

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И ТРАНСЛЯЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ»
(ФИЦ ФТМ)**



«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. директора ФИЦ ФТМ

О.А. Пыклик
2021 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
31.08.07 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

Новосибирск

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И ТРАНСЛЯЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ»
(ФИЦ ФТМ)**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
31.08.07 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

Новосибирск

Компетенции						
Универсальные компетенции (УК)						
Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1)						
<u>Модули:</u> Б1.Б.3. Педагогика Б1.Б.5. Патология Б1.Б.2. Общественное здоровье и здравоохранение Б1.Б.1. Патологическая анатомия Б2.Б.1. Производственная (клиническая) практика (базовая)						
Б1.В.1. Онкоморфология и современные методы исследования в патанатомии Б1.В.2. Эпидемиологически значимые инфекционные заболевания Б1.В.ДВ.1. Гистология, цитология, клеточная биология Б1.В.ДВ.2. Иммуногистохимическая диагностика в патанатомии Б1.В.ДВ.2. Молекулярно-биологическая диагностика в патанатомии						
№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
1	1	1	Б1.Б.3	Как называется интеллектуальный процесс, который связан с поиском и открытием новых знаний на основе творческой действительности человека?	1. внимание 2. мышление 3. этика 4. логика	2
2	1	2	Б1.Б.3	Как называется высшая форма мышления?	1. конкретизация 2. анализ 3. умозаключение 4. понятие	3
3	1	3	Б1.Б.3	В чем состоит основная особенность творческого мышления?	1. умение извлекать главное 2. способность реагировать на внутренние и внешние действия 3. склонность индивида к определённым психическим сознаниям 4. умение анализировать любые проблемы, устанавливать логическую связь	4
4	1	4	Б1.Б.3	Что нужно для решения сложной мыслительной задачи?	1. сосредоточиться 2. решение задачи путём решения предыдущих сложнорешаемой задачи 3. умело выбрать пути решения 4. интеллект	3

5	1	5	Б1.Б.3	Что из ниже перечисленного относятся к мыслительным операциям?	1. обобщение 2. понятия 3. анализ 4. суждение	1, 3
6	1	6	Б1.Б.3	Что из данного относится к причинам, которые НЕ мешают проявлению творческого мышления?	1. боязнь показаться глупым или смешным 2. боязнь критиковать других из-за возмездия с их стороны 3. завышенная оценка значимости своих собственных идей 4. склонность к конформизму	3
7	1	7	Б1.Б.3	Что имеется ввиду под видом мышления, который опирается на восприятие человеком окружающей действительности?	1. наглядно-образное 2. практическое 3. словесно-логическое 4. наглядно-действенное	1
8	1	8	Б1.Б.3	Что из ниже перечисленного относятся к способам производства умозаключения, отражающим направленность мысли?	1. индукция 2. конкретизация 3. дедукция 4. определение понятий	1, 3
9	1	9	Б1.Б.3	Что такое интеллект?	1. способность к решению проблем без проб и ошибок 2. общая способность к познанию и решению проблем, обеспечивающая успешность любой деятельности 3. система всех его познавательных способностей 4. запас слов	2
10	1	10	Б1.Б.3	Чему тождественно абстрактно-логическое мышление?	1. понятийному мышлению 2. практическому мышлению 3. образному мышлению 4. логическому мышлению	1
11	1	11	Б1.Б.3	Практическое мышление это:	1. мышление, связанное с практической деятельностью 2. мышление, когда из памяти извлекаются образы и воссоздаются воображения 3. мышление, связанное с конкретной деятельностью 4. мышление, заключающееся в деятельности осуществляющееся реальным предметом	1
12	1	12	Б1.Б.3	Учение о принципах построения, формах и методах научного познания – это:	1. методология 2. идеология 3. аксиология 4. философия 5. акмеология	1

