-1-3 ПК-1-9
58	<p>Стеатоз печени развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) алкоголизме 2) гипертензии 3) вирусном гепатите А 4) вирусном гепатите В 5) зубной болезни 	УК-1-3 ПК-1-9
59	<p>Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда развивается обычно при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипертензии 2) дифтерии 3) белковом голодании 4) авитаминозах 5) сахарном диабете 	УК-1-3 ПК-1-9
60	<p>Печень называется «гусиной» при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) хроническом венозном полнокровии 2) белковой дистрофии 3) гиалинозе капсулы 4) стеатозе 5) амилоидозе 	УК-1-3 ПК-1-9
61	<p>Наиболее типичный исход стеатоза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) восстановление структуры 2) переход в белковую дистрофию 3) переход в массивный некроз печени 4) переход в цирроз печени 	УК-1-3 ПК-1-9
62	<p>Накопление липидов в стенке крупных артерий типично для</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) воспаления 2) аневризмы 3) атеросклероза 4) кахексии 5) ожирения 	УК-1-3 ПК-1-9
63	<p>Сердце называется «тигровым», так как имеется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) разрастание жировой ткани в миокарде 2) очаги некроза в миокарде 3) накопление липидов в группах миоцитов 4) накопление масс белка в группах миоцитов 5) неравномерное полнокровие миокарда 	УК-1-3 ПК-1-9
64	<p>Роговая дистрофия имеет место при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) витилиго 2) лейкоплакии 3) распространенном меланозе 4) меланоме кожи 5) всём перечисленном 	УК-1-3 ПК-1-9

65	Какой из перечисленных процессов может быть обратимым? 1) апоптоз 2) гиалиноз 3) амилоидоз 4) мукоидное набухание 5) фибриноидные изменения	УК-1-3 ПК-1-9
66	Гиалиноз клапанов сердца типичен для 1) врожденного порока сердца 2) ревматизма 3) гипертонической болезни 4) сахарного диабета 5) алкоголизма	УК-1-3 ПК-1-9
67	Системный гиалиноз артериол типичен для 1) атеросклероза 2) алкоголизма 3) гипертонической болезни 4) туберкулеза 5) сифилиса	УК-1-3 ПК-1-9
68	Гиалиновым изменениям подвергаются 1) петрификаты 2) массы амилоида 3) соединительная ткань 4) костная ткань 5) хрящевая ткань	УК-1-3 ПК-1-9
69	Амилоид – белок, который откладывается 1) в клетках 2) в ядре клеток 3) между клетками 4) в очаге некроза 5) в очаге обызвествления	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
71	Амилоид может осложнять течение 1) бронхоэктатической болезни 2) гипертонической болезни 3) атеросклероза 4) острой пневмонии 5) острой дизентерии	УК-1-3 ПК-1-9
72	При амилоидозе почка имеет вид 1) большой пестрой 2) большой белой 3) первично-сморщенной 4) мелкобугристой 5) крупнодольчатой	УК-1-3 ПК-1-9
73	Вторичный амилоидоз может осложнять течение 1) туберкулеза 2) сахарного диабета	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) гипертонической болезни 4) атеросклероза 5) гепатита 	
74	<p>Амилоидоз, развивающийся на фоне предшествующего заболевания, называется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) первичный 2) вторичный 3) старческий 4) наследственный 5) семейный 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
75	<p>Наиболее частая причина смерти при вторичном амилоидозе</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) хроническая сердечная недостаточность 2) острая сердечная недостаточность 3) хроническая почечная недостаточность 4) острая почечная недостаточность 5) острая надпочечниковая недостаточность 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
76	<p>Типичным для внешнего вида органов при амилоидозе является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) очень дряблая консистенция 2) очень плотная консистенция 3) пестрый вид на разрезе 4) бугристая поверхность 5) западающие рубцы 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
77	<p>Типичным для внешнего вида органов при амилоидозе является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) дряблая консистенция 2) пестрый вид на разрезе 3) сальный вид на разрезе 4) крупнобугристая поверхность 5) мелкобугристая поверхность 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
78	<p>В почке амилоид откладывается в</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) почечном клубочке 2) эпителии извитых канальцев 3) эпителии прямых канальцев 4) фиброзной капсуле 5) во всем перечисленном 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
79	<p>Общее ожирение способствует развитию</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) бурой атрофии сердца 2) миокардита 3) ишемической болезни сердца 4) острого панкреатита 5) зубной болезни 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
80	<p>При общем ожирении в сердце наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

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	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
83	Пигменты – это вещества 1) имеющие окраску 2) способные воспринимать красители 3) белковой природы 4) растворимые в липидах	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
86	К пигментам, производным гемоглобина, относится 1) меланин 2) липофусцин 3) гемосидерин 4) липохром 5) адренохром	УК-1-3 ПК-1-9
87	Верным в отношении гемосидерина является 1) экзогенный пигмент 2) производное гемоглобина 3) черного цвета 4) в норме не встречается 5) не содержит железа	УК-1-3 ПК-1-9
88	При бурой индукции легких накапливается пигмент 1) солянокислый гематин 2) билирубин 3) гемосидерин 4) липофусцин 5) угольная пыль	УК-1-3 ПК-1-9
89	Типичным для бурой индукции легких является 1) легкие темно-вишневого цвета 2) плотной консистенции 3) просвет бронхов расширен	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 4) просвет альвеол расширен 5) пример общего гемосидероза 	
90	<p>Типичным для бурой индурации легких является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гнездное скопление гемосидерина 2) истончение межальвеолярных перегородок 3) расширение просвета альвеол 4) развивается при остром венозном полнокровии 5) пример общего гемосидероза 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
91	<p>Верным в отношении билирубина является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пигмент желчи 2) в крови в норме не выявляется 3) содержит железо 4) производное меланина 5) липидогенный пигмент 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
92	<p>В зоне кровоизлияния со временем появляется пигмент</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) адренохром 2) меланин 3) липофусцин 4) гемосидерин 5) липохром 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
93	<p>Реакция Перлса выявляет</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гемосидерин 2) билирубин 3) порфирин 4) меланин 5) липофусцин 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
94	<p>При язвах и эрозиях желудка образуется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гемомеланин 2) порфирин 3) солянокислый гематин 4) хлорид железа 5) сульфид железа 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
95	<p>При кахексии в печени накапливается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гемосидерин 2) билирубин 3) меланин 4) липофусцин 5) ферритин 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
96	<p>Верным в отношении липофусцина является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) экзогенный пигмент 2) гемоглобиногенный пигмент 3) содержит железо 4) накапливается в цитоплазме гепатоцита 5) нарушает функцию гепатоцита 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
97	<p>К нарушению обмена меланина относится</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) витилиго 2) лейкоплакия 3) гемохроматоз 4) желтуха 5) синдром Жильбера 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

98	Верным в отношении меланина является 1) экзогенный пигмент 2) производное гемоглобина 3) содержит железо 4) желтого цвета 5) синтезируется меланоцитами	УК-1-3 ПК-1-9
99	Падагра – это нарушение обмена 1) липидов 2) нуклеопротеидов 3) аминокислот 4) пигментов 5) кальция	УК-1-3 ПК-1-9
100	Мочекислый инфаркт – это нарушение обмена 1) кальция 2) калия 3) липидогенных пигментов 4) гемоглобиногенных пигментов 5) нуклеопротеидов	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
102	Вид патологического обызвествления 1) обменное 2) очаговое 3) диффузное 4) метастатическое 5) идиопатическое	УК-1-3 ПК-1-9
103	Вид патологического обызвествления 1) обменное 2) очаговое 3) диффузное 4) дистрофическое 5) идиопатическое	УК-1-3 ПК-1-9
104	Метастатическое обызвествление развивается при 1) анемии 2) гипоксии 3) липедемии 4) гиперкальцемии 5) гипокальцемии	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9

106	<p>Не является верным в отношении метастатического обызвествления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имеется гиперкальцемиа 2) поражено несколько органов 3) функция органов не нарушена 4) известь откладывается в патологически измененных органах 5) может быть при избыточном введении витамина Д 	УК-1-3 ПК-1-9
107	<p>Пример дистрофического обызвествления – отложение солей кальция в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слизистой оболочке желудка при гиперкальцемии 2) клапанах сердца при ревматизме 3) миокарде при гиперкальцемии 4) неизмененных почках 5) неизмененных легких 	УК-1-3 ПК-1-9
108	<p>Соли кальция при метастатическом обызвествлении откладываются в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) соединительнотканых рубцах 2) фиброзных спайках 3) тромбе 4) склерозированных клапанах сердца 5) в почках, легких при гиперкальцемии 	УК-1-3 ПК-1-9
109	<p>Петрификаты в исходе казеозного некроза наблюдается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ревматизме 2) туберкулезе 3) атеросклерозе 4) гипертонической болезни 5) дизентерии 	УК-1-3 ПК-1-9
110	<p>Укажите название вида местной артериальной гиперемии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обтурационная 2) постанемическая 3) ишемическая 4) гидростатическая 5) механическая 	УК-1-3 ПК-1-9
111	<p>Вакатная артериальная гиперемия развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) постановке медицинских банок 2) удалении зажима, наложенного на артерию 3) закрытии тромбом магистральной артерии 4) параличе сосудосуживающего нерва 5) всем перечисленном 	УК-1-3 ПК-1-9
112	<p>Для развития венозного полнокровия нужно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение притока крови 2) уменьшение притока крови 3) увеличение оттока крови 4) уменьшение оттока крови 5) прекращение притока крови 	УК-1-3 ПК-1-9
113	<p>Местное венозное полнокровие развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) закрытии просвета артерии тромбом 2) закрытии просвета вены тромбом 3) сдавлении артерии жгутом 4) инфаркте миокарда 5) декомпенсации гипертрофированного сердца 	УК-1-3 ПК-1-9
114	<p>Общее венозное полнокровие развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) декомпенсации гипертрофированного сердца 2) сдавлении вены 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) обтурации вены тромбом 4) сужении просвета вены растущей опухолью 5) варикозном расширении вен 	
115	<p>Острый общий венозный застой развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфаркте миокарда 2) кардиосклерозе 3) хронической аневризме сердца 4) пороках сердца 5) пневмосклерозе 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
116	<p>Хронический общий венозный застой развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфаркте миокарда 2) остром миокардите 3) миокардиодистрофии 4) кардиосклерозе 5) острой аневризме сердца 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
117	<p>При остром венозном полнокровии в тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) склероз 2) атрофия 3) петрификация 4) отек 5) гиалиноз 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
118	<p>При остром венозном полнокровии в органах и тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) склероз 2) атрофия паренхиматозных клеток 3) гипертрофия паренхиматозных клеток 4) диапедез эритроцитов 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
119	<p>При хроническом венозном полнокровии в органах и тканях развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) атрофия паренхиматозных клеток 2) отложение извести 3) отложение амилоида 4) воспаление 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
120	<p>При хроническом венозном полнокровии в легких развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) очаги некроза 2) воспаление 3) склероз 4) амилоидоз 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
121	<p>При остром венозном полнокровии в легком развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гемосидероз 2) отек 3) склероз 4) гиалиноз 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
122	<p>Печень называется «мускатной» при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) остром венозном полнокровии 2) хроническом венозном полнокровии 3) анемии 4) шоке 5) ДВС-синдроме 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

123	Печень при венозном полнокровии имеет мускатный вид, так как 1) в центре долек кровоизлияния 2) в центре долек атрофия гепатоцитов 3) на периферии долек гипертрофия гепатоцитов 4) начинает разрастаться соединительная ткань 5) появляется перестройка структуры долек	УК-1-3 ПК-1-9
124	Исход мускатной печени 1) гепатит 2) цирроз 3) стеатоз 4) массивный некроз 5) механическая желтуха	УК-1-3 ПК-1-9
125	При хроническом общем венозном полнокровии развивается 1) мускатная печень 2) гидроцефалия 3) большая белая почка 4) большая саленная почка 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
126	При хроническом общем венозном полнокровии развивается 1) мускатная печень 2) бурая индурация легких 3) цианотическая индурация почек 4) асцит 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
127	При хроническом венозном застое в печени развивается 1) отложение амилоида 2) отложение извести 3) атрофия гепатоцитов 4) холестаза 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
128	В легких накапливается гемосидерин при 1) остром венозном полнокровии 2) хроническом венозном полнокровии 3) острой пневмонии 4) эмфиземе 5) шоке	УК-1-3 ПК-1-9
129	При инфаркте миокарда левого желудочка сердца развивается 1) острое венозное полнокровие большого круга кровообращения 2) острое венозное полнокровие малого круга кровообращения 3) хроническое венозное полнокровие большого круга кровообращения 4) хроническое венозное полнокровие малого круга кровообращения	УК-1-3 ПК-1-9
130	Острое венозное полнокровие малого круга кровообращения развивается при 1) декомпенсации гипертрофированного сердца 2) пороке сердца 3) кардиосклерозе 4) инфаркте миокарда 5) всем перечисленном	УК-1-3 ПК-1-9
131	При декомпенсированном митральном стенозе в легких развивается 1) пневмония	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 2) бурая индурация легких 3) гематома 4) отложение амилоида 5) отложение извести 	
132	<p>При инфаркте левого желудочка сердца в легком развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) бурая индурация 2) пневмосклероз 3) отек 4) гемосидероз 5) воспаление 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
133	<p>При декомпенсированном митральном стенозе в легких развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) опухоль 2) некроз 3) атрофия 4) воспаление 5) склероз 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
134	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) уменьшение размеров органа 2) пестрый вид на разрезе 3) дряблая консистенция 4) бугристая поверхность 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
135	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) увеличение размеров органа 2) плотная консистенция 3) пестрый вид на разрезе 4) нижний край печени закруглен 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
136	<p>Не может развиваться в органах и тканях при остром венозном застое</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) отек 2) плазморрагия 3) склероз 4) диапедез эритроцитов 5) дистрофия паренхиматозных клеток 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
137	<p>При мускатной печени наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ишемия центра дольки 2) полнокровие центра дольки 3) гемосидероз 4) гипертрофия гепатоцитов центра дольки 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
138	<p>При мускатной печени в центре дольки наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) кровоизлияние 2) полнокровие 3) атрофия гепатоцитов 4) начало разрастания соединительной ткани 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
139	<p>Кровоизлиянием называется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) скопление крови в серозных полостях 2) скопление крови в тканях 3) истечение крови из сосуда 4) истечение крови во внешнюю среду 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	5) разрыв стенки сосуда	
140	<p>Название скопления крови в анатомической полости</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гидроторакс 2) гидроперитониум 3) гематома 4) гемоперикардиум 5) геморрагия 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
141	<p>Название механизма кровотечения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стаз 2) плазморрагия 3) геморрагия 4) диапедез 5) ангиоспазм ангиоспазм 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
142	<p>Название кровоизлияния</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематома 2) геморрагия 3) асцит 4) анасарка 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
143	<p>Быстрая большая кровопотеря ведет к развитию</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) венозного полнокровия 2) отека органов 3) стаза 4) острого малокровия 5) хронического малокровия 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
144	<p>На месте кровоизлияния со времени образуется пигмент</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) меланин 2) липофусцин 3) гемосидерин 4) липохром 5) гемоглобин 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
145	<p>«Ржавая» киста головного мозга образуется на месте</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) некроза 2) гематомы 3) ишемического инфаркта 4) опухоли 5) эхинококка 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
146	<p>На месте гематомы в головном мозге обычно формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) киста 2) рубец 3) опухоль 4) отложение солей кальция 5) отложение извести 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

147	<p>Наиболее неблагоприятный исход кровоизлияния</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) киста 2) нагноение 3) рубец 4) петрификация 5) рассасывание 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
148	<p>Что такое гематома?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
149	<p>Путем разъедания развивается кровотечение при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойном воспалении 2) хроническом венозном застое 3) остром венозном застое 4) гипертоническом кризе 5) механической травме 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
150	<p>Путем разрыва развивается кровотечение при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойном воспалении 2) хроническом венозном застое 3) остром венозном застое 4) гипертоническом кризе 5) опухоли 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
151	<p>Путем диапедеза развивается кровоизлияние при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) механической травме 2) остром венозном застое 3) опухоли 4) внематочной беременности 5) некрозе 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
152	<p>Кровоизлияние, при котором формируется некроз, называется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) геморрагия 2) гематома 3) геморрагическая инфильтрация 4) петехия 5) кровоподтек 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
153	<p>Исходом кровоизлияния является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематома 2) организация 3) некроз 4) петехия 5) нарушение функции 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
154	<p>Гематома головного мозга при гипертонической болезни развивается путем</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разрыва 2) разъедания 3) повышения проницаемости 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
155	<p>Множественные петехии в коже при инфекциях развиваются путем</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разрыва 2) разъедания 3) повышения проницаемости 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

156	<p>Определение стаза</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
157	<p>Развитие стаза не возможно в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прекапиллярах 2) артериолах 3) посткапиллярах 4) капиллярах 5) артериях 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
158	<p>Наиболее тяжелое последствие стойкого стаза</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сладж-феномен 2) периваскулярный отек 3) плазморрагия 4) диапедез эритроцитов 5) некроз паренхиматозных клеток 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
159	<p>При стазе развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сладж-феномен 2) диапедез эритроцитов 3) периваскулярный отек 4) некроз тканевых элементов 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
160	<p>Что такое сладж-феномен?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
161	<p>Отеком называется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение кровонаполнения 2) увеличение содержания тканевой жидкости 3) затруднение оттока венозной крови 4) скопление экссудата 5) плазматическое пропитывание 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
162	<p>При нефротическом синдроме отеки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гидростатические 2) онкотические 3) мембраногенные 4) в связи с задержкой электролитов 5) в связи с застоем лимфы 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
163	<p>При остром гломерулонефрите отеки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гидростатические 2) онкотические 3) мембраногенные 4) в связи с задержкой электролитов 5) в связи с застоем лимфы 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

164	<p>При хронической сердечной недостаточности ведущим в развитии отеков является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение онкотического давления 2) уменьшение коллоидно-осмотического давления 3) усиление секреции альдостерона 4) повреждение эндотелия и базальных мембран капилляров 5) повышение проницаемости мембран капилляров 	УК-1-3 ПК-1-9
165	<p>При отеке легких наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение размеров легких 2) увеличение веса 3) тестообразная консистенция 4) стекание пенистой жидкости с поверхности среза 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
166	<p>При отеке легких наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение размеров легких 2) уменьшение веса 3) повышенная воздушность 4) плотная консистенция легких 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
167	<p>При отеке легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) расширение просвета альвеол 2) скопление отежной жидкости в просвете альвеол 3) склероз межальвеолярных перегородок 4) отложение гемосидерина 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
168	<p>При отеке легких развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) полнокровие капилляров 2) скопление отежной жидкости в просвете альвеол 3) скопление отежной жидкости в межальвеолярных перегородках 4) диапедез эритроцитов 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
169	<p>Для транссудата характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мутный вид жидкости 2) неприятный запах 3) белка меньше 2% 4) много клеточных элементов 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
170	<p>Для обозначения скопления отежной жидкости используют термин</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематома 2) асцит 3) экхимоз 4) эксикоз 5) гемоторакс 	УК-1-3 ПК-1-9
171	<p>Для отека головного мозга характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшение объема с уплощением извилин 2) увеличение объема с вклиниванием мозжечка в большое затылочное отверстие 3) множественные кровоизлияния 4) растяжение желудочков мозга мутной жидкостью 5) смазанность рисунка на разрезе 	УК-1-3 ПК-1-9

172	Укажите причину острого малокровия (ишемии) 1) закупорка вены тромбом 2) закупорка артерии тромбом 3) эмболы 4) сдавление артерии растущей опухолью 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
173	Укажите причину острого малокровия (ишемии) 1) спазм артерии 2) закупорка артерии тромбом 3) закупорка артерии тромбоемболом 4) сдавление артерии жгутом 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
174	Значимое последствие острого малокровия (ишемии) 1) склероз 2) некроз 3) гемосидероз 4) атрофия 5) дистрофия	УК-1-3 ПК-1-9
175	Значимое последствие хронического малокровия (ишемии) 1) дистрофия и некроз 2) атрофия и склероз 3) отек и плазморрагия 4) полнокровие и диапедез	УК-1-3 ПК-1-9
176	Обратимое изменение клетки при ишемии 1) кариопикноз 2) кариорексис 3) плазмолиз 4) разрыв мембран 5) исчезновение гликогена	УК-1-3 ПК-1-9
177	Непосредственная причина образования тромба 1) повреждение сосудистой стенки 2) замедление тока крови 3) завихрение тока крови 4) увеличение вязкости крови 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
178	Непосредственная причина образования тромба 1) повреждение сосудистой стенки 2) уменьшение количества эритроцитов 3) уменьшение количества тромбоцитов 4) диапедез эритроцитов 5) плазморрагия	УК-1-3 ПК-1-9
179	Назовите стадии тромбообразования 1) агглютинация тромбоцитов 2) коагуляция фибриногена 3) агглютинация эритроцитов 4) преципитация белков плазмы 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9

180	Не выделяется как морфологическая разновидность тромба 1) красный тромб 2) белый 3) смешанный 4) белый с геморрагическим венчиком 5) гиалиновый	УК-1-3 ПК-1-9
181	Белые тромбы чаще образуются в 1) венах 2) артериях 3) полости аневризмы 4) капиллярах	УК-1-3 ПК-1-9
182	Красные тромбы чаще образуются в 1) венах 2) артериях 3) капиллярах 4) полости сердца 5) аорте	УК-1-3 ПК-1-9
183	Гиалиновые тромбы образуются в 1) венах 2) артериях 3) капиллярах 4) полости сердца 5) аорте	УК-1-3 ПК-1-9
184	Неблагоприятным исходом тромба является 1) организация 2) тромбоземболия 3) петрификация 4) васкуляризация 5) канализация	УК-1-3 ПК-1-9
185	Обтурирующий тромб артерии может привести к 1) венозному полнокровию 2) артериальному полнокровию 3) инфаркту 4) тромбоземболии	УК-1-3 ПК-1-9
186	Обтурирующий тромб вены может привести к 1) венозному полнокровию 2) артериальному полнокровию 3) инфаркту 4) петрификации 5) тромбоземболии	УК-1-3 ПК-1-9
187	Благоприятный исход тромба 1) септический аутолиз 2) гнойное расплавление 3) организация 4) тромбоземболия 5) обтурация просвета сосуда	УК-1-3 ПК-1-9
188	Тромб, состоящий из чередующихся участков красного и белого тромба 1) красный 2) белый 3) смешанный 4) гиалиновый	УК-1-3 ПК-1-9

	5) зернистый пристеночный	
189	Тромб, в котором содержится большое количество эритроцитов 1) красный 2) белый 3) смешанный 4) слоистый 5) гиалиновый	УК-1-3 ПК-1-9
190	Тромб, в котором содержится большое количество фибрина и лейкоцитов 1) красный 2) белый 3) смешанный 4) слоистый 5) гиалиновый	УК-1-3 ПК-1-9
191	При обтурации тромбом бедренной артерии в нижней конечности развивается 1) сухой некроз 2) влажный некроз 3) гангрена 4) инфаркт 5) полнокровие	УК-1-3 ПК-1-9
192	Назовите вид эмболии 1) ишемическая 2) воздушная 3) ангионевротическая 4) вакатная 5) воспалительная	УК-1-3 ПК-1-9
193	Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии приводит к 1) пульмокоронарному рефлексу 2) инфаркту легкого 3) ателектазу 4) шоку 5) ДВС-синдрому	УК-1-3 ПК-1-9
194	Для внешнего вида тромба характерно 1) шероховатая поверхность 2) гладкая поверхность 3) содержит много влаги 4) не скреплен со стенкой сосуда 5) все перечисленное верно	УК-1-3 ПК-1-9
195	Для внешнего вида тромба характерно 1) шероховатая поверхность 2) гофрированная поверхность 3) тусклый вид поверхности 4) скреплен со стенкой сосуда 5) все перечисленное верно	УК-1-3 ПК-1-9

196	Тромбоэмболия ствола и крупных ветвей легочной артерии приводит к развитию 1) пульмокоронарного рефлекса 2) геморрагического инфаркта 3) ателектаза 4) шока 5) ДВС-синдрома	УК-1-3 ПК-1-9
197	Локализация тромбов при тромбоэмболии легочной артерии 1) артерии большого круга кровообращения 2) вены большого круга кровообращения 3) вены малого круга кровообращения 4) клапаны левого сердца 5) аорта	УК-1-3 ПК-1-9
198	Локализация тромбов при тромбоэмболии артерий большого круга кровообращения 1) клапаны левого сердца 2) клапаны правого сердца 3) вены малого круга кровообращения 4) вены большого круга кровообращения 5) артерии малого круга кровообращения	УК-1-3 ПК-1-9
199	Наиболее опасна закупорка жировыми эмболами капилляров 1) почек 2) печени 3) легких 4) кишечника 5) селезенки	УК-1-3 ПК-1-9
200	Назовите последствие тромбоэмболии большого круга кровообращения 1) полнокровие органов 2) инфаркты в органах 3) отек 4) эксикоз 5) кахексия	УК-1-3 ПК-1-9
201	Пульмокоронарный рефлекс развивается при 1) жировой эмболии сосудов легких 2) эмболии околоплодными водами у роженицы 3) микробной эмболии сосудов легких 4) тромбоэмболии ствола легочной артерии 5) тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии	УК-1-3 ПК-1-9
202	Жировая эмболия развивается при 1) травматическом размозжении жировой клетчатки 2) внутримышечном введении масляных растворов 3) попадании околоплодных вод в кровяное русло 4) изъязвлении и отрыве частей атеросклеротической бляшки 5) все перечисленное	
203	Инфаркт – это очаг некроза 1) любого генеза 2) любой локализации 3) сосудистого генеза 4) в результате нарушения микроциркуляции 5) в органе в результате прекращения артериального кровотока	УК-1-3 ПК-1-9

204	<p>Не является морфологическим видом инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) белый 2) красный 3) смешанный 4) белый с геморрагическим венчиком 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
205	<p>Назовите наиболее частую причину инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) венозное полнокровие 2) тромбоз артерии 3) тромбоз крупных вен 4) эмболия капиллярного русла 5) тромбы в сосудах микроциркуляторного русла 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
206	<p>Главное условие развития геморрагического инфаркта</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) большая кровопотеря 2) венозный застой 3) тромбоз артерии 4) анемия 5) недостаточность анастомозов 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
207	<p>Красный инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) миокарда 2) легких 3) селезенки 4) почек 5) печени 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
208	<p>Белый с геморрагическим поясом инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кишечника 2) кожи 3) головного мозга 4) миокарда 5) печени 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
209	<p>Белый (ишемический) инфаркт типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) селезенки 2) кишечника 3) легких 4) печени 5) кожи 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
210	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта легкого</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) треугольной формы 2) темно-красного цвета 3) развивается на фоне венозного полнокровия 4) в исходе образуется киста 5) причина тромбоз (тромбоэмболия) 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
211	<p>Выделите неверное положение в характеристике инфаркта миокарда</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) треугольной формы 2) бело-желтого цвета 3) красный венчик 4) плотной консистенции 5) тромб со стороны эндокарда 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

212	Выделите неверное положение в характеристике инфаркта почки 1) треугольной формы 2) бело-желтого цвета 3) красный венчик 4) кашицеобразной консистенции 5) причина тромбоз (тромбоэмболия)	УК-1-3 ПК-1-9
213	Выделите неверное положение в характеристике инфаркта селезенки 1) треугольной формы 2) красного цвета 3) плотной консистенции 4) причина тромбоз (тромбоэмболия) 5) в исходе соединительнотканый рубец	УК-1-3 ПК-1-9
214	Выделите неверное положение в характеристике инфаркта головного мозга 1) треугольной формы 2) бело-серого цвета 3) мягкой консистенции 4) локализуется в подкорковых узлах 5) развивается на фоне атеросклероза	УК-1-3 ПК-1-9
215	Наиболее тяжелые последствия имеет инфаркт 1) селезенки 2) почки 3) головного мозга 4) легких 5) костей	УК-1-3 ПК-1-9
216	Неблагоприятным исходом инфаркта является 1) организация 2) петрификация 3) образование кисты 4) гнойное расплавление 5) инкапсуляция	УК-1-3 ПК-1-9
217	В исходе инфаркта миокарда обычно формируется 1) киста 2) абсцесс 3) рубец 4) гемосидероз 5) петрификат	УК-1-3 ПК-1-9
218	В исходе инфаркта головного мозга обычно формируется 1) киста 2) абсцесс 3) рубец 4) гемосидероз 5) петрификат	УК-1-3 ПК-1-9
219	В исходе инфаркта почки (селезенки) обычно формируется 1) киста 2) абсцесс 3) гемосидероз 4) рубец 5) петрификат	УК-1-3 ПК-1-9

220	Укажите вид шока 1) острый 2) гиповолемический 3) обратимый 4) необратимый 5) все верно	УК-1-3 ПК-1-9
221	При шоке в почке развивается 1) некроз эпителия канальцев 2) воспаление 3) гемосидероз 4) петрификация 5) отложение уратов	УК-1-3 ПК-1-9
222	Для «шоковой почки» характерно 1) атрофия канальцев 2) некроз канальцев 3) склероз стромы 4) воспаление 5) все верно	УК-1-3 ПК-1-9
223	При шоке в легких развивается 1) некроз 2) жировая дистрофия 3) исчезновение гликогена 4) отек 5) воспаление	УК-1-3 ПК-1-9
224	Для шокового легкого характерно 1) дистрофия 2) очаги некроза 3) отек 4) воспаление 5) все верно	УК-1-3 ПК-1-9
225	При шоке в легком развивается 1) полнокровие 2) кровоизлияние 3) отек 4) ателектазы 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
226	В печени при шоке развивается 1) ишемия 2) очаги некроза 3) гемосидероз 4) склероз 5) воспалительные инфильтраты	УК-1-3 ПК-1-9
227	В миокарде при шоке развивается 1) петрификация 2) гемосидероз 3) некроз миоцитов 4) склероз 5) воспалительные инфильтраты	УК-1-3 ПК-1-9
228	В каком органе при шоке часто развивается язвы и эрозии 1) желудок 2) пищевод	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) ротовая полость 4) прямая кишка 5) бронхи 	
229	<p>Что такое «шоковый орган»?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) орган, патология которого определяет смертельный исход 2) орган, изменения в котором вызывают развитие шока 3) орган, в котором развиваются тяжелые изменения, обусловленные шоком 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
230	<p>В развитии ДВС-синдрома ведущим является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тромбоцитопения 2) анемия 3) недостаточность синтеза фибриногена 4) избыточная внутрисосудистая коагуляция 5) снижение объема циркулирующей крови 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
231	<p>Иницирующим моментом в развитии ДВС-синдрома является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) коагуляция фибриногена с образованием фибрина 2) выброс большого количества тромбопластина в сосудистое русло 3) гипофибриногемия 4) увеличение образования тромбина из протромбина плазмы 5) образование тромбов в сосудах микроциркуляторного русла 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
232	<p>К шоку часто присоединяется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) нефротический синдром 2) ДВС-синдром 3) гепато-ренальный синдром 4) гепато-лиенальный синдром 5) хроническая почечная недостаточность 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
233	<p>Выделите фазу воспалительной реакции</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) полнокровие 2) дистрофия 3) экссудация 4) репарация 5) регенерация 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
234	<p>Морфологическая основа симптома покраснения при воспалении</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) плазморрагия 2) диапедез эритроцитов 3) артериальное полнокровие 4) стаз 5) венозный застой 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
235	<p>Укажите неблагоприятное последствие воспаления</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) уничтожение микробов 2) нейтрализация токсинов 3) полная регенерация 4) массивный склероз органа 5) ликвидация некротизированных клеток 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
236	<p>При экссудации происходит</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) артериальная и венозная гиперемия 2) повышение сосудистой проницаемости 3) эмиграция клеток крови 4) фагоцитоз 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

237	Основными клетками в очаге при остром воспалении являются 1) моноциты 2) макрофаги 3) гистиоциты 4) нейтрофильные лейкоциты 5) фибробласты	УК-1-3 ПК-1-9
238	Морфологическое проявление альтерации при воспалении 1) атрофия 2) некроз 3) гиперплазия 4) апоптоз 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
239	Что такое экссудат? 1) отечная жидкость 2) воспалительная жидкость 3) патологическая жидкость, содержащая белок 4) воспалительная жидкость с добавлением эритроцитов 5) любая патологическая жидкость	УК-1-3 ПК-1-9
240	Укажите морфологический вид воспаления 1) специфическое 2) пролиферативное 3) иммунное 4) острое 5) хроническое	УК-1-3 ПК-1-9
241	Укажите вид экссудативного воспаления 1) серозное 2) гранулематозное 3) интерстициальное 4) слизистое 5) хроническое	УК-1-3 ПК-1-9
242	Выделите неверное положение в характеристике серозного экссудата 1) содержание белка меньше 2% 2) внешне почти прозрачная жидкость 3) внешне сходен с трансудатом 4) содержит небольшое количество лейкоцитов 5) легко рассасывается	УК-1-3 ПК-1-9
243	Наиболее частый исход серозного экссудата 1) организация 2) петрификация 3) рассасывание 4) переход в гнойный 5) склероз	УК-1-3 ПК-1-9
244	Выделите неверное положение в характеристике фибринозного экссудата 1) содержит много белка 2) образуется серо-белые пленки 3) хорошо рассасывается 4) часто локализуется на оболочках 5) содержит мало жидкости	УК-1-3 ПК-1-9

245	<p>Выделите неверное положение в характеристике фибринозного перикардита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развивается при ревматизме 2) образное название «волосатое сердце» 3) воспаление дифтеритическое 4) в исходе образуются спайки 5) в клинике проявляется «шумом трения перикарда» 	УК-1-3 ПК-1-9
246	<p>Выделите ошибочное название вида экссудативного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозное 2) гнойное 3) фибриновое 4) фиброзное 5) гнилостное 	УК-1-3 ПК-1-9
247	<p>Разновидность фибринозного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойное 2) гнилостное 3) крупозное 4) катаральное 5) геморрагическое 	УК-1-3 ПК-1-9
248	<p>Локализация, в которой развивается только крупозное воспаление и не бывает дифтеритического</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плевра 2) небные миндалины 3) толстый кишечник 4) мочевого пузыря 5) тело матки 	УК-1-3 ПК-1-9
249	<p>Локализация, в которой развивается только дифтеритическое воспаление и не бывает крупозного</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плевра 2) брюшина 3) перикард 4) небные миндалины 5) толстый кишечник 	УК-1-3 ПК-1-9
250	<p>Локализация, в которой может развиваться и дифтеритическое и крупозное воспаление</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) небные миндалины 2) ротовая полость 3) плевра 4) перикард 5) толстый кишечник 	УК-1-3 ПК-1-9
251	<p>Выделите неверное положение в характеристике дифтеритического воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развивается на небных миндалинах 2) пленка плотно скреплена с подлежащими тканями 3) при отделении пленки образуются язвы 4) является вариантом катарального воспаления 5) характерно для дифтерии 	УК-1-3 ПК-1-9

252	<p>Выберите неверное положение в характеристике крупозного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развивается на слизистой оболочке трахеи 2) является вариантом фибринозного воспаления 3) пленка неплотно скреплена с подлежащими тканями 4) при отделении пленки образуются глубокие язвы 5) характерно для дифтерии 	УК-1-3 ПК-1-9
253	<p>Развитие дифтеритического или крупозного воспаления в толстом кишечнике определяется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) видом возбудителя 2) остротой течения 3) степенью нарушения кровообращения 4) глубиной некроза 5) активностью лейкоцитов 	УК-1-3 ПК-1-9
254	<p>Наиболее частым исходом фибринозного воспаления является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рассасывание 2) переход в гнойное 3) организация 4) ослизнение 5) нарушение функции органа 	УК-1-3 ПК-1-9
255	<p>Сердце называется «волосатым» при изменениях в перикарде</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) организации экссудата 2) выпадении масс фибрина 3) наложении гноя 4) развитию фиброзных спаек 5) петрификации экссудата 	УК-1-3 ПК-1-9
256	<p>Сердце называется «панцирным» при изменениях в перикарде</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выпадении масс фибрина 2) наложении гнойного экссудат 3) разрастании опухоли 4) организации и петрификации экссудата 	УК-1-3 ПК-1-9
257	<p>Наиболее частая причина гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вирусы 2) простейшие 3) химические вещества 4) токсины 5) стафилококки 	УК-1-3 ПК-1-9
258	<p>При микроскопии гнойный экссудат диагностируется по большому количеству</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фибрина 2) нейтрофильных лейкоцитов 3) макрофагов 4) лимфоцитов 5) эритроцитов 	УК-1-3 ПК-1-9
259	<p>Основная составная часть гнойного экссудата</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вода 2) нейтрофильные лейкоциты 3) детрит 4) фибробласты 5) микроорганизмы 	УК-1-3 ПК-1-9

260	Обычная локализация гнойного воспаления 1) серозные оболочки 2) слизистые оболочки 3) мягкие ткани 4) любой орган 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
261	Укажите название гнойного воспаления 1) абсцесс 2) гранулема 3) анасарка 4) киста 5) гематома	УК-1-3 ПК-1-9
262	При дифтерии в небных миндалинах развивается воспаление 1) дифтеритическое 2) крупозное 3) катаральное 4) гнойное 5) гнилостное	УК-1-3 ПК-1-9
263	При дифтерии в гортани и трахеи развивается воспаление 1) дифтеритическое 2) крупозное 3) катаральное 4) гнойное 5) гнилостное	УК-1-3 ПК-1-9
264	Вид экссудативного воспаления выделяемый, главным образом, на основании локализации 1) гнойное 2) гнилостное 3) геморрагическое 4) серозное 5) катаральное	УК-1-3 ПК-1-9
265	Обычно не бывают причиной гнойного воспаления 1) стафилококки 2) эшерихии 3) клебсиеллы 4) вирусы 5) стрептококки	УК-1-3 ПК-1-9
266	Флегмона относится к следующему виду воспаления 1) катаральному 2) крупозному 3) дифтеритическому 4) гнойному 5) гнилостному	УК-1-3 ПК-1-9
267	Укажите осложнение гнойного воспаления 1) полнокровие 2) атрофия 3) арозивное кровотечение 4) отек 5) пролиферация клеток	УК-1-3 ПК-1-9

268	<p>Гнойный экссудат макроскопически выглядит как жидкость</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) прозрачная 2) слегка мутная 3) густая желто-зеленая 4) окрашенная кровью 5) слизистого вида 	УК-1-3 ПК-1-9
269	<p>Очаговое гнойное воспаление с расплавлением ткани и формированием полости называется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) абсцесс 2) флегмона 3) эмпиема 4) киста 5) гранулема 	УК-1-3 ПК-1-9
270	<p>Наиболее частый исход острого абсцесса</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) переход в хронический 2) опорожнение, спадение стенок и рубцевание 3) сгущение гноя и петрификация 4) сгущение гноя и организация 5) опорожнение и образование кисты 	УК-1-3 ПК-1-9
271	<p>При хронизации абсцесса в его стенке формируется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойно-расплавленные массы 2) ткань органа, пропитанная лейкоцитами 3) эпителиальная ткань 4) фиброзная ткань 5) некроз, пропитанный лейкоцитами 	УК-1-3 ПК-1-9
272	<p>Укажите осложнение хронически текущего гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) полнокровие 2) отек 3) пролиферация клеток 4) вторичный амилоидоз 5) системный гиалиноз 	УК-1-3 ПК-1-9
273	<p>Укажите осложнение острого гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) полнокровие 2) отек 3) тяжелая интоксикация 4) вторичный амилоидоз 5) системный гиалиноз 	УК-1-3 ПК-1-9
274	<p>Укажите частый исход гнойного воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) организация 2) петрификация 3) оссификация 4) васкуляризация 5) амилоидоз 	УК-1-3 ПК-1-9
275	<p>В стенке хронического абсцесса со временем формируется слой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) некротизированной ткани с лейкоцитами 2) гнойного экссудата 3) фиброзной ткани 4) эпителиальной ткани 5) костной ткани 	УК-1-3 ПК-1-9

276	<p>Выделите неверное положение в характеристике катарального воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развивается только на слизистых оболочках 2) относится к экссудативному воспалению 3) наблюдается только острое течение 4) частая причина инфекция 5) типична смена одного вида катара другим 	УК-1-3 ПК-1-9
277	<p>Укажите разновидности острого катарального воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозный 2) слизистый 3) слизисто-гнойный 4) гнойный 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
278	<p>Средняя продолжительность острого ринита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 24 часа 2) 2-3 дня 3) 7 дней 4) 2-3 недели 5) 1 месяц 	УК-1-3 ПК-1-9
279	<p>Катаральное воспаление – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
280	<p>Какое изменение слизистой оболочки появляется, если катар имеет хроническое течение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отек 2) полнокровие 3) склероз 4) слущивание эпителия 5) воспалительный инфильтрат 	УК-1-3 ПК-1-9
281	<p>Какое изменение слизистой оболочки появляется, если катар имеет хроническое течение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отек 2) полнокровие 3) атрофия 4) десквамация эпителия 5) образование язв 	УК-1-3 ПК-1-9
282	<p>Хроническое катаральное воспаление опасно в связи с развитием</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сужения просвета 2) раковой опухоли 3) язвы с перфорацией 4) массивного кровотечения 5) тяжелой интоксикацией 	УК-1-3 ПК-1-9
283	<p>Катаральное воспаление характеризуется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выделением и стеканием экссудата 2) формированием пленки 3) образованием язв и эрозий 4) деформацией просвета 	УК-1-3 ПК-1-9

284	<p>Выделите неверное положение в характеристике острого катара</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
285	<p>Выберите неверное положение в характеристике хронического катара</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
286	<p>Предраковое изменение эпителия при хроническом катаре</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атрофия 2) дистрофия 3) десквамация 4) дисплазия 5) все верно 	УК-1-3 ПК-1-9
287	<p>Типичный исход острого катарального воспаления</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) склероз и деформация 2) организация и петрификация 3) рассасывание и регенерация 4) изъязвление и перфорация 5) развитие раковой опухоли 	УК-1-3 ПК-1-9
288	<p>Экссудат, содержащий мало лейкоцитов и много жидкости</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) геморрагический 5) гнилостный 	УК-1-3 ПК-1-9
289	<p>Экссудат, содержащий большое количество нейтрофильных лейкоцитов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) геморрагический 5) гнилостный 	УК-1-3 ПК-1-9
290	<p>Экссудат, содержащий большое количество фибрина</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) геморрагический 5) гнилостный 	УК-1-3 ПК-1-9
291	<p>Клетка воспалительного инфильтрата гематогенного происхождения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эндотелиальная 2) лаброцит 3) фибробласт 4) лимфоцит 5) эпителиоидная 	УК-1-3 ПК-1-9

292	Клетка воспалительного инфильтрата гистиогенного происхождения 1) моноцит 2) лимфоцит 3) эпителиоидная 4) нейтрофильный лейкоцит 5) эозинофильный лейкоцит	УК-1-3 ПК-1-9
293	Типичный исход продуктивного воспаления 1) нагноение 2) склероз 3) петрификация 4) оссификация 5) расплавление ткани	УК-1-3 ПК-1-9
294	Морфологический вид продуктивного воспаления 1) гранулематозное 2) гнойное 3) геморрагическое 4) гнилостное 5) серозное	УК-1-3 ПК-1-9
295	Продуктивным воспалением называется воспаление с 1) выраженной альтерацией 2) образованием гранулем 3) преобладанием пролиферации 4) разрастанием фиброзной ткани 5) выраженной экссудацией	УК-1-3 ПК-1-9
296	Наиболее типичное течение продуктивного воспаления 1) острое 2) подострое 3) хроническое 4) молниеносное	УК-1-3 ПК-1-9
297	Пролиферируют в очаге продуктивного воспаления 1) макрофаги 2) ретикулоциты 3) эритроциты 4) нейтрофильные лейкоциты 5) базофильные лейкоциты	УК-1-3 ПК-1-9
298	Характерно для продуктивного межочного миокардита 1) очаги сухого некроза 2) формирование абсцесса 3) чаще острое течение 4) круглоклеточный инфильтрат в строме 5) формирование гигантоклеточных гранулем	УК-1-3 ПК-1-9
299	Типичный исход продуктивного межочного воспаления 1) отек 2) склероз 3) нагноение 4) обызвествление 5) оссификация	УК-1-3 ПК-1-9

300	<p>Гранулема – это очаг</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойного воспаления 2) скопления лимфоидных клеток 3) скопление клеток, способных к фагоцитозу 4) казеозного некроза 5) фиброзной ткани 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
301	<p>Выберите термин неприемлимый для названия типа гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эпителиоидноклеточная 2) гигантоклеточная 3) иммунная 4) специфическая 5) смешанная 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
302	<p>Назовите тип гранулемы, выделяемый по клеточному составу</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) специфическая 2) гигантоклеточная 3) иммунная 4) липогранулема 5) острая 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
303	<p>Выделите неинфекционную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) туберкулезная 2) олеогранулема 3) сифилитическая 4) при склероме 5) при проказе 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
304	<p>Выделите инфекционную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) олеогранулема 2) липогранулема 3) сифилитическая 4) вокруг инородного тела 5) при асбестозе 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
305	<p>Неиммунная гранулема развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) альвеококкозе 2) туберкулезе 3) сифилисе 4) проказе 5) склероме 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
306	<p>Иммунная гранулема развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) альвеококкозе 2) асбестозе 3) инородном теле 4) туберкулезе 5) силикозе 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
307	<p>При какой острой инфекции типично развитие гранулем</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дизентерии 2) дифтерии 3) скарлатине 4) сальмонеллезе 5) иерсиниозе 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

308	<p>Выберите неверное положение в отношении туберкулезной гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) милиарная 2) в центре влажный некроз 3) эпителиоидноклеточная 4) иммунная 5) специфическая 	УК-1-3 ПК-1-9
309	<p>Укажите неверное положение в отношении туберкулезной гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) милиарная 2) в центре сухой некроз 3) основные клетки эпителиоидные 4) в исходе нежный рубчик 5) может нагнаиваться 	УК-1-3 ПК-1-9
310	<p>Выберите неверное положение в отношении сифилитической гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) солитарная 2) иммунная 3) специфическая 4) неинфекционная 5) в исходе грубый рубец 	УК-1-3 ПК-1-9
311	<p>Назовите тип гранулемы, развивающийся вокруг шовного материала</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) иммунная 2) специфическая 3) гигантоклеточная 4) инъекционная 5) с высоким уровнем обмена клеток 	УК-1-3 ПК-1-9
312	<p>Типичный исход гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) склероз 2) нагноение 3) ослизнение 4) рассасывание 5) образование кисты 	УК-1-3 ПК-1-9
313	<p>Осложнение сифилитического мезоартита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аневризма брюшного отдела аорты 2) аневризма грудного отдела аорты 3) инфаркт миокарда 4) кардиосклероз 5) аортальный порок сердца 	УК-1-3 ПК-1-9
314	<p>Гранулема неустановленной этиологии развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ревматизме 2) туберкулезе 3) склероме 4) саркоидозе 5) сифилисе 	УК-1-3 ПК-1-9
315	<p>Типичная локализация воспалительных полипов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозные оболочки 2) мозговые оболочки 3) слизистые оболочки аногенитальной области 4) слизистые оболочки полости носа 5) повсеместно 	УК-1-3 ПК-1-9

316	<p>Типичная локализация остроконечных кондилом</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозные оболочки 2) мозговые оболочки 3) слизистые оболочки аногенитальной области 4) слизистые оболочки бронхов 5) слизистые оболочки полости носа 	УК-1-3 ПК-1-9
317	<p>Выделите неверное положение в характеристике сифилитической гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) можно называть гумма 2) макроскопически один крупный очаг 3) в исходе грубый рубец 4) развивается в третичном периоде сифилиса 5) локализуется только в печени 	УК-1-3 ПК-1-9
318	<p>Что такое «пролиферация»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гибель клеток 2) повреждение клеток 3) исход воспаления 4) размножение клеток 5) синоним регенерации 	УК-1-3 ПК-1-9
319	<p>Выделите неиммунную гранулему</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при туберкулезе 2) при сифилисе 3) при риносклероме 4) при проказе 5) вокруг инородного тела 	УК-1-3 ПК-1-9
320	<p>При туберкулезе гранулема</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) макрофагальная 2) эпителиоидноклеточная 3) гигантоклеточная 4) некротическая 5) регенераторная 	УК-1-3 ПК-1-9
321	<p>Специфическая гранулема развивается при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ревматизме 2) туберкулезе 3) иерсиниозе 4) эхинококке 5) вокруг шовного материала 	УК-1-3 ПК-1-9
322	<p>Высокая скорость обмена клеточных элементов наблюдается в гранулеме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вокруг инородного тела 2) липогранулеме 3) при туберкулезе 4) вокруг шовного материала 	УК-1-3 ПК-1-9
323	<p>Для гранулематозных болезней характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острое течение 2) чаще полное выздоровление 3) нарушение иммунного гомеостаза 4) обязательно проявление экссудации 5) обязательно формирование казеозного некроза 	УК-1-3 ПК-1-9

324	Увеличение объема функциональных структур с увеличением функции называется 1) дистрофия 2) дисплазия 3) гипертрофия 4) атрофия 5) метаплазия	УК-1-3 ПК-1-9
325	Увеличение числа клеточных элементов называется 1) дистрофия 2) дисплазия 3) гипертрофия 4) гиперплазия 5) метаплазия	УК-1-3 ПК-1-9
326	Выберите вид гипертрофии 1) рабочая 2) нейротическая 3) от давления 4) церебральная 5) дисфункциональная	УК-1-3 ПК-1-9
327	Железистая гиперплазия эндометрия относится к гипертрофии 1) рабочей 2) викарной 3) коррелятивной 4) нейрогуморальной	УК-1-3 ПК-1-9
328	Вид гипертрофии при пороке сердца 1) рабочая 2) викарная 3) коррелятивная 4) нейрогуморальная	УК-1-3 ПК-1-9
329	Вид гипертрофии миокарда при гипертонической болезни 1) рабочая 2) викарная 3) коррелятивная 4) нейрогуморальная	УК-1-3 ПК-1-9
330	Гипертрофия миокарда происходит за счет 1) увеличения размеров миоцитов 2) увеличения количества миоцитов 3) отека стромы 4) дистрофии миоцитов	УК-1-3 ПК-1-9
331	Причина физиологической гипертрофии миокарда 1) порок сердца 2) кардиосклероз 3) большие физические нагрузки 4) гипертоническая болезнь 5) токсический миокардит	УК-1-3 ПК-1-9
332	Для гипертрофии сердца в стадии компенсации из перечисленного характерно только 1) уменьшение размеров сердца 2) утолщение стенки желудочков 3) миогенная дилатация полостей 4) дряблая консистенция миокарда	УК-1-3 ПК-1-9

	5) жировая дистрофия миоцитов	
333	В гипертрофированном миокарде при декомпенсации развивается 1) атрофия миоцитов 2) гиперплазия миоцитов 3) дистрофия миоцитов 4) регенерация 5) гипертрофия миоцитов	УК-1-3 ПК-1-9
334	При декомпенсации в сердце развивается 1) увеличение количества миоцитов 2) увеличение размера миоцитов 3) атрофия миоцитов 4) дистрофия миоцитов	УК-1-3 ПК-1-9
335	В каком органе развивается викарная гипертрофия 1) сердце 2) желудке 3) почках 4) матке 5) мочевом пузыре	УК-1-3 ПК-1-9
336	Для фазы декомпенсации гипертрофированного сердца из перечисленного характерно только 1) дряблость миокарда 2) тоногенное расширение камер 3) увеличение толщины стенки желудочков 4) нарастание веса сердца 5) нарастание размеров миоцитов	УК-1-3 ПК-1-9
337	Нейрогуморальная гипертрофия развивается в 1) сердце при гипертонической болезни 2) молочных железах при беременности 3) мочевом пузыре при гиперплазии предстательной железы 4) почке при удалении второй почки 5) стенке желудка при стенозе привратника	УК-1-3 ПК-1-9
338	Прижизненное уменьшение объема функционирующих структур называется 1) гипертрофия 2) гиперплазия 3) атрофия 4) гипоплазия 5) гипоплазия	УК-1-3 ПК-1-9
339	К местной атрофии относится 1) дисфункциональная 2) раковая кахексия 3) гипофизарная кахексия 4) церебральная кахексия 5) алиментарное истощение	УК-1-3 ПК-1-9

340	К общей атрофии относится 1) алиментарное истощение 2) нейротическая атрофия 3) атрофия от давления 4) атрофия от бездействия 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
341	К местной атрофии относится 1) викарная 2) раковая 3) от недостаточности кровоснабжения 4) церебральная 5) гипофизарная	УК-1-3 ПК-1-9
342	Пример атрофии от давления – атрофия 1) костного мозга лучевой болезни 2) почки при наличии камней 3) мышц при переломе кости 4) миокарда при атеросклерозе коронарной артерии	УК-1-3 ПК-1-9
342	Пример атрофии от действия физических факторов – атрофия 1) костного мозга при лучевой болезни 2) почки при наличии камней 3) мышц при переломе кости 4) коры надпочечников при приеме кортикостероидов	УК-1-3 ПК-1-9
344	Пример атрофии от недостаточности кровоснабжения 1) очаговая атрофия миокарда при атеросклерозе коронарной артерии 2) атрофия коры надпочечников при приеме кортикостероидов 3) атрофия мышц при переломе кости 4) атрофия зрительного нерва при удалении глаза	УК-1-3 ПК-1-9
345	Переход одного вида тканей в другой, родственной ей, называется 1) дисплазия 2) анаплазия 3) гиперплазия 4) метаплазия 5) малигнизация	УК-1-3 ПК-1-9
346	Бурая атрофия типична для 1) желудка 2) легких 3) предстательной железы 4) почек 5) печени	УК-1-3 ПК-1-9
347	При нарушении оттока ликвора в головном мозге развивается 1) отек и набухание 2) гидроцефалия 3) опухоль 4) менингит 5) энцефалит	УК-1-3 ПК-1-9
348	Возможна метаплазия соединительной ткани в 1) костную 2) мышечную 3) нервную 4) эпителиальную	УК-1-3 ПК-1-9

	5) кроветворную	
349	При метаплазии в слизистой оболочке бронхов развивается эпителий 1) цилиндрический 2) призматический 3) мерцательный 4) кубический 5) многослойный плоский	УК-1-3 ПК-1-9
350	Метаплазия эпителия бронхов развивается на фоне 1) лимфостаза 2) полнокровия 3) некроза 4) острого воспаления 5) хронического воспаления	УК-1-3 ПК-1-9
351	На фоне метаплазии эпителия бронхов развивается 1) дистрофия 2) атрофия 3) некроз 4) раковая опухоль 5) воспаление	УК-1-3 ПК-1-9
352	Синоним общей атрофии 1) гипоплазия (аплазия) 2) истощение (кахексия) 3) гипертрофия (гиперплазия) 4) недоразвитие (карликовость)	УК-1-3 ПК-1-9
353	Врастание соединительной ткани в патологический очаг называется 1) метаплазия 2) инкапсуляция 3) организация 4) петрификация 5) дисплазия	УК-1-3 ПК-1-9
354	Обрастание соединительной тканью патологического очага называется 1) метаплазия 2) инкапсуляция 3) организация 4) петрификация 5) дисплазия	УК-1-3 ПК-1-9
355	Очаговый склероз на месте патологического очага называется 1) киста 2) кардиосклероз 3) рубец 4) цирроз 5) петрификат	УК-1-3 ПК-1-9
356	Выраженный склероз органа с перестройкой и деформацией называется 1) рубец 2) диффузный склероз 3) цирроз 4) диффузный фиброз	УК-1-3 ПК-1-9

	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	УК-1-3 ПК-1-9
358	Выделите вид заживления ран 1) путем организации 2) путем инкапсуляции 3) путем метаплазии 4) первичным натяжением 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
359	Восстановление структурных элементов ткани взамен погибшим называется 1) организация 2) регенерация 3) метаплазия 4) дисплазия 5) анаплазия	УК-1-3 ПК-1-9
360	Что такое грануляционная ткань? 1) волокнистая соединительная ткань 2) молодая соединительная ткань 3) зрелая соединительная ткань 4) бедная сосудами ткань 5) бедная клетками ткань	УК-1-3 ПК-1-9
361	Не может быть структурным компонентом грануляционной ткани 1) пролиферирующие соединительнотканые клетки 2) пролиферирующие эндотелиальные клетки 3) ретикулярные волокна 4) коллагеновые волокна в большом количестве 5) тонкостенные кровеносные сосуды	УК-1-3 ПК-1-9
362	Какая ткань не может регенерировать по типу реституции? 1) соединительная 2) костная 3) кровь 4) эпителий 5) скелетные мышцы	УК-1-3 ПК-1-9
364	Для рубцовой ткани характерно 1) обилие пролиферирующих соединительнотканых клеток 2) обилие хроматричных волокон 3) обилие коллагеновых волокон 4) обилие кровеносных сосудов 5) интенсивная инфильтрация лейкоцитами	УК-1-3 ПК-1-9

365	Компенсаторная гипертрофия сердца развивается при 1) ДВС-синдроме 2) шоке 3) остром миокардите 4) гипертонической болезни 5) токсической миокардиодистрофии	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
368	При алиментарном истощении в органах накапливается пигмент 1) меланин 2) гемосидерин 3) липофусцин 4) билирубин 5) солянокислый гематин	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
370	Опухоль – патологический процесс, характеризующийся 1) неадекватным размножением несозревающих клеток 2) пролиферацией и гиперплазией клеток 3) гиперплазией и метаплазией клеток 4) размножением и дифференцировкой клеток	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
373	Выделите название варианта роста опухоли по отношению к окружающим тканям 1) уницентричный 2) инфильтративный	УК-1-3 ПК-1-9

	3) экзофитный	
374	Выделите название типа роста опухоли по отношению к просвету полового органа 1) уницентричный 2) мультицентричный 3) аппозиционный 4) экзофитный 5) инфильтративный	УК-1-3 ПК-1-9
375	Назовите путь метастазирования 1) уницентричный 2) мультицентричный 3) лимфогенный 4) инфильтративный 5) аппозиционный	УК-1-3 ПК-1-9
376	Назовите путь метастазирования 1) имплантационный 2) инфильтративный 3) экспансивный 4) аппозиционный 5) местнодеструктурирующий	УК-1-3 ПК-1-9
377	Выделите название типа роста опухоли по отношению к просвету полового органа 1) уницентричный 2) мультицентричный 3) аппозиционный 4) эндофитный 5) инфильтративный	УК-1-3 ПК-1-9
378	Морфологический атипизм в опухоли может быть 1) антигенный и гистохимический 2) биохимический и гистохимический 3) экспансивный и инфильтративный 4) тканевой и клеточный	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9

382	Какой принцип положен в основу единой международной классификации опухолей 1) анатомический 2) топографический 3) гистогенетический 4) гистохимический 5) антигенный	УК-1-3 ПК-1-9
383	Тип роста опухоли по отношению к окружающим тканям 1) экзофитный 2) эндофитный 3) экспансивный 4) уницентрический 5) мультицентрический	УК-1-3 ПК-1-9
384	Тип роста опухоли относительно просвета органа 1) экспансивный 2) инфильтративный 3) уницентричный 4) мультицентричный 5) экзофитный	УК-1-3 ПК-1-9
385	Тип роста опухоли по количеству фокусов первичного развития 1) экспансивный 2) инфильтративный 3) уницентричный 4) локальный 5) экзофитный	УК-1-3 ПК-1-9
386	Тип роста опухоли по количеству фокусов первичного развития 1) экспансивный 2) инфильтративный 3) аппозиционный 4) мультицентрический 5) экзофитный	УК-1-3 ПК-1-9
387	Главный структурный компонент опухоли 1) строма 2) паренхима 3) кровеносные сосуды 4) некроз 5) кровоизлияния	УК-1-3 ПК-1-9
388	Выделите неверное положение в характеристике доброкачественной опухоли 1) опухолевые клетки дифференцированные 2) рост экспансивный 3) не метастазирует 4) не рецидивирует 5) оказывает общее влияние на организм	УК-1-3 ПК-1-9
389	Выделите неверное положение в характеристике злокачественной опухоли 1) опухолевые клетки недифференцированные 2) рост инфильтративный 3) не рецидивирует 4) метастазирует 5) оказывает общее влияние на организм	УК-1-3 ПК-1-9

390	<p>Что такое опухоль с местнодеструктивным ростом?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) злокачественная опухоль с инфильтративным ростом 2) опухоль только с одним свойством злокачественности – инфильтративным ростом 3) опухоль, не дающая метастазов 4) опухоль с признаками аппозиционного роста 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
391	<p>К опухолям с местнодеструктивным ростом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) венозная гемангиома 2) кавернозная гемангиома 3) капиллярная гемангиома 4) хондрома 5) фиброма кожи 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
392	<p>К опухолям с местнодеструктивным ростом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хондрома 2) липома 3) фиброма кожи 4) ангиофиброма носоглотки 5) ангиосаркома 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
393	<p>Состояние нарушенной дифференцировки клеток называется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атипизм 2) анаплазия 3) атрофия 4) метаплазия 5) гипоплазия 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
394	<p>Совокупность свойств, отличающих опухоль от нормальных тканей</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атипизм 2) анаплазия 3) атрофия 4) малигнизация 5) катаплазия 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
395	<p>Для злокачественной опухоли характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) низкая степень дифференцировки клеток 2) не метастазирует 3) не рецидивирует 4) рост экспансивный 5) оказывает только местное влияние 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
396	<p>Рецидив опухоли – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развитие новой опухоли 2) возобновление роста опухоли на прежнем месте 3) ускорение темпов роста опухоли 4) разновидность метастазирования 5) развитие новых центров опухолевого роста 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
397	<p>Наиболее современный диагностический метод установления гистогенеза опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гистохимический 2) гистологический 3) цитологический 4) иммуноморфологический 5) метод магнитного резонанса 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

398	<p>Проявление местного влияния опухоли на организм</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ускорение СОЭ 2) анемия 3) кахексия 4) разрушение окружающих тканей 5) гормональные нарушения 	УК-1-3 ПК-1-9
399	<p>Проявление общего влияния опухоли на организм</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атрофия окружающих тканей 2) разрушение окружающих тканей 3) кахексия 4) сдавление кровеносных сосудов 5) деформация органа и тканей 	УК-1-3 ПК-1-9
400	<p>Зрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) состоящая из клеток полностью идентичных нормальным 2) состоящая из дифференцированных клеток 3) состоящая из недифференцированных клеток 4) не обладающая инвазивным ростом 5) не метастазирующая 	УК-1-3 ПК-1-9
401	<p>Зрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) состоящая из недифференцированных клеток 2) состоящая из дифференцированных клеток 3) не способная метастазировать 4) не обладающая общим влиянием на организм 5) любая опухоль небольших размеров 	УК-1-3 ПК-1-9
402	<p>Незрелая опухоль – это опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) состоящая из недифференцированных клеток 2) состоящая из дифференцированных клеток 3) способная рецидивировать 4) способная метастазировать 5) разрушающая окружающие ткани 	УК-1-3 ПК-1-9
403	<p>К опухолям мезенхимального происхождения относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденома 2) ангиосаркома 3) папиллома 4) гепатома 5) костная мозоль 	УК-1-3 ПК-1-9
404	<p>К доброкачественным мезенхимальным опухолям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ангиофиброма носоглотки 2) фиброма кожи 3) лейомиосаркома 4) десмоид 5) хондросаркома 	УК-1-3 ПК-1-9
405	<p>К доброкачественным опухолям мезенхимального генеза относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фибромиома 2) лейомиосаркома 3) остеосаркома 4) десмоид 5) липосаркома 	УК-1-3 ПК-1-9

406	<p>Определение саркомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) незрелая опухоль из фиброзной ткани 2) незрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения 3) зрелая опухоль из тканей мезенхимального происхождения 4) зрелая опухоль из фиброзной ткани 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
407	<p>К злокачественным мезенхимальным опухолям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фибромиома 2) лейомиосаркома 3) ангиофиброма носоглотки 4) десмоид 5) хондрома 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
408	<p>Для кавернозной гемангиомы печени характерно только</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тканевой и клеточный атипизм 2) незрелые клетки 3) злокачественное течение 4) построена из сосудов венозного типа 5) метастазирует гематогенно 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
409	<p>Злокачественная мезенхимальная опухоль</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) липосаркома 2) десмоид 3) капиллярная гемангиома 4) остеома 5) фиброма 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
410	<p>Доброкачественная опухоль из мышечной ткани</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фиброма 2) фибросаркома 3) гемангиома 4) лейомиома 5) лейомиосаркома 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
411	<p>Излюбленный путь метастазирования сарком</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лимфогенный 2) гематогенный 3) периневральный 4) имплантационный 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
412	<p>Выделите неверное положение в отношении капиллярной гемангиомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зрелая опухоль 2) обладает местнодеструктивным ростом 3) метастазирует 4) развивается из кровеносных сосудов 5) часто встречается в коже 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
413	<p>Наиболее частая локализация лейомиомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кожа 2) сердце 3) матка 4) мягкие ткани 5) желудок 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
414	<p>Гистологическая разновидность фибросаркомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мягкая 2) плотная 3) недифференцированная 4) ювенильная 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	5) десмоид	
415	Не выделяют вид гемангиомы 1) капиллярная 2) венозная 3) артериальная 4) кавернозная 5) гломусангиома	УК-1-3 ПК-1-9
416	Первые метастазы саркомы мягких тканей нижней конечности локализируются в 1) костях 2) регионарных лимфоузлах 3) почках 4) печени 5) легких	УК-1-3 ПК-1-9
417	Первые метастазы саркомы брыжейки тонкого кишечника локализируются в 1) костях 2) регионарных лимфоузлах 3) почках 4) печени 5) легких	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
419	Меланома кожи развивается на основе 1) внутридермального невуса 2) меланоцитарной дисплазии 3) пигментного пятна 4) витилиго 5) лентиго	УК-1-3 ПК-1-9
420	Наиболее частая локализация меланомы 1) кожа 2) глаз 3) прямая кишка 4) ротовая полость 5) легкие	УК-1-3 ПК-1-9
421	Выделите неверное положение в характеристике меланомы 1) злокачественная 2) метастазирует 3) растет экспансивно 4) может быть беспигментной 5) рецидивирует	УК-1-3 ПК-1-9

422	Выделите неверное положение в характеристике невуса 1) опухолеподобное образование 2) опасен при наличии дисплазии 3) всегда малигнизируется 4) может быть беспигментным 5) типичная локализация кожи	УК-1-3 ПК-1-9
423	Выделите опухоль с наиболее высокой степенью злокачественности 1) гемангиома 2) липосаркома 3) дифференцированная фибросаркома 4) гемангиосаркома 5) десмоид	УК-1-3 ПК-1-9
424	Выделите опухоль с наиболее высокой степенью злокачественности 1) дифференцированная фибросаркома 2) остеобластокластома 3) меланома 4) липосаркома 5) десмоид	УК-1-3 ПК-1-9
425	Саркома – это незрелая опухоль, развивающаяся из 1) эпителия 2) кроветворной ткани 3) фиброзной ткани 4) тканей, производных мезенхимы 5) тканей, производных мезенхимы	УК-1-3 ПК-1-9
426	Незрелая опухоль, развивающаяся из кровеносных сосудов 1) гемангиома 2) гемангиосаркома 3) гистиоцитомы 4) лимфангиома 5) лимфангиосаркома	УК-1-3 ПК-1-9
427	Незрелая опухоль, развивающаяся из тканей производных мезенхимы 1) аденома 2) папиллома 3) карцинома 4) рак 5) рак	УК-1-3 ПК-1-9
428	Зрелая доброкачественная опухоль, развивающаяся из фиброзной ткани 1) аденома 2) фиброма 3) ангиома 4) папиллома 5) карцинома	УК-1-3 ПК-1-9
429	Зрелая опухоль, развивающаяся из кровеносных сосудов 1) лимфангиома 2) гемангиома 3) гемангиосаркома 4) карциносаркома 5) мезенхимомы	УК-1-3 ПК-1-9
430	Опухоли из эпителия имеют тип строения 1) органоидный 2) гистиоидный	УК-1-3 ПК-1-9

431	<p>Выберите название зрелой опухоли из эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) липома 2) фиброма 3) аденома 4) карцинома 5) рак 	УК-1-3 ПК-1-9
432	<p>Выберите зрелую опухоль, развивающуюся из многослойного плоского эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденома 2) папиллома 3) карцинома 4) цистаденома 5) лимфангиома 	УК-1-3 ПК-1-9
433	<p>Выберите морфологическую разновидность аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) папиллома 2) гемангиома 3) цистаденома 4) аденокарцинома 5) ангиофиброма 	
434	<p>Назовите морфологическую разновидность аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ангиосаркома 2) фибросаркома 3) фиброаденома 4) аденокарцинома 5) ангиофиброма 	УК-1-3 ПК-1-9
435	<p>В характеристике папилломы верно только</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) незрелая опухоль 2) экзофитный рост типичен 3) дает метастазы 4) рост быстрый 5) оказывает общее влияние 	УК-1-3 ПК-1-9
436	<p>Выберите неверное положение в характеристике аденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зрелая опухоль 2) атипизм тканевой 3) медленный рост 4) местное влияние на организм 5) не малигнизируется 	УК-1-3 ПК-1-9
437	<p>Выберите неверное положение в характеристике доброкачественной эпителиальной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тканевой атипизм 2) гистиоидный тип строения 3) экспансивный рост 4) не метастазирует 5) не рецидивирует 	УК-1-3 ПК-1-9
438	<p>Наиболее частая локализация папилломы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) желудок 2) пищевод 3) кожа 4) толстый кишечник 5) плевра 	УК-1-3 ПК-1-9

439	<p>Наиболее частая локализация цистаденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) желудок 2) прямая кишка 3) молочная железа 4) поджелудочная железа 5) яичник 	УК-1-3 ПК-1-9
440	<p>Наиболее частая локализация фиброаденомы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) желудок 2) прямая кишка 3) молочная железа 4) поджелудочная железа 5) яичник 	УК-1-3 ПК-1-9
441	<p>При малигнизации аденомы развивается обычно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденокарцинома 2) перстневидноклеточный рак 3) слизистый рак 4) солидный рак 5) фиброзный рак 	УК-1-3 ПК-1-9
442	<p>Изменение эпителия, соответствующее облигатному предраку</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) метаплазия 3) пролиферация 4) дисплазия I – II степени 5) дисплазия III степени 	УК-1-3 ПК-1-9
443	<p>Карцинома (рак) – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) любая опухоль из эпителия 2) зрелая опухоль из эпителия 3) незрелая опухоль из эпителия 4) незрелая опухоль из железистого эпителия 5) любая опухоль из железистого эпителия 	УК-1-3 ПК-1-9
444	<p>Выделите неверное положение в характеристике «рака на месте»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не прорастает базальную мембрану 2) фон – дисплазия III степени 3) не метастазирует 4) не рецидивирует 5) имеет плохой прогноз 	УК-1-3 ПК-1-9
445	<p>Выделите неверное положение в характеристике дисплазии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пролиферация клеток с нарушением дифференцировки 2) часть клеток с признаками атипии 3) обратимая патология 4) малигнизируется обычно III степень 5) имеет начальные признаки инвазивного роста 	УК-1-3 ПК-1-9
446	<p>Плоскоклеточный рак особенно типичен для</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) щитовидной железы 2) поджелудочной железы 3) шейки матки 4) тела матки 5) желудка 	УК-1-3 ПК-1-9

447	<p>Признак высокой степени дифференцировки плоскоклеточного рака</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ороговения 2) слизееобразование 3) солидные структуры 4) патологические митозы 5) воспалительные инфильтраты 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
448	<p>Рак из железистого эпителия чаще развивается в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) желудке 2) пищеводе 3) бронхах 4) шейке матки 5) мочевом пузыре 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
449	<p>Морфологический признак рака (карциномы) как злокачественной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) формирование железистых структур 2) слизееобразование 3) клеточный атипизм 4) ороговение 5) мало стромы 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
450	<p>Нельзя отнести к группе недифференцированного рака</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденокарциному 2) солидный рак 3) слизистый рак 4) медулярный рак 5) фиброзный рак 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
451	<p>Ранний путь метастазирования раковых опухолей</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематогенный 2) лимфогенный 3) имплантационный 4) периневральный 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
452	<p>Ранние метастазы рака локализируются в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) регионарных лимфоузлах 2) отдаленных лимфоузлах 3) легких 4) печени 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
453	<p>Выделите неверное положение в отношении аденокарциномы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развивается из железистого эпителия 2) формирует железистоподобные структуры 3) имеет клеточный атипизм 4) обладает высокой степенью злокачественности 5) типичен инвазивный рост 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
454	<p>Основной критерий начала инвазивного роста</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) высокая митотическая активность 2) высокая степень клеточной атипии 3) разрушение базальной мембраны 4) глубокий акантоз 5) выраженная дисплазия как фон 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

455	Рак, развивающийся из многослойного плоского эпителия 1) аденокарцинома 2) солидный 3) фиброзный 4) плоскоклеточный 5) слизистый	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
457	Для слизистого рака характерно только 1) клеточный атипизм с гиперпродукцией слизи 2) экспансивный рост 3) отсутствие рецидива 4) метастазирование позднее 5) хороший прогноз	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
459	Карцинома, отличающаяся высокой степенью злокачественности 1) аденокарцинома эндометрия 2) недифференцированный рак легких 3) плоскоклеточный рак шейки матки 4) плоскоклеточный рак нижней губы	УК-1-3 ПК-1-9
460	Карцинома, отличающаяся высокой степенью злокачественности 1) аденокарцинома эндометрия 2) аденокарцинома желудка 3) скirr молочной железы 4) плоскоклеточный рак легких 5) плоскоклеточный рак нижней губы	УК-1-3 ПК-1-9
461	Морфологический критерий, позволяющий диагностировать аденокарциному среди прочих карцином 1) обилие митозов 2) высокая степень клеточной атипии 3) формирование железистых структур 4) слизееобразование 5) орогование	УК-1-3 ПК-1-9
462	Незрелая опухоль, развивающаяся из эпителия 1) аденома 2) папиллома 3) саркома 4) рак 5) дисплазия	УК-1-3 ПК-1-9