13	1	13	Б1.Б.3	Методология	1. учение о научном методе познания 2. совокупность методов, применяемых в отдельных науках 3. синоним методики 4. учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики	2
14	1	14	Б1.Б.3	Установите правильную последовательность порядка обоснования основных характеристик научного исследования	1. цель 2. предмет 3. тема 4. актуальность 5. защищаемые положения 6. объект 7. гипотеза	
15	1	15	Б1.Б.5	Патологическая реакция – это	1. краткосрочная болезнь 2. кратковременная реакция организма на какое-либо воздействие манифестирующаяся существенным отклонением ряда параметров, характеризующих физиологическое организма от общепринятых норм 3. необычный результат лабораторного анализа 4. адаптивная реакция организма на неблагоприятное внешнее воздействие	2
16	1	16	Б1.Б.5	Этиология – это	1. учение о причинах и условиях возникновения и развития болезней 2. учение о механизмах развития болезней 3. учение об исходах болезни	1
17	1	17	Б1.Б.5	Патогенез – это	1. раздел патологии, изучающий механизмы развития болезней 2. патологический процесс 3. симптомы заболевания определенного вида 4. причина болезни	1
18	1	18	Б1.Б.2	Динамикой населения называется раздел демографии, изучающий:	1. численность и состав населения; 2. миграцию населения; 3. естественное и механическое движение населения; 4. структуру населения; 5. продолжительность жизни населения.	3
19	1	19	Б1.Б.2	Показателем естественного движения населения является:	1. смертность населения; 2. структура населения; 3. летальность; 4. заболеваемость; 5. ожидаемая продолжительность предстоящей жизни.	3

20	1	20	Б1.Б.2	Естественный прирост населения зависит от:	1. численности населения; 2. сальдо миграции; 3. числа мертворожденных; 4. числа родившихся и умерших; 5. числа вступивших в брак.	4
21	1	21	Б1.Б.2	К демографическим показателям не относится:	1. естественный прирост; 2. смертность; 3. младенческая смертность; 4. физическое развитие отдельных групп населения; 5. рождаемость.	4
22	1	22	Б1.Б.2	Динамикой населения называется раздел демографии, изучающий:	1. численность и состав населения; 2. миграцию населения; 3. естественное и механическое движение населения; 4. структуру населения; 5. продолжительность жизни населения	3
23	1	23	Б1.В. ДВ.1	Полярность клеток в эпителиях определяется	1. наличием межклеточных контактов на латеральной мембране 2. наличием базальной мембраны 3. высокой способностью к регенерации 4. пограничным положением ткани 5. способностью к секреции	4
24	1	24	Б1.В. ДВ.1	Гистогенез – это процесс:	1. программируемой клеточной смерти 2. увеличения количества клеток путем пролиферации с последующей дифференцировкой 3. превращения одного вида тканей в другие 4. все ответы верны	2
25	1	25	Б1.В. ДВ.1	Из моноцитов крови образуются	1. плазмоциты 2. адипоциты 3. фибробласты 4. макрофаги 5. лаброциты	4
26	1	26	Б1.В. ДВ.1	Лимфатические узлы развиваются из	1. энтодермы 2. сомитов 3. мезенхимы 4. эктодермы 5. нефрогонотомы	3

27	1	27	Б1.В. ДВ.1	Действие гормонов на клетки-мишени реализуется за счет	1. связывания с рецептором 2. активации аденилатциклазы 3. образования цАМФ из АТФ 4. активации протеинкиназ 5. всего комплекса процессов	5
28	1	28	Б1.В. ДВ.1	Стволовые клетки различных тканей находятся в периоде	1. G0 4. S 2. G1 5. митоза 3. G2	1
29	1	29	Б1.В. ДВ.1	Стабильное состояние альвеол обеспечивается:	1. тонусом бронхиального дерева 2. стабильностью функции бета2-рецепторов 3. сурфактантом 4. капиллярным кровотоком	3
30	2	30	Б1.В. ДВ.2	Апоптоз – это	1. неконтролируемый процесс деления клеток в опухоли 2. процесс пролиферации и миграции эндотелиальных клеток в первичных васкулярных структурах 3. программируемая клеточная смерть 4. развитие грубоволокнистой костной ткани при образовании плоских костей	3
31	2	31	Б1.В. ДВ.2	Антитела метят	1. флюорохромами 2. ферментами 3. металлопротеиназами 4. коллоидным золотом	1,2,4
32	2	32	Б1.В. ДВ.2	Молекула CD4 является маркером:	1. зрелых В-лимфоцитов 2. Т-хелперов/индукторов 3. нейтрофилов 4. цитотоксических лимфоцитов 5. В-лимфоцитов	2
33	2	33	Б1.В. ДВ.2	CD8 является маркером:	1. NK-клеток 2. Т-цитотоксических клеток 3. Т-хелперов 4. базофилов 5. макрофагов	2
34	2	34	Б1.В. ДВ.2	В геноме человека	1. большую часть составляют некодирующие последовательности 2. около 25 – 30 тыс. генов 3. примерно 3 млн пар нуклеотидов 4. примерно 40 тыс. генов	1, 2, 3