463	<p>Зрелая опухоль, развивающаяся из железистого эпителия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденома 2) папиллома 3) саркома 4) карцинома 5) рак 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
464	<p>Наиболее благоприятный прогноз имеет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденокарцинома 2) «рак на месте» 3) плоскоклеточный рак 4) фиброзный рак 5) мелкоклеточный рак 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
465	<p>Выделите неверное положение в отношении «рака на месте»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не метастазирует 2) опухолевые клетки врастают в лимфатические сосуды 3) является нулевой стадией рака 4) хороший прогноз при лечении 5) переходит в инвазивный рак 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
466	<p>Рак (карцинома) – это незрелая опухоль из</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эпителия 2) фиброзной ткани 3) кроветворной ткани 4) серозных оболочек 5) мезенхимы 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
467	<p>По теории опухолевой прогрессии любая опухоль развивается в направлении</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарастания степени зрелости клеток 2) увеличения степени дифференцировки клеток 3) нарастания степени злокачественности 4) уменьшения степени злокачественности 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
468	<p>Проявление тканевого атипизма в эпителиальной опухоли</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разная форма и величина железистых структур 2) разная форма и величина железистых клеток 3) укрупнение ядер опухолевых клеток 4) высокая митотическая активность 5) полиморфизм клеток 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
469	<p>К проявлению клеточного атипизма в эпителиальной опухоли относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разная форма и величина железистых структур 2) разная форма и величина железистых клеток 3) неправильное соотношение стромы и паренхимы 4) доминирование стромы над паренхимой 5) некрозы и кровоизлияния 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
470	<p>К разновидности карциномы относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденома 2) фиброаденома 3) скирр 4) цистаденома 5) папиллома 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

471	Для фиброзного рака (скирр) справедливо только 1) недифференцированный рак 2) умеренный клеточный атипизм 3) строит железистые структуры 4) содержит мало стромы 5) мягкой консистенции	УК-1-3 ПК-1-9
472	Для аденокарциномы справедливо только 1) недифференцированный рак 2) строит железистые структуры из атипичных клеток 3) обладает экспансивным ростом 4) не дает рецидива 5) метастазирует рано	УК-1-3 ПК-1-9
473	Для плоскоклеточного рака справедливо только 1) может развиваться на основе дисплазии эпителия 2) обладает высокой степенью злокачественности 3) не дает рецидива 4) оказывает только местное влияние 5) экспансивно растет	УК-1-3 ПК-1-9
474	Для мелкоклеточного рака справедливо только 1) стромы много 2) растет медленно 3) состоит из атипичных лимфоцитоподобных клеток 4) метастазы дает поздно 5) прогноз хороший	УК-1-3 ПК-1-9
475	Назовите типичную локализацию ранних метастазов раковой опухоли 1) окружающие ткани 2) регионарные лимфоузлы 3) печень 4) легкие 5) брюшина	УК-1-3 ПК-1-9
476	Ретроградное лимфогенное метастазирование опухоли – это 1) распространение опухолевых клеток по току лимфы 2) распространение опухолевых клеток против тока лимфы 3) попадание опухолевых клеток в лимфоузлы 4) попадание опухолевых клеток в грудной лимфатический проток	УК-1-3 ПК-1-9
477	Рак какого органа может давать рано (быстро) распространенные метастазы 1) желудка 2) кожи 3) шейки матки 4) тела матки 5) молочной железы	УК-1-3 ПК-1-9
478	Рак какого органа может давать рано (быстро) распространенные метастазы 1) желудка 2) кожи 3) шейки матки 4) тела матки 5) легких	УК-1-3 ПК-1-9

479	<p>Чем обусловлен гуморальный иммунитет?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) иммунными комплексами 2) макрофагами 3) Т- и В-лимфоцитами 4) антителами 5) системой комплемента 	УК-1-3 ПК-1-9
480	<p>Чем обусловлен клеточный иммунитет?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) иммунными комплексами 2) макрофагами 3) Т- и В-лимфоцитами 4) антителами 5) системой комплемента 	УК-1-3 ПК-1-9
481	<p>Что следует отнести к патологическому состоянию иммунной системы?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) реакции гиперчувствительности 2) аутоиммунные болезни 3) синдромы иммунодефицита 4) амилоидоз 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
482	<p>Иммунное повреждение тканей – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) апоптоз 2) фагоцитоз 3) реакции гиперчувствительности 4) аутолиз 5) воспаление 	УК-1-3 ПК-1-9
483	<p>Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности I типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) образование иммунных комплексов 2) образование антигенспецифических антител 3) активирование нейтрофилов 4) сенсibilизация лимфоцитов 5) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ 	УК-1-3 ПК-1-9
484	<p>Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности II типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
485	<p>Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности III типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) активация нейтрофилов вследствие активирования комплемента иммунными комплексами 2) опсонизация клеток антителами 3) сенсibilизация лимфоцитов 4) высвобождение вазоактивных и спазмогенных веществ 	УК-1-3 ПК-1-9

486	<p>Ведущее звено морфогенеза изменений при реакциях гиперчувствительности IV типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
487	<p>Проявление системной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ДВС-синдром 2) отеки 3) геморрагический синдром 4) анафилактический шок 5) распространенные васкулиты 	УК-1-3 ПК-1-9
488	<p>Проявление местной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кожная аллергия, крапивница 2) аллергический ринит 3) аллергический конъюнктивит 4) бронхиальная астма 5) аллергический гастроэнтерит 6) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
489	<p>Морфологические проявления местной реакции гиперчувствительности I типа (гиперчувствительности немедленного типа)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
490	<p>В чем суть реакций гиперчувствительности II типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
491	<p>В чем суть реакций гиперчувствительности III типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диффузные клеточные инфильтрации тканей 2) распространенные отеки 3) острое общее венозное полнокровие 4) иммуннокомплексное повреждение тканей 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
492	<p>Первоначальное морфологическое проявление реакций гиперчувствительности III типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) геморрагический синдром 2) острый некротизирующий васкулит 3) тромбоэмболия легочной артерии 4) повышение сосудистой проницаемости 	УК-1-3 ПК-1-9

	5) гранулематозное воспаление	
493	<p>Назовите синоним реакций гиперчувствительности IV типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фагоцитоз 2) некроз 3) апоптоз 4) реакции гиперчувствительности замедленного типа 5) анафилаксия 	УК-1-3 ПК-1-9
494	<p>Назовите эффекторные клетки реакций гиперчувствительности IV типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) макрофаги 2) эозинофилы 3) специфически сенсibilизированные Т-лимфоциты 4) эпителиальные клетки 	УК-1-3 ПК-1-9
495	<p>В чем биологическая роль реакций гиперчувствительности замедленного типа?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) защита от устойчивых микробов, способных размножаться внутри фаголизосом макрофагов 2) ответная реакция на повреждение 3) возмещение утраченных, поврежденных структур 4) полное уничтожение чужеродных агентов 5) пусковой механизм воспаления 	УК-1-3 ПК-1-9
496	<p>Тип иммунной реакции, развертывающейся при отторжении трансплантата</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) реакция гиперчувствительности немедленного типа 2) реакции гиперчувствительности II типа 3) фагоцитоз 4) реакции гиперчувствительности III типа 5) реакции гиперчувствительности IV типа 	УК-1-3 ПК-1-9
497	<p>В какие клетки трансформируются макрофаги при персистенции внутри них антигена?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плазматические клетки 2) лимфоциты 3) эпителиоидные клетки 4) сидеробласты 5) моноциты 	УК-1-3 ПК-1-9
498	<p>Заболевание, при котором развертывается классическая реакция гиперчувствительности замедленного типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) грипп 2) склеродермия 3) ВИЧ-инфекция 4) туберкулез 5) брюшной тиф 	УК-1-3 ПК-1-9

499	КАКОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РЕАКЦИЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА? 1) гнойное 2) фибринозное 3) катаральное 4) межуточное 5) гранулематозное	УК-1-3 ПК-1-9
500	В ЧЕМ СУТЬ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ? 1) развитие иммунологической толерантности 2) генетически детерминированный иммунодефицит 3) развитие иммунных реакций против собственных антигенов 4) нарушение структуры HLA-антигенов 5) накопление в клетках и тканях необычных продуктов обмена	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
2	Какая анатомическая форма рака желудка встречается наиболее часто? 1) диффузный 2) бляшковидный 3) полипозный 4) блюдцеобразный 5) инфильтративно-язвенный	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
5	Первые гематогенные метастазы рака желудка располагаются в 1) головном мозге 2) телах позвонков 3) печени 4) легких 5) почках	УК-1-3 ПК-1-9
6	Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще имеет гистологическое строение 1) аденокарциномы 2) плоскоклеточного рака 3) недифференцированного рака 4) рабдомиосаркомы	УК-1-3 ПК-1-9

	5) лейомиомы	
7	Не относится к осложнениям рака пищевода 1) свищи 2) аспирационная пневмония 3) эмпиема плевры 4) хроническая пневмония 5) гнойный медиастинит	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
9	Облигатное предраковое изменение эпителия бронхов 1) гиперплазия 2) метаплазия 3) дисплазия 2 степени 4) дисплазия 3 степени 5) атрофия	УК-1-3 ПК-1-9
10	Наиболее частое предраковое заболевание легких 1) острая пневмония 2) хроническая пневмония 3) острый бронхит 4) хронический бронхит 5) хронический абсцесс	УК-1-3 ПК-1-9
11	Рак легких чаще имеет гистологическое строение 1) перстневидно-клеточного рака 2) слизистого рака 3) аденокарциномы 4) железисто-плоскоклеточного 5) плоскоклеточного	УК-1-3 ПК-1-9
12	Рак легких чаще имеет гистологическое строение 1) недифференцированного (анапластического) рака 2) аденокарциномы 3) железисто-плоскоклеточного 4) бронхоальвеолярного 5) перстневидно-клеточного	УК-1-3 ПК-1-9
13	Не относится к легочным осложнениям рака легкого 1) ателектаз 2) легочное кровотечение 3) хронический бронхит 4) нагноение и некроз опухоли 5) пневмоторакс	УК-1-3 ПК-1-9
14	Наиболее частая причина смерти при раке легкого 1) прогрессирование раковой опухоли 2) нагноение 3) пневмоторакс 4) ателектаз 5) легочное кровотечение	УК-1-3 ПК-1-9
15	Назовите заболевание молочной железы являющееся облигатным	УК-1-3

	<p>предраком</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) множественные папилломы протоков 2) аденома 3) фиброаденома 4) непролиферирующий фиброаденоматоз 5) все перечисленное 	ПК-1-9
16	<p>Наиболее часто встречается гистологическая форма рака молочной железы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) протоковый неинфильтрирующий 2) протоковый инфильтрирующий 3) дольковый неинфильтрирующий 4) дольковый инфильтрирующий 5) рак Педжета 	УК-1-3 ПК-1-9
17	<p>Первые лимфогенные метастазы рака молочной железы располагаются в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передних грудных лимфоузлах 2) надключичных лимфоузлах 3) подмышечных лимфоузлах 4) подключичных лимфоузлах 5) все перечисленные локализации 	УК-1-3 ПК-1-9
18	<p>К облигатным предраковым изменениям эпителия шейки матки относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дисплазия 1 степени 2) дисплазия 2 степени 3) дисплазия 3 степени 4) гиперплазия 5) атрофия 	УК-1-3 ПК-1-9
19	<p>Наиболее частая гистологическая разновидность рака шейки матки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плоскоклеточный ороговевающий 2) плоскоклеточный неороговевающий 3) высокодифференцированная аденокарцинома 4) низкодифференцированный аденогенный рак 5) умереннодифференцированная аденокарцинома 	УК-1-3 ПК-1-9
20	<p>Гистологическим признаком «рака на месте» является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инвазивный рост 2) метастазы 3) внутриэпителиальный злокачественный рост 4) кровоизлияния в ткани опухоли 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
21	<p>Назовите облигатное предраковое заболевание эндометрия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) типичная простая гиперплазия эндометрия 2) атипичная сложная гиперплазия эндометрия 3) хронический эндометрит 4) железисто-фиброзный полип эндометрия 5) атрофия эндометрия 	УК-1-3 ПК-1-9
22	<p>Наиболее частая гистологическая разновидность рака эндометрия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденокарцинома 2) железисто-плоскоклеточный рак 3) недифференцированный рак 4) плоскоклеточный ороговевающий 5) плоскоклеточный неороговевающий 	УК-1-3 ПК-1-9
23	<p>Деление лейкозов на острые и хронические основано на</p>	УК-1-3

	<ul style="list-style-type: none"> 1) гистогенезе лейкозных клеток 2) степени дифференцировки лейкозных клеток 3) возможности развития бластного криза 4) причине вызвавшей развитие лейкоза 5) результатах лечения цитостатиками 	ПК-1-9
24	<p>Параметры, которые учитывают при постановке диагноза лейкоз</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гистогенез лейкозных клеток 2) степень дифференцировки лейкозных клеток 3) иммуногистохимические маркеры 4) молекулярногенетические изменения лейкозных клеток 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
25	<p>Что такое бластный криз?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) этап резкого озлакоствления лейкоза 2) этап ремиссии при лейкозе 3) уменьшение объема лейкозных инфильтратов в органах 4) синоним геморрагического синдрома 5) миелосклероз в результате лечения цитостатиками 	УК-1-3 ПК-1-9
26	<p>Причина смерти при лейкозах</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) прогрессирование основного заболевания 2) кровоизлияние в головной мозг 3) сепсис 4) профузное кишечное кровотечение 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
27	<p>Наиболее частая гистогенетическая форма острого лейкоза у детей</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) недифференцированный 2) лимфобластный 3) миелобластный 4) плазмобластный 5) монобластный 	УК-1-3 ПК-1-9
28	<p>К лейкозам миелоцитарного происхождения относится</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) миелолейкоз 2) лимфолейкоз 3) лимфогранулематоз 4) миеломная болезнь 5) парапротеинемические лейкозы 	УК-1-3 ПК-1-9
29	<p>К лимфомам не относится</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) лимфосаркома 2) грибовидный микоз 3) лимфолейкоз 4) опухоль Беркитта 5) болезнь Ходжкина 	УК-1-3 ПК-1-9
30	<p>Не относится к острым лейкозам</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) миелобластный 2) монобластный 3) мегакариобластный 4) истинная полицитемия 5) лимфобластный 	УК-1-3 ПК-1-9
31	<p>Синоним поликлоновой стадии хронического лейкоза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) бластный криз 2) доброкачественная стадия 3) стадия развития осложнений 	УК-1-3 ПК-1-9

	4) геморрагический синдром	
32	Синоним моноклоновой стадии хронического лейкоза 1) бластный криз 2) терминальная стадия 3) злокачественная стадия 4) доброкачественная стадия	УК-1-3 ПК-1-9
33	При каком лейкозе характерно появление пиоидного костного мозга 1) острый миелобластный 2) хронический миелоцитарный 3) миеломная болезнь 4) хронический лимфоцитарный 5) острый лимфобластный	УК-1-3 ПК-1-9
34	Для какой формы лейкоза характерно наличие штампованных дефектов в плоских костях 1) миеломная болезнь 2) истинная полицитемия 3) лимфогранулематоз 4) хронический миелоз 5) лимфосаркома	УК-1-3 ПК-1-9
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) хроничный моноцитарный лейкоз	УК-1-3 ПК-1-9
36	Характерным признаком лимфогранулематоза, является пролиферация клеток 1) Аничкова 2) Вирхова 3) Пирогова-Лангханса 4) Рид-Березовского-Штернберга 5) всех перечисленных	УК-1-3 ПК-1-9
37	Какие клетки опухолевой природы пролиферируют при лимфогранулематозе? 1) клетки Ходжкина 2) эозинофильные лейкоциты 3) нейтрофильные лейкоциты 4) базофильные лейкоциты 5) клетки Пирогова-Лангханса	УК-1-3 ПК-1-9
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	УК-1-3 ПК-1-9
39	Клинико-морфологические варианты лимфогранулематоза 1) лимфогистиоцитарный вариант 2) нодулярный склероз 3) смешанно-клеточный вариант	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>4) вариант с преобладанием лимфоидной ткани</p> <p>5) все перечисленные</p>	
40	<p>При генерализации лимфогранулематоза селезенка носит название</p> <p>1) сальная</p> <p>2) саговая</p> <p>3) мускатная</p> <p>4) порфировая</p> <p>5) панцирная</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
41	<p>Наиболее тяжелое поражение стенки артерии при атеросклерозе</p> <p>1) жировые пятна и полосы</p> <p>2) фиброзные бляшки</p> <p>3) изъязвление</p> <p>4) отложение солей кальция</p> <p>5) пролиферация гладкомышечных клеток</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
42	<p>Изменения сосудов при атеросклерозе, относящиеся к осложнениям</p> <p>1) формирование фиброзной бляшки</p> <p>2) изъязвление</p> <p>3) отложение солей кальция</p> <p>4) тромбоз</p> <p>5) инфильтрация интимы липидами</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
43	<p>Какие артерии поражаются при атеросклерозе</p> <p>1) аорта</p> <p>2) артерии нижних конечностей</p> <p>3) мезентериальные артерии</p> <p>4) артерии головного мозга</p> <p>5) все перечисленные</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
44	<p>Не относится к изменениям интимы артерий в долипидную стадию атеросклероза</p> <p>1) повреждение эндотелиальных клеток</p> <p>2) отложение белков и липидов субэндотелиально</p> <p>3) набухание и деструкция эластических мембран</p> <p>4) разрастание соединительной ткани</p> <p>5) пролиферация гладкомышечных клеток и макрофагов</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
45	<p>4 Назовите изменения характерные для стадии атероматоза при атеросклерозе</p> <p>1) накопление липидов в цитоплазме гладкомышечных клеток и макрофагов</p> <p>2) набухание и деструкция эластических мембран</p> <p>3) распад соединительной ткани с образованием детрита</p> <p>4) новообразование сосудов в краях бляшки</p> <p>5) разрастание соединительной ткани с формированием фиброзной бляшки</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
46	<p>Какие типы аневризм аорты Вы знаете</p> <p>1) цилиндрическая</p> <p>2) мешковидная</p> <p>3) грыжевидная</p> <p>4) расслаивающая</p> <p>5) все перечисленные</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
47	<p>Какой отдел аорты наиболее значительно поражается при атеросклерозе?</p> <p>1) восходящий отдел</p> <p>2) дуга аорты</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 3) грудной отдел 4) брюшной отдел 5) все отделы аорты поражаются равномерно 	
48	<p>Не относится к осложнениям атеросклероза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) развитие пристеночного тромба 2) разрыв стенки сосуда (аневризмы) 3) отложение солей кальция в стенке сосуда 4) образование аневризмы 5) стенозирование просвета сосуда 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
49	<p>При атеросклерозе наиболее часто развивается аневризма в</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) артериях нижних конечностей 2) коронарных сосудах 3) мезентериальных сосудах 4) аорте 5) артериях верхних конечностей 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
50	<p>При острых нарушениях кровообращения при атеросклерозе в органах развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) атрофия паренхиматозных элементов 2) некроз 3) склероз 4) петрификация 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
51	<p>При хронических нарушениях кровообращения при атеросклерозе в органах развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) атрофия паренхиматозных элементов 2) некроз 3) воспаление 4) кровоизлияния 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
52	<p>Основной фактор риска развития гипертонической болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) избыток NaCl в пище 2) малоподвижный образ жизни 3) табакокурение 4) тучность 5) сахарный диабет 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
53	<p>По характеру течения выделяется форма гипертонической болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) доброкачественная 2) транзиторная 3) распространенных изменений сосудов 4) изменений органов 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
54	<p>Приводит к развитию симптоматической артериальной гипертензии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) феохромоцитома 2) поликистоз почек 3) коарктация аорты 4) атеросклероз почечных артерий 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
55	<p>Не характерно для морфологических проявлений гипертонического криза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фибриноидный некроз стенки артериолы 2) деструкция базальной мембраны артериолы 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 3) диапедез эритроцитов 4) эластофиброз 5) плазматическое пропитывание стенки артериолы 	
56	<p>Какая дистрофия развивается в стенке артериол при гипертонической болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) амилоидоз 2) гиалиноз 3) гемосидероз 4) баллонная дистрофия 5) гиалиново-капельная дистрофия 	УК-1-3 ПК-1-9
57	<p>Не характерно для гипертонического криза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) плазматическое пропитывание стенок артериол 2) фибриноидный некроз 3) диапедезные кровоизлияния 4) гиалиноз стенок артериол 5) тромбоз 	УК-1-3 ПК-1-9
58	<p>Не типично при гипертонической болезни поражение</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) артериол 2) артерий мышечного типа 3) артерий эластическо-мышечного типа 4) крупных вен 5) артерий эластического типа 	УК-1-3 ПК-1-9
59	<p>Артериолы какого органа наиболее резко поражаются при гипертонической болезни?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) сердца 2) печени 3) надпочечников 4) почек 5) легких 	УК-1-3 ПК-1-9
60	<p>Какие изменения сердца развиваются при гипертонической болезни?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гипертрофия правого желудочка 2) гипертрофия левого желудочка 3) атрофия кардиомиоцитов 4) крупноочаговый кардиосклероз 5) кардиомиопатия 	УК-1-3 ПК-1-9
61	<p>При гипертонической болезни атеросклероз имеет особенность</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) формируются бляшки циркулярного типа с резким сужением просвета сосуда 2) развитие атеросклероза замедляется 3) бляшки начинают формироваться в венах 4) начинает развиваться атеросклероз в аорте 5) в бляшках происходит отложение солей кальция 	УК-1-3 ПК-1-9
62	<p>При гипертонической болезни в стадию изменений органов почка носит название</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) вторичносморщенная почка 2) первичносморщенная почка 3) большая сальная почка 4) цианотичная почка 5) шоковая почка 	УК-1-3 ПК-1-9
63	<p>Не характерно для первичносморщенных почек</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) склероз клубочков 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 2) амилоидоз клубочков 3) гиалиноз клубочков 4) эластофиброз артерий 5) атрофия канальцев 	
64	<p>Формирование первичносморщенных почек приводит к</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) хронической почечной недостаточностью 2) острой почечной недостаточностью 3) гепато-ренальному синдрому 4) нефритическому синдрому 5) нефротическому синдрому 	УК-1-3 ПК-1-9
65	<p>При гипертонической болезни в связи с хронической ишемией в головном мозге развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) атрофия нейронов 2) перипеллюлярный и периваскулярный отек 3) отложения гемосидерина 4) кровоизлияние 5) массивные некрозы в подкорковых ядрах 	УК-1-3 ПК-1-9
66	<p>Наиболее типичная локализация кровоизлияний в головном мозге при гипертонической болезни</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) подкорковые ядра больших полушарий головного мозга 2) ядра мозжечка 3) Варолиев мост 4) продолговатый мозг 5) мозолистое тело 	УК-1-3 ПК-1-9
67	<p>При гипертонической болезни в связи с острыми нарушениями кровообращения в головном мозге развиваются изменения</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) атрофия и дистрофия нейронов 2) отложения гемосидерина 3) циркуляторные некрозы 4) разрастание глии 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
68	<p>С каким заболеванием патогенитически связана ИБС</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) атеросклероз 2) миокардит 3) кардиомиопатия 4) пороки сердца 5) вегетососудистая дистония 	УК-1-3 ПК-1-9
69	<p>При ИБС в коронарных артериях имеет место</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) стенозирующий атеросклероз 2) липидные пятна и полосы 3) кровоизлияния 4) аневризма 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
70	<p>Не относится к непосредственным причинам, вызывающим инфаркт миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) длительный стойкий спазм коронарных артерий 2) тромбоз 3) эмболия 4) функциональное перенапряжение миокарда в условиях стенозирования коронарных артерий 5) разрыв стенки аневризмы коронарной артерии 	УК-1-3 ПК-1-9

71	Какова длительность ишемии миокарда, при которой повреждения полностью обратимы? 1) 20-30 минут 2) 45-60 минут 3) 1-1,5 часа 4) 3-4 часа 5) 6-8 часов	УК-1-3 ПК-1-9
72	Через какое время зона инфаркта миокарда становится видна макро- и микроскопически 1) 2-3 часа 2) 6-8 часов 3) 12-16 часов 4) 18-24 часа 5) Более 36 часов	УК-1-3 ПК-1-9
73	Инфаркт миокарда в некротическую стадию имеет цвет 1) темно-вишневый 2) красный 3) бело-серый 4) темно-бурый 5) беловато-желтоватый	УК-1-3 ПК-1-9
74	С чем связана неправильная форма участка инфаркта миокарда? 1) кровоснабжение сердца осуществляется в диастолу 2) магистральный тип кровоснабжения 3) рассыпной тип кровоснабжения 4) большое количество анастомозов 5) затрудненный венозный отток	УК-1-3 ПК-1-9
75	Не относится к макроскопическим изменениям при ишемии длительно-стью до 18 часов при инфаркте миокарда. 1) очаговая бледность миокарда 2) пестрота миокарда 3) дряблость 4) очаг неправильной формы белого цвета 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
76	Что лежит в основе прекращения сердечной деятельности при внезапной сердечной смерти 1) летальные аритмии 2) экстрасистолия 3) нарушение проводимости по пучку Гиса 4) фибрилляция предсердий 5) образование пристеночного тромба в хронической аневризме сердца	УК-1-3 ПК-1-9
77	Не относится к микроскопическим изменениям в донекротическую стадию инфаркта миокарда 1) снижение активности дегидрогеназ 2) исчезновение гликогена из цитоплазмы кардиомиоцитов 3) деструкция ультраструктур кардиомиоцитов 4) нарушение микроциркуляции 5) исчезновение ядер кардиомиоцитов	УК-1-3 ПК-1-9
78	Рубцевания инфаркта миокарда завершается к концу 1) 1-й недели 2) 3-й недели	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) 6-й недели 4) 3-го месяца 5) 6-го месяца 	
79	<p>Какой морфологический тип некроза характерен для миокарда?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) коагуляционный 2) колликвационный 3) сухая гангрена 4) влажная гангрена 5) фибриноидный 	УК-1-3 ПК-1-9
80	<p>К осложнениям инфаркта миокарда в доклинический период относится</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) кардиогенный шок 2) тромбоэмболия легочной артерии 3) миомаляция с тампонадой 4) разрыв острой аневризмы сердца 5) разрыв хронической аневризмы сердца 	УК-1-3 ПК-1-9
81	<p>Причина смерти больных инфарктом миокарда в поздний период</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тромбоэмболия легочной артерии 2) хроническая сердечная недостаточность 3) разрыв хронической аневризмы сердца 4) разрыв сердца в области инфаркта 5) кардиогенный шок 	УК-1-3 ПК-1-9
82	<p>Назовите морфологический вид инфаркта, типичный для миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ишемический инфаркт с геморрагическим венчиком. 2) ишемический 3) геморрагический 4) белый 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
83	<p>Причина смерти больного острой ИБС в ранний период</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) кардиогенный шок 2) асистолия 3) фибрилляция желудочков 4) острая сердечная недостаточность 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
84	<p>Не относится к осложнениям инфаркта миокарда</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) миомаляция с разрывом 2) острая аневризма сердца 3) тромбоэмболия легочной артерии 4) перикардит 5) кардиогенный шок 	УК-1-3 ПК-1-9
85	<p>Что такое трансмуральный инфаркт миокарда?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфаркт на всю толщину сердечной мышцы 2) инфаркт, всегда приводящий к развитию кардиогенного шока 3) инфаркт, при котором всегда развивается тампонада сердца 4) инфаркт, на месте которого происходит полное восстановление клеток миокарда 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
86	<p>В области инфаркта миокарда спустя 6 недель развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) крупноочаговый кардиосклероз 2) мелкоочаговый кардиосклероз 3) гипертрофия кардиомиоцитов 4) дистрофия кардиомиоцитов 	УК-1-3 ПК-1-9

	5) морфологических изменений не остается	
87	При трансмуральном инфаркте часто развивается перикардит 1) серозный 2) гнойный 3) катаральный 4) фибринозный 5) гнилостный	УК-1-3 ПК-1-9
88	В исходе постинфарктного перикардита возможно 1) полная облитерация полости перикарда 2) развитие панцирного сердца 3) развитие волосатого сердца 4) образование спаек между листками перикарда 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
89	Причина смерти больных хронической ишемической болезнью сердца 1) хроническая сердечная недостаточность 2) кардиогенный шок 3) смертельные аритмии 4) острая сердечная недостаточность 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
90	Не относится к морфологическим изменениям сердца при хронической ишемической болезни 1) острая аневризма сердца 2) хроническая аневризма сердца 3) постинфарктные рубцы 4) мелкоочаговый кардиосклероз 5) гипертрофия левого желудочка сердца	УК-1-3 ПК-1-9
91	К какой группе цереброваскулярных болезней относятся инфаркты головного мозга 1) к группе, связанной с ишемическими повреждениями 2) к внутричерепным кровоизлияниям 3) гипертензионным цереброваскулярным заболеваниями 4) к ишемической энцефалопатии 5) к геморрагическому инсульту	УК-1-3 ПК-1-9
92	При «инсульте» в головном мозге может развиваться 1) внутримозговая гематома 2) субарахноидальное кровоизлияние 3) ишемический инфаркт 4) геморрагический инфаркт 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
93	Цереброваскулярное заболевание, при котором развиваются ишемические повреждения головного мозга 1) внутримозговая гематома 2) геморрагическая инфильтрация 3) субарахноидальное кровоизлияние 4) инфаркт головного мозга 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
94	Наиболее частая причина инфаркта головного мозга 1) длительный спазм церебральных артерий 2) тромбоз артерий 3) эмболия 4) разрыв стенки артериолы	УК-1-3 ПК-1-9

	5) повышение проницаемости стенки кровеносного сосуда	
95	Изменение головного мозга при так называемом гипертензионном цереброваскулярном заболевании 1) геморрагический инфаркт головного мозга 2) ишемический инфаркт головного мозга 3) ишемическая энцефалопатия 4) лакунарные изменения головного мозга 5) все вышеперечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
96	Нельзя отнести к «инсульту» головного мозга 1) ишемический инфаркт 2) геморрагический инфаркт 3) гематому 4) субкортикальную лейкоэнцефалопатию 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
97	Нельзя отнести к инсульту 1) ишемические повреждения отдельных нервных клеток 2) атрофию коры 3) субкортикальную лейкоэнцефалопатию 4) лакунарные изменения головного мозга 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
98	Через какой интервал времени ишемический инфаркт головного мозга виден макроскопически 1) 2-5 часов 2) 6-12 часов 3) 12-18 часов 4) 18-24 часов	УК-1-3 ПК-1-9
99	Обычно гематома головного мозга развивается 1) путем разрыва кровеносного сосуда 2) путем разъедания 3) путем диапедеза	УК-1-3 ПК-1-9
100	С каким заболеванием чаще связано развитие инфаркта головного мозга 1) гипертонической болезнью 2) атеросклерозом 3) ревматизмом 4) септическим эндокардитом 5) всем перечисленным	УК-1-3 ПК-1-9
101	С каким заболеванием чаще связано развитие внутримозгового кровоизлияния 1) гипертонической болезнью 2) ревматизмом 3) атеросклерозом 4) септическим эндокардитом 5) всем перечисленным	УК-1-3 ПК-1-9
102	С каким инфекционным агентом связано развитие ревматизма 1) золотистый стафилококк 2) В-гемолитический стрептококк 3) вирусы 4) микоплазма 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
103	Необходимое условие развития ревматизма при наличии стрептококко-	УК-1-3

	<p>вой инфекции</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) переохлаждение 2) генетически обусловленная 3) снижение иммунного ответа после перенесенной инфекции 6) пожилой возраст 7) мужской пол 	ПК-1-9
104	<p>Морфологически доказанное нарушение иммунного гомеостаза при ревматизме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развитие реакций гиперчувствительности (ГНТ, ГЗТ) 2) преимущественное поражение сердца и сосудов 3) экссудативные изменения в органах и тканях 6) преимущественное поражение митрального клапан 7) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
105	<p>Не выделяют клинико-морфологическую форму ревматизма</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кардиоваскулярную 2) полиартритическую 3) нодозную 4) церебральную 5) почечную 	УК-1-3 ПК-1-9
106	<p>В центре ревматической гранулемы имеется некроз</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) казеозный 2) влажный 3) колликвационный 4) фибриноидный 5) гангрена 	УК-1-3 ПК-1-9
107	<p>Ревматические гранулемы называются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) бляшки Мак – Каллума 2) узелки Ашоффа 3) очаги Абрикосова 4) очаги Симона 5) очаги Ашофф-Пуля 	УК-1-3 ПК-1-9
108	<p>«Активированные» гистиоциты в составе ревматической гранулемы называются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клетками Пирогова -Лангханса 2) клетками Вирхова 3) клетками Ходжшкина 4) клетками Березовского-Штернберга 5) клетками Аничкова 	УК-1-3 ПК-1-9
109	<p>Не должно быть в составе «цветущей» ревматической гранулемы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фокуса фибриноидного некроза 2) лимфоцитов 3) разрастания фиброзной ткани 4) макрофагов 5) клеток Аничкова 	УК-1-3 ПК-1-9
110	<p>Наиболее часто поражаемый клапан при ревматизме</p>	УК-1-3

	<ol style="list-style-type: none"> 1) аортальный 2) митральный 3) легочной артерии 4) трехстворчатый 5) поражаются все с одинаковой частотой 	ПК-1-9
111	<p>Не может развиваться при ревматизме эндокардит</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диффузный (вальвулит Талалаева) 2) острый бородавчатый 3) бородавчатый 4) тромбо-язвенный 5) фибропластический 	УК-1-3 ПК-1-9
112	<p>Тромботические наложения на створках клапана бывают при эндокардите</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диффузном (вальвулите Талалаева) 2) острым бородавчатым 3) фибропластическом 4) пороке сердца 5) всем перечисленным 	УК-1-3 ПК-1-9
113	<p>В исходе воспаления в клапане при ревматизме развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мукоидное набухание 2) фибриноидное набухание 3) гранулемы 4) склероз 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
114	<p>Наиболее тяжелая форма ревматического эндокардита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диффузный (вальвулите Талалаева) 2) острый бородавчатый 3) возвратно-бородавчатый 4) фибропластический 5) все имеют тяжелое течение 	УК-1-3 ПК-1-9
115	<p>Наиболее тяжелое течение имеет ревматический миокардит</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) узелковый продуктивный 2) очаговый экссудативный 3) диффузный экссудативный 4) все имеют тяжелое течение 	УК-1-3 ПК-1-9
116	<p>Наиболее легкое (часто латентное) течение имеет ревматический миокардит</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) узелковый продуктивный 2) очаговый экссудативный 3) диффузный экссудативный 4) все имеют легкое течение 	УК-1-3 ПК-1-9
117	<p>Диагностическое морфологическое изменение при узелковом продуктивном миокардите это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мукоидное набухание 2) фибриноидное набухание 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) гранулемы в интерстиции 4) диффузные воспалительные инфильтраты в интерстиции 5) некроз кардиомиоцитов 	
118	<p>При какой морфологической форме ревматического миокардита возможна смерть от острой сердечной недостаточности</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) узелковым продуктивным 2) очаговым экссудативном 3) диффузном экссудативном 4) фибропластическом 5) при всех перечисленных 	УК-1-3 ПК-1-9
119	<p>Типичный исход ревматического узелкового продуктивного миокардита</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) крупноочаговый кардиосклероз 2) мелкоочаговый кардиосклероз 3) митральный порок сердца 4) аортальный порок сердца 5) комбинированный порок сердца 	УК-1-3 ПК-1-9
120	<p>120. Не может развиваться при ревматизме перикардит</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) серозно-фибринозный 	УК-1-3 ПК-1-9
121	<p>121. «Волосатое сердце» - это макроскопический вид сердца при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) серозном перикардите 2) гнойном перикардите 3) фибринозном перикардите 4) организации экссудата в полости перикарда 5) петрификации экссудата в полости перикарда 	УК-1-3 ПК-1-9
122	<p>122. «Панцирное сердце» это макроскопический вид сердца при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) серозном перикардите 2) фибринозном перикардите 3) гнойном перикардите 4) организации экссудата в полости перикарда 5) организация и петрификации экссудата в полости перикарда 	УК-1-3 ПК-1-9
123	<p>123. Исход воспаления суставов при ревматизме</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) рассасывание экссудата с восстановлением структуры 2) организация экссудата с облитерацией полости 3) резкая деформация и неподвижность 4) разрушение хрящевой пластинки, формирующей суставную поверхность 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
124	<p>124. Морфологическое изменение в головном мозге при ревматизме</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) васкулиты мелких сосудов 2) тромбоз магистральных артерий 3) инфаркты 4) гематома 	УК-1-3 ПК-1-9

	5) все перечисленное	
125	125. Приобретенные пороки сердца чаще развиваются при 1) ревматическом эндокардите 2) атеросклерозе с поражением полулуний аортального клапана 3) септическом эндокардите 4) сифилитическом поражении аортального клапана 5) бруцеллезе	УК-1-3 ПК-1-9
126	126. Порок сердца без проявлений сердечной недостаточности называется 1) декомпенсированным 2) компенсированным 3) комбинированным 4) приобретенным 5) врожденным	УК-1-3 ПК-1-9
127	127. Декомпенсированный порок сердца – это порок, при котором имеет-ся 1) острый венозный застой в органах 2) хронический венозный застой в органах 3) малокровие органов 4) недостаточность кровоснабжения артериальной кровью органов 5) гипертрофия миокарда желудочков сердца	УК-1-3 ПК-1-9
128	128. Наиболее частая причина смерти при пороке сердца 1) хроническая сердечная недостаточность 2) острая сердечная недостаточность 3) смертельные тромбозы 4) паралич гипертрофированного сердца 5) пневмонии	УК-1-3 ПК-1-9
129	129. Наиболее частый агент острых пневмоний 1) пневмококк 2) стафилококк 3) стрептококк 4) микоплазма 5) вирусы	УК-1-3 ПК-1-9
130	130. Нельзя отнести к клинико-морфологическим формам острой пнев-монии 1) крупозную пневмонию 2) очаговую 3) бронхопневмонию 4) межочечную 5) паренхиматозную	УК-1-3 ПК-1-9
131	131. Не выделяют стадию крупозной пневмонии 1) прилива 2) красного опеченения 3) серого опеченения 4) разрешения 5) стадию осложнений	УК-1-3 ПК-1-9
132	132. Для стадии серого опеченения типичен экссудат	УК-1-3

	<ul style="list-style-type: none"> 1) серозный 2) гнойный 3) фибринозный 4) геморрагический 5) серозно-фибринозный 	ПК-1-9
133	<p>133. Тяжелое легочное осложнение крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гнойный медиастинит 2) перикардит 3) абсцессы в органах вне легких 4) абсцесс легкого 5) гнойный артрит 	УК-1-3 ПК-1-9
134	<p>134. Тяжелое внелегочное осложнение крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) карнификация легкого 2) абсцесс легкого 3) гангрена легкого 4) эмпиема плевры 5) гнойный медиастинит 	УК-1-3 ПК-1-9
135	<p>135. Причина смерти при крупозной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) диффузная эмфизема легких 2) пневмосклероз 3) острая легочно-сердечная недостаточность 4) хроническая легочно-сердечная недостаточность 5) декомпенсация гипертрофированного сердца 	УК-1-3 ПК-1-9
136	<p>136. Синоним бронхопневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 2) крупозная пневмония 3) долевая 4) плевропневмония 5) интерстициальная 6) очаговая 	УК-1-3 ПК-1-9
137	<p>137. Типичная морфологическая черта только бронхопневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) воспаление экссудативное 2) экссудат скапливается в просвете альвеол 3) воспалительные изменения бронхов (бронхиол) 4) склероз стенки бронхов 5) обязательны некрозы 	УК-1-3 ПК-1-9
138	<p>138. Наиболее реальная причина смерти при бронхопневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) бактериальный шок 2) острая почечная недостаточность 3) острая легочно-сердечная недостаточность 4) хроническая легочно-сердечная недостаточность 5) легочные осложнения гнойного характера 	УК-1-3 ПК-1-9
139	<p>139. При выздоровлении от бронхопневмонии в легком наблюдается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) нагноение 2) рассасывание экссудата 3) карнификация 4) развитие гангрены 5) развитие ателектазов 	УК-1-3 ПК-1-9
140	<p>140. Наиболее частая этиология межочечной пневмонии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) вирусы 2) микоплазма 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) пневмоциста 4) хламидии 5) все перечисленные 	
141	<p>141.Для межочечной пневмонии наиболее характерно развитие в легком</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острого бронхита (бронхиолита) 2) воспалительного инфильтрата в межальвеолярных перегородках 3) ателектазов 4) накопление экссудата в просвете альвеол 5) обязательная карнификация 	УК-1-3 ПК-1-9
142	<p>142.Не относится к характерным морфологическим изменениям при хронических неспецифических заболеваниях легких</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) хронический бронхит 2) острый бронхит 3) бронхоэктазы 4) эмфизема 5) пневмосклероз 	УК-1-3 ПК-1-9
143	<p>143.Что такое бронхоэктазы?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) сужение просвета бронхов 2) расширение просвета бронхов 3) хроническое воспаление стенки бронхов 4) гиперплазия и метаплазия эпителия бронхов 5) фиброз стенки бронхов 	УК-1-3 ПК-1-9
144	<p>144.Что такое эмфизема легких?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) спадение респираторного отдела легких 2) избыточное содержание воздуха в легких 3) уменьшение воздушности легких из-за сдавления со стороны плевры 4) разрастание фиброзной ткани в легких 5) воспалительные инфильтраты в стенках альвеол 	УК-1-3 ПК-1-9
145	<p>145.Не относится к группе хронических неспецифических заболеваний легких</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фиброзирующий альвеолит 2) хронический бронхит 3) острый бронхит 4) эмфизема легких 5) бронхоэктатическая болезнь 	УК-1-3 ПК-1-9
146	<p>146.К развитию бронхоэктазов обычно приводит</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый бронхит 2) хронический бронхит 3) бронхопневмония 4) пневмосклероз 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
147	<p>147.Наиболее яркое морфологическое изменение в стадии альвеолита при интерстициальной болезни легких</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<ol style="list-style-type: none"> 1) эктазия бронхиол 2) фиброз межальвеолярных перегородок 3) воспалительная инфильтрация интерстиция альвеол 4) воспалительная инфильтрация стенки бронхов 5) эмфизема 	
148	<p>148. Легочная гипертензия при хронических неспецифических заболеваниях легких развивается из-за</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хронической сердечно-легочной недостаточности 2) острой сердечно-легочной недостаточности 3) гипертрофии правого желудочка сердца 4) хронического венозного застоя в легких 5) редукции капиллярного русла при пневмосклерозе 	УК-1-3 ПК-1-9
149	<p>149. Наиболее частая причина смерти при хронических неспецифических заболеваниях легких</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острая сердечно-легочная недостаточность 2) хроническая сердечно-легочная недостаточность 3) гангрена легких 4) острый абсцесс легких 5) диффузный гранулематозный альвеолит 	УК-1-3 ПК-1-9
150	<p>150. Наиболее частая морфологическая форма острого гастрита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) катаральный (простой) 2) фибринозный 3) гнойный 4) некротический (коррозивный) 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
151	<p>151. Не типично для картины катарального гастрита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) десквамация покровного эпителия 2) слизистая дистрофия эпителиальных клеток 3) воспалительная инфильтрация 4) нарушения кровообращения 5) разрастание соединительной ткани 	УК-1-3 ПК-1-9
152	<p>152. Наиболее частый исход острого гастрита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) переход в хронический гастрит 3) склеротическая деформация желудка 4) развитие рака желудка 5) развитие хронической язвы 	УК-1-3 ПК-1-9
153	<p>153. Наиболее частый этиологический фактор, вызывающий хронический гастрит</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нарушение питания (раздражающая пища) 2) алкоголь 3) <i>helicobacter pylori</i> 4) токсические вещества (желчь, лекарства) 5) аутоиммунные факторы 	УК-1-3 ПК-1-9

154	154. Не выделяют морфологическую форму хронического гастрита 1) хронический поверхностный 2) хронический атрофический 3) фибринозный 4) лимфоцитарный 5) гранулематозный	УК-1-3 ПК-1-9
155	155. Самое значимое морфологическое изменение для постановки диагноза хронический атрофический гастрит 1) воспалительная инфильтрация 2) атрофии желез 3) дистрофии покровно-ямочного эпителия 4) метаплазия покровно-ямочного эпителия 5) эрозии	УК-1-3 ПК-1-9
156	156. Морфологическое изменение слизистой оболочки типичное только для атрофического гастрита 1) дистрофии покровно-ямочного эпителия 2) воспалительная инфильтрация 3) расстройства кровообращения 4) разрастание фиброзной ткани 5) эрозии	УК-1-3 ПК-1-9
157	157. Морфологический критерий активности хронического гастрита 1) дистрофия покровно-ямочного эпителия 2) атрофия желез 3) разрастание фиброзной ткани 4) кишечная метаплазия 5) воспалительная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами	УК-1-3 ПК-1-9
158	158. Наиболее частая морфологическая форма хронического гастрита 1) хронический поверхностный гастрит 2) хронический атрофический гастрит 3) хеликобактерный гастрит 4) активный хронический гастрит 5) гранулематозный гастрит	УК-1-3 ПК-1-9
159	159. Предраковое изменение эпителия при хроническом гастрите 1) гиперплазия 2) дистрофия 3) метаплазия 4) дисплазия 5) гиперпродукция слизи	УК-1-3 ПК-1-9
160	160. Рак желудка наиболее часто развивается на фоне 1) хронического хеликобактерного гастрита 2) хронического поверхностного гастрита 3) хронического гастрита А (аутоиммунного) 4) хронического активного гастрита 5) хронического неактивного гастрита	УК-1-3 ПК-1-9
161	161. Морфологическое изменение в дне хронической язвы, соответствующее	УК-1-3

	<p>ющее обострению</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разрастание соединительной ткани 2) появление дисплазии эпителия 3) наличие фибриноидного некроза 4) склероз стенок кровеносных сосудов 5) эпителизация дна язвы 	ПК-1-9
162	<p>162. К язвенно-деструктивным осложнениям хронической язвы желудка относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стеноз выходного отдела желудка 2) гастрит 3) малигнизация 4) деформация желудка 5) перфорация язвы 	УК-1-3 ПК-1-9
163	<p>163. Что такое пенетрация язвы желудка</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синоним перфорация 2) сквозное отверстие в дне язвы 3) проникновение некроза из области дна язвы в соседние органы 4) развитие флегмоны желудка 5) синоним стеноза желудка 	УК-1-3 ПК-1-9
164	<p>164. К острому аппендициту относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) флегмонозный аппендицит 2) водянка аппендикулярного отростка 3) мукоцеле 4) облитерация просвета аппендикса 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
165	<p>165. К хроническому аппендициту относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) флегмонозный аппендицит 2) мукоцеле 3) поверхностный аппендицит 4) гангренозный аппендицит 5) апостематозный аппендицит 	УК-1-3 ПК-1-9
166	<p>166. Осложнение острого аппендицита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мукоцеле 2) облитерация просвета аппендикса 3) эмпиема отростка 4) водянка аппендикулярного отростка 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
167	<p>167. Осложнение острого аппендицита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) перфорация стенки аппендикса 2) эмпиема 3) периаппендицит 4) пилефлебит 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
168	<p>168. Для гистологического заключения флегмонозный аппендицит необ- ходимы изменения</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<ol style="list-style-type: none"> 1) увеличение аппендикса в размерах 2) воспаление серозной оболочки аппендикса 3) склероз стенки отростка 4) разлитое гнойное воспаление стенки аппендикса 5) эрозии 	
169	<p>169. Диагностическое морфологическое изменение при поверхностном аппендиците</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) облитерация просвета аппендикса 2) перфорация стенки 3) расстройства кровообращения 4) эрозии 5) наличие первичного аффекта в слизистой оболочке аппендикса 	УК-1-3 ПК-1-9
170	<p>170. Не относится к деструктивным формам острого аппендицита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) флегмонозный аппендицит 2) апостематозный 3) водянка червеобразного отростка 4) гангренозный аппендицит 5) флегмонозно-язвенный 	УК-1-3 ПК-1-9
171	<p>171. Причина токсической дистрофии печени (массивного прогрессирующего некроза печени)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тяжелые инфекции 2) тяжелые интоксикации 3) может быть при вирусном гепатите В 4) может быть при позднем гестозе 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
172	<p>172. Основное морфологическое изменение при токсической дистрофии печени</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) очаговые некрозы гепатоцитов 2) ступенчатые некрозы 3) мостовидные некрозы 4) массивные некрозы 5) воспалительные инфильтраты в строме 	УК-1-3 ПК-1-9
173	<p>173. Исход массивного прогрессирующего некроза печени</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) постнекротический цирроз печени 3) острый гепатит 4) хронический гепатит 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
174	<p>174. Наиболее частая причина смерти при массивном прогрессирующем некрозе печени</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острая печеночная недостаточность 2) хроническая печеночная недостаточность 3) инфекционные осложнения 4) шок 5) ДВС-синдром 	УК-1-3 ПК-1-9

175	175. Причина стеатоза печени 1) сахарный диабет 2) алкогольная интоксикация 3) гипоксия 4) общее ожирение 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
176	176. Основное морфологическое изменение в печени при стеатозе 1) очаги некроза гепатоцитов 2) массивный некроз гепатоцитов 3) жировая дистрофия гепатоцитов 4) расстройства кровообращения 5) очаговые воспалительные инфильтраты в строме	УК-1-3 ПК-1-9
177	177. Назовите наиболее частую причину гепатита 1) алкоголь 2) лекарственные препараты 3) токсические вещества 4) гепатотропные вирусы 5) эндогенные интоксикации	УК-1-3 ПК-1-9
178	178. Клинико-морфологическая форма вирусного гепатита 1) безжелтушная 2) желтушная 3) фульминантная 4) некротическая 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
179	179. Обязательное морфологическое изменение печени при гепатите 1) дистрофия гепатоцитов 2) некроз гепатоцитов 3) холестаз 4) фиброз 5) воспалительные инфильтраты	УК-1-3 ПК-1-9
180	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	УК-1-3 ПК-1-9
181	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	УК-1-3 ПК-1-9

182	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	УК-1-3 ПК-1-9
183	183. Исход острого вирусного гепатита 1) выздоровление 2) переход в хронический гепатит 3) переход в постнекротический цирроз печени 4) смертельный исход 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
184	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	УК-1-3 ПК-1-9
185	185. Не относится к алкогольным поражениям печени 1) стеатоз печени 2) гепатит 3) цирроз 4) массивный прогрессирующий некроз печени	УК-1-3 ПК-1-9
186	186. Исходом алкогольного стеатоза печени может быть 1) массивный прогрессирующий некроз печени 2) портальный цирроз печени 3) вирусный гепатит 4) аутоиммунный гепатит 5) крупноузловой цирроз печени	УК-1-3 ПК-1-9
187	187. Не характерно для морфологии алкогольного гепатита наличие 1) дистрофии гепатоцитов 2) очагов некроза гепатоцитов 3) массивного некроза гепатоцитов 4) телец Маллори 5) воспалительных инфильтратов в строме	УК-1-3 ПК-1-9
188	188. Тельца Маллори - это 1) некротизированные гепатоциты 2) гепатоциты в состоянии апоптоза 3) накопление липидов в цитоплазме гепатоцитов 4) аморфные эозинофильные включения в цитоплазме гепатоцитов 5) очаговые скопления лимфоцитов в строме печени	УК-1-3 ПК-1-9
189	189. Обычно алкогольный цирроз печени бывает 1) портальным	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 2) крупноузловым 3) первичным билиарным 4) вторичным билиарным 5) криптогенным 	
190	<p>190. Не включают в морфологическую классификацию циррозов печени</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) мелкоузловой цирроз 2) крупноузловой цирроз 3) крупно-мелкоузловой цирроз (смешанный) 4) неполный септальный цирроз 5) портальный цирроз 	УК-1-3 ПК-1-9
191	<p>191. Вариант цирроза печени, выделяемый по морфогенезу</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) алкогольный цирроз печени 2) портальный цирроз 3) мелкоузловой цирроз 4) декомпенсированный цирроз 5) мультилобулярный цирроз 	УК-1-3 ПК-1-9
192	<p>192. Обязательные морфологические изменения печени при циррозе</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) альтерация гепатоцитов 2) извращенная регенерация 3) диффузный склероз 4) перестройка структуры печени 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
193	<p>193. Исключите не характерную черту постнекротического цирроза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) печень крупнобугристая 2) ложные дольки мелкие 3) соединительнотканые септы широкие 4) сближение триад 5) при декомпенсации чаще печеночная недостаточность 	УК-1-3 ПК-1-9
194	<p>194. Исключите не характерную черту портального цирроза печени</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) печень мелкобугристая 2) ложные дольки мелкие 3) соединительнотканые септы широкие 4) резкое нарушение ангиоархитектоники органа 5) при декомпенсации чаще портальная гипертензия 	УК-1-3 ПК-1-9
195	<p>195. Проявление портальной гипертензии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) расширение портокавальных анастомозов 2) желтуха 3) геморрагический синдром 4) печеночный гломерулосклероз 5) печеночная недостаточность 	УК-1-3 ПК-1-9
196	<p>196. Для декомпенсированного цирроза печени характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) печень увеличена в размерах 2) печень уменьшена в размерах 3) гиперплазия околопортальных лимфоузлов 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 4) проявление портальной гипертензии 5) аллергические реакции (артралгия, кожная сыпь) 	
197	<p>197. Нельзя отнести к проявлениям портальной гипертензии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) желтуху 2) асцит 3) расширение портокавальных анастомозов 4) кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка 5) склероз воротной вены с тромбозом 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
198	<p>198. Нельзя отнести к проявлениям портальной гипертензии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) асцит 2) расширение портокавальных анастомозов 3) кровотечение из вен пищевода и желудка 4) гепаторенальный синдром 5) склероз и тромбоз воротной вены 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
199	<p>199. Для декомпенсированного цирроза печени характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аллергические реакции (артралгия, кожная сыпь) 2) проявления печеночной недостаточности 3) наличие структурной перестройки органа 4) наличие диффузного склероза печени 5) формирование в печени лимфоидных скоплений в виде фолликулов 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
200	<p>200. Наиболее частая причина смерти при портальном циррозе печени</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфекционные осложнения 2) печеночная недостаточность 3) асцит-перитонит 4) спленомегалия 5) кровотечение из расширенных вен пищевода и желудка 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
201	<p>201. Наиболее частая причина смерти при постнекротическом циррозе печени</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) спленомегалия 2) асцит-перитонит 3) печеночная недостаточность 4) тромбоз воротной вены с развитием некроза кишечника 5) гепаторенальный синдром 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
202	<p>202. Нельзя отнести к ренальным симптомам гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) протеинурию 2) гематурию 3) цилиндрурию 4) диспротеинемию 5) олигурию 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
203	<p>203. Нельзя отнести к экстраренальным симптомам гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) артериальную гипертензию 2) диспротеинемию 3) отеки 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<p>4) гиперазотемию 5) олигурию</p>	
204	<p>204. Какие клетки почечного клубочка пролиферируют при гломеруло-нефрите?</p> <p>1) эндотелий 2) клетки мезангия 3) подоциты 4) нефротелий капсулы 5) все перечисленные</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
205	<p>205. Наиболее частый этиологический фактор острого гломерулонефрита</p> <p>1) золотистый стафилококк 2) пневмококк 3) β-гемолитический стрептококк 4) менингококк 5) неизвестный фактор</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
206	<p>206. Назовите возможный этиологический фактор острого гломерулонефрита</p> <p>1) β-гемолитический стрептококк 2) стафилококк 3) пневмококк 4) некоторые вирусы 5) все перечисленные</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
207	<p>207. Ведущий механизм повреждения базальной мембраны почечного клубочка при гломерулонефрите</p> <p>1) повреждение циркулирующими иммунными комплексами 2) повреждение осажденными иммунными комплексами 3) прямое воздействие бактериальных токсинов 4) нарушение кровообращения с ишемией 5) все перечисленное</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
208	<p>208. Назовите наиболее ранние морфологические изменения в почечном клубочке при остром гломерулонефрите</p> <p>1) экссудативные изменения сосудистого клубочка 2) продуктивные изменения сосудистого клубочка 3) продуктивные изменения капсулы клубочка 4) склероз и гиалиноз сосудистого клубочка 5) атрофия сосудистого клубочка</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
209	<p>209. В какой срок должно укладываться течение острого гломерулонефрита?</p> <p>1) 2 – 3 недели 2) 1,5 – 2 месяца 3) 1,5 – 12 месяцев 4) 6 месяцев – 2 года 5) многие годы</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
210	<p>210. Наиболее частый исход острого гломерулонефрита</p>	<p>УК-1-3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) переход в подострый гломерулонефрит 3) переход в хронический гломерулонефрит 4) смерть от острой почечной недостаточности 5) смерть от хронической почечной недостаточности 	ПК-1-9
211	<p>211. Укажите другое название подострого гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фибропластический 2) полулунный 3) мезангиальный 4) экссудативный интракапиллярный 5) экссудативный экстракапиллярный 	УК-1-3 ПК-1-9
212	<p>212. Как еще можно назвать «полулунный» гломерулонефрит?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) подострый 2) быстро прогрессирующий 3) злокачественный 4) всеми перечисленными терминами 5) ни один из терминов не подходит 	УК-1-3 ПК-1-9
213	<p>213. Наиболее закономерный исход подострого гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) переход в хронический гломерулонефрит 3) смерть от почечной недостаточности 4) переход в острый гломерулонефрит 5) развитие амилоидоза почек 	УК-1-3 ПК-1-9
214	<p>214. Наиболее яркое морфологическое изменение почечного клубочка при подостром гломерулонефрите</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
215	<p>215. Для нефротического синдрома обязательна</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) незначительная протеинурия 2) значительная протеинурия 3) гематурия 4) азотемия 5) артериальная гипертензия 	УК-1-3 ПК-1-9
216	<p>216. Не может развиваться как морфологический вариант хронического гломерулонефрита</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) мезангиальнопролиферативный 2) мезангиальнокапиллярный 3) мембранопротеративный 4) экссудативный интракапиллярный 5) фибропластический 	УК-1-3 ПК-1-9
217	<p>217. В исходе воспаления в почечном клубочке при хроническом гломе-</p>	УК-1-3

	<p>рулонефрите развивается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиалиноз 2) склероз 3) атрофия 4) деформация сосудистого клубочка 5) все перечисленное 	ПК-1-9
218	<p>218. Наиболее частая причина смерти при хроническом гломерулонефрите</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острая почечная недостаточность 2) хроническая почечная недостаточность 3) сердечная недостаточность 4) инфекционные осложнения 5) гепаторенальный синдром 	УК-1-3 ПК-1-9
219	<p>219. Закономерный исход хронического гломерулонефрита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) смерть от хронической почечной недостаточности 3) смерть от острой почечной недостаточности 4) переход в подострый гломерулонефрит 5) переход в острый гломерулонефрит 	УК-1-3 ПК-1-9
220	<p>220. К невоспалительным гломерулопатиям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) липоидный нефроз 2) мембранозная гломерулопатия 3) фокальный гломерулярный склероз 4) нефропатия с минимальными изменениями 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
221	<p>221. К невоспалительным гломерулопатиям относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) липоидный нефроз 2) мембранозная гломерулопатия 3) диабетическая гломерулопатия 4) амилоидоз 5) все вышеперечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
222	<p>222. Самое яркое электронномикроскопическое изменение почечного клубочка при липоидном нефрозе</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
223	<p>223. Синоним «болезни малых отростков подоцитов»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мембранозная гломерулопатия 2) диабетическая гломерулопатия 3) нефропатия с минимальными изменениями 4) фокальный гломерулярный склероз 5) печеночный гломерулосклероз 	УК-1-3 ПК-1-9

224	224. Причина некротического нефроза 1) шок 2) шокоподобные ситуации 3) тяжелые инфекции 4) тяжелые отравления 5) все перечисленное	УК-1-3 ПК-1-9
225	225. Причина некротического нефроза 1) шок 2) обменно-алиментарные нарушения 3) гломерулонефрит 4) рак почки 5) амилоидоз почек	УК-1-3 ПК-1-9
226	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	УК-1-3 ПК-1-9
227	227. Наиболее тяжелое морфологическое изменение при некротическом нефрозе 1) дистрофия эпителия канальцев 2) некроз эпителия канальцев 3) ишемия коркового слоя почки 4) отек интерстиция почки 5) очаговые лейкоцитарные инфильтраты в интерстиции почки	УК-1-3 ПК-1-9
228	228. Назовите морфологическое изменение в почках в шоковую стадию некротического нефроза 1) отложение иммунных комплексов в базальной мембране клубочка 2) пролиферация клеток мезангия 3) выраженный некроз эпителия канальцев 4) выраженные нарушения кровообращения 5) атрофия эпителия канальцев	УК-1-3 ПК-1-9
229	229. Назовите морфологическое изменение, позволяющее говорить об олигоанурической стадии некротического нефроза 1) ишемия коркового слоя почки 2) отек интерстиция почки 3) дистрофия эпителия канальцев 4) некроз эпителия канальцев 5) атрофия эпителия канальцев	УК-1-3 ПК-1-9
230	230. Для полного восстановления функции почек при некротическом нефрозе необходимо 1) очаговое разрастание соединительной ткани	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 2) полная регенерация эпителия канальцев 3) рассасывание отечной жидкости в интерстиции почки 4) переход дистрофии эпителия канальцев в некроз 5) все перечисленное 	
231	<p>231. Возможный исход некротического нефроза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) переход в хронический гломерулонефрит 3) развитие амилоидоза почек 4) развитие первичного нефротического синдрома 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
232	<p>232. Вторичный амилоидоз с поражением почек развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) остром гломерулонефрите 2) некротическом нефрозе 3) циррозах печени 4) острых воспалительных заболеваниях легких 5) хронических гнойно-деструктивных заболеваниях легких 	УК-1-3 ПК-1-9
233	<p>233. Амилоидоз почек может развиваться при</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) лимфогранулематозе 2) гнойно-деструктивных заболеваниях легких 3) хроническом остеомиелите 4) ревматоидном полиартрите 5) всем перечисленном 	УК-1-3 ПК-1-9
234	<p>234. При амилоидозе почек неизбежно развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гематурия 2) нефритический синдром 3) гепаторенальный синдром 4) острая почечная недостаточность 5) хроническая почечная недостаточность 	УК-1-3 ПК-1-9
235	<p>235. Амилоидоз почек неизбежно приводит к хронической почечной недостаточности, так как развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) прогрессивное нарушение кровообращения коркового слоя 2) нарастающая атрофия канальцев и гибель структур почечного клубочка 3) некроз капиллярных петель клубочка и эпителия канальцев 4) диффузный склероз интерстиция почки 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
236	<p>236. Морфологический вид воспаления в пейеровых бляшках тонкого кишечника при брюшном тифе</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) серозное 2) гнойное 3) катаральное 4) продуктивное 5) альтеративное 	УК-1-3 ПК-1-9
237	<p>237. Морфологический тип воспаления в пейеровых бляшках тонкого</p>	УК-1-3

	кишечника при брюшном тифе 1) гнойное 2) продуктивное 3) гранулематозное 4) альтеративное	ПК-1-9
238	238. В пейеровых бляшках при брюшном тифе развиваются гранулемы 1) эпителиоидноклеточные 2) гигантоклеточные 3) макрофагальные 4) похожие на туберкулезные 5) с творожистым некрозом	УК-1-3 ПК-1-9
239	239. Исход гранулем в пейеровых бляшках при брюшном тифе 1) некроз 2) фиброз 3) нагноение 4) рубцевание 5) склероз	УК-1-3 ПК-1-9
240	240. Не выделяют стадию брюшного тифа 1) мозговидного набухания 2) некроза 3) образования язв 4) рубцевания 5) заживления	УК-1-3 ПК-1-9
241	241. Наиболее тяжелые изменения при брюшном тифе развиваются в 1) желудке 2) тонком кишечнике 3) 12-ти перстной кишке 4) толстом кишечнике 5) прямой кишке	УК-1-3 ПК-1-9
242	242. Какой вид воспаления развивается в регионарных лимфоузлах тонкого кишечника при брюшном тифе 1) серозное 2) гнойное 3) гранулематозное 4) альтеративное 5) с казеозным некрозом	УК-1-3 ПК-1-9
243	243. Наиболее тяжелое кишечное осложнение брюшного тифа 1) образование язв в пейеровых бляшках 2) некроз макрофагальных гранулем 3) кишечное кровотечение 4) пневмония 5) кожная сыпь	УК-1-3 ПК-1-9
244	244. Наиболее тяжелое кишечное осложнение брюшного тифа 1) пневмония	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 2) сепсис 3) остеомиелит 4) прободение кишки и перитонит 5) дистрофические изменения паренхиматозных органов 	
245	<p>245. Не выделяют клинико-морфологическую форму сальмонеллеза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) интестинальную 2) брюшнотифозную 3) септическую 4) абдоминальную 	УК-1-3 ПК-1-9
246	<p>246. Наиболее поражаемый отдел кишечника при сальмонеллезе</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) желудок 2) тонкий кишечник 3) толстый кишечник 4) илеоцекальный угол 5) прямая кишка 	УК-1-3 ПК-1-9
247	<p>247. Интестинальная форма сальмонеллеза проявляется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гастроэнтеритом 2) гастроэнтероколитом 3) колит 4) проктитом 5) дуоденитом 	УК-1-3 ПК-1-9
248	<p>248. В тонком кишечнике при сальмонеллезе развивается воспаление</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) катаральное 2) гнойное 3) фибринозное 4) крупозное 5) дифтеритическое 	УК-1-3 ПК-1-9
249	<p>249. Наиболее реальная причина смерти при сальмонеллезе</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) дисбактериоз 2) пневмония 3) метастатические гнойники в органах 4) токсико-инфекционный шок 5) обезвоживание 	УК-1-3 ПК-1-9
250	<p>250. Не выделяют морфологическую форму иерсиниоза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) абдоминальную 2) скарлатиноподобную 3) артралгическую 4) септическую 5) брюшнотифозную 	УК-1-3 ПК-1-9
251	<p>251. При иерсиниозе могут поражаться отделы кишечника</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) желудок 2) тонкий кишечник 3) толстый кишечник 4) аппендикс 	УК-1-3 ПК-1-9

	5) все перечисленные	
252	252. При иерсиниозе в подвздошной кишке может развиваться 1) катаральное воспаление 2) формирование язв 3) формирование гранулем 4) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
253	253. Нельзя отнести к абдоминальной форме иерсиниоза 1) терминальный илеит 2) аппендикопатию 3) мезаденит 4) катаральный энтероколит с формированием язв 5) дифтеритический колит	УК-1-3 ПК-1-9
254	254. Гранулемы при иерсиниозе 1) макрофагальные 2) эпителиоидноклеточные 3) гигантоклеточные 4) с наличием казеозного некроза 5) можно назвать гуммами	УК-1-3 ПК-1-9
255	255. Исход гранулем при иерсиниозе 1) развитие казеозного некроза 2) некроз и гнойное расплавление 3) обызвествление 4) петрификация 5) оссификация	УК-1-3 ПК-1-9
256	256. Наиболее реальная причина смерти при иерсиниозе 1) внутрикишечное кровотечение 2) рубцовые стенозы кишечника 3) септическая форма болезни 4) пневмония 5) артриты	УК-1-3 ПК-1-9
257	257. Клетки, входящие в состав гранулемы при иерсиниозе 1) макрофаги 2) эпителиоидные 3) гигантские многоядерные клетки 4) сегментоядерные лейкоциты 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
258	258. Наиболее типично поражение при дизентерии 1) желудка 2) тонкого кишечника 3) мезентериальных лимфоузлов 4) толстого кишечника 5) аппендикса	УК-1-3 ПК-1-9
259	259. В толстом кишечнике при дизентерии развивается	УК-1-3

	<ul style="list-style-type: none"> 1) продуктивное воспаление 2) гранулематозное воспаление 3) экссудативное воспаление 4) разлитое гнойное воспаление 5) все перечисленные 	ПК-1-9
260	<p>260. Для начальной стадии дизентерии характерно воспаление</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) катаральное 2) крупозное 3) дифтеритическое 4) продуктивное 5) гранулематозное 	УК-1-3 ПК-1-9
261	<p>261. У детей при дизентерии часто развивается колит</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) крупозный 2) дифтеритический 3) фолликулярно-язвенный 4) продуктивный 5) флегмонозный 	УК-1-3 ПК-1-9
262	<p>262. Наиболее частый вариант колита при современной дизентерии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) катаральный 2) флегмонозный 3) крупозный 4) дифтеритический 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
263	<p>263. При хронической дизентерии возможно осложнение</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) бронхопневмония 2) серозные артриты 3) перфорация стенки кишки и перитонит 4) перфорация стенки кишки и парапроктит 5) амилоидоз 	УК-1-3 ПК-1-9
264	<p>264. Не выделяют стадию (период) развития холеры</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) токсическую 2) алгидную 3) стадию энтерита 4) стадию гастроэнтерита 	УК-1-3 ПК-1-9
265	<p>265. Морфологический тип воспаления при холерном энтерите</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) флегмонозное 2) крупозное 3) дифтеритическое 4) серозное 5) серозное с образованием язв 	УК-1-3 ПК-1-9
266	<p>266. Морфологический вид энтерита характерный для холеры</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) серозный (серозно-геморрагический) 2) фолликулярный (фолликулярно-язвенный) 3) дифтеритический 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 4) крупозный 5) флегмонозный 	
267	<p>267. Не может развиваться в кишечнике при холерном энтерите</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) расстройство кровообращения 2) отек 3) десквамация эпителия ворсин 4) формирование язв 5) лимфогистиоцитарная инфильтрация 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
268	<p>268. Характерные изменения почек при тяжелой холере</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) некротический нефроз 2) пиелонефрит 3) пиелит 4) паранефрит 5) инфаркты почек 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
269	<p>269. Специфическое осложнение при холере</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пневмония 2) рожа 3) сепсис 4) холерный тифоид 5) пиелонефрит 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
270	<p>270. Наиболее характерное общее изменение при тяжелой холере</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) кожная сыпь 2) бронхопневмония 3) обезвоживание 4) миокардит 5) жировая дистрофия печени 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
271	<p>271. Практически не наблюдается при современной холере</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) интоксикация 2) диарея 3) рвота 4) эксикоз 5) дистрофические изменения паренхиматозных органов 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
272	<p>272. В алгидный период появляется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) интоксикация 2) обезвоживание (эксикоз) 3) диарея 4) рвота 5) гипертермия 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
273	<p>273. Наиболее частое место первичной фиксации стрептококка при скарлатине</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) небные миндалины 2) кожа 3) легкие 4) лимфоузлы шеи 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	5) мягкие ткани шеи	
274	274. Первичный скарлатинозный аффект представлен 1) воспалением небных миндалин 2) регионарным лимфаденитом 3) флегмоной мягких тканей шеи 4) заглоточным абсцессом 5) отитом	УК-1-3 ПК-1-9
275	275. Наиболее частая морфологическая форма ангины при скарлатине в настоящее время 1) катаральная 2) некротическая 3) гнойная 4) фолликулярная 5) фибринозная	УК-1-3 ПК-1-9
276	276. Общее проявление скарлатины, связанное с токсемией 1) кожная сыпь 2) эксикоз 3) токсический миокардит 4) синдром Уотерхауса – Фридериксена 5) паренхиматозный неврит	УК-1-3 ПК-1-9
277	277. Тяжелые гнойно-некротические осложнения скарлатины 1) заглоточный абсцесс 2) гнойный отит 3) гнойно- некротический лимфаденит 4) флегмона шеи 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
278	278. Тяжелое осложнение первого периода скарлатины 1) флегмона шеи 2) бородавчатый эндокардит 3) артриты 4) васкулиты	УК-1-3 ПК-1-9
279	279. Тяжелое осложнение второго периода скарлатины 1) флегмона шеи 2) абсцесс головного мозга 3) гнойный менингит 4) септикопиемия 5) гломерулонефрит	УК-1-3 ПК-1-9
280	280. Характер осложнений второго периода скарлатины 1) токсические 2) гнойно-некротические 3) обменные 4) аллергические 5) септические	УК-1-3 ПК-1-9

281	<p>281. На какие органы и системы оказывает действие экзотоксин дифтерийной палочки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сердце 2) сосудистую систему 3) нервную систему 4) надпочечники 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
282	<p>282. Наиболее типичная локализация местных изменений при дифтерии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) раневая поверхность 2) слизистая оболочка носа 3) слизистая оболочка дыхательных путей 4) зев и миндалины 5) гениталии (у девочек) 	УК-1-3 ПК-1-9
283	<p>283. Какой морфологический вид воспаления типичен для дифтерии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозное 2) гнойное 3) фибринозное 4) геморрагическое 5) продуктивное 	УК-1-3 ПК-1-9
284	<p>284. Какая морфологическая разновидность воспаления типична для дифтерии зева и миндалин</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозное 2) крупозное 3) дифтеритическое 4) гнойное 5) гнилостное 	УК-1-3 ПК-1-9
285	<p>285. Какая морфологическая разновидность воспаления типична для дифтерии дыхательных путей (гортани, трахеи)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) серозное 2) крупозное 3) дифтеритическое 4) гнойное 5) гнилостное 	УК-1-3 ПК-1-9
286	<p>286. При какой клинико-морфологической форме дифтерии развивается наиболее тяжелая токсемия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дифтерии дыхательных путей 2) дифтерии носа 3) дифтерии ран 4) дифтерии зева и миндалин 5) дифтерии кожи 	УК-1-3 ПК-1-9
287	<p>287. Что такое истинный круп</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отек гортани 2) спазм гладких мышц гортани 3) крупозное воспаление гортани с отделением фибринозной пленки 4) крупозное воспаление бронхов с нарушением их проходимости 	УК-1-3 ПК-1-9

	5) синоним раннего паралича сердца	
288	288. Наиболее типичные общетоксические проявления при дифтерии 1) токсический миокардит 2) паренхиматозный неврит 3) дистрофия и некроз надпочечников 4) некротический нефроз 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
289	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	УК-1-3 ПК-1-9
290	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	УК-1-3 ПК-1-9
291	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	УК-1-3 ПК-1-9
292	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	УК-1-3 ПК-1-9
293	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	УК-1-3 ПК-1-9
294	294. Клинико-морфологические формы менингококковой инфекции 1) назофарингит 2) гнойный менингит 3) менингоэнцефалит 4) менингококемия	УК-1-3 ПК-1-9