35	2	35	Б1.В. ДВ.2	Геном человека включает	1. 22 пары аутосом 2. 23 пары аутосом 3. 23 пары хромосом 4. 46 аутосом	1, 3
36	2	36	Б1.В. ДВ.2	Специфичность функции соматических клеток определяется	1. различной генетической информацией, локализованной в ядре 2. различным количеством хромосом в разных клетках 3. отсутствием некоторых генов 4. транскрипцией разных участков ДНК	4
37	1	37	Б1.Б.1	Структура патологоанатомического диагноза включает в себя:	1. основное заболевание (первоначальная причина смерти) 2. осложнения 3. сопутствующие заболевания	1, 2, 3
38	1	38	Б1.Б.1	Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:	1. два основных конкурирующих заболевания 2. два сочетанных заболевания 3. основное и фоновое заболевания	1, 2, 3
39	1	39	Б1.Б.1	Принципы формулировки и оформления патологоанатомического диагноза:	1. нозологический в соответствии с МКБ 2. структурность с унифицированными рубриками 3. патогенетический принцип 4. принцип логического обоснования	1, 2, 3, 4
40	1	40	Б1.Б.1	В Международной классификации и номенклатуре болезней патологические состояния выделены в нозологические единицы на основе совокупности следующих признаков:	1. установленные этиология и патогенез 2. социально-экономическая значимость 3. характерная клинико-морфологическая картина 4. тяжесть процесса	1, 3, 4
41	1	41	Б1.Б.1	Первоначальная причина смерти:	1. нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти 2. болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти 3. обстоятельства несчастного случая / акта насилия, которые вызвали смертельную травму	2, 3
42	1	42	Б1.Б.1	Непосредственная причина смерти:	1. нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть 2. нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного 3. проявления механизма наступления смерти	1
43	1	43	Б1.Б.1	С учетом числа обнаруженных при вскрытии трупа заболеваний патологоанатомический диагноз может быть:	1. монокаузальным 2. биказуальным 3. полипатическим	1, 2, 3

44	1	44	Б1.Б.1	Для дифференциальной диагностики по гистологическим препаратам некроза и посмертного аутолиза можно использовать выявление	1. кариолизиса 2. плазморексиса 3. плазмолизиса 4. демаркационного воспаления 5. кариорексиса	4
45	1	45	Б1.Б.1	Гангрена может развиваться в	1. сердце, легких, матке 2. печени, кишечнике, почке 3. головном мозге, сердце, легких 4. кишечнике, легких, матке 5. почках, селезенке, кишечнике	4
46	1	46	Б1.Б.1	Гиперкальциемия развивается при	1. гиперпаратиреоидизме, множественной миеломе, иммобилизации 2. туберкулезе, вирусных гепатитах, малярии 3. гиперспленизме, гиперпаратиреоидизме, саркоидозе 4. синдроме застойной сердечной недостаточности, множественной миеломе 5. гипотиреозе, аддисоновой болезни, болезни Кушинга	1
47	1	47	Б1.Б.1	Механическая желтуха характерна для	1. острого гепатита 2. желчно-каменной болезни 3. атрезии желчных протоков 4. гипоплазии желчных ходов 5. гемолитической болезни	2, 3, 4
48	1	48	Б1.Б.1	Паренхиматозная желтуха может быть обусловлена	1. острым воспалением общего желчного протока 2. поражением гепатоцитов 3. гемолизом эритроцитов 4. острым гепатитом 5. опухолью головки поджелудочной железы	2, 4
49	1	49	Б1.Б.1	Укажите один неверный ответ. Надпеченочная желтуха развивается при	1. беременности 2. переливании иногруппной крови 3. атрезии желчных путей 4. малярии 5. отравлении гемолитическими ядами	3
50	1	50	Б1.Б.1	Причиной мускатной печени может стать	1. тромбоз воротной вены 2. облитерирующий тромбофлебит вен печени 3. тромбоз вен печени 4. тромбоз печеночной артерии 5. сдавление воротной вены опухолью	2, 3