	5) все перечисленные	
295	295. Наиболее тяжелая клинико-морфологическая форма менингококковой инфекции 1) назофарингит 2) пневмония 3) гнойный менингит 4) септицемия 5) септикопиемия	УК-1-3 ПК-1-9
296	296. При менингококкцемии не успевает развиваться 1) серозный менингит 2) гнойный менингит 3) геморрагический синдром 4) некроз и кровоизлияния в надпочечниках 5) некротический нефроз	УК-1-3 ПК-1-9
297	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	УК-1-3 ПК-1-9
298	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	УК-1-3 ПК-1-9
299	299. При менингококковом менингите типично развитие воспаления 1) серозного 2) гнойного 3) геморрагического 4) фибринозного 5) дифтеритического	УК-1-3 ПК-1-9
300	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	УК-1-3 ПК-1-9
301	301. Не принято выделять клинико-морфологическую форму гриппа 1) легкую 2) тяжелую 3) средней тяжести 4) септическую	УК-1-3 ПК-1-9

302	302. При какой форме гриппа возможен смертельный исход 1) легкой 2) средней тяжести 3) тяжелой 4) септической 5) токсико-септической	УК-1-3 ПК-1-9
303	303. "Большое пестрое легкое" развивается при форме гриппа 1) легкой 2) средней тяжести 3) тяжелой, обусловленной интоксикацией 4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией 5) септической форме	УК-1-3 ПК-1-9
304	304. Смерть от геморрагического отека легких возможна при форме гриппа 1) легкой 2) средней тяжести 3) тяжелой, обусловленной интоксикацией 4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией 5) септической	УК-1-3 ПК-1-9
305	305. Смерть от отека и набухания головного мозга возможна при форме гриппа 1) легкой 2) средней тяжести 3) тяжелой, обусловленной интоксикацией 4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией 5) септической	УК-1-3 ПК-1-9
306	306. Смерть от кровоизлияния в продолговатом мозгу возможна при форме гриппа 1) легкой 2) средней тяжести 3) тяжелой, обусловленной интоксикацией 4) тяжелой с легочными осложнениями, обусловленными вторичной инфекцией 5) септической	УК-1-3 ПК-1-9
307	307. В "большом пестром легком" при гриппе появляется 1) бронхопневмония 2) микроабсцессы 3) мелкие кровоизлияния 4) ателектазы 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
308	308. При гриппозной пневмонии не может быть в легком 1) скопления в альвеолах серозного экссудата 2) лимфоидно-клеточных инфильтратов в межальвеолярных перего-	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>родках</p> <p>3) расстройств кровообращения</p> <p>4) специфических вирусных включений в альвеолярном эпителии</p> <p>5) микроабсцессов</p>	
309	<p>309. Не бывает при легкой форме гриппа</p> <p>1) серозно-слизистого ринита</p> <p>2) серозно-слизистого ларингита</p> <p>3) серозно-слизистого трахеита</p> <p>4) катарального воспаления крупных бронхов</p> <p>5) гриппозной пневмонии</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
310	<p>310. Первичный туберкулезный аффект в легком представлен</p> <p>1) очаговой казеозной пневмонией</p> <p>2) очаговой казеозной бронхопневмонией</p> <p>3) сливной больших масштабов казеозной пневмонией</p> <p>4) туберкулезной гранулемой</p> <p>5) очагом обызвествления</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
311	<p>311. При туберкулезном лимфадените некроз</p> <p>1) влажный</p> <p>2) колликвационный</p> <p>3) сухой</p> <p>4) гангрена</p> <p>5) фибриноидный</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
312	<p>312. Морфологический вид первичного некроза при туберкулезе</p> <p>1) влажный</p> <p>2) колликвационный</p> <p>3) сухой</p> <p>4) фибриноидный</p> <p>5) гангрена</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
313	<p>313. Туберкулезная гранулема по морфологическим параметрам является</p> <p>1) макрофагальной</p> <p>2) эпителиоидноклеточной</p> <p>3) гигантоклеточной</p> <p>4) неспецифической</p> <p>5) неиммунной</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
314	<p>314. При заживлении очагов воспаления при туберкулезе происходит</p> <p>1) организация</p> <p>2) инкапсуляция</p> <p>3) петрификация</p> <p>4) оссификация</p> <p>5) все перечисленное</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
315	<p>315. Заживший первичный аффект в легком при туберкулезе называется очагом</p> <p>1) Абрикосова</p> <p>2) Гона</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 3) Ашофф-Пуля 4) Ассмана-Редекера 5) Симона 	
316	<p>316. Наиболее часто встречающаяся в настоящее время форма прогрессирования первичного туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гематогенная 2) лимфожелезистая 3) рост первичного аффекта 4) милиарная 5) гематогенная с преимущественным поражением легких 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
317	<p>317. Наиболее частый исход первичного туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) выздоровление 2) смерть 3) переход в гематогенную форму 4) переход во вторичный туберкулез 5) развитие первичной хронической легочной чахотки 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
318	<p>318. Наиболее часто встречающаяся форма гематогенного туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) генерализованный гематогенный туберкулез 2) милиарный туберкулез 3) острейший милиарный сепсис 4) гематогенный туберкулез с внелегочным поражением 5) острый милиарный туберкулез 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
319	<p>319. Наиболее часто встречающаяся форма гематогенного туберкулеза с поражением легких</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый милиарный туберкулез 2) хронический милиарный туберкулез 3) гематогенно-диссеминированный (крупноочаговый) туберкулез 4) острый очаговый туберкулез 5) фиброзно-очаговый туберкулез 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
320	<p>320. Для гематогенно-диссеминированного хронического крупноочагового туберкулеза характерно</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) поражение верхушек легких 2) зеркальное расположение очагов 3) продуктивный тип воспаления 4) сетчатый пневмосклероз в исходе 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
321	<p>321. Гематогенный туберкулез может проявить себя как</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый кавернозный 2) фиброзно-кавернозный 3) милиарный 4) острый очаговый 5) фиброзно-очаговый 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
322	<p>322. Морфологически острый очаговый туберкулез представлен</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) очаговой казеозной пневмонией 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 2) очаговой казеозной бронхопневмонией 3) сливной больших масштабов казеозной пневмонией 4) туберкулезной гранулемой 5) острой каверной 	
323	<p>323. Не относится к формам вторичного туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый очаговый туберкулез 2) фиброзно-очаговый туберкулез 3) очаг-инфильтрат Ассмана-Редекера 4) очаг Гона 5) цирротический туберкулез 	УК-1-3 ПК-1-9
324	<p>324. Туберкулема – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острая каверна при туберкулезе 2) хроническая каверна при туберкулезе 3) очаг творожистого некроза 2-5 см в диаметре в тонкой капсуле 4) доброкачественная опухоль легкого 5) острая каверна после опорожнения масс некроза 	УК-1-3 ПК-1-9
325	<p>325. Очаг Ашофф-Пуля – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) свежая очаговая казеозная пневмония 2) свежая очаговая казеозная бронхопневмония 3) инкапсулированный первичный туберкулезный аффект 6) инкапсулированный очаг Абрикосова 7) очаг воспаления при инфильтративном туберкулезе 	УК-1-3 ПК-1-9
326	<p>326. Наиболее тяжелая форма вторичного туберкулеза</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый очаговый туберкулез 2) фиброзно-очаговый туберкулез 3) острый кавернозный туберкулез 4) туберкулема 5) казеозная пневмония 	УК-1-3 ПК-1-9
327	<p>327. Для формирования острой каверны в легком при туберкулезе необходимо</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) опорожнение масс казеозного некроза через бронх 2) опорожнение расплавленных лейкоцитами масс творожистого некроза через бронх 3) рассасывание некроза с формированием полости 4) инкапсуляция очага творожистого некроза 5) все перечисленное 	УК-1-3 ПК-1-9
328	<p>328. Типичная локализация в легком изменений при остром очаговом туберкулезе</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) симметрично в верхушках легких 2) нижнее-задние отделы легких 3) верхушка правого легкого 4) верхушка левого легкого 5) средняя доля правого легкого 	УК-1-3 ПК-1-9
329	<p>329. Благоприятный исход острой каверны при консервативном лечении</p>	УК-1-3

	<p>туберкулеза</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) переход в хроническую каверну 2) спадение краев и рубцевание 3) «рост» каверны 4) развитие пневмоторакса 5) легочное кровотечение из аррозированного сосуда в стенке каверны 	ПК-1-9
330	<p>330. Наиболее частая форма туберкулеза, встречаемая на вскрытии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый очаговый туберкулез 2) фиброзно-очаговый туберкулез 3) туберкулема 4) острый кавернозный туберкулез 5) фиброзно-кавернозный туберкулез 	УК-1-3 ПК-1-9
331	<p>331. Причина смерти при вторичном туберкулезе</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хроническая легочно-сердечная недостаточность 2) легочное кровотечение 3) амилоидоз 4) в результате обострения специфического процесса 5) все перечисленные 	УК-1-3 ПК-1-9
332	<p>332. Не является характерной чертой фиброзно-кавернозного туберкулеза</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие хронической каверны 2) разрастание фиброзной ткани в легком 3) разноплановые туберкулезные очаги в легком 4) асимметрия поражения 5) распространение микобактерий преимущественно лимфогенным и гематогенным путями 	УК-1-3 ПК-1-9
333	<p>333. В настоящее время наблюдается при туберкулезе</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшение заболеваемости и смертности 2) увеличение заболеваемости и смертности 3) уменьшение количества больных первичным туберкулезом 4) уменьшение числа специфических осложнений 5) уменьшение числа деструктивных форм 	УК-1-3 ПК-1-9
334	<p>334. Что такое входные ворота инфекции при сепсисе</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) место локализации септического очага 2) локализация первого метастатического абсцесса 3) регионарный лимфаденит 4) место проникновения инфекции в организм 5) место размножения инфекционного агента 	УК-1-3 ПК-1-9
335	<p>335. Что такое септический очаг</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) место проникновения инфекции в организм 2) место размножения инфекта с формированием очага воспаления 3) регионарный гнойный лимфаденит 4) первый метастатический гнойный очаг 5) любой фокус гнойного воспаления при сепсисе 	УК-1-3 ПК-1-9

336	336. Нельзя отнести к местным изменениям при сепсисе 1) септический очаг 2) регионарный лимфаденит 3) местный флебит и тромбофлебит 4) распространенные васкулиты	УК-1-3 ПК-1-9
337	337. Нельзя отнести к общим изменениям при сепсисе 1) септический очаг 2) метастатические гноиники в органах 3) распространенные васкулиты 4) межпочечное воспаление в паренхиматозных органах 5) септическую селезенку	УК-1-3 ПК-1-9
338	338. Укажите принцип классификации сепсиса 1) по этиологии 2) по характеру входных ворот 3) по течению 4) по клинико-морфологическим особенностям 5) по всем перечисленным параметрам	УК-1-3 ПК-1-9
339	339. Не выделяют клинико-морфологическую форму сепсиса 1) септицемию 2) хронический сепсис 3) острый милиарный сепсис 4) септикопиемию 5) септический эндокардит	УК-1-3 ПК-1-9
340	340. Клинико-морфологическая форма сепсиса 1) токсическая 2) скарлатиноподобная 3) абдоминальная 4) септикопиемия 5) токсико-септическая	УК-1-3 ПК-1-9
341	341. Морфологический вид воспаления в септическом очаге 1) серозное 2) гнойное 3) катаральное 4) крупозное 5) продуктивное	УК-1-3 ПК-1-9
342	342. Клинико-морфологическая форма сепсиса с быстрым бурным течением 1) септицемию 2) септикопиемию 3) хронический сепсис 4) септический эндокардит 5) токсическая	УК-1-3 ПК-1-9
343	343. Наиболее типичное морфологическое изменение при септицемии 1) септическая селезенка 2) множественные абсцессы в разных органах 3) очаг гнойного воспаления во входных воротах инфекции	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 4) резко выраженные нарушения кровообращения, геморрагический синдром 5) тромбо-язвенный эндокардит 	
344	<p>344. Наиболее яркие морфологические изменения при септикопиемии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) выраженные расстройства кровообращения, геморрагический синдром 2) гнойные процессы в воротах инфекции и в органах 3) межпочечное воспаление в органах 4) гиперплазия лимфоидной и кроветворной ткани 5) тромбо-язвенный эндокардит 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
345	<p>345. Для септического (бактериального) эндокардита обязательно наличие</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
346	<p>346. Фоновое заболевание при септическом (бактериальном) эндокардите</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аутоиммунный миокардит 2) ревматические поражения клапанов 3) ишемическая болезнь сердца 4) иммунокомплексный гломерулонефрит 5) все перечисленные 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
347	<p>347. Фоновое заболевание при септическом (бактериальном) эндокардите</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ревматические поражения клапанов 2) атеросклеротические поражения клапанов 3) изменения клапанов после перенесенного сифилиса 4) врожденные пороки сердца 5) все перечисленные 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
348	<p>348. Иммунокомплексного характера поражение при септическом (бактериальном) эндокардите проявляется как</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) септическая селезенка 2) гемолитическая желтуха 3) метастатические гнойники в органах 4) дистрофические изменения паренхиматозных органов 5) гломерулонефрит 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
349	<p>349. Наиболее часто при септическом (бактериальном) эндокардите поражается клапан</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аортальный 2) митральный 3) сочетание аортального и митрального 4) трехстворчатый 5) клапаны легочной артерии 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

350	350. Не типично развитие в створках клапана при тромбо-язвенном эндокардите 1) некрозов с изъязвлением 2) тромботических наложений 3) клеточных воспалительных инфильтратов 4) склеротических изменений в исходе воспаления 5) мукоидного и фибриноидного набухания	УК-1-3 ПК-1-9
351	351. Морфологическая форма клапанного эндокардита типичная для сепсиса 1) острый бородавчатый эндокардит 2) возвратно-бородавчатый эндокардит 3) фибропластический 4) тромбо-язвенный 5) диффузный вальвулит Талалаева	УК-1-3 ПК-1-9
352	352. Что рассматривают в качестве септического очага при септическом (бактериальном) эндокардите 1) очаг гнойного воспаления в воротах инфекции 2) тромбо-язвенный эндокардит 3) распространенные васкулиты 4) межочечный миокардит 5) иммунокомплексный гломерулонефрит	УК-1-3 ПК-1-9
353	353. Септическая селезенка развивается в результате 1) гнойного воспаления ткани селезенки 2) продуктивного воспаления ткани селезенки 3) образования ишемических инфарктов 4) гиперплазии клеточных элементов селезенки 5) дистрофических изменений селезенки	УК-1-3 ПК-1-9
354	354. Какой тип ответных воспалительных тканевых реакций типичен для септического (бактериального) эндокардита 1) гнойно-деструктивный 2) продуктивный 3) альтеративно-продуктивный 4) экссудативный 5) альтеративный	УК-1-3 ПК-1-9
355	355. Не характерно для внешнего вида селезенки при сепсисе 1) увеличена в размерах 2) дряблой консистенции 3) красного цвета 4) дает обильный соскоб 5) на разрезе имеет саленый вид	УК-1-3 ПК-1-9
356	356. При септицемии септический очаг 1) плохо выражен или отсутствует 2) представлен очагом гнойного воспаления в воротах инфекции 3) представлен очагом продуктивного воспаления в воротах инфекции	УК-1-3 ПК-1-9

	4) локализуется в створках клапана сердца	
357	357. При септикопиемии 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	УК-1-3 ПК-1-9
358	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	УК-1-3 ПК-1-9
359	359. Пути заражения ВИЧ-инфекцией 1) половой 2) парентеральный (инъекционный) 3) трансплацентарный 4) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
360	360. Назовите финальный период ВИЧ-инфекции 1) инкубационный 2) пре-СПИД 3) СПИД 4) генерализованной лимфаденопатией 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
361	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	УК-1-3 ПК-1-9
362	362. Изменения в легких в последнем периоде СПИДа 1) ателектазы 2) эмфизема 3) бронхоэктазы 4) пневмония 5) пневмосклероз	УК-1-3 ПК-1-9
363	363. Наиболее частый этиологический фактор пневмонии при СПИДе 1) пневмококки 2) стафилококки 3) пневмоцисты 4) стрептококки 5) патогенные палочки	УК-1-3 ПК-1-9

364	364. Как называются инфекции типичные для СПИДа 1) контагиозные 2) карантинные 3) особоопасные 4) трансмиссивные 5) оппортунистические	УК-1-3 ПК-1-9
365	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	УК-1-3 ПК-1-9
366	366. Наиболее частая опухоль при СПИДе 1) рабдомиосаркома 2) остеосаркома 3) саркома Капоши 4) аденокарцинома желудка 5) рак легких	УК-1-3 ПК-1-9
367	367. Особенность течения инфекций у больных СПИДом 1) тяжелое рецидивирующее течение 2) склонность к генерализации 3) выраженная альтерация 4) плохая рассасываемость экссудатов 5) все перечисленные	УК-1-3 ПК-1-9
368	368. Какие инфекции называются оппортунистическими 1) вызываемыми крайне вирулентными штаммами 2) вызываемыми крайне патогенными штаммами 3) вызываемыми слабовирулентными возбудителями 4) прионовые инфекции 5) антропозоонозные инфекции	УК-1-3 ПК-1-9
Раздел 3. Биопсийно-секционный курс		
1	ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 1) лечебная 2) информационно-статистическая 3) диагностическая 4) профилактическая 5) учебно-педагогическая	УК-1-3 ПК-1-9
2	ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СОСТОИТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВАНИИ 1) клинических проявлений 2) биохимических изменений 3) рентгенологических изменений 4) данных клинического обследования	УК-1-3 ПК-1-9

	5) морфологических изменений	
3	<p>ПРИЖИЗНЕННАЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мазков-отпечатков 2) патологических жидкостей 3) биопсийного (операционного) материала 4) цитологического материала 5) секционного материала 	УК-1-3 ПК-1-9
4	<p>ПОСМЕРТНАЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МАТЕРИАЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) патологоанатомического вскрытия 2) судебно-медицинского вскрытия 3) взятого путем биопсии 4) взятого во время операции 5) взятого эндоскопически 	УК-1-3 ПК-1-9
5	<p>В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РАБОТЕ ПАТОЛОГОАНАТОМА ДОМИНИРУЕТ ОБЪЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) посмертной патологоанатомической диагностики 2) прижизненной патологоанатомической диагностики 3) иммуногистохимической диагностики 4) электронномикроскопической диагностики 5) гистохимической диагностики 	УК-1-3 ПК-1-9
6	<p>СОГЛАСНО АНАЛИЗАМ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОМИНИРУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) злокачественные опухоли 2) травмы и отравления 3) алкогольные поражения 4) сердечно-сосудистые заболевания 5) заболевания бронхо-легочной системы 	УК-1-3 ПК-1-9
7	<p>РУКОВОДСТВО ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) министр здравоохранения РФ 2) министр здравоохранения субъекта РФ 3) главный внештатный патологоанатом субъекта 4) заведующие патологоанатомическими отделениями больниц 5) заведующие патологоанатомическими бюро 	УК-1-3 ПК-1-9
8	<p>ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ) ВРАЧ-ПАТОЛОГОАНАТОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ НА ОСНОВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинических сведений 2) биохимических показателей 3) иммуногистохимических исследований 4) морфологических исследований 5) гистохимических исследований 	УК-1-3 ПК-1-9
9	<p>КЛЮЧЕВАЯ ФИГУРА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ РАБОТУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) главный внештатный патологоанатом субъекта РФ 2) заведующий патологоанатомическим отделением 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) заведующий патологоанатомическим бюро 4) врач-патологоанатом 5) лаборант-гистолог 	
10	<p>К ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) патологоанатомические отделения лечебных учреждений 2) патоморфологические отделы НИИ 3) патологоанатомические бюро 4) регионарные институты патологии 5) все перечисленные 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
11	<p>СРЕДИ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА, ИССЛЕДУЕМОГО В ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, ДОМИНИРУЮТ ОБЪЕКТЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) желудочно-кишечного тракта 2) бронхо-легочной системы 3) желез внутренней секреции 4) женской половой системы 5) мужской моче-половой системы 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
12	<p>КРОМЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) участие в экспертизе качества лечения 2) достоверную информацию органов здравоохранения 3) учебно-педагогическую деятельность 4) участие в лицензионно-акредитационной деятельности 5) все перечисленное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
13	<p>ДИАГНОЗ В МЕДИЦИНЕ - ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) перечисление основных симптомов болезни 2) перечисление основных синдромов болезни 3) краткое заключение о сути болезни 4) развернутое заключение о сути болезни 5) наиболее полная информация о болезни 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
14	<p>ВИДЫ ДИАГНОЗОВ В МЕДИЦИНЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) клинический 2) патологоанатомический 3) судебно-медицинский 4) эпидемиологический 5) все перечисленные 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
15	<p>ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА В МЕДИЦИНЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) танатологический 2) этиологический 3) патогенетический 4) нозологический 5) синдромный 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
16	<p>ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЕ ЕДИНСТВО ФОРМУЛИРОВОК ДИАГНОЗОВ В МЕДИЦИНЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ БЛАГОДАРЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) приказам Минздрава РФ 2) постановлением Минздрава РФ 3) Международной классификации болезней ВОЗ 4) базовым учебным руководствам 5) методической литературе 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

17	<p>СЛОВЕСНАЯ ФОРМУЛИРОВКА ОТДЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА СОГЛАСНО МКБ-10 ПРЕОБРАЗУЕТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) буквенные коды 2) цифровые коды 3) буквенно-цифровые коды 4) классы болезней 5) рубрики болезней 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
18	<p>ДИАГНОЗЫ КОНКРЕТНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СОГЛАСНО МКБ-10 ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ДОЛЖНЫ КОДИРОВАТЬСЯ СОГЛАСНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) патогенезу 2) этиологии 3) танатогенезу 4) нозологии 5) основной причине смерти 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
19	<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинической 2) патологоанатомической 3) национальной 4) теоретической 5) статистической 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
20	<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ЯВЛЯЕТСЯ КЛАССИФИКАЦИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинической 2) патологоанатомической 3) национальной 4) теоретической 5) договорной 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
21	<p>КЛАССЫ БОЛЕЗНЕЙ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ) ВЫДЕЛЕНЫ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) единого принципа 2) нескольких принципов 3) только этиологии 4) только патогенеза 5) только нозологии 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
22	<p>ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕДИНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ДЛЯ ОБРАБОТКИ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В МКБ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КОДИРОВАНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) буквенное 2) цифровое 3) буквенно- цифровое 4) произвольное 5) национальное 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
23	<p>ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) основное заболевание 2) осложнение основного заболевания 3) непосредственная причина смерти 4) смертельное осложнение 5) проявление основного заболевания 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
24	<p>ЧАЩЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проявление основного заболевания 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 2) само основное заболевание 3) осложнение основного заболевания 4) сопутствующее заболевание 5) ятрогенная патология 	
25	<p>ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ САМО ПО СЕБЕ ИЛИ ЧЕРЕЗ СВОИ ОСЛОЖНЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) обусловило тяжесть состояния больного 2) определило характер лечебных мероприятий 3) определило выбор оперативного лечения 4) обусловило состояние нетрудоспособности больного 5) привело к смерти 	УК-1-3 ПК-1-9
26	<p>В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЫЧНО ЗАПИСЫВАЮТСЯ В ПОРЯДКЕ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) согласно степени тяжести 2) в произвольном порядке 3) по усмотрению патологоанатома 4) согласно записи в клиническом диагнозе 5) в патогенетической последовательности 	УК-1-3 ПК-1-9
27	<p>В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА «ИНФАРКТ МИОКАРДА» ЗАПИСЫВАЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) названия основного заболевания 2) проявления основного заболевания 3) осложнения основного заболевания 4) сопутствующего заболевания 5) осложнения сопутствующего заболевания 	УК-1-3 ПК-1-9
28	<p>В СЛУЧАЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ЗАПИСЫВАЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ В КАЧЕСТВЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) проявления основного заболевания 2) осложнения основного заболевания 3) фонового заболевания 4) сопутствующего заболевания 5) осложнения сопутствующего заболевания 	УК-1-3 ПК-1-9
29	<p>ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЯХ «ГЕМАТОМА ГОЛОВНОГО МОЗГА» ЗАПИСЫВАЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ В КАЧЕСТВЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) названия основного заболевания 2) проявления основного заболевания 3) осложнения основного заболевания 4) сопутствующего заболевания 5) осложнения сопутствующего заболевания 	УК-1-3 ПК-1-9
30	<p>МОНОКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) одной нозологической единицы 2) двух нозологических единиц 3) двух и более нозологических единиц 4) нескольких нозологических единиц 5) «семейства болезней» 	УК-1-3 ПК-1-9

31	<p>БИКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одной нозологической единицы 2) двух нозологических единиц 3) трех нозологических единиц 4) трех и более нозологических единиц 5) «семейства болезней» 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
32	<p>МУЛЬТИКАУЗАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одной нозологической единицы 2) двух нозологических единиц 3) трех и более нозологических единиц 4) одной непосредственной причины смерти 5) нескольких осложнений основного заболевания 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
33	<p>КОМБИНИРОВАННОЕ ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАПИСЬ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одной нозологической единицы 2) двух нозологических единиц 3) трех нозологических единиц 4) трех и более нозологических единиц 5) «семейства болезней» 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
34	<p>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ В КАЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конкурирующих заболеваний 2) «семейства болезней» 3) сопутствующих заболеваний 4) полипатии 5) родовых (групповых) понятий 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
35	<p>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ В КАЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сочетанных заболеваний 2) «семейства болезней» 3) сопутствующих заболеваний 4) полипатии 5) родовых (групповых) понятий 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
36	<p>ПРИ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК КОМБИНИРОВАННОГО ДВЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ КАК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) основное и фоновое заболевание 2) «семейство болезней» 3) сопутствующие заболевания 4) полипатии 5) родовых (групповых) понятий 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
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"> 1) одна нозологическая единица 2) две нозологических единиц 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 3) несколько нозологических единиц 4) любое количество нозологических единиц 5) «семейство» нозологических единиц 	
38	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАПИСЬ «ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) возможна 2) нет, невозможна 3) в очень редких случаях 4) только как сопутствующее заболевание 5) только как фоновое 	УК-1-3 ПК-1-9
39	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАПИСЬ «ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ БОЛЕЗНИ»</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) возможна 2) нет, невозможна 3) только как фоновое заболевание 4) только как сопутствующее заболевание 5) в редких случаях как основное заболевание 	УК-1-3 ПК-1-9
40	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ТОЛЬКО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ишемическую болезнь сердца 2) цереброваскулярные болезни 3) алкогольную болезнь 4) ревматические болезни 5) инфаркт миокарда 	УК-1-3 ПК-1-9
41	<p>В КАЧЕСТВЕ НАЗВАНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ТОЛЬКО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ишемическую болезнь сердца 2) цереброваскулярные болезни 3) ревматические болезни 4) алкогольную болезнь 5) внутримозговую гематому 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) возможна 2) нет, невозможна 3) возможна в крайне редких случаях 4) только в качестве фонового заболевания 5) только в качестве сопутствующего заболевания 	УК-1-3 ПК-1-9
43	<p>ЯТРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЖЕТ ФИГУРИРОВАТЬ В ФОРМУЛИРОВКАХ ДИАГНОЗА В КАЧЕСТВЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) основного заболевания 2) одного из сочетанных заболеваний 3) одного из конкурирующих заболеваний 4) сопутствующего заболевания 5) всех перечисленных вариантов 	УК-1-3 ПК-1-9
44	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОИЗВОДИТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) врач любой специальности 2) врач-клиницист 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) врач-патологоанатом 4) санитар морга 5) лаборант-гистолог 	
45	<p>ВРАЧ-ПАТОЛОГОАНАТОМ ПРОИЗВОДИТ АУТОПСИЮ В СЛУЧАЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) насильственной смерти 2) ненасильственной смерти 3) смерти от отравлений 4) смерти от механических травм 5) криминального аборта 	УК-1-3 ПК-1-9
46	<p>ОБЫЧНО ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) нозологическая форма, обусловившая смертельный исход 2) нозологическая форма, по поводу которой лечился больной 3) смертельное осложнение болезни, обусловившее смертельный исход 4) проявление болезни, обусловившее смертельный исход 5) заболевание, по поводу которого лечился больной 	УК-1-3 ПК-1-9
47	<p>НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) патологический процесс, обусловивший смертельный исход 2) патологический процесс, развившийся в результате лечения 3) наиболее длительно текущее заболевание больного 4) заболевание, по поводу которого больной госпитализирован 5) заболевание, по поводу которого лечился больной 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) проявления болезни 2) осложнения болезни 3) ятрогенная патология 4) сопутствующие заболевания 5) фоновые заболевания 	УК-1-3 ПК-1-9
49	<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ (СИМПТОМЫ, СИНДРОМЫ), ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕОТЪЕМЛИМОЙ (ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ) СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЧАСТЬЮ БОЛЕЗНИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) проявления болезни 2) осложнения болезни 3) сопутствующие заболевания 4) комбинированные заболевания 5) фоновые заболевания 	УК-1-3 ПК-1-9
50	<p>НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА (ЕДИНИЦА) БОЛЕЗНИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	УК-1-3 ПК-1-9
51	<p>ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В РУБРИКАХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) нозологическая форма, не играющая роль в смертельном исходе 2) нозологическая форма, обусловившая смертельный исход 3) патологическое изменение, обусловившее смертельный исход 	УК-1-3 ПК-1-9

	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	УК-1-3 ПК-1-9
53	КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ 1) 8890/0 2) 8442/1 3) 8077/2 4) 8480/3 5) 8490/6	УК-1-3 ПК-1-9
54	КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ПОГРАНИЧНОЙ ОПУХОЛИ 1) 8441/0 2) 8442/1 3) 8460/2 4) 8020/3 5) 8490/6	УК-1-3 ПК-1-9
55	КОД (ШИФР) КАРЦИНОМЫ «НА МЕСТЕ» ПО МКБ-10 1) 8470/0 2) 8472/1 3) 8380/2 4) 8890/3 5) 8490/6	УК-1-3 ПК-1-9
56	КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ 1) 8890/0 2) 8030/1 3) 8380/2 4) 8931/3 5) 8490/6	УК-1-3 ПК-1-9
57	КОД (ШИФР) ПО МКБ-10, СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ВТОРИЧНОЙ (МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ) ОПУХОЛИ 1) 9054/0 2) 8898/1 3) 8380/2 4) 8932/3 5) 8490/6	УК-1-3 ПК-1-9
58	ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ КОНСТАТАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ 1) через 20 мин 2) через 1 час 3) через 1 сутки 4) по истечению 3 суток 5) в любые сроки	УК-1-3 ПК-1-9
59	НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ В СЛУЧАЕ СМЕРТИ	УК-1-3

	<p>В СТАЦИОНАРЕ ВМЕСТЕ С ТРУПОМ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) копия больничного листа 2) история болезни (история родов) 3) выписка их истории болезни (истории родов, карты больного) 4) справка о госпитализации и лечении больного 5) копия листа с назначением лечебных мероприятий 	ПК-1-9
60	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оформление обязательной медицинской документации 2) получение статистических данных 3) контроль за достоверностью и полнотой прижизненной диагностики 4) получение данных для отчетной документации 5) выявление патоморфоза заболеваний 	УК-1-3 ПК-1-9
61	<p>ВСЕ СЛУЧАИ ОТМЕНЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) приказами Министерства здравоохранения субъекта РФ 2) приказами главного врача лечебного учреждения 3) указаниями внештатного главного патологоанатома субъекта РФ 4) положениями соответствующей статьи Основ законодательства РФ 5) указаниями главного патологоанатома РФ 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) главный внештатный патологоанатом субъекта РФ 2) заведующий клиническим отделением 3) заведующий патологоанатомическим отделением 4) главный врач (заместитель, дежурный врач) лечебного учреждения 5) врач-патологоанатом, проводящий вскрытие 	УК-1-3 ПК-1-9
63	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В ХОДЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПРИЗНАКОВ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЯ НА НАСИЛЬСТВЕННУЮ СМЕРТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вызывается в секционный зал лечащий врач 2) вызывается в секционный зал судебно-медицинский эксперт 3) вскрытие прекращается, ставится в известность главный врач 4) вскрытие продолжается в обычном порядке 5) вскрытие продолжается в присутствии второго патологоанатома 	УК-1-3 ПК-1-9
64	<p>ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ПОДОЗРЕНИЯ НА НЕГО ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оформить экстренное извещение (форма № 058/у) 2) вызвать в секционный зал инфекциониста 3) вызвать в секционный зал эпидемиолога 4) оформить протокол вскрытия в обычном порядке 5) вызвать в морг представителя Центра госсанэпиднадзора 	УК-1-3 ПК-1-9
65	<p>ПРИСУТСТВИЕ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не обязательно 2) обязательно 3) не желательно 4) желательно 5) рекомендуется 	УК-1-3 ПК-1-9
66	<p>ВЫДАЧА ТРУПА БЕЗ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ</p>	УК-1-3

	<p>ЗАПРЕЩЕНА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) от лечебных мероприятий и передозировки лекарственных средств 2) при неустановленном клиническом диагнозе 3) во время или после оперативного вмешательства 4) от инфекционных болезней 5) во всех перечисленных случаях 	ПК-1-9
67	<p>ТРУП НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ С ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ И</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) свидетельством о смерти 2) выпиской из истории болезни 3) специальным бланком-направлением 4) больничным листом 5) разрешением главного врача на проведение вскрытия 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) главного врача или лица его заменяющего 2) заведующего патологоанатомическим отделением 3) заведующим клиническим отделением 4) любого врача клинического отделения 5) любого врача лечебного учреждения 	УК-1-3 ПК-1-9
69	<p>ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) остается и хранится в патологоанатомическом отделении 2) возвращается в клиническое отделение 3) передается администрации лечебного учреждения 4) отсылается на хранение в архив лечебного учреждения 5) уничтожается 	УК-1-3 ПК-1-9
70	<p>В СЛУЧАИ СМЕРТИ ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА (НА ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ) ТРУП УМЕРШЕГО НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ НАПРАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) родственник больного 2) участковый врач (заведующий поликлиникой) 3) представитель администрации района 4) внештатный главный патологоанатом субъекта РФ 5) работники ЗАГСа 	УК-1-3 ПК-1-9
71	<p>ТРУП УМЕРШЕГО ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА ДОСТАВЛЯЕТСЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ С ОФОРМЛЕННОЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) медицинской картой амбулаторного больного 2) справкой с данными амбулаторной карты больного 3) историей болезни 4) выпиской из амбулаторной карты 5) свидетельством о смерти 	УК-1-3 ПК-1-9
72	<p>ТРУП УМЕРШЕГО ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО СТАЦИОНАРА ДОСТАВЛЯЕТСЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ С ОФОРМЛЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТОЙ И</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) бланком-направлением на патологоанатомическое вскрытие 2) выпиской из амбулаторной карты больного 3) справкой с данными из амбулаторной карты больного 4) историей болезни 	УК-1-3 ПК-1-9

	5) свидетельством о смерти	
73	<p>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в день вскрытия 2) в течение 3 суток 3) в течении 5 суток 4) в течение 10 суток 5) в течение 30 суток 	УК-1-3 ПК-1-9
74	<p>МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с помощью пишущей машинки 2) на компьютере 3) только печатным способом 4) только от руки 5) способ заполнения не регламентирован 	УК-1-3 ПК-1-9
75	<p>ТЕКСТОВАЯ ЧАСТЬ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в день производства вскрытия 2) в течение 2 суток 3) в течение 3 суток 4) в течение 10 дней 5) в течение 30 дней 	УК-1-3 ПК-1-9
76	<p>СРОК ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ОФОРМЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 день 2) 3 дня 3) 10 дней 4) 30 дней 5) точно не определен 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) одно заболевание (патологическое состояние) 2) два заболевания (патологических состояний) 3) три заболевания (патологических состояний) 4) четыре заболевания (патологических состояний) 5) неограниченное количество заболеваний 	УК-1-3 ПК-1-9
78	<p>МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в день вскрытия 2) на следующий день после вскрытия 3) через 3 суток 4) через 10 суток 5) через 30 суток 	УК-1-3 ПК-1-9
79	<p>«ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ» МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ВЫДАЕТСЯ В СЛУЧАЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) занятости врачей-патологоанатомов 2) загруженности работников регистратуры 3) невозможности установить патологоанатомический диагноз 4) отсутствия клинического диагноза в истории болезни 5) отсутствия предварительного клинического диагноза 	УК-1-3 ПК-1-9
80	СРОК, В КОТОРЫЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ВЫДАНО МЕДИЦИНСКОЕ	УК-1-3