51	1	51	Б1.Б.1	Обтурирующий тромб артерии может привести к	1. венозному полнокровию 2. тромбоэмболии 3. артериальному полнокровию 4. атрофии 5. инфаркту	5
52	1	52	Б1.Б.1	Обтурирующий тромб вены может привести к	1. венозному полнокровию 2. петрификации 3. артериальному полнокровию 4. тромбоэмболии 5. инфаркту	1
53	1	53	Б1.Б.1	При обтурации тромбом бедренной артерии в стопе возникает	1. ишемия 2. венозная гиперемия 3. влажный некроз 4. гангрена 5. лимфорея	1, 4
54	1	54	Б1.Б.1	При обтурации просвета воротной вены возникает	1. мускатная печень 2. бурая индурация печени 3. венозное полнокровие тонкой кишки 4. венозное полнокровие селезенки 5. синдром Бадда-Киари	3, 4
55	1	55	Б1.Б.1	Локализация тромбов при тромбозах артерий большого круга кровообращения	1. клапаны левого сердца 2. вены большого круга кровообращения 3. клапаны правого сердца 4. артерии малого круга кровообращения 5. вены малого круга кровообращения	1
56	1	56	Б1.Б.1	Тромбоз мелких ветвей легочной артерии приводит к	1. пульмокоронарному рефлексу 2. шоку 3. инфаркту легкого 4. ДВС-синдрому 5. ателектазу	3
57	1	57	Б1.Б.1	Тромбоз ствола и крупных ветвей легочной артерии приводит к развитию	1. пульмокоронарного рефлекса 2. шока 3. геморрагического инфаркта 4. ДВС-синдрома 5. ателектаза	1

58	1	58	Б1.Б.1	Источником тромбоэмболов при тромбоэмболии легочной артерии не является (ются)	1. вены малого таза 2. глубокие вены нижних конечностей 3. портальная вена 4. вены верхних конечностей 5. нижняя полая вена	3
59	1	59	Б1.Б.1	Источником тромбоэмболов при тромбоэмболии артерий головного мозга не является (ются)	1. вены нижних конечностей 2. дуга аорты 3. полость левого желудочка сердца 4. полость левого предсердия 5. внутренняя сонная артерия	1
60	1	60	Б1.Б.1	Из вен голени тромбоэмбол с током крови обычно попадает в	1. нижнюю полую вену 2. яремную вену 3. воротную вену 4. правое предсердие 5. легочную артерию	1, 4, 5
61	1	61	Б1.Б.1	Тромбоэмболия бедренной артерии возникает при тромбозе	1. в области аневризмы левого желудочка сердца 2. верхней брыжеечной артерии 3. почечной артерии 4. артерий голени 5. коронарных артерий	1
62	1	62	Б1.Б.1	Парадоксальная эмболия встречается при врожденном дефекте	1. только межжелудочковой перегородки 2. только межпредсердной перегородки 3. как той, так и другой перегородок 4. артерий сердца 5. артерий головного мозга	3
63	1	63	Б1.Б.1	При гнойном расплавлении тромбов в подключичных венах метастатические гнойники возникнут в первую очередь в	1. области шеи 2. легких 3. щитовидной железе 4. миокарде 5. почках	2
64	1	64	Б1.Б.1	Из-за двойного типа кровоснабжения более устойчива к ишемии ткань	1. почек и печени 2. почек и селезенки 3. миокарда и лёгких 4. лёгких и печени 5. головного мозга и миокарда	4