	<p>СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ВЗАМЕН ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) через 3 суток 2) через 7 дней 3) через 10 дней 4) через 2 недели 5) не позднее 1 месяца 	ПК-1-9
81	<p>ОФОРМЛЕННАЯ В УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ, НАПРАВЛЯЕМАЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинический диагноз при поступлении больного 2) предварительный клинический диагноз 3) заключительный клинический диагноз 4) записи о консультациях узких специалистов 5) направление на госпитализацию из поликлиники 	УК-1-3 ПК-1-9
82	<p>ОФОРМЛЕННАЯ В УСТАНОВЛЕННОМ ПОРЯДКЕ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ, НАПРАВЛЯЕМАЯ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинический диагноз направившего учреждения 2) клинический диагноз при поступлении 3) предварительный клинический диагноз 4) клинический посмертный эпикриз 5) выписной клинический эпикриз 	УК-1-3 ПК-1-9
83	<p>В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИЙСКИХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ФОРМА ПРОТОКОЛА АУТОПСИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) единая, регламентированная приказами Министерства РФ 2) произвольная 3) определенная местными органами здравоохранения 4) установленная руководителем медицинского учреждения 5) соответствует наиболее распространенному варианту 	УК-1-3 ПК-1-9
84	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОБЯЗАН СОДЕРЖАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обоснование заболевания на клиническом уровне 2) обоснование заболевания с помощью лабораторных исследований 3) обоснование заболевания на морфологическом уровне 4) консультации узких специалистов 5) консультацию заведующего клиническим отделением 	УК-1-3 ПК-1-9
85	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОБЯЗАН СОДЕРЖАТЬ СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предварительного клинического диагноза с патологоанатомическим 2) клинического диагноза при поступлении с патологоанатомическим 3) заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим 4) всех клинических диагнозов с патологоанатомическим 5) заключений консультантов с патологоанатомическим диагнозом 	УК-1-3 ПК-1-9
86	<p>СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА С ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) по основному заболеванию 2) по важнейшим осложнениям основного заболевания 3) по всем осложнениям основного заболевания 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 4) по непосредственной причине смерти 5) по всем рубрикам (разделам) диагноза 	
87	<p>СОПОСТАВЛЕНИЕ (СЛИЧЕНИЕ) ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРОИЗВОДИТСЯ ТОЛЬКО С ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ, ЗАПИСАННЫМ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) на лицевой стороне истории болезни 2) в клиническом эпикризе 3) в заключение консультанта 4) в специальном бланке-направлении 5) в свидетельстве о смерти 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
88	<p>ЗАМЕНА «МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ» НА ДРУГОЕ НОВОЕ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) письменного заявления лица, утратившее первое свидетельство 2) устной просьбе лица, утратившее первое свидетельство 3) просьбе работников ЗАГСa 4) просьбе главного врача медицинского учреждения 5) просьбе заведующего клиническим отделением 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
89	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» В ПУНКТЕ 18, В ПЕРВОЙ (1) ЧАСТИ ЗАПОЛНЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) три строчки «а», «б», «в» 2) две строчки «а» и «б» 3) возможно заполнение одной строчки «а» 4) возможно заполнение строчки «г» при травмах и отравлениях 5) все варианты возможны 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
90	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВОДИТСЯ БУКВЕННО-ЦИФРОВОЕ КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) первоначальной причины смерти 2) непосредственной причины смерти 3) всех осложнений основного заболевания 4) всех сопутствующих заболеваний 5) осложнений сопутствующих заболеваний 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
91	<p>«МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ» ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ВЫДАЕТ РОДСТВЕННИКАМ ТОЛЬКО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) врач-патологоанатом 2) врач-клиницист 3) регистратор 4) санитар морга 5) лаборант-гистолог 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
92	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» В ПУНКТЕ 18, ВО ВТОРОЙ (II) ЧАСТИ ЗАПИСЫВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) основная причина смерти 2) непосредственная причина смерти 3) осложнения основного заболевания 4) травмы и отравления 5) иные важные патологические состояния, способствующие смерти 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
93	<p>В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» НАИМЕНОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОБЫЧНО ВНОСИТСЯ В ПУНКТ 18</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) в строчку «а» I части 2) в строчку «б» I части 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<p>3) в строчку «в» I части</p> <p>4) в строчку «г» I части</p> <p>5) во II часть</p>	
94	<p>ПУНКТЫ «ОБРАЗОВАНИЕ» И «ЗАНЯТОСТЬ» МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ ОФОРМЛЯЮТСЯ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) соответствующих документов 2) по запросу в соответствующие органы 3) со слов родственников 4) по информации главного врача 5) по информации заведующего клиническим отделением 	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
95	<p>ПРИЧИНА СМЕРТИ БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врачом-клиницистом 2) врачом-патологоанатомом 3) судебно-медицинским экспертом 4) фельдшером 5) всеми перечисленными 	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
96	<p>СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РЕГИСТРАЦИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ ВСЕХ РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ ИЛИ МЕРТВОРОЖДЕННЫМИ, ИМЕЮЩИМИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) массу тела 500 г, рост 25 см и более 2) массу тела 700 г, рост 27 см и более 3) массу тела 1000 г, рост 35 см и более 4) массу тела 1300 г, рост 40 см и более 5) массу тела 1600 г, рост 45 см и более 	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
97	<p>В ГОСУДАРСТВЕННУЮ СТАТИСТИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ВКЛЮЧАЮТСЯ ТОЛКО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ В ЗАГСЕ СЛУЧАИ СМЕРТИ НА ОСНОВАНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) медицинского свидетельства о перинатальной смерти форма №1062/у-98 2) медицинского свидетельства о рождении форма № 103\у-98 3) медицинского свидетельства о смерти форма № 106/У-98 4) констатации перинатальной смерти в истории болезни 5) констатации смерти в истории родов 	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
98	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА СЛЕДУЮЩАЯ ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хроническая сердечная недостаточность 2) хроническая легочная недостаточность 3) хроническая легочно-сердечная недостаточность 4) фиброзно-кавернозный туберкулез легких 5) вторичный амилоидоз с поражением почек 	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
99	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА СЛЕДУЮЩАЯ ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атеросклероз коронарных артерий 2) тромбоз коронарных артерий 3) острый инфаркт миокарда 4) острая сердечная недостаточность 5) ишемическая болезнь сердца 	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-9</p>
100	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИ-</p>	<p>УК-1-3</p>

	<p>ЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отек легких 2) гипертонический криз 3) цереброваскулярные болезни 4) гипертоническая болезнь 5) внутримозговая гематома 	ПК-1-9
101	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойный перитонит 2) панкреатогенный шок 3) операция лапоратомия 4) алкогольная болезнь 5) алкогольный панкреанекроз 	УК-1-3 ПК-1-9
102	<p>В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рак тела желудка 2) некроз раковой опухоли тела желудка 3) массивное желудочное кровотечение 4) постгеморрагическая анемия 5) острая сердечная недостаточность 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) первой 2) последней 3) в промежуточной строчке 4) всегда в строчке «б» 5) всегда в строчке «в» 	УК-1-3 ПК-1-9
104	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) легочное сердце 2) фиброзно-кавернозный туберкулез легких 3) хроническая сердечно-легочная недостаточность 4) гипертрофия правого желудочка сердца 5) мускатная печень 	УК-1-3 ПК-1-9
105	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атеросклероз коронарной артерии 2) тромбоз коронарной артерии 3) фибрилляция желудочков сердца 4) ишемическая болезнь сердца 5) атеросклеротический кардиосклероз 	УК-1-3 ПК-1-9
106	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойный перитонит 2) острый панкреатит 3) алкогольный панкреанекроз 4) хроническая алкогольная интоксикация 5) алкогольная болезнь 	УК-1-3 ПК-1-9
107	<p>В КАЧЕСТВЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В «МЕ-</p>	УК-1-3

	<p>ДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ» ВОЗМОЖНА ЗАПИСЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рак тела желудка 2) метастазы раковой опухоли желудка в лимфатические узлы 3) метастазы раковой опухоли желудка в печень 4) обширный некроз раковой опухоли желудка 5) массивное желудочное кровотечение 	ПК-1-9
108	<p>ПРИ БИКАУЗАЛЬНОЙ И МУЛЬТИКАУЗАЛЬНОЙ ФОРМУЛИРОВКЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ НУЖНО СЧИТАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) только одну нозологическую единицу 2) две нозологических единицы 3) две и более 4) три 5) любое количество 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) только одна нозологическая единица 2) не более двух нозологических единиц 3) три 4) четыре 5) любое количество 	УК-1-3 ПК-1-9
110	<p>ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОСНОВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ И ПОЛИПАТИЯХ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ ЕДИНИЦУ, ЗАПИСАННУЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в первой строчке диагноза 2) второй строчке диагноза 3) третьей 4) четвертой 5) последней строчке диагноза 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) патологоанатом в данный момент занят 2) регистратор занят 3) вид и причина смерти не установлены 4) вскрытие перенесено на неустановленный срок 5) не все заболевания клинического диагноза подтверждены морфологически 	УК-1-3 ПК-1-9
112	<p>МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ВЗАМЕН «ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО» ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ОФОРМЛЯЕТСЯ В СРОК НЕ БОЛЕЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3 дней 2) 7 дней 3) 1 месяца 4) 2 месяцев 5) 3 месяцев 	УК-1-3 ПК-1-9
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</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>ПРИЧИНА СМЕРТИ УКАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первой 2) последней 3) в промежуточной строке 4) всегда в строке «в» 5) всегда в строке «б» 	
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"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
115	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
116	<p>В ПОНЯТИЕ «ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА» ВКЛЮЧАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
117	<p>ВЫЯВЛЕНИЕ ОШИБОК КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ПУТЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
118	<p>СЛИЧЕНИЕ (СОПОСТАВЛЕНИЕ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПРОИЗВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) только по основному заболеванию 2) только по важнейшим осложнениям основного заболевания 3) только по непосредственной причине смерти 4) только по сопутствующим заболеваниям 5) по всем рубрикам (разделам) диагноза 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
119	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ СЛИЧЕНИЯ (СОПОСТАВЛЕНИЯ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) получение статистических показателей 2) выявление ошибок клинической диагностики 3) выявление ошибок оказания медицинской помощи 4) оценка полноты оказания медицинской помощи 5) оценка правильности выбора методов лечения 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

120	<p>НАИБОЛЬШЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СЛИЧЕНИЕ (СОПОСТАВЛЕНИЕ) КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАНОЗОВ ПО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) основному заболеванию 2) осложнениям основного заболевания 3) непосредственной причине смерти 4) сопутствующим заболеваниям 5) осложнениям сопутствующих заболеваний 	УК-1-3 ПК-1-9
121	<p>К РАСХОЖДЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПО ОСНОВНОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ ОТНОСИТСЯ НЕСОВПАДЕНИЕ ПО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нозологии 2) этиологии 3) локализации поражения 4) не распознавание одного из заболеваний в составе комбинированного 5) всему перечисленному 	УК-1-3 ПК-1-9
122	<p>ПРИЧИНЫ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОГУТ БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) субъективные и объективные 2) клинические и морфологические 3) лечебные и организационные 4) операционные и реанимационные 5) медикаментозные и инструментальные 	УК-1-3 ПК-1-9
123	<p>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кратковременность пребывания больного в стационаре 2) неполноценное клиническое обследование по вине врача 3) неправильная интерпретация клинических данных 4) недооценка результатов лабораторных исследований 5) неправильное оформление и построение диагноза 	УК-1-3 ПК-1-9
124	<p>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) трудность обследования больного из-за тяжести состояния 2) неполноценное клиническое обследование по вине врача 3) неправильная интерпретация клинических данных 4) недооценка результатов лабораторных исследований 5) неправильное оформление и построение диагноза 	УК-1-3 ПК-1-9
125	<p>К ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) атипичное развитие и течение заболевания 2) неполноценное клиническое обследование по вине врача 3) неправильная интерпретация клинических данных 4) недооценка результатов лабораторных исследований 5) неправильное оформление и построение диагноза 	УК-1-3 ПК-1-9
126	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТ-</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>НЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неполноценное клиническое обследование по вине врача 2) кратковременное пребывание больного в стационаре 3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния 4) атипичное развитие и течение заболевания 5) недостаточная изученность и редкость заболевания 	
127	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неправильную интерпретацию клинических данных 2) кратковременность пребывания больного в стационаре 3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния 4) атипичное развитие и течение болезни 5) недостаточная изученность и редкость болезни 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
128	<p>К СУБЪЕКТИВНЫМ ПРИЧИНАМ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) недооценка лабораторных (специальных) методов исследования 2) кратковременность пребывания больного в стационаре 3) трудность обследования больного из-за тяжести состояния 4) атипичное развитие и течение болезни 5) недостаточная изученность и редкость болезни 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
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"> 1) двух категорий 2) трех категорий 3) четырех категорий 4) пяти категорий 5) шесть категорий 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
130	<p>К I КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заболевание не распознано на предыдущем этапе диагностики 2) заболевание должно было, но не распознано в данном лечебном учреждении 3) заболевание не распознано из-за недостатка обследования больного 4) неправильная диагностика привела к ошибочной тактике лечения 5) ошибочная диагностика не повлекла за собой смерти больного 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
131	<p>К II КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заболевание должно было, но не распознано в данном лечебном учреждении 2) заболевание не распознано на предыдущем этапе диагностики 3) ошибочная диагностика привела к ошибочной тактике лечения 4) ошибочная диагностика не повлекла за собой смерти больного 5) правильная диагностика невозможна из-за тяжести состояния 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
132	<p>К III КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ МОЖНО ОТНЕСТИ СЛУЧАИ, КОГДА</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) неправильная диагностика привела к смерти больного 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 	
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"> 1) I категории расхождения 2) II категории расхождения 3) III категории расхождения 4) IV категории расхождения 5) V категории расхождения 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
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"> 1) I категории расхождения 2) II категории расхождения 3) III категории расхождения 4) IV категории расхождения 5) V категории расхождения 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
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"> 1) I категории расхождения 2) II категории расхождения 3) III категории расхождения 4) IV категории расхождения 5) V категории расхождения 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
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"> 1) две категории 2) три категории 3) четыре категории 4) пять категорий 5) шесть категорий 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
137	<p>ЯТРОГЕНИЯ - ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) смертельное осложнение основного заболевания 2) любое тяжелое осложнение основного заболевания 3) любая патология, вызванная действием врача 4) осложнение хирургического вмешательства 5) любое сопутствующее заболевание 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
138	<p>ЯТРОГЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИАГНОЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ В КАЧЕСТВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) основного заболевания 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 2) одного из комбинированных заболеваний 3) непосредственной причины смерти 4) сопутствующего заболевания 5) всего перечисленного 	
139	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ I КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ятрогении, имеющие существенную роль в танатогенезе 2) ятрогении, не имеющие существенной роли в танатогенезе 3) ятрогении как второе заболевание в комбинированном заболевании 4) ятрогении, явившиеся причиной летального исхода 5) ятрогении, обусловленные ошибочными действиями врача 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
140	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ II КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ятрогении не связанные с основным заболеванием 2) ятрогении как второе заболевание в составе комбинированного 3) ятрогении как основное заболевание, приведшее к смерти 4) ятрогении, обусловившие смертельный исход 5) ятрогении, обусловленные ошибочными действиями врача 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
141	<p>К ЯТРОГЕНИЯМ III КАТЕГОРИИ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ятрогении, не связанные с основным заболеванием 2) ятрогении, обусловившие смертельный исход заболевания 3) ятрогении как осложнения, не имеющие отношения к смерти 4) ятрогении как сопутствующие заболевания 5) ятрогении, не имеющие отношения к смертельному исходу 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
142	<p>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА КОМИССИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ (КИЛИ) – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) всех случаев летальных исходов лечебного учреждения 2) спорных случаев летальных исходов 3) сложных случаев летальных исходов 4) наиболее значимых для всех врачей случаев летальных исходов 5) случаев смерти при ятрогениях 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
143	<p>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ЛЕЧЕБНО КОНТРОЛЬНЫХ КОМИССИЙ (ЛКК) – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) всех случаев летальных исходов лечебного учреждения 2) случаев расхождения диагнозов III категории 3) наиболее значимых для всех врачей учреждения летальных исходов 4) всех случаев смерти от ятрогений 5) всех случаев ятрогений 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
144	<p>ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ОБЩЕБОЛЬНИЧНЫХ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ – ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) всех случаев летальных исходов в лечебном учреждении 2) наиболее значимых для всех врачей учреждения летальных исходов 3) всех летальных исходов от ятрогений 4) всех случаев ятрогений 5) случаев расхождения диагнозов I и II категории 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
145	<p>В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ОТ ЯТРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЯВЛЕННОЙ ВПЕРВЫЕ НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) заполнить предварительное медицинское свидетельство о смерти 2) заполнить окончательное медицинское свидетельство о смерти 3) не заполнять медицинское свидетельство о смерти 4) заполнить медицинское свидетельство о смерти с двумя подписями 5) заполнить, но не выдавать медицинское свидетельство о смерти 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

146	<p>ВЫЯВЛЕННЫЕ НА АУТОПСИИ ОШИБКИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН ДОВОДИТЬ ДО СВЕДЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) главного внештатного патологоанатома субъекта РФ 2) правоохранительных органов 3) работников Министерства здравоохранения субъекта РФ 4) врачей-клиницистов 5) сотрудников ЗАГС 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
147	<p>ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ МОГУТ БЫТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) диагностическими 2) лечебными 3) организационными 4) связанными с поведением медицинского персонала 5) все перечисленные 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
148	<p>УЧАСТИЕ В РАБОТЕ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для всех лечащих врачей 2) для всех врачей лечебного учреждения 3) для всех врачей патологоанатомического отделения 4) для всех заведующих отделениями 5) только для сотрудников администрации лечебного учреждения 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
149	<p>БИОПСИЯ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фрагмент тканей (органов), получаемый от больной 2) цитологический материал, получаемый от больной 3) метод морфологического прижизненного исследования тканей 4) метод морфологического исследования секционного материала 5) метод цитологической диагностики заболеваний 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
150	<p>БИОПТАТ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) метод морфологического прижизненного исследования тканей 2) метод цитологической диагностики заболеваний 3) фрагмент тканей (органов), получаемый при биопсии 4) цитологический материал для диагностики заболеваний 5) органы (части органов), получаемые при операции 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
151	<p>ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определение прогноза заболевания 2) выбор метода лечения 3) выбор метода оперативного лечения 4) уточнение клинического диагноза 5) прогнозирование осложнений заболевания 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
152	<p>ОПЕРАЦИОННЫЙ (БИОПСИЙНЫЙ) МАТЕРИАЛ ИЛИ МАТЕРИАЛ, СПОНТАННО ОТТОГШИЙСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАПРАВЛЯЮТСЯ НА ИССЛЕДОВАНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) цитологическое 2) патологоанатомическое 3) иммуноморфологическое 4) биохимическое 5) гистохимическое 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
153	<p>БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ТКАНЬ ИССЕКАЕТСЯ ОТКРЫТЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пункционная 2) эндоскопическая 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 3) инцизионная 4) трепанобиопсия 5) кюретаж-биопсия 	
154	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инцизионная 2) эксцизионная 3) пункционная 4) эндоскопическая 5) кюретаж – биопсия 	УК-1-3 ПК-1-9
155	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВИД БИОПСИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инцизионная 2) пункционная 3) эндоскопическая 4) трепанобиопсия 5) кюретаж – биопсия 	УК-1-3 ПК-1-9
156	<p>ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ БИОПСИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инцизионная 2) пункционная 3) эндоскопическая 4) трепанобиопсия 5) кюретаж-биопсия 	УК-1-3 ПК-1-9
157	<p>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО ВЗЯТИЕ ФРАГМЕНТА ТКАНИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) путем выскабливания 2) путем аспирации 3) с помощью полой иглы 4) открытым способом путем иссечения под контролем глаза 5) с помощью эндоскопа 	УК-1-3 ПК-1-9
158	<p>ЭКСЦИЗИЯ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) операция удаления части органа 2) операция удаления всего органа 3) иммунологический метод диагностики 4) цитологический метод диагностики 5) метод предоперационной терапии 	УК-1-3 ПК-1-9
159	<p>ЭКСЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) забирается фрагмент патологического очага 2) забирается весь патологический очаг целиком 3) проводится иммунологическое исследование 4) забирается весь орган 5) проводится цитологическое исследование 	УК-1-3 ПК-1-9
160	<p>БИОПСИЙНЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ДОЛЖЕН ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) в день взятия 2) на следующий день 3) в течение 3-х суток 4) в течение 5-ти суток 5) в течение 10-ти суток 	УК-1-3 ПК-1-9
161	<p>ПРИ ПЛАНОВОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБЫЧНО ДАЕТСЯ</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<ol style="list-style-type: none"> 1) в день взятия материала 2) на следующий день 3) через 3-5 суток 4) через 10-15 суток 5) в течение 1 месяца 	
162	<p>ПРИ СРОЧНОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) через 20 – 25 минут после доставки материала в отделение 2) через 1 час 3) через 1 сутки 4) на 3-5 сутки 5) через 10 суток 	УК-1-3 ПК-1-9
163	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) до операции 2) во время операции 3) после операции 4) после проведения лучевого лечения 5) после проведения химиотерапии 	УК-1-3 ПК-1-9
164	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫБОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) объема оперативного вмешательства 2) вида послеоперационной терапии 3) 165методов послеоперационного ведения больного 4) вида дополнительного послеоперационного лечения 5) методов профилактики послеоперационных осложнений 	УК-1-3 ПК-1-9
165	<p>ФИКСАЦИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 40% растворе формалина 2) 10% растворе формалина 3) физиологическом растворе 4) дистиллированной воде 5) неразведенном формальдегиде 	УК-1-3 ПК-1-9
166	<p>БИОПСИЙНЫЙ И ОПЕРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врачами патологоанатомического отделения 2) любым сотрудником патологоанатомического отделения 3) лаборантами-гистологами патологоанатомического отделения 4) заведующим клиническим отделением 5) сотрудниками клинического отделения 	УК-1-3 ПК-1-9
167	<p>ДОСТАВЛЕННЫЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОД РАСПISКУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дежурному лаборанту-гистологу 2) регистратору 3) дежурному врачу-патологоанатому 4) заведующему патологоанатомическим отделением 5) санитару морга 	УК-1-3 ПК-1-9
168	<p>НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЦЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ МАТЕРИАЛУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ориентировочное 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 2) описательное 3) предположительное 4) неполное (предварительное) 5) окончательное (диагностическое) 	
169	<p>В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШИФРУЕТСЯ (КОДИРУЕТСЯ) ПО МКБ-Х ТОЛЬКО ЗАКЛЮЧЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) описательное 2) ориентировочное 3) окончательное (диагностическое) 4) неполное (предварительное) 5) молекулярно-генетическое 	УК-1-3 ПК-1-9
170	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) клинический 2) рентгенологический 3) биохимический 4) гистологический 5) цитологический 	УК-1-3 ПК-1-9
171	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИСТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гистологический 2) цитологический 3) рентгенологический 4) клинический 5) иммуногистохимический 	УК-1-3 ПК-1-9
172	<p>О НАРУШЕНИЯХ ПРИ ЗАБОРЕ, ФИКСАЦИИ. МАРКИРОВКЕ, ЗАПОЗДАЛОЙ ДОСТАВКЕ, НЕПРАВИЛЬНО ЗАПОЛНЕННЫХ БЛАНКАХ НАПРАВЛЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ В АДМИНИСТРАЦИЮ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СООБЩАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) дежурный лаборант-гистолог 2) регистратор 3) любой врач-патологоанатом 4) заведующий патологоанатомическим отделением 5) санитар морга 	УК-1-3 ПК-1-9
173	<p>ПЕРВЫЙ ЭТАП ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) макроскопическое описание присланного материала 2) вырезка кусочков (фрагментов) 3) фиксация кусочков (фрагментов) 4) гистологическая обработка объектов 5) проверка сведений в бланке направления и маркировки материала 	УК-1-3 ПК-1-9
174	<p>ОПЕРАЦИОННЫЙ (БИОПСИЙНЫЙ) МАТЕРИАЛ ОТ ОДНОГО БОЛЬНОГО, ПОЛУЧЕННЫЙ В ВИДЕ НЕСКОЛЬКИХ ОБЪЕКТОВ, ДОЛЖЕН НАПРАВЛЯТЬСЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) с одним бланком направлением 2) с двумя и более бланками 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) с количеством бланков, соответствующим количеству объектов 4) с отдельными бланками к каждому объекту 5) с отдельными бланками к каждому удаленному органу 	
175	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ И ВЫРЕЗКУ ОПЕРАЦИОННОГО (БИОПСИЙНОГО) МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРОИЗВОДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) врач-клиницист 2) врач-патологоанатом 3) заведующий патологоанатомическим отделением 4) лаборант-гистолог 5) санитар морга 6) процессов 	УК-1-3 ПК-1-9
176	<p>КОЛИЧЕСТВО КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ДЛЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) врач-клиницист 2) врач-патологоанатом, производящий вырезку 3) заведующий патологоанатомическим отделением 4) лаборант-гистолог 5) представитель администрации лечебного учреждения 	УК-1-3 ПК-1-9
177	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ОКРАСКОЙ ДЛЯ ВСЕХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ СРЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) окраска по Ван-Гизон 2) пикрофуксином 3) суданом 3 или 4 4) гематоксилин-эозином 5) альциановым синим 	УК-1-3 ПК-1-9
178	<p>БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОДЛЕЖИТ ОБСУЖДЕНИЮ С ЗАВЕДУЮЩИМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ (КОНСУЛЬТАНТОМ) В СЛУЧАЯХ ДИАГНОСТИКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) опухолеподобных процессов 2) доброкачественных опухолей 3) злокачественных опухолей 4) острых воспалительных процессов 5) хронических воспалительных процессов 	УК-1-3 ПК-1-9
179	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОФОРМЛЯЕТСЯ С ДВУМЯ ПОДПИСЯМИ ВРАЧЕЙ-ПАТОЛОГОАНАТОМОВ В СЛУЧАЯХ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) опухолеподобных процессов 2) доброкачественных опухолей 3) зрелых опухолей 4) редких заболеваний (редких опухолей) 5) хронических воспалительных процессов 	УК-1-3 ПК-1-9
180	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПОДЛЕЖИТ БУКВЕННО-ЦИФРОВОМУ КОДИРОВАНИЮ ПО МКБ-10, ЕСЛИ ОНО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) предположительное 2) предварительное 3) окончательное (диагностическое) 4) ориентировочное 5) описательное 	УК-1-3 ПК-1-9

181	<p>ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ДОЛЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тип патологического процесса 2) конкретную болезнь 3) конкретный круг болезней 4) вид патологических изменений тканей 5) наличие опухолевых клеток 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
182	<p>ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конкретную болезнь 2) конкретную нозологическую единицу 3) гистологический тип опухоли 4) конкретный круг болезней 5) описание типа тканей 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
183	<p>ОФОРМЛЕННЫЙ БЛАНК (ПРОТОКОЛ) НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) самому пациенту 2) родственнику пациента 3) лечащему врачу, направившему материал на исследование 4) врачу-консультанту 5) представителю администрации лечебного учреждения 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
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"> 1) по устной просьбе лечащего врача 2) по письменному требованию больного (его родственника) 3) по устному требованию родственника больного 4) по требованию администрации лечебного учреждения 5) по требованию заведующего клиническим отделением 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
185	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ВЗЯТИЯ МАТЕРИАЛА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) срочная 2) плановая 3) экспресс-биопсия 4) инцизионная 5) экстренная 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
186	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПОЛУЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инцизионная 2) эндоскопическая 3) трепанобиопсия 4) срочная 5) экстренная 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>
187	<p>ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА И ОБЪЕМА ФИКСАТОРА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1:1 	<p>УК-1-3 ПК-1-9</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 2) 1:2 3) 1:5 4) 1:10 5) 1:20 	
188	<p>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) с использованием троакара 2) с использованием эндоскопа 3) путем хирургического иссечения фрагмента открытым способом 4) путем выскабливания 5) путем аспирации 	УК-1-3 ПК-1-9
189	<p>ЭКСЦИЗИЯ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) операция удаления части органа 2) операция удаления всего органа 3) иммунологический метод диагностики 4) цитологический метод диагностики 5) метод предоперационной терапии 	УК-1-3 ПК-1-9
190	<p>ЭКСЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) забирается фрагмент патологического очага 2) забирается весь патологический очаг целиком 3) проводится иммунологическое исследование 4) забирается весь орган 5) проводится цитологическое исследование 	УК-1-3 ПК-1-9
191	<p>БИОПСИЙНЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ДОЛЖЕН ДОСТАВЛЯТЬСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) в день взятия 2) на следующий день 3) в течение 3-х суток 4) в течение 5-ти суток 5) в течение 10-ти суток 	УК-1-3 ПК-1-9
192	<p>ПРИ ПЛАНОВОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБЫЧНО ДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) в день взятия материала 2) на следующий день 3) через 3-5 суток 4) через 10-15 суток 5) в течение 1 месяца 	УК-1-3 ПК-1-9
193	<p>ПРИ СРОЧНОЙ БИОПСИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) через 20 – 25 минут после доставки материала в отделение 2) через 1 час 3) через 1 сутки 4) на 3-5 сутки 5) через 10 суток 	УК-1-3 ПК-1-9
194	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) до операции 2) во время операции 3) после операции 4) после проведения лучевого лечения 5) после проведения химиотерапии 	УК-1-3 ПК-1-9
195	<p>СРОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫБОРА</p>	УК-1-3

	<ol style="list-style-type: none"> 1) объема оперативного вмешательства 2) вида послеоперационной терапии 3) методов послеоперационного ведения больного 4) вида дополнительного послеоперационного лечения 5) методов профилактики послеоперационных осложнений 	ПК-1-9
196	<p>ФИКСАЦИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА В КЛИНИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 40% растворе формалина 2) 10% растворе формалина 3) физиологическом растворе 4) дистиллированной воде 5) неразведенном формальдегиде 	УК-1-3 ПК-1-9
197	<p>БИОПСИЙНЫЙ И ОПЕРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДОСТАВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врачами патологоанатомического отделения 2) любым сотрудником патологоанатомического отделения 3) лаборантами-гистологами патологоанатомического отделения 4) заведующим клиническим отделением 5) сотрудниками клинического отделения 	УК-1-3 ПК-1-9
198	<p>ДОСТАВЛЕННЫЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОД РАСПISКУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дежурному лаборанту-гистологу 2) регистратору 3) дежурному врачу-патологоанатому 4) заведующему патологоанатомическим отделением 5) санитару морга 	УК-1-3 ПК-1-9
199	<p>НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЦЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ МАТЕРИАЛУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ориентировочное 2) описательное 3) предположительное 4) неполное (предварительное) 5) окончательное (диагностическое) 	УК-1-3 ПК-1-9
200	<p>В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШИФРУЕТСЯ (КОДИРУЕТСЯ) ПО МКБ-Х ТОЛЬКО ЗАКЛЮЧЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) описательное 2) ориентировочное 3) окончательное (диагностическое) 4) неполное (предварительное) 5) молекулярно-генетическое 	УК-1-3 ПК-1-9
201	<p>НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клинический 2) рентгенологический 3) биохимический 4) гистологический 5) цитологический 	УК-1-3 ПК-1-9

202	<p>НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГИСТОГЕНЕ-ЗА ОПУХОЛЕЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гистологический 2) цитологический 3) рентгенологический 4) клинический 5) иммуногистохимический 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) дежурный лаборант-гистолог 2) регистратор 3) любой врач-патологоанатом 4) заведующий патологоанатомическим отделением 5) санитар морга 	УК-1-3 ПК-1-9
204	<p>ПЕРВЫЙ ЭТАП ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) макроскопическое описание присланного материала 2) вырезка кусочков (фрагментов) 3) фиксация кусочков (фрагментов) 4) гистологическая обработка объектов 5) проверка сведений в бланке направления и маркировки материала 	УК-1-3 ПК-1-9
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"> 1) с одним бланком направлением 2) с двумя и более бланками 3) с количеством бланков, соответствующим количеству объектов 4) с отдельными бланками к каждому объекту 5) с отдельными бланками к каждому удаленному органу 	УК-1-3 ПК-1-9
206	<p>МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ И ВЫРЕЗКУ ОПЕРАЦИОННОГО (БИОПСИЙНОГО) МАТЕРИАЛА В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРОИЗВОДИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врач-клиницист 2) врач-патологоанатом 3) заведующий патологоанатомическим отделением 4) лаборант-гистолог 5) санитар морга 	УК-1-3 ПК-1-9
207	<p>КОЛИЧЕСТВО КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ДЛЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врач-клиницист 2) врач-патологоанатом, производящий вырезку 3) заведующий патологоанатомическим отделением 4) лаборант-гистолог 5) представитель администрации лечебного учреждения 	УК-1-3 ПК-1-9
208	<p>ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ОКРАСКОЙ ДЛЯ ВСЕХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ СРЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<ol style="list-style-type: none"> 1) окраска по Ван-Гизон 2) пикрофуксином 3) суданом 3 или 4 4) гематоксилин-эозином 5) альциановым синим 	
209	<p>БИОПСИЙНЫЙ (ОПЕРАЦИОННЫЙ) МАТЕРИАЛ ПОДЛЕЖИТ ОБСУЖДЕНИЮ С ЗАВЕДУЮЩИМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ (КОНСУЛЬТАНТОМ) В СЛУЧАЯХ ДИАГНОСТИКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) опухолеподобных процессов 2) доброкачественных опухолей 3) злокачественных опухолей 4) острых воспалительных процессов 5) хронических воспалительных процессов 	УК-1-3 ПК-1-9
210	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОФОРМЛЯЕТСЯ С ДВУМЯ ПОДПИСЯМИ ВРАЧЕЙ-ПАТОЛОГОАНАТОМОВ В СЛУЧАЯХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) опухолеподобных процессов 2) доброкачественных опухолей 3) зрелых опухолей 4) редких заболеваний (редких опухолей) 5) хронических воспалительных процессов 	УК-1-3 ПК-1-9
211	<p>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПОДЛЕЖИТ БУКВЕННО-ЦИФРОВОМУ КОДИРОВАНИЮ ПО МКБ-10, ЕСЛИ ОНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предположительное 2) предварительное 3) окончательное (диагностическое) 4) ориентировочное 5) описательное 	УК-1-3 ПК-1-9
212	<p>ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ДОЛЖНО ОПРЕДЕЛЯТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тип патологического процесса 2) конкретную болезнь 3) конкретный круг болезней 4) вид патологических изменений тканей 5) наличие опухолевых клеток 	УК-1-3 ПК-1-9
213	<p>ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ОПРЕДЕЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конкретную болезнь 2) конкретную нозологическую единицу 3) гистологический тип опухоли 4) конкретный круг болезней 5) описание типа тканей 	УК-1-3 ПК-1-9
214	<p>ОФОРМЛЕННЫЙ БЛАНК (ПРОТОКОЛ) НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ ПЕРЕДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) самому пациенту 2) родственнику пациента 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 3) лечащему врачу, направившему материал на исследование 4) врачу-консультанту 5) представителю администрации лечебного учреждения 	
215	<p>ВОЗМОЖНА ВЫДАЧА КСЕРОКОПИИ ПРОТОКОЛА ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПО БИОПСИЙНОМУ (ОПЕРАЦИОННОМУ) МАТЕРИАЛУ НА РУКИ БОЛЬНОМУ (ЕГО РОДСТВЕННИКУ)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) по устной просьбе лечащего врача 2) по письменному требованию больного (его родственника) 3) по устному требованию родственника больного 4) по требованию администрации лечебного учреждения 5) по требованию заведующего клиническим отделением 	УК-1-3 ПК-1-9
216	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ВЗЯТИЯ МАТЕРИАЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) срочная 2) плановая 3) экспресс-биопсия 4) инцизионная 5) экстренная 	УК-1-3 ПК-1-9
217	<p>ВИД БИОПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПОЛУЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инцизионная 2) эндоскопическая 3) трепанобиопсия 4) срочная 5) экстренная 	УК-1-3 ПК-1-9
218	<p>ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ОБЪЕМА БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА И ОБЪЕМА ФИКСАТОРА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 1:1 2) 1:2 3) 1:5 4) 1:10 5) 1:20 	УК-1-3 ПК-1-9
219	<p>ИНЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) с использованием троакара 2) с использованием эндоскопа 3) путем хирургического иссечения фрагмента открытым способом 4) путем выскабливания 5) путем аспирации 	УК-1-3 ПК-1-9
220	<p>ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ – ЭТО БИОПСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МАТЕРИАЛ ПОЛУЧЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) путем аспирации 2) с использованием специальной полой иглы 3) путем аспирации 4) путем иссечения фрагмента открытым способом 5) путем выскабливания специальной кюреткой 	УК-1-3 ПК-1-9
221	<p>БЛАНК НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ЗАПОЛНЯЕТ И ПОДПИСЫВАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) врач-клиницист 	УК-1-3 ПК-1-9

	<ul style="list-style-type: none"> 2) медицинская сестра 3) младший медперсонал 4) средний медперсонал 5) интерн (ординатор) 	
222	<p>ОПТИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР КУСОЧКОВ (ФРАГМЕНТОВ), ВЫРЕЗАЕМЫХ ИЗ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 0,5 x 0,5 x 0,5 см 2) 1 x 1 x 0,5 см 3) 2 x 2 x 1 см 4) 2,5 x 2,5 x 1 см 5) 3 x 3 x 1 см 	УК-1-3 ПК-1-9
223	<p>СРОК ОБРАБОТКИ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПРЕВЫШАЕТ 3-5 ДНЕЙ В СЛУЧАЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) резецированного желудка 2) глазного яблока 3) полипов эндометрия 4) полипов цервикального канала 5) аппендикулярных отростков 	УК-1-3 ПК-1-9
224	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПРЕВЫШАЕТ 3-5 ДНЕЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гастробиоптатов 2) костной ткани 3) соскобов эндометрия 4) щитовидной железы 5) предстательной железы 	УК-1-3 ПК-1-9
225	<p>ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИЗ АРХИВА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВЫДАЮТСЯ НА РУКИ ПАЦИЕНТУ ИЛИ ЕГО РОДСТВЕННИКУ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) по письменному заявлению пациента (его родственника) 2) по устному требованию пациента (его родственника) 3) по письменному требованию знакомого пациента 4) по устному требованию знакомого пациента 5) любому лицу по письменному требованию 	УК-1-3 ПК-1-9
226	<p>РЕЗУЛЬТАТ, ПОЛУЧЕННЫЙ ПРИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, ДО СВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО ДОВОДИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) врач-патологоанатом 2) лечащий врач 3) регистратор 4) лаборант-гистолог 5) заведующий патологоанатомическим отделением 	УК-1-3 ПК-1-9
227	<p>СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения 2) болезнях лаборантов-гистологов 3) необходимости дополнительной вырезки материала 4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске 5) ремонте помещения патологоанатомического отделения 	УК-1-3 ПК-1-9

228	СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ 1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения 2) болезнях лаборантов-гистологов 3) необходимости дополнительных окрасок (на жир, слизь и др.) 4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске 5) ремонте помещения патологоанатомического отделения	УК-1-3 ПК-1-9
229	СРОК ОБРАБОТКИ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА ПРИ ПЛАНОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ОБОСНОВАННО БУДЕТ ПРЕВЫШАТЬ 3-5 ДНЕЙ ПРИ 1) перегруженности материалом патологоанатомического отделения 2) болезнях лаборантов-гистологов 3) необходимости иммуногистохимических исследований 4) нахождении врачей-патологоанатомов в отпуске 5) ремонте помещения патологоанатомического отделения	УК-1-3 ПК-1-9
230	В СЛУЧАХ НЕПРАВИЛЬНОГО ЗАПОЛНЕНИЯ КЛИНИЦИСТАМИ БЛАНКА НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА, НЕПРАВИЛЬНОЙ МАРКИРОВКИ ОБЪЕКТОВ И ДРУГИХ ОШИБКАХ ПАТОЛОГОАНАТОМ ДОЛЖЕН 1) произвести вырезку и сообщить заведующему отделением 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	УК-1-3 ПК-1-9
231	В БЛАНКЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСКОБОВ ЭНДОМЕТРИЯ КРОМЕ ВСЕХ ОБЫЧНЫХ СВЕДЕНИЙ О ПАЦИЕНТКЕ ВРАЧ-ГИНЕКОЛОГ ОБЯЗАН УКАЗЫВАТЬ 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)	УК-1-3 ПК-1-9

2.2. Вопросы для собеседования по дисциплине

Раздел 1. Общий курс патологической анатомии

- 1 Функциональная морфология и патология клетки. Внутриклеточные скопления. Гиалиновые изменения. Патология обызвествления.
- 2 Повреждение и гибель клеток (некроз, апоптоз).
- 3 Нарушения крово- и лимфообращения. Классификация. Морфологические проявления.
- 4 ДВС-синдром. Этиология, патогенез, стадии. Морфологические изменения в органах.
- 5 Шок. Этиология, патогенез, стадии. Классификация. Морфологические изменения в органах и тканях.
- 6 Воспаление. Этиология, патогенез, морфогенез. Морфология острого и хронического воспаления.
- 7 Основы иммуноморфологии и иммунопатологии. Иммунодефициты. Аутоиммунные

болезни. Амилоидоз.

- 8 Морфология регенерации и процессов адаптации. Гипертрофия, гиперплазия, метаплазия, дисплазия. Опухоли. Общие положения. Номенклатура и классификация. Доброкачественные, злокачественные, пограничные опухоли. Опухоли с местно-деструктивным ростом.
- 9 Опухоли. Общие положения. Номенклатура и классификация. Доброкачественные, злокачественные, пограничные опухоли. Опухоли с местнодеструктивным ростом.
- 10 Морфологическая характеристика новообразований мягких тканей. Классификация.
- 11 Морфологическая характеристика опухолей хрящевой и костной ткани. Классификация.
- 12 Новообразования кроветворной и лимфоидной ткани. Общие положения. Классификации. Морфологическая диагностика.
- 13 Морфологическая характеристика эпителиальных опухолей. Общие положения. Классификация. Морфология.

Раздел 2. Частный курс патологической анатомии

- 1 Опухоли и опухолеподобные процессы гортани. Патологическая анатомия. Возможности прижизненной диагностики.
- 2 Опухоли и предопухолевые процессы бронхов. Рак легких. Патологическая анатомия. Возможности диагностики по биопсийному материалу.
- 3 Опухоли желудка. Предрак и рак желудка. Патологическая анатомия. Морфологическая диагностика по биопсийному материалу.
- 4 Опухоли толстого кишечника. Предрак и рак кишечника. Патологическая анатомия. Морфологическая диагностика по биопсийному материалу.
- 5 Опухоли мочевого пузыря и мочевыводящих путей. Предрак и рак мочевого пузыря, классификации. Возможности прижизненной морфологической диагностики.
- 6 Опухоли почек. Классификация. Морфологическая диагностика.
- 7 Опухоли и опухолеподобные заболевания предстательной железы. Классификации. Морфологическая диагностика по операционному и биопсийному материалу.
- 8 Заболевания шейки матки. Предраковые заболевания и рак шейки матки. Классификации. Морфологическая диагностика.
- 9 Патологическая анатомия заболеваний тела матки. Предраковые заболевания и рак эндометрия. Морфологическая диагностика по биопсийному материалу.
- 10 Опухоли яичника. Международная классификация, принципы построения. Морфологическая диагностика наиболее частых опухолей.
- 11 Новообразования молочных желез. Предраковые заболевания и рак. Морфологическая диагностика.
- 12 Заболевания щитовидной железы. Опухоли щитовидной железы. Морфологическая диагностика.
- 13 Новообразования АПУД-системы. Возможности морфологической диагностики.
- 14 Новообразования кожи. Морфологическая диагностика наиболее часто встречающихся эпителиальных опухолей кожи.
- 15 Новообразования кожи. Морфологическая диагностика наиболее часто встречающихся мезенхимальных опухолей кожи.
- 16 Невусы. Классификация. Морфологическая диагностика.
- 17 Меланоцитарная дисплазия. Меланомы. Морфологическая диагностика.
- 18 Новообразования нервной системы. Морфологическая диагностика опухолей периферической нервной системы.
- 19 Новообразования головного мозга. Классификация. Морфологическая диагностика.
- 20 Бактериальные кишечные инфекции (дизентерия, холера, сальмонеллез, иерсиниоз).

- Патологическая анатомия.
- 21 Вирусные и бактериальные инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем. Патологическая анатомия кори, дифтерии, скарлатины.
 - 22 Грипп. Патологическая анатомия различных клинко-морфологических форм. Причины смерти. Оформление патологоанатомической документации.
 - 23 Сепсис. Общая характеристика. Классификация. Патологическая анатомия различных клинко-морфологических форм. Оформление патологоанатомического диагноза. Патоморфоз сепсиса.
 - 24 ВИЧ-инфекция. Стадии. Патологическая анатомия. Причины смерти. Оформление патологоанатомической документации.
 - 25 Туберкулез. Классификация. Патологическая анатомия различных клинко-морфологических форм. Оформление патологоанатомического диагноза.
 - 26 Атеросклероз. Классификация. Клинко-морфологические формы. Патологическая анатомия изменений в кровеносных сосудах и в органах. Правила формулировки патологоанатомического диагноза и оформление свидетельства о смерти.
 - 27 Гипертоническая (гипертензивная) болезнь. Клинко-морфологические формы, стадии. Патологоанатомические изменения в кровеносных сосудах и органах. Оформление патологоанатомического диагноза и свидетельства о смерти.
 - 28 Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Классификация. Патологическая анатомия различных форм. Диагностика по материалам вскрытия. Оформление медицинской документации согласно МКБ-Х.
 - 29 Инфаркт миокарда. Пато- и морфогенез. Патологоанатомическая диагностика по материалам вскрытия. Оформление патологоанатомического диагноза и свидетельства о смерти согласно МКБ-Х.
 - 30 Цереброваскулярные болезни. Классификация. Пато- и морфогенез острых нарушений мозгового кровообращения. Особенности оформления патологоанатомического диагноза и медицинского свидетельства о смерти.
 - 31 Ревматизм. Клинко-морфологические формы. Патологическая анатомия. Патоморфоз ревматизма. Оформление патологоанатомической документации.
 - 32 Приобретенные пороки сердца. Патологическая анатомия.
 - 33 Бактериальный (септический) эндокардит. Патологическая анатомия. Патоморфоз.
 - 34 Острые пневмонии. Этиология. Классификация. Патологическая анатомия бронхопневмоний различной этиологии, сравнительная характеристика.
 - 35 Долевая (крупозная) пневмония. Этиология. Патологическая анатомия. Осложнения. Причины смерти.
 - 36 Острые межюточные пневмонии вирусной, микоплазменной и другой этиологии. Особенности морфологической картины.
 - 37 Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ). Классификация. Патологическая анатомия хронического бронхита и бронхоэктатической болезни.
 - 38 Хроническая обструктивная болезнь легких. Обструктивный бронхит и обструктивная эмфизема. Патологическая анатомия. Причины смерти.
 - 39 Интерстициальная болезнь легких. Патологическая анатомия стадий. Причины смерти.
 - 40 Хронический гастрит. Этиология, патогенез. Классификация. Морфология различных форм. Возможности диагностики в биопсийном материале.
 - 41 Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия.
 - 42 Полипы желудка. Классификация. Морфология. Возможности диагностики в биопсийном материале.
 - 43 Острый и хронический аппендицит. Патологическая анатомия. Осложнения.
 - 44 Гепатозы. Этиология. Виды. Патологическая анатомия массивного прогрессирующего некроза печени. Причины смерти.

- 45 Жировой гепатоз (стеатоз печени). Этиология. Морфологическая картина.
- 46 Гепатиты. Этиология. Вирусные гепатиты. Классификация. Клинико-морфологические формы. Патологическая анатомия.
- 47 Алкогольный гепатит. Формы. Патологическая анатомия. Исходы.
- 48 Циррозы печени. Этиология. Классификация. Патологическая анатомия.
- 49 Заболевания почек. Гломеруло- и тубулопатии. Классификации.
- 50 Гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Морфология.
- 51 Нефротический синдром. Современные классификации. Морфология.

Раздел 3. Биопсийно-секционный курс

- 1 Исследование секционного и биопсийного материала при инфекционной патологии. Особенности работы медицинского персонала при исследовании особо опасных инфекций.
- 2 Грипп. Патологическая анатомия различных клинико-морфологических форм. Причины смерти. Оформление патологоанатомической документации.
- 3 Сепсис. Общая характеристика. Классификация. Патологическая анатомия различных клинико-морфологических форм. Оформление патологоанатомического диагноза. Патоморфоз сепсиса.
- 4 ВИЧ-инфекция. Стадии. Патологическая анатомия. Причины смерти. Оформление патологоанатомической документации.
- 5 Туберкулез. Классификация. Патологическая анатомия различных клинико-морфологических форм. Оформление патологоанатомического диагноза.
- 6 Атеросклероз. Классификация. Клинико-морфологические формы. Патологическая анатомия изменений в кровеносных сосудах и в органах. Правила формулировки патологоанатомического диагноза и оформление свидетельства о смерти.
- 7 Гипертоническая (гипертензивная) болезнь. Клинико-морфологические формы, стадии. Патологоанатомические изменения в кровеносных сосудах и органах. Оформление патологоанатомического диагноза и свидетельства о смерти.
- 8 Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Классификация. Патологическая анатомия различных форм. Диагностика по материалам вскрытия. Оформление медицинской документации согласно МКБ-Х.
- 9 Инфаркт миокарда. Пато- и морфогенез. Патологоанатомическая диагностика по материалам вскрытия. Оформление патологоанатомического диагноза и свидетельства о смерти согласно МКБ-Х.
- 10 Цереброваскулярные болезни. Классификация. Пато- и морфогенез острых нарушений мозгового кровообращения. Особенности оформления патологоанатомического диагноза и медицинского свидетельства о смерти.
- 11 Ревматизм. Клинико-морфологические формы. Патологическая анатомия. Патоморфоз ревматизма. Оформление патологоанатомической документации.
- 12 Алкогольная болезнь. Общие положения. Классификация. Морфологические изменения в органах и системах. Формулировка диагноза. Причины смерти.
- 13 Ятрогенная патология. Классификация. Особенности оформления диагноза и свидетельства о смерти.
- 14 Лекарственная ятрогения. Варианты неблагоприятных реакций на лекарственные препараты. Полипрогмазия. Особенности оформления патологоанатомического диагноза.
- 15 Реанимационная патология. Осложнения. Болезнь оживленного организма. Патологическая анатомия. Особенности оформления диагноза.

2.3. Комплект контрольных заданий для практических занятий (ситуационные задачи) по дисциплине

№	Ситуационная задача	Код компетенции, на формирование которой направлено задание
Раздел 1. Общий курс патологической анатомии		
1.	<p>Больная 46 лет поступила в терапевтический стационар с проявлениями хронической сердечной недостаточности. В детстве перенесла ревмокардит, в течение жизни несколько раз имела обострение ревматизма, по поводу которых лечилась стационарно и амбулаторно, уже много лет имеет комбинированный митральный порок сердца. 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. На патологоанатомическом вскрытии клинический диагноз нашел подтверждение.</p> <p>1. Дайте определение порока сердца, дайте определение приобретенного порока сердца.</p> <p>2. Опишите макроскопические и микроскопические изменения створок митрального клапана у умершей, которые могли быть обнаружены на аутопсии.</p> <p>3. Назовите морфологические изменения сердца, развивающиеся в стадии компенсации приобретенного порока сердца? Какие морфологические изменения в сердце развиваются в стадии декомпенсации?</p> <p>4. Уточните морфологическую картину изменений 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.</p> <p>5. Назовите непосредственные причины смерти при пороках сердца. Какова непосредственная причина смерти у больной в данном случае?</p>	УК-1-3 ПК-1-9
2.	<p>Больной 67-ми лет, уже многие годы страдающий сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца (ИБС), общим ожирением, в последнее время стал жаловаться на боли в правой нижней конечности, возникающие при ходьбе и проходящие в покое. В последние сутки боль стала сильной, постоянной, кожа первого пальца правой стопы изменила цвет. Все годы получал пероральные сахароснижающие препараты, сейчас принимает манинил 3,5 мг: по таблетке 2 раза в день, а также препараты, улучшающие коронарное кровообращение и сократительную способность миокарда. Гликемия 12,6 ммоль/л. В настоящее время вынужден обратиться к хирургу. При осмотре кожа пальцев правой стопы багрово-синюшная, холодная на ощупь, пульсация артерий тыла стопы отсутствует. Назначена экстренная госпитализация в хирургическое отделение в связи с начинающейся гангреной первого пальца правой стопы. Планируется операция ампутация пальца. Эти</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>изменения связывают с развитием при сахарном диабете макроангиопатии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что такое диабетическая макроангиопатия? Какие крупные артерии могут поражаться при сахарном диабете в связи с ней? 2. Назовите наиболее частые осложнения, развивающиеся при сахарном диабете а связи с макроангиопатией. 3. Перечислите наиболее частые причины смерти таких больных, обусловленные макроангиопатией. 4. Объясните патогенез развития гангрены пальцев нижней конечности при макроангиопатии. 5. Какой тип сахарного диабета у больного? Объясните этиопатогенез этого типа сахарного диабета. 	
3.	<p>У мужчины тяжелое отравление антифризом, смерть наступила от острой почечной недостаточности. На патологоанатомическом вскрытии почки имели характерный макроскопический вид. При гистологическом исследовании секционного материала найден тотальный некроз эпителия извитых канальцев (некротический нефроз).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте определение некроза. 2. Опишите характерный макроскопический вид почек при некротическом нефрозе. 3. Укажите этиологию некроза канальцев почек в данном случае. 4. Какой некроз развился в почке прямой или не прямой? 5. Объясните избирательность поражения извитых канальцев. 6. Оцените значение некроза в данном случае. 	УК-1-3 ПК-1-9
4.	<p>На патологоанатомическом вскрытии женщины преклонного возраста атеросклероз сосудов основания головного мозга. В головном мозгу в области подкорковых образований киста диаметром 3 см. Известно, что 4 месяца назад было тяжелое нарушение мозгового кровообращения с параличом без положительной динамики.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что такое киста? 2. На месте какого морфологического вида некроза она сформировалась в данном случае? 3. Объясните связь описанной патологии головного мозга с перенесенными нарушениями мозгового кровообращения. 4. Назовите этиологию некроза головного мозга в данном случае. 5. Какой это некроз прямой или не прямой? 6. Оцените значение некроза головного мозга. 	УК-1-3 ПК-1-9
5.	<p>Мужчина 60-ти лет многие годы болел туберкулезом легких. Скончался от прогрессирования заболевания. На вскрытии в легких обнаружены фокусы воспаления с творожистым некрозом, а также многочисленные очаги разрастания соединительной ткани и обызвествления (петрификации).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. К какому морфологическому виду некроза относится творожистый некроз? 2. Почему некроз при туберкулезе называют творожистым (или казеозным)? 3. Укажите причину некроза в данном случае. 4. Какой это некроз прямой или не прямой? 5. Как вы объясните наличие в легком многочисленных очагов разрастания соединительной ткани и обызвествления? 	УК-1-3 ПК-1-9
6.	<p>Больной 36-ти лет после поднятия тяжести почувствовал сильную боль в грудной клетке. В районной больнице после исключения ряда</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>заболеваний решились на операцию, в ходе которой обнаружено, что часть петель тонкого кишечника находится в грудной полости, они некротизированы черного цвета. Поставлен диагноз ущемленная диафрагмальная грыжа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой морфологический вид некроза развился в тонком кишечнике? 2. Укажите причину некроза кишечника. 3. В связи с накоплением, какого пигмента некротизированные ткани приобрели черный цвет? 4. Назовите необходимые условия для развития такого некроза. 5. Какая операция могла бы спасти жизнь больному? 	
7.	<p>Мужчина средних лет страдал хроническим алкоголизмом, смерть наступила от алкогольной интоксикации (содержание этилового спирта в крови 5,2‰). На судебно-медицинском вскрытии печень увеличена в размерах, охряно-желтого цвета, дряблой консистенции («гусиная печень»).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой морфологический вид дистрофии развился в печени? 2. Опишите микроскопические (гистологические) изменения гепатоцитов при такой дистрофии. 3. Какой гистологической окраской следует воспользоваться для уточнения диагноза? 4. Укажите этиологический фактор дистрофии печени в данном случае. 5. Обратима ли эта дистрофия у больных с алкоголизмом? 6. Назовите исходы такой дистрофии гепатоцитов. 	УК-1-3 ПК-1-9
8.	<p>У мужчины 55 лет многолетняя гипертоническая болезнь с поражением кровеносных сосудов разных органов, тяжелая патология сердца, смерть наступила от хронической сердечной недостаточности. При гистологическом исследовании секционного материала обнаружен системный гиалиноз стенок артериол разных органов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой вид сосудистого гиалина сформировался в стенках артериол у больного? 2. В артериолах каких органов он наиболее часто развивается при гипертонической болезни? 3. Опишите морфогенез сосудистого гиалина артериол при гипертонической болезни. 4. Укажите значение такого гиалиноза. 5. Возможен ли какой-либо исход такого гиалиноза? 	УК-1-3 ПК-1-9
9.	<p>Смерть больного наступила во время гипертонического криза (внезапного подъема артериального давления) от нарушения мозгового кровообращения (внутричерепного кровоизлияния). В секционном материале при изучении гистологических препаратов во многих органах изменения стенок мелких артерий (артериол), в том числе фибриноидное набухание и фибриноидный некроз.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте определение фибриноидного набухания. 2. Назовите процессы, происходящие в стенке артериол при фибриноидном набухании. 3. Объясните патогенез развития внутричерепного кровоизлияния при фибриноидном набухании и фибриноидном некрозе стенки артериолы. 4. Каковы возможные исходы фибриноидного набухания и фибриноидного некроза? 	УК-1-3 ПК-1-9
10.	<p>При рентгенологическом исследовании легких у мужчины, излеченно-</p>	УК-1-3

	<p>го от туберкулеза, в верхушке правого легкого обнаружены небольшие очаги интенсивного затемнения с четкими контурами. Рентгенолог назвал их петрификатами (очагами обызвествления).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте определение известковой дистрофии. 2. Дайте определение петрификации. 3. Объясните связь очагов обызвествления с туберкулезом легких, в исходе какого патологического процесса они образовались? 4. Как нужно оценить появление известки при туберкулезе (положительно, отрицательно)? 5. Приведите примеры других патологических изменений, в исходе которых развивается петрификация? 	ПК-1-9
11.	<p>Мужчина средних лет доставлен в больницу экстренно с диагнозом инфаркт миокарда. Имелись тяжелые проявления острой сердечной недостаточности, от которой наступила смерть. На вскрытии кроме инфаркта миокарда обнаружен резко выраженный отек легких.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой вид нарушения кровообращения развился у больного в малом кругу кровообращения? 2. Дайте макроскопическое описание легких, увиденных на вскрытии. 3. Какие микроскопические (гистологические) изменения имели место в легких? 4. Объясните этиопатогенез нарушения кровообращения в малом кругу. 5. Приведите примеры заболеваний, при которых развивается острая сердечная недостаточность с отеком легких. 	УК-1-3 ПК-1-9
12.	<p>У умершего от декомпенсированного порока сердца на секции тяжелые изменения сердца и проявления хронического венозного застоя в малом и большом кругах кровообращения. Причиной смерти явилась хроническая сердечная недостаточность.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте название изменениям, увиденным в легких. 2. Опишите макро- и микроскопическую картину таких легких. 3. Как называется печень, обнаруженная на вскрытии? 4. Опишите макроскопическую картину такой печени. 5. Какие изменения могут быть в коже, особенно на нижних конечностях, у умершего? 6. Укажите название патологии брюшной полости, полости перикарда и плевральных полостей. 	УК-1-3 ПК-1-9
13.	<p>Больной умер от хронической сердечной недостаточности, вызванной хронической ишемической болезнью сердца (ИБС). В органах большого и малого кругов кровообращения тяжелые проявления хронического венозного застоя с типичными изменениями печени, почек, селезенки, скоплением отечной жидкости в брюшной полости, отеками кожи нижних конечностей.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как принято называть печень при хроническом венозном застое? 2. Опишите микроскопические (гистологические) изменения такой печени. 3. Какими терминами принято называть изменения почек, селезенки при такой патологии? 4. Опишите внешний вид кожи и мягких тканей нижних конечностей у умершего. 5. Объясните патогенез отеков при хронической сердечной недостаточности. 	УК-1-3 ПК-1-9
14.	<p>У больной тяжелое течение гипертонической болезни, во время гипер-</p>	УК-1-3

	<p>тонического криза развилось кровоизлияние в головной мозг, от которого она скончалась. На вскрытии обнаружено внутримозговое кровоизлияние по типу гематомы в области подкорковых образований с поражением capsula interna левого полушария.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что такое гематома? 2. Опишите макроскопическую картину гематомы головного мозга. 3. Укажите патогенетический механизм развития такого кровоизлияния (учтите гипертонический криз). 4. Объясните, почему умерла больная (значение кровоизлияния)? 5. Приведите несколько примеров заболеваний (патологических состояний), при которых могут развиваться кровоизлияния таким же патогенетическим механизмом. 	ПК-1-9
15.	<p>Мужчина 45-ти лет умер от хронического гломерулонефрита, протекавшего с нефротическим синдромом (высокая протеинурия, отеки). На вскрытии выраженный отек кожи, скопление отечной жидкости в брюшной и плевральных полостях. При гистологическом исследовании секционного материала в почках тяжелая патология клубочков и канальцев (в эпителии извитых канальцев выраженная белковая дистрофия).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите внешний вид жидкости в брюшной и плевральных полостях. 2. Объясните патогенез отека в данном случае. 3. Как вы назовете такие отеки, учитывая их патогенез и учитывая их этиологию? 4. Дайте классификацию отеков по патогенезу. 5. Дайте классификацию отеков по этиологии. 	УК-1-3 ПК-1-9
16.	<p>У умершего от острого ревматизма на вскрытии тяжелый эндокардит (воспаление эндокарда) с поражением створок митрального клапана. На створках бело-серые бугристого вида наложения (тромбы), имеются также ишемические инфаркты в почке и головном мозгу.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите ведущий фактор (непосредственную причину) образования тромбов на створках клапана. 2. Назовите морфологический вид описанных тромбов. 3. Перечислите основные возможные исходы таких тромбов. 4. Объясните связь инфарктов почки и головного мозга с тромбами на створках митрального клапана. 5. Какое значение мог иметь инфаркт почки и какое значение мог иметь инфаркт головного мозга? 6. Какова, на ваш взгляд, причина смерти данного больного? 	УК-1-3 ПК-1-9
17.	<p>Молодой женщине после родов (родильнице) в связи с наличием у нее тромбофлебита нижних конечностей назначен строгий постельный режим, однако больная назначения врача не выполнила, встала с постели, внезапно потеряла сознание, реанимационные мероприятия эффекта не дали. На вскрытии причина смерти установлена, у больной тромбоэмболия легочной артерии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие изменения, увиденные на вскрытии, позволили говорить о тромбоэмболии легочной артерии? 2. Подробно опишите внешний вид тромбоэмбола легочной артерии (форму, цвет, вид поверхности, скреплен ли со стенкой). 3. Объясните механизм смерти больной. 4. Где находился источник тромбоэмболии в данном случае? 5. Объясните, почему у описанной больной имелась повышен- 	УК-1-3 ПК-1-9

	ная склонность к тромбообразованию?	
18.	<p>С места автомобильной катастрофы в ННИТО доставлен больной с многочисленными переломами костей, состояние крайне тяжелое, нарастают признаки острой дыхательной недостаточности, от которой наступила смерть. Заподозрена жировая эмболия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объясните патогенез развития этого вида эмболии при переломах костей. 2. Опишите микроскопические (гистологические) изменения легких у умершего при исследовании секционного материала. 3. Какой окраской необходимо воспользоваться для диагностики жировой эмболии в гистологических препаратах? 4. Какова должна быть степень поражения капилляров легких, чтобы жировая эмболия была несовместима с жизнью? 5. Приведите примеры заболеваний (патологических состояний), при которых наблюдается жировая эмболия. 	УК-1-3 ПК-1-9
19.	<p>Молодой мужчина доставлен в дежурную больницу с места автомобильной катастрофы. Имеются тяжелые повреждения внутренних органов, множественные переломы костей, массивная кровопотеря. Находится в состоянии шока. Несмотря на все оказанные лечебные мероприятия спасти жизнь больному не удалось.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте определение шока. 2. Опишите патогенез шока в данном случае. 3. Перечислите наиболее значимые макро- и микроскопические изменения в органах и тканях у умершего от шока. 4. Назовите стадии шока. 5. Перечислите виды шока, выделяемые в связи с этиопатогенезом. 6. Какой вид шока у больного, доставленного с места автомобильной катастрофы? 	УК-1-3 ПК-1-9
20.	<p>При гистологическом исследовании иссеченного в ходе операции рубца, выявлены остатки шовного материала, вокруг которого скопление различного типа клеток воспалительной природы и разрастание соединительной ткани. Сделано заключение о наличии гранулемы инородных тел.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие клетки могут быть обнаружены в составе такой гранулемы? 2. Какая это гранулема по этиологии, по клеточному составу, по наличию иммунной реакции, по скорости обмена клеточных элементов? 3. Специфическая это гранулема или неспецифическая? 4. Что такое рубец? 5. Приведите примеры неинфекционных заболеваний, при которых развиваются гранулемы. 	УК-1-3 ПК-1-9
21.	<p>В качестве операционного материала в патологоанатомическое отделение доставлена опухоль яичника, имеющая вид округлого образования с гладкой наружной поверхностью, на разрезе с множеством кистозных полостей с гладкой внутренней поверхностью, заполненных прозрачной жидкостью. Гистологически полости являются расширенными железами, выстланными зрелым цилиндрическим эпителием. Сделан вывод о наличии доброкачественной опухоли.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте название этой опухоли. 2. Зрелая это опухоль или незрелая и почему? 3. Перечислите параметры ее как доброкачественной опухоли. 4. В чем может выражаться местное влияние ее на организм? 	УК-1-3 ПК-1-9

	5. Какая опухоль развивается из описанной при пролиферации железистого эпителия?	
22.	<p>В гистологическом препарате опухоль кожи, удаленная хирургическим путем у мужчины 72-х лет с височной области. Клетки опухоли имеют сходство с базальными клетками эпидермиса, формируют многочисленные комплексы в виде тяжелой разной формы. Патологоанатом дал заключение базалиома.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что такое базалиома? 2. Укажите особенности роста базалиомы по отношению к окружающим тканям. 3. К какому типу опухолей по клинико-морфологической классификации она относится (к доброкачественным, злокачественным, к опухолям с местнодеструктивным ростом)? 4. Может ли она давать рецидивы и почему? 5. Может ли она метастазировать? 6. Назовите типичные локализации базалиомы. 7. Часто ли встречается базалиома? 	УК-1-3 ПК-1-9
23.	<p>Пожилой мужчина долгое время курил трубку, сейчас на слизистой оболочке нижней губы очаг белого цвета с бугристой шероховатой поверхностью, плотный при пальпации. Очаг иссечен, гистологически обнаружена бородавчатая лейкоплакия с атипией (дисплазией) эпителия, малигнизация с развитием плоскоклеточного рака, имеющего признаки начала инвазии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что такое лейкоплакия и какое отношение она имеет к развитию плоскоклеточного рака? 2. Как вы понимаете термин малигнизация? 3. Назовите гистологические варианты плоскоклеточного рака. 4. Объясните, что такое инвазия опухоли. 5. Может ли описанная опухоль давать рецидивы и почему? 6. Может ли описанная опухоль давать метастазы? 7. Где должны быть первые метастазы у больного? 	УК-1-3 ПК-1-9
24.	<p>В патологоанатомическое отделение доставлена резецированная толстая кишка с опухолью, растущей в просвет в виде бугристого узла с изъязвлением в центре и прорастающая все слои органа, в брыжейке увеличенный лимфоузел. Гистологически опухоль имела строение аденокарциномы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте гистологическое описание аденокарциномы. 2. Какой тип строения она имеет (гистиоидный или органоидный)? 3. Укажите тип роста опухоли относительно стенки кишки. 4. О чем может, видимо, говорить увеличенный лимфоузел? 5. Может ли описанная опухоль оказывать местное влияние и в чем оно будет выражаться? 6. Может ли эта опухоль оказывать общее влияние на организм и в чем оно будет выражаться? 	УК-1-3 ПК-1-9
25.	<p>На вскрытии труп мужчины, умершего от рака IV стадии. В долевого бронхе опухоль, растущая в толще стенки и распространяющаяся на ткань легкого. В различных органах (головном мозгу, печени, телах позвонков) множественные опухолевые узлы разных размеров. При гистологическом исследовании во всех очагах рост недифференцированной мелкоклеточной карциномы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Где первичная опухоль? Где метастазы? 2. Укажите тип роста опухоли относительно просвета бронха. 	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>3. Укажите тип роста опухоли относительно стенки бронха и ткани легкого.</p> <p>4. Каким, видимо, путем развились описанные в задаче метастазы?</p> <p>5. Какова степень злокачественности мелкоклеточной карциномы легких (высокая, невысокая)?</p>	
26.	<p>При гистологическом исследовании резецированного желудка обнаружена карцинома, имеющая строение скирра (фиброзного рака) с глубоким инвазивным ростом через все слои стенки, в лимфоузлах малой кривизны найдены комплексы раковых клеток.</p> <p>1. Опишите гистологическое строение скирра (фиброзного рака).</p> <p>2. К какой группе аденогенного рака можно его отнести, учитывая степень дифференцировки клеток?</p> <p>3. Укажите степень злокачественности такой карциномы (высокая, невысокая).</p> <p>3. Как вы объясните наличие раковых клеток в лимфоузлах?</p> <p>4. Уточните, какой прогноз будет в описанном случае и объясните почему (учтите гистологическое строение карциномы, глубину инвазии, наличие метастазов).</p>	УК-1-3 ПК-1-9
Раздел 2. Частный курс патологической анатомии		
1.	<p>В патологоанатомическое отделение из операционной доставлен желудок. При осмотре со стороны слизистой оболочке в нижней трети тела и антральном отделе складки неровные, грубые, соответственно им стенка резко утолщена, плотная, выходной просвет желудка сужен. Регионарные лимфоузлы увеличены. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков). После микроскопического исследования гистологических препаратов в окраске гематоксилин-эозин и окраске альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией дано заключение - слизистый (перстневидноклеточный) рак, инвазивный рост опухоли практически на всю толщу стенки желудка, подрастая под серозную оболочку, в регионарных лимфоузлах метастазы раковой опухоли.</p> <p>1. Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака желудка в операционном материале?</p> <p>2. Опишите гистологическое строение слизистого рака (перстневидноклеточного рака).</p> <p>3. Назовите локализацию регионарных лимфатических узлов в желудке. Почему необходимо их гистологическое исследование? Какое количество лимфатических узлов необходимо исследовать?</p> <p>4. Какая информация может быть получена при использовании дополнительной окраски альциановым синим в комбинации с ШИК-реакцией?</p> <p>5. Учитывая информацию, полученную при исследовании операционного материала (гистологический тип опухоли, глубина инвазивного роста, наличие метастазов), оцените прогноз данного больного.</p>	УК-1-3 ПК-1-9
2.	<p>Больной с клиническим диагнозом рак молочной железы произведена операция радикальная мастэктомии с удалением аксиллярной жировой клетчатки. В патологоанатомическом отделении при исследовании операционного материала в молочной железе обнаружен опухолевый узел диаметром 4 см белесоватого цвета, с нечеткими границами, мелкозернистой поверхностью на разрезе. В аксиллярной жировой клетчатке несколько лимфатических узлов разного размера, в том числе два плотных размером 1,5x1,0 см. Произведена вырезка необходимого</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>количества фрагментов (кусочков). При окраске гематоксилин-эозин в гистологических препаратах обнаружена раковая опухоль молочной железы, в лимфатических узлах метастазы опухоли.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака молочной железы обнаружена в операционном материале? 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? 3. Перечислите основные возможные гистологические варианты рака молочной железы согласно последней Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ 2012 г. 4. Назовите наиболее частый гистологический вариант рака молочной железы, диагностируемый в операционном материале. 5. Какова частота рака молочной железы в настоящее время? Почему она такова? Что вы можете сказать об этиопатогенезе рака молочной железы? 	
3.	<p>Больной М.54 лет в течение многих лет страдал хроническим миелоцитарным лейкозом. При первой госпитализации диагноз был установлен на основании исследования костного мозга, в том числе при использовании иммуногистохимических, цитогенетических, других методов исследования. Была выявлена в клетках гемопоэза Рh-хромосома. Подобранный лечение в течение многих лет давало положительный эффект. Больной неоднократно госпитализировался в связи с обострениями заболевания, получал адекватную терапию. В последний раз поступил в гематологическое отделение в тяжелом состоянии. Проведено исследование костного мозга, миелограмма соответствовала бласному кризу (терминальной стадии). Помочь больному не удалось, наступила смерть. Результаты патологоанатомического вскрытия подтвердили клинический диагноз.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие две стадии выделяют в течение хронического миелоцитарного лейкоза, как они называются? 2. Перечислите типовые клиничко-морфологические изменения в 1-ой стадии хронического лейкоза. 3. Назовите клиничко-морфологические особенности, характерные для 2-ой стадии хронического лейкоза. 4. Уточните стадию лейкоза у больного при последнем поступлении в гематологическое отделение. Оцените прогноз. 5. Что вы можете сказать о лечебном патоморфозе лейкозов. 	УК-1-3 ПК-1-9
4.	<p>Больной 62 лет, участник ликвидации аварии на Чернобольской 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 лимфоузлов нескольких локализаций. Кроме этого, слабость, потеря веса. При исследовании костного мозга грудины в миелограмме характерные изменения, позволившие поставить диагноз хронического лимфолейкоза, 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. Подобран план лечения, который дал эффект ремиссии. В</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>настоящее время поступил в тяжелом состоянии с распространенной пневмонией, от которой наступила смерть. Результаты патологоанатомического вскрытия клинический диагноз подтвердили.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите типовые морфологические изменения при таком лейкозе (изменения костного мозга, периферических органов). 2. С какой целью выполняются специальные методы исследования, выявляющие иммуногистохимические, цитогенетические, молекулярно-генетические особенности лимфоидных клеток? 3. Назовите клеточный источник развития такого лейкоза. 4. Укажите возраст, наиболее поражаемый при таком лейкозе. 5. Оцените прогноз такого лейкоза, в том числе в условиях современных методов лечения. Укажите наиболее частые причины смерти при таком лейкозе. 	
5.	<p>Больной 82-х лет поступил в клинику с острыми болями в животе, срочно взят в операционную. При лапаротомии обнаружен некроз значительной части тонкого и толстого кишечника. Радикально операцию выполнить не удалось. Вскоре наступила смерть. На вскрытии найден тяжелый атеросклероз мезентериальных артерий, обтурирующий свежий тромб нижней мезентериальной артерии, значительная часть кишечника некротизирована, черного цвета.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите подробно макроскопические изменения стенок мезентериальных артерий, увиденные на вскрытии. 2. Объясните патогенез возникновения тромба в нижней мезентериальной артерии, а также патогенез развития некроза кишечника. 3. Уточните морфологический вид некроза кишечника. Как вы объясните, почему в кишечнике часто развивается именно эта морфологическая разновидность некроза. 4. Какие оперативные вмешательства, на ваш взгляд, могли бы спасти жизнь больному с тромбозом мезентериальных артерий? 5. Как нужно сформулировать патологоанатомический диагноз в данном случае. Что следует считать основным заболеванием, что является осложнениями? 	УК-1-3 ПК-1-9
6.	<p>У мужчины 42-х лет внезапно возникли сильные боли за грудиной. Вызвана специализированная бригада скорой медицинской помощи, врачом которой диагностировал клиническую картину кардиогенного шока. Снятая электрокардиограмма (ЭКГ), позволила выявить обширный инфаркт миокарда левого желудочка сердца. Срочно была начата интенсивная терапия, в том числе противошоковая, которую продолжали проводить и в приемном отделении лечебного стационара. Несмотря на предпринятые лечебные мероприятия смерть наступила через 5 часов после начала болевого приступа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите макроскопические изменения миокарда левого желудочка сердца, которые увидит патологоанатом при производстве вскрытия? 2. Опишите микроскопические изменения миокарда левого желудочка сердца, которые сможет увидеть патологоанатом в гистологических препаратах в данном случае. 3. Укажите дополнительные методы, которыми можно воспользоваться для диагностики патологии миокарда в подобном случае? 4. Какие изменения коронарных артерий должны быть обнаружены у умершего? 5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном 	УК-1-3 ПК-1-9

	случае.	
7.	<p>Больной 54-х лет, длительное время страдающий хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), имевший в анамнезе тяжелый инфаркт миокарда, был госпитализирован в терапевтическое отделение лечебного учреждения в тяжелом состоянии. Имелись проявления хронической сердечной недостаточности, проводилась интенсивная терапия с целью улучшения сократительной способности миокарда. Однако лечебные мероприятия эффекта не дали, наступила смерть. На патологоанатомическом вскрытии обнаружены морфологические изменения, соответствующие хронической ишемической болезни сердца, хроническая аневризма сердца левого желудочка, изменения в органах большого и малого кругов кровообращения, соответствующие хронической сердечной недостаточности.</p> <p>1. Что такое хроническая аневризма сердца? Какой тканью образована ее стенка?</p> <p>2. Опишите патологические изменения в сердце, которые соответствуют хронической ишемической болезни сердца, в том числе морфологические изменения миокарда левого желудочка вне аневризмы, которые мог обнаружить патологоанатом в секционном материале?</p> <p>3. Перечислите смертельные осложнения хронической аневризмы сердца. От какого осложнения наступила смерть данного больного?</p> <p>4. Какой метод лечения хронической аневризмы сердца существует в настоящее время?</p> <p>5. Как нужно сформулировать патологоанатомический диагноз в данном случае?</p>	УК-1-3 ПК-1-9
8.	<p>В неврологическое отделение больницы госпитализирован больной 74-х лет в крайне тяжелом состоянии с правосторонним параличом. 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. Несмотря на лечебные мероприятия через несколько дней наступила смерть. В заключительный клинический диагноз выставлен ишемический инсульт.</p> <p>1. Какое морфологическое изменение головного мозга должно быть обнаружено на вскрытии согласно клиническому диагнозу?</p> <p>2. Укажите патологию артерий, кровоснабжающих головной мозг, у умершего. Уточните поражение, каких артерий, кровоснабжающих головной мозг, может привести к развитию ишемического инсульта?</p> <p>3. Объясните патогенез развития ишемического инсульта у больного.</p> <p>4. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?</p> <p>5. Как понимать термин "инсульт" (дайте определение)? Перечислите все морфологические изменения головного мозга, которые могут иметь место при клиническом диагнозе «инсульт».</p>	УК-1-3 ПК-1-9
9.	<p>Больному 72-х лет произведена операция по поводу рака прямой кишки. Во время операции развилась значительная кровопотеря. Ранний послеоперационный период протекал тяжело. Присоединилась пневмония, которую начали интенсивно лечить, однако без успеха, наступила смерть. На патологоанатомическом вскрытии в зоне операции изменения, соответствующие виду и объему выполненного хирургического вмешательства. В нижне-задних отделах легких резкое веноз-</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>ное полнокровие, ателектазы, картина очаговой сливной пневмонии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите клинико-морфологическую форму пневмонии у больного (бронхопневмония, крупозная, межуточная). 2. Опишите макроскопическую картину легких при вскрытии. 3. Опишите микроскопическую картину легких у умершего. 4. В данном случае пневмония является самостоятельным заболеванием, осложнением заболевания, проявлением заболевания? Какая пневмония у умершего нозокомиальная или контагиозная? 5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? 	
10.	<p>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. 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 высокой летней температуры воздуха несколько дней. После ремонта воду повторно не обеззараживали, закачали в систему водоснабжения. Жители заболели во время мытья под душем в ванных комнатах собственных городских квартир. 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите этиологию пневмонии, описанной в задаче. 2. Укажите путь передачи этой инфекции. Уточните особенности передачи возбудителя при этом заболевании. 3. Назовите основные наиболее типичные 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). 4. Оцените тяжесть такой пневмонии. 5. Перечислите возможные причины смерти при ней. 	УК-1-3 ПК-1-9
11.	<p>В поликлинику обратился мужчина 35-ти лет с клиническим диагнозом хронический гастрит. В настоящее время обострение заболевания. 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 взяты четыре биоптата. При морфологическом (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>. Назначен курс терапии, по окончании которой рекомендована повторная гастрофиброскопия, исследование на наличие <i>Helicobacter pylori</i>, при необходимости повторная биопсия слизистой оболочки.</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки желудка, увиденные в биоптате, соответствующие диагнозу хронический поверхностный гастрит. 2. Укажите морфологические критерии активности хронического гастрита. 3. Какой отдел желудка раньше и более выражено поражается при хроническом хеликобактерном гастрите? 4. Объясните участие <i>Helicobacter pylori</i> в патогенезе хронического гастрита. 5. Укажите морфологические критерии эффективности проведенного эрадикационного лечения, которые могли быть обнаружены при повторной биопсии слизистой оболочки желудка. 	
12.	<p>В приемный покой хирургической больницы экстренно машиной скорой помощи доставлен больной 42-х лет с симптомами желудочного кровотечения. Из анамнеза установлено, что пациент много лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние сутки беспокоит рвота «кофейной гущей». Было предпринято консервативное лечение, направленное на остановку кровотечения. Эффекта не последовало. Кровотечение приобрело профузный характер, развился ДВС-синдром. Смерть наступила на высоте кровотечения. При проведении патологоанатомического вскрытия в антральном отделе желудка на малой кривизне обнаружен глубокий дефект овальной формы, размером 2,5x1,3см с валикообразно утолщенными краями, один из которых нависает над дном дефекта, другой сглажен. Дно шероховатое, серое, в области его обнаружен кровеносный сосуд с зияющим просветом.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите микроскопические изменения в дне хронической язвы, соответствующие обострению. 2. Объясните патогенез кровотечения при хронической язве желудка. 3. Объясните патогенез развития ДВС-синдрома у больного с массивным кровотечением. 4. К какой группе осложнений язвенной болезни желудка следует отнести кровотечение? Перечислите все прочие группы осложнения язвенной болезни желудка. 5. Назовите непосредственную причину смерти больного. Сформулируйте патологоанатомический диагноз. 	УК-1-3 ПК-1-9
13.	<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. 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 $14,5 \times 10^9/\text{л}$. Был поставлен диагноз острого аппендицита, пациент взят в операционную. При лапаротомии обнаружено, что червеобразный отросток увеличен в размерах, стенка его напряжена, серозная оболочка тусклая, с серым налётом, имеется усиленный рисунок кровеносных сосудов, брыжейка отёчна.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите морфологическую форму острого аппендицита, описанного в задаче. 2. Опишите микроскопические изменения при ней. 3. Какие осложнения грозили больному при такой форме аппендицита? 4. Назовите другие морфологические формы острого аппендицита, кроме описанной в задаче. 	УК-1-3 ПК-1-9

	5. Дайте определение аппендицита. Какие взгляды на этиологию и патогенез этого заболевания существуют, какие теории развития этого заболевания наиболее популярны?	
14.	<p>Молодой мужчина несколько лет употребляет внутривенно героин. Полтора года назад перенес 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. При осмотре выявлены субиктеричность склер, обложенность языка, небольшая гепатомегалия и увеличение селезенки. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л (прямой – 7, не прямой – 18), тимоловая проба – 6 ед., активность АЛТ – 110 Е/л, АСТ – 70 Е/л. По результатам обследования ставится клинический диагноз хронического гепатита.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какова на Ваш взгляд возможная этиология гепатита, представленного в задаче? 2. Назовите клинико-морфологические формы хронических гепатитов? Какой дополнительный метод исследования можно рекомендовать для наиболее объективной постановки диагноза в данном случае? 3. Опишите микроскопические изменения печени при хроническом гепатите, проведя сравнительную морфологическую характеристику его клинико-морфологических форм. 4. Назовите возможные исходы хронического гепатита. 5. Перечислите этиологические факторы, наиболее часто вызывающие хронический гепатит. 	УК-1-3 ПК-1-9
15.	<p>Пациент 42-х лет в прошлом перенес тяжелую форму вирусного гепатита. Год назад установлен диагноз цирроза печени. Настоящая госпитализация экстренная, связана с нарастающими проявлениями хронической печеночной недостаточности. Назначено соответствующее интенсивное лечение. Однако течение заболевания отличалось резистентностью к проводимой терапии и несмотря на лечение пациент погиб от хронической печеночной недостаточности. При проведении патологоанатомического вскрытия обращала на себя внимание печень: 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вид цирроза, найденный на вскрытии, по морфологическим параметрам. Укажите морфогенетический вид цирроза печени у умершего. 2. Опишите микроскопические особенности этого цирроза печени. В чём суть структурной перестройки печени при циррозах? 4. В исходе, какой клинико-морфологической формы вирусного гепатита, развился данный цирроз? В исходе, еще какой патологии печени, возможно развитие аналогичного морфогенетического вида цирроза? 5. Какое ведущее проявление должно доминировать при декомпенсации такого цирроза? Назовите возможные внепеченочные изменения при циррозах. 	УК-1-3 ПК-1-9
16.	<p>Больная 44-х лет находилась в отделении «искусственная почка» для проведения программного гемодиализа в связи с терминальной стадией хронической почечной недостаточностью. Известно, что многие го-</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>ды лечилась, имея клинический диагноз хронический гломерулонефрит, в последние годы болезнь протекала с повышением артериального давления. Во время сеанса гемодиализа внезапно развился высокий подъем артериального давления (гипертонический криз), появились симптомы острого нарушения мозгового кровообращения с параличом половины тела. Экстренно переведена в реанимационное отделение, где начала проводится соответствующая активная терапия. На 2-е сутки при нарастающем отёке головного мозга наступила смерть. При проведении патологоанатомического вскрытия клинический диагноз нашел подтверждение.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объясните в общих чертах патогенез гипертензии у больного с хроническим гломерулонефритом. 2. Какие изменения стенок кровеносных сосудов (артериол, артерий) имеются у больных с длительно текущей гипертензией? 3. Какие изменения стенок артериол развиваются во время внезапного высокого подъема артериального давления (гипертонического криза)? 4. Укажите наиболее вероятные морфологические изменения головного мозга у больного, развившиеся во время гипертонического криза в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). 5. Опишите морфологические изменения почек, обнаруженные на вскрытии (макроскопический вид, микроскопические изменения). 	
17.	<p>Больной 36-ти лет с детства страдал сахарным диабетом I типа (ювенильным диабетом). Постоянно требовалась заместительная терапия инсулино, которая позволила значительно продлить жизнь больному. Однако в финале болезни появились признаки нарушения функции почек, что потребовало перевода пациента на программный гемодиализ. Эффект от проводимого лечения был незначительным, стали нарастать признаки, типичные для синдрома Киммельстилл-Уилсона, признаки хронической почечной недостаточности, от которой наступила смерть. При проведении патологоанатомического вскрытия и гистологическом изучении секционного материала были обнаружены характерные для данного заболевания изменения поджелудочной железы, типичные изменения, соответствующие диабетической микроангиопатии, а том числе диабетической гломерулопатии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите макроскопический вид поджелудочной железы, увиденный на патологоанатомическом вскрытии. 2. Опишите микроскопическую картину поджелудочной железы в секционном материале. 3. Что такое диабетическая микроангиопатия (какие кровеносные сосуды и как поражаются), в каких органах и тканях она больше выражена? 4. Что такое синдром Киммельстилла-Уильсона, какие симптомы он включает? 5. Назовите микроскопические изменения, характерные для диабетической гломерулопатии в финале заболевания. 	УК-1-3 ПК-1-9
18.	<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</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>без изменений. Пульс 104 уд/мин, АД 140/70. Диурез в норме. От госпитализации в инфекционную больницу больная отказалась. Лечилась самостоятельно. 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. Однако, несмотря на активное лечение на 11-й день болезни резко усилились признаки отека головного мозга, наступил летальный исход. На вскрытии имели место выраженные морфологические изменения мягкой мозговой оболочки, характерные для этой формы болезни, признаки отека и набухания головного мозга</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите макроскопическую картину мягкой мозговой оболочки на вскрытии. 2. Опишите микроскопическую картину мягкой мозговой оболочки в секционном материале. 3. Опишите макрокартину и микрокартину отека головного мозга. 4. Сформулируйте патологоанатомический диагноз в данном случае. 5. Перечислите возможные причины смерти больных менингококковой инфекцией. 	
19.	<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, при которых в диагностический комплекс включено исследование мочи на ВК, проведено соответствующее исследование. Результат оказался положительным. Больной госпитализирован в специализированное лечебное учреждение, диагноз туберкулез левой почки подтвержден с помощью дополнительных исследований. Больному выполнена операция нефрэктомия. Операционный материал доставлен в патологоанатомическое отделение. При морфологическом исследовании операционного материала клинический диагноз туберкулеза почки подтвердился, в корковом слое почки обнаружены туберкулезные гранулемы, а также несколько полостей (каверн).</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 2. Опишите строение туберкулезной гранулемы. 3. Что такое каверна и как она образуется при туберкулезе почки? 4. Перечислите органы, которые могут поражаться вслед за почкой при каналикулярном распространении микобактерии. 5. Почему больному с туберкулезом почки показано оперативное лечение? 	УК-1-3 ПК-1-9
20.	<p>На судебно-медицинское вскрытие поступил труп мужчины 42-х лет, умершего от ножевого ранения в живот. Известно, что был судим и отбывал длительный срок в исправительном учреждении, несколько дней назад освобожден из мест заключения. При проведении судебно-медицинского вскрытия в верхних отделах правого легкого обнаружены острые и хронические туберкулезные каверны, пневмосклероз, бронхэктазы, а также несколько небольших пневмонических фокусов с казеозным некрозом на разных стадиях развития в ниже лежащих</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>отделах правого легкого.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая это клинико-морфологическая форма туберкулеза (первичный, гематогенный, вторичный туберкулез)? 2. Что такое каверна и как она образуется при туберкулезе легких? Опишите строение стенки острой каверны. Опишите строение стенки хронической каверны. 3. Назовите возможные осложнения, связанные с наличием каверн в легком. 4. Опишите гистологическое строение пневмонических фокусов с казеозным некрозом. 5. Перечислите основные причины смерти при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких. 	
21.	<p>У больного 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 наблюдались. Ситуация отягощена тем, что больной страдает также сахарным диабетом. Много лет постоянно находился под наблюдением фтизиатров и эндокринологов, получал адекватную терапию. В настоящее время нарастают симптомы хронической сердечно-легочной недостаточности, в связи с этим госпитализирован в лечебное учреждение. Назначена терапия для поддержания сердечной деятельности, мероприятия по борьбе с дыхательной недостаточностью, однако значительной положительной динамики от лечения не наблюдалось, наступила смерть.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите основные морфологические изменения при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, которые можно обнаружить при проведении аутопсии. 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. 3. Перечислите изменения в органах большого круга кровообращения, развивающиеся при хронической сердечной недостаточности, дайте их названия с использованием общепринятых терминов. 4. Назовите возможные причины смерти при вторичном туберкулезе. 	УК-1-3 ПК-1-9
22.	<p>В больницу госпитализирован больной 44-х лет. Известно, что много лет имеет компенсированный ревматический порок сердца. В настоящее время жалобы на повышение температуры тела, резкую слабость. 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, высеивался золотистый стафилококк. Начата интенсивная терапия сепсиса, которая значительного эффекта не дала, лечение продолжалось в течение нескольких месяцев. В ходе развития заболевания присоединился гломерулонефрит с проявлением нефротического синдрома. Наступила смерть. На вскрытии обнаружен тромбозный эндокардит аортального клапана, распространенные васкулиты, морфологическая картина иммунокомплексного гломерулонефрита, инфаркты почки, септическая селезенка.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какая клинико-морфологическая форма сепсиса у умершего? Дайте 	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>определение этой формы сепсиса.</p> <p>2. Опишите микроскопические изменения аортального клапана.</p> <p>3. Объясните патогенез развития васкулитов и патогенез гломеруло-нефрита у умершего. Опишите морфологические изменения при них.</p> <p>4. Объясните патогенез развития инфарктов почки.</p> <p>5. Опишите типичные морфологические изменения в селезенке при сепсисе.</p>	
Раздел 3. Биопсийно-секционный курс		
1.	<p>Больному 47-ми лет произведено оперативное вмешательство по поводу рака желудка. В патологоанатомическое отделение доставлен резецированный желудок. При вырезке операционного материала в антральном отделе обнаружена опухоль 6х5 см, растущая в просвет, с изъязвлением в центре и валикообразно приподнятыми краями. На поперечном срезе, произведенном через опухоль, определялся глубокий рост белесоватой однородной ткани практически через всю толщу стенки желудка. Произведена вырезка необходимого количества фрагментов (кусочков), в том числе забраны все обнаруженные регионарные лимфоузлы, 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> <p>1. Какая анатомическая (макроскопическая) форма рака желудка в операционном материале?</p> <p>2. Опишите гистологическое строение аденокарциномы кишечного типа?</p> <p>3. Как вы оцените в прогностическом отношении такое гистологическое строение рака?</p> <p>4. Укажите правила вырезки фрагментов из подобного операционного материала (сколько фрагментов необходимо вырезать, из каких мест).</p> <p>5. Какая информация должна быть отражена в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования в разделе микроскопическое описание кроме констатации гистологического типа опухоли в данном случае?</p>	УК-1-3 ПК-1-9
2.	<p>На вскрытие поступил труп женщины 42-х лет. Известно, что год назад ей была произведена радикальная мастэктомия по поводу рака молочной железы. Согласно гистологическому типу карциномы и результатам иммуногистохимического исследования, в том числе на выявление экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухолевых клетках, назначена и выполнена активная противоопухолевую терапия. Выраженного положительного эффекта добиться не удалось, наступила смерть. На вскрытии найдены множественные метастазы рака в печени, головном мозге, костях позвоночника. Причиной смерти по данным аутопсии явилось прогрессирование злокачественной опухоли.</p> <p>1. Какие основные гистологические варианты карцином молочной железы выделяют согласно Гистологической классификации опухолей молочной железы ВОЗ 2012 г.?</p> <p>2. С какой целью необходимо иммуногистохимические и другие дополнительные исследования раковой опухоли молочной железы в операционном материале?</p> <p>3. Что вы можете сказать о метастазировании рака молочной железы</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>(ранние метастазы, отдаленные, наиболее типичные, редкие метастазы)? Каким путем развились метастазы в печень, головной мозг, позвоночник у умершей?</p> <p>4. Как объяснить летальный исход от прогрессирования злокачественной опухоли?</p> <p>5. Уточните в целом прогноз у больных при раке молочной железы, объясните, почему такой?</p>	
3.	<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. С целью уточнения диагноза произведена кольпоскопия с соответствующими пробами, выявлена атипичная кольпоскопическая картина. Взяты цитологические мазки, цитологическое исследование не позволило поставить диагноз. С целью патологоанатомической диагностики выполнена прицельная биопсия влагалищной порции шейки матки. При исследовании гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином найдена эктопия, 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 обнаружен койлоцитоз, очаговые круглоклеточные воспалительные инфильтраты.</p> <p>1. Какое отношение имеет цервикальная эктопия к раку шейки матки?</p> <p>2. Что такое дисплазия эпителия (определение)? Опишите морфологическую картину пласта многослойного плоского эпителия при дисплазии 3 степени.</p> <p>3. Что такое "рак на месте" (определение)? Опишите гистологические изменения эпителиального пласта при «раке на месте».</p> <p>4. Что такое койлоцитоз? Опишите гистологические изменения эпителиального пласта при койлоцитозе.</p> <p>5. Какие диагностические термины нужно использовать согласно Гистологической классификации гинекологических заболеваний ВОЗ 2014 г. при оформлении заключения в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования в данном случае?</p>	УК-1-3 ПК-1-9
4.	<p>В онкологическом стационаре находится ребенок 14-ти лет. Жалобы на слабость, лихорадку, потерю веса. Имеется увеличение одной группы лимфоузлов шеи в виде пакета. Возникло подозрение на лимфому Ходжкина (лимфогранулематоз). С целью уточнения клинического диагноза выполнена биопсия увеличенных лимфатических узлов. Исследование гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин-эозином, позволило высказаться в пользу классической лимфомы Ходжкина, смешанноклеточного типа, назначено иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследование.</p> <p>1. Дайте определение лимфомы Ходжкина.</p> <p>2. Назовите клетки опухолевой природы, пролиферирующие при этой лимфоме. Как они выглядят под микроскопом? Какие неопухолевые клетки накапливаются в составе этой опухоли?</p> <p>3. Обоснуйте необходимость назначения иммуногистохимического и молекулярно-генетического исследования?</p> <p>4. Назовите классические варианты этой опухоли согласно Гистологической классификации ВОЗ.</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	5. Какие стадии лимфомы Ходжкина выделяют? Какие морфологические изменения им соответствуют?	
5.	<p>В клинику экстренно с жалобами на сильные боли в животе 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. 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. На аутопсии обнаружен резко выраженный атеросклероз аорты, атеросклеротическая аневризма брюшного отдела аорты с разрывом стенки, свежнетромботические наложения на внутренней поверхности, обширная гематома мягких тканей, скопление жидкой крови и свертков в нижнем этаже брюшной полости.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите макроскопические изменения стенки аорты при атеросклерозе. 2. Почему атеросклеротические аневризмы чаще развиваются в брюшном отделе аорты? 3. Объясните, почему в аневризмах часто образуются тромбы? 4. Какие варианты аневризм аорты принято выделять в зависимости от её анатомической формы, от тканей, формирующих её стенку и других особенностей? Что такое расслаивающаяся аневризма аорты? 5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Проведите сличение клинического и патологоанатомического диагнозов (причины расхождения, категория расхождения). 	УК-1-3 ПК-1-9
6.	<p>В специализированное отделение лечебного учреждения поступил больной 54 лет с клиническим диагнозом острый инфаркт миокарда. Состояние тяжелое. По данным ЭКГ и других методов исследования в миокарде левого желудочка сердца обширный инфаркт. Начата активная терапия, которая значительного эффекта не оказала, нарастали симптомы острой сердечной недостаточности, смерть наступила через 76 часов от начала болевого приступа. При производстве вскрытия патологоанатом обнаружил стенозирующий атеросклероз одной из коронарных артерий, в миокарде левого желудочка сердца морфологические изменения, соответствующие обширному трансмуральному инфаркту, в легких венозное полнокровие, отек.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите макроскопическую картину инфаркта миокарда, увиденную на вскрытии. 2. Опишите гистологическую (микроскопическую) картину инфаркта миокарда у такого умершего. 3. Что такое трансмуральный инфаркт миокарда? Какие изменения при нем могут развиваться со стороны эндокарда и со стороны эпикарда? 4. Какие изменения коронарных артерий должны быть обнаружены при гистологическом исследовании секционного материала? Как они могли объяснить патогенез развития инфаркта миокарда? 5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? 	УК-1-3 ПК-1-9
7.	Мужчины среднего возраста уже несколько лет страдает ишемической болезнью сердца (ИБС), в анамнезе инфаркт миокарда, по поводу которого прошел курс стационарного лечения, затем лечился амбула-	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>торно, планировалось хирургическое лечение. Однако развился повторный инфаркт миокарда, с которым был срочно госпитализирован в специализированный лечебный стационар, где проводилась интенсивная терапия. Состояние оставалось тяжелым, на 5-ый день госпитализации возникло расширение границ сердца, признаки острой сердечной недостаточности, клиническая картина острого нарушения мозгового кровообращения. Причиной смерти явилось острое нарушение мозгового кровообращения. При проведении патологоанатомического вскрытия клинический диагноз нашел подтверждение, обнаружена острая аневризма левого желудочка сердца.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что такое острая аневризма сердца? Чем была сформирована стенка острой аневризмы сердца в данном случае? 2. Какие изменения обычно развиваются в области аневризмы сердца со стороны эндокарда? 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? 4. Какие изменения миокарда вне аневризмы сердца обнаружил патологоанатом при производстве вскрытия данного умершего? 5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? 	
8.	<p>В терапевтическом стационаре находится больной 72 лет, уже много лет страдает хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС). В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Многократно лечился амбулаторно и стационарно. В последние годы нарастали проявления хронической сердечной недостаточности. Во время последней госпитализации лечебные мероприятия эффекта не дали, наступила смерть. На вскрытии обнаружены изменения сердца типичные для хронической ишемической болезни сердца, в том числе крупноочаговый и мелкоочаговый кардиосклероз, проявления хронического венозного застоя в органах малого и большого кругов кровообращения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Объясните патогенез развития крупноочагового кардиосклероза. 2. Объясните патогенез развития мелкоочагового кардиосклероза. 3. Какие еще изменения миокарда левого желудочка, кроме кардиосклероза, могли быть обнаружены на вскрытии у умершего? 4. Укажите патологию коронарных артерий у умершего. 5. Назовите изменения органов и тканей малого и большого кругов кровообращения, обусловленные хроническим венозным застоем. 	УК-1-3 ПК-1-9
9.	<p>В клинику доставлен больной 62 лет в тяжелом состоянии с правосторонним параличом. В анамнезе многолетняя гипертоническая болезнь. Накануне был тяжелый гипертонический криз. Проведенные в стационаре лечебные мероприятия эффекта не дали, наступила смерть. На вскрытии 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. При гистологическом исследовании секционного материала в головном мозге, почках, других органах изменения артериол и мелких внутриорганных артерий типичные для гипертонической болезни и гипертонического криза.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите гистологические изменения стенок артериол и внутриор- 	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>ганных мелких артерий типичные для длительно текущей гипертонической болезни, которые можно обнаружить в секционном материале в данном случае.</p> <p>2. Назовите гистологические изменения стенок артериол, развивающиеся во время гипертонического криза.</p> <p>3. Что такое гематома (определение)? Объясните патогенез гематомы головного мозга при гипертоническом кризе.</p> <p>4. Опишите макроскопические изменения интимы аорты типичные для атеросклероза.</p> <p>5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?</p>	
10.	<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. Состояние прогрессивно ухудшалось, на третьи сутки болезни с отеком легких помещен в реанимационное отделение, используемые лечебные мероприятия эффекта не дали, наступила смерть. Результаты прижизненного исследования выявили наличие в организме вируса гриппа типа А/Н1N1. Выставлен клинический диагноз грипп, тяжелая форма, отек легких. На вскрытии патологоанатомические изменения соответствовали клиническому диагнозу. Имелась картина токсического геморрагического отека легких, проявления геморрагического синдрома.</p> <p>1. Уточните, какая тяжелая форма гриппа была у больного?</p> <p>2. Опишите подробно морфологические изменения легких (макро и микроскопические), которые могут быть при этой форме гриппа.</p> <p>3. Объясните патогенез развития отека легких при этой форме гриппа.</p> <p>4. Какие изменения в верхних дыхательных путях могут быть у такого умершего? Какие изменения во внутренних органах могут быть при такой форме гриппа?</p> <p>5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Что вы можете сказать об особенностях патологоанатомических изменений при гриппе в секционном материале в последние годы?</p>	УК-1-3 ПК-1-9
11.	<p>В период эпидемии гриппа в терапевтический стационар госпитализирован больной 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. При поступлении выявлена тяжелая пневмония, проявления острой дыхательной недостаточности. Интенсивное лечение, проводившееся в течение следующей недели, эффекта не дало, нарастала сердечно-легочная недостаточность, наступила смерть. На патологоанатомическом вскрытии тяжелая, больших масштабов пневмония.</p> <p>1. Уточните, какая тяжелая форма гриппа у больного?</p> <p>2. Подробно опишите морфологические изменения легких, увиденные на вскрытии. Как называются легкие с такими морфологическими изменениями?</p> <p>3. Укажите инфекционные агенты, вызывающие такую пневмонию.</p> <p>4. Как можно объяснить закономерную активизацию вторичной инфекции при гриппе?</p> <p>5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	случае?	
12.	<p>Женщина, 52-х лет, длительное время страдает хроническим аутоиммунным тиреоидитом. Уже более года предъявляет жалобы на боли в эпигастрии, нарушение пищеварения, есть анемия. Проведена фиброгастроскопия с биопсией. Гистологическая картина биопсийного материала позволила патологоанатому дать заключение о наличии нейроэндокринная карцинома. Выполнена гастрэктомия. При макроскопическом исследовании операционного материала обращало на себя внимание полное отсутствие складок слизистой оболочки в теле желудка. По результатам гистологического исследования было дано заключение о наличии хронический атрофический гастрит с очагами дисплазии эпителия 3 степени. Опухоли не обнаружено. Предоперационное заключение по биопсийному материалу признано ошибочным. Исследование на наличие <i>Helicobacter pylori</i> дало отрицательный результат.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каким типом гастрита страдала женщина согласно этиологии и патогенеза? Мотивируйте свой ответ. 2. Какова типичная локализация поражения при таком гастрите? 3. Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки желудка, на основании которых поставлен диагноз хронический атрофический гастрит. Выделите из них критерии активности воспалительного процесса. 4. Что такое дисплазия эпителия и как нужно прогностически оценивать дисплазию 3 степени? Какова частота развития рака желудка на фоне такого гастрита? 5. Оцените правильность производства оперативного вмешательства в данном случае. 	УК-1-3 ПК-1-9
13.	<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, острый коронарный синдром. Однако проведенные МРТ головного мозга, электрокардиографическое исследование не подтвердили острую патологию ЦНС и сердца. Дальнейшее обследование провести не удалось в связи со смертельным исходом. На патологоанатомическое вскрытие труп направлен с диагнозом кома III стадии неясной этиологии. На вскрытии обнаружены уменьшенная в размерах, плотная, мелкобугристая печень, 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите вид цирроза печени, обнаруженный на вскрытии, исходя из морфологических параметров. Какой это вид цирроза печени по морфогенезу? 2. Опишите гистологические (микроскопические) особенности такого цирроза печени. 3. Почему у больного имело место варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка? 4. Объясните скопление крови в полости желудка и толстого кишечника, скопление прозрачной жидкости в брюшной полости. 5. Имело ли место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов? Какова категория расхождения? Каковы причины 	УК-1-3 ПК-1-9

	расхождения?	
14.	<p>Молодой мужчина, солдат контрактной службы, заболел остро. Начало заболевания отмечено невысокой лихорадкой, чувством дискомфорта в животе. Лечился самостоятельно. На пятый день болезни повышение температуры до 38,0°C, увеличение паховых и видимо внутрибрюшных лимфоузлов, гепатолиенальный синдром, необильная мелкая розеолоподобная сыпь на коже туловища, боли в лучезапястных и голеностопных суставах. Был жидкий стул однократно. Предъявляет жалобы на боль в правой гипогастральной области. Синдром раздражения брюшины отрицательный. В анализе крови лейкоцитоз, эозинофилия. В гарнизонном госпитале, куда он был госпитализирован, диагноз долго не ставился, необходимого лечения не проводилось. В тяжелом состоянии доставлен в областную больницу. 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 поставлен диагноз иерсиниоз, септическая форма. Несмотря на проводимое лечение наступила смерть. На патологоанатомическом вскрытии обнаруженные морфологические изменения соответствовали клиническому диагнозу.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Укажите, в каких отделах кишечника развиваются наиболее выраженные патологические изменения при иерсиниозе. Опишите морфологические (макроскопические и микроскопические) изменения в стенке кишечника при иерсиниозе. 2. Опишите микроскопическую картину изменений в лимфоузлах при иерсиниозе. 3. Какая патология во внутренних органах (печени, почках и других органов) должна быть у умершего в связи с гематогенным распространением микроорганизмов? 4. Дайте морфологическое описание гранул при иерсиниозе. 5. Как следует оформлять бланк прижизненного патологоанатомического исследования в случаях обнаружения в биопсийном материале, взятом из увеличенных лимфатических узлов, гранул? С какими заболеваниями можно рекомендовать клиницистам проводить дифференциальный диагноз? 	УК-1-3 ПК-1-9
15.	<p>Больной Н., 30 лет, поступил в стационар 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. В объективном статусе температура тела 36,2°C, 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. Поставлен предварительный клинический диагноз холеры. При последующем бактериологическом исследовании диагноз подтвердился. Начата активная борьба с обезвоживанием, назначены антибактериальные препараты.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие стадии холеры принято выделять? Какая стадия холеры у госпитализированной больной? 2. Опишите микроскопические изменения тонкого кишечника в эту 	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>стадию.</p> <p>3. Укажите тяжелую патологию почек, которая может развиваться при холере.</p> <p>4. Назовите наиболее частые причины смерти при холере.</p> <p>5. Отметьте особенности проведения патологоанатомического вскрытия при карантинных (особо опасных) инфекциях или при подозрении на них.</p>	
16.	<p>На вскрытие поступил труп женщины 24-х лет, с диагнозом ВИЧ-инфекция, хронический гепатит В, третичный сифилис. Из истории болезни известно, что пациентка вела асоциальный образ жизни, внутривенно употребляла наркотические препараты. При проведении аутопсии обнаружены разноплановые патологоанатомические изменения, соответствующие клиническому диагнозу, кроме этого найдены множественные очень мелкие милиарные очаги в легких, печени почках, селезенке, большом сальнике, брюшине. В предварительном патологоанатомическом диагнозе их квалифицировали как проявление гематогенного туберкулеза.</p> <p>1. Дайте определение гематогенного туберкулеза. Укажите основные клиничко-морфологические черты гематогенного туберкулеза.</p> <p>2. Опишите макроскопический вид милиарных очагов в разных органах при туберкулезе. Какова особенность гистологической картины этих очагов при ВИЧ-инфекции?</p> <p>3. Назовите морфологические особенности туберкулеза при ВИЧ-инфекции.</p> <p>4. Каким методом окраски гистологических препаратов следует воспользоваться для выявления микобактерий туберкулеза в секционном материале?</p> <p>5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае? Туберкулёз в данном случае является вторым заболеванием в составе комбинированного основного заболевания, осложнением основного заболевания или это сопутствующая болезнь?</p>	УК-1-3 ПК-1-9
17.	<p>В отделение гнойной хирургии госпитализирован больной с обширной флегмоной мягких тканей бедра, развившейся на месте травмы. Ситуация отягощена тем, что у пациента сахарный диабет. Проведено необходимое хирургическое вмешательство (вскрытие флегмоны, дренирование очага воспаления), назначена активная антибактериальная терапия. Однако увеличились паховые лимфатические узлы, выраженная лихорадка, тяжелые признаки интоксикации, появились признаки острой почечной и печеночной недостаточности, проявление сердечно-сосудистой недостаточности. Рентгенологически в легких множественные затемнения округлой формы. Взята кровь на посев. В клинический диагноз выставлен сепсис. При проявлениях полиорганной недостаточности наступила смерть. На вскрытии обнаружены множественные абсцессы в легких, почках, печени, септическая селезенка, другие изменения, соответствующие диагнозу сепсис.</p> <p>1. Какая клиничко-морфологическая форма сепсиса у умершего? Дайте определение этой формы сепсиса.</p> <p>2. Что в данном случае следует считать септическим очагом? Дайте определение септического очага.</p> <p>3. Объясните, почему увеличились паховые лимфатические узлы? Объясните патогенез развития множественных абсцессов в легких, почках, печени.</p>	УК-1-3 ПК-1-9

	<p>4. Что такое септическая селезенка, ее внешний вид? Какие патологические изменения в ней развиваются?</p> <p>5. Как вы сформулируете патологоанатомический диагноз в данном случае?</p>	
--	--	--

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1-3, ПК-1-9	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1-3, ПК-1-9	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.