65	1	65	Б1.Б.1	Коллатеральное кровообращение – это пример	1. гипертрофии 2. перестройки тканей 3. регенерации 4. организации 5. дисплазии	2
66	1	66	Б1.Б.1	При компенсированной гипертрофии миокарда наблюдается:	1. миогенная дилатация полостей 2. тоногенная дилатация полостей 3. жировая дистрофия миокарда 4. крупноочаговый кардиосклероз 5. диффузный мелкоочаговый кардиосклероз	1
67	1	67	Б1.Б.1	Метаплазия – это	1. переход одного вида ткани в другой, неродственный ей вид 2. клеточная атипия эпителия с нарушением его гистоархитектоники 3. переход одного вида ткани в другой, родственный ей вид 4. облигатный предраковый процесс 5. вид дисплазии	3
68	1	68	Б1.Б.1	Развитие дефицитных анемий может быть связано с недостатком	1. железа 2. витамина В1 3. витамина В12 4. соляной кислоты 5. фолиевой кислоты	1, 3, 5
69	1	69	Б1.Б.1	Развитие железодефицитных анемий может быть обусловлено	1. недостаточным поступлением железа с пищей 2. избыточной резорбцией железа в кишечнике 3. последствиями резекции желудка или кишечника 4. аппендэктомией 5. повышенным запросом организма беременной в железе	1, 3, 5
70	1	70	Б1.Б.1	Патологоанатомические изменения в организме при ВИЧ-инфекции обусловлены	1. присоединившимися опухолями 2. воздействием вируса иммунодефицита человека 3. наличием в организме противовирусных антител 4. оппортунистическими инфекциями 5. осложнениями терапии	1, 2, 4, 5
71	1	71	Б1.Б.1	Причины острой первичной недостаточности надпочечников	1. стеноз надпочечниковых артерий 2. рак надпочечника 3. массивное разрушение надпочечников 4. внезапное прекращение стероидной терапии 5. стрессовая декомпенсация хронического гипoadренализма	1, 3, 4, 5

72	1	72	Б1.Б.1	К острой почечной недостаточности у больных сахарным диабетом может привести	1. пиелонефрит 2. гломерулонефрит 3. синдром Гудпасчера 4. артериальная гипертензия 5. диабетический гломерулосклероз	1
73	1	73	Б1.Б.1	К хронической почечной недостаточности у больных сахарным диабетом приводит	1. гломерулонефрит 2. синдром Гудпасчера 3. артериальная гипотензия 4. артериальная гипертензия 5. диабетический гломерулосклероз	5
74	1	74	Б1.Б.1	Развитию пиодермии при сахарном диабете способствует:	1. диабетическая нейропатия 2. первичный иммунодефицит 3. вторичный иммунодефицит 4. диабетическая макроангиопатия 5. диабетическая микроангиопатия	3
75	1	75	Б1.Б.1	Причины смерти больных сахарным диабетом	1. печеночная недостаточность 2. хроническая почечная недостаточность 3. вторичный амилоидоз 4. острая сердечно-сосудистая недостаточность 5. хроническая сердечно-сосудистая недостаточность	2, 4, 5
76	1	76	Б1.В.1	Дисплазия – это	1. клеточная атипия эпителия с нарушением его гистоархитектоники 2. переход одного вида ткани в другой, неродственный ей 3. переход одного вида ткани в другой, родственный ей вид 4. вид метаплазии 5. вид компенсаторной регенерации	1
77	1	77	Б1.В.1	Опухоль – это	1. припухание тканей при воспалении 2. новообразованная ткань с нарушением регуляции роста и дифференцировки 3. уплотнение тканей при воспалении 4. припухание тканей при кровоизлиянии 5. новообразованная ткань без нарушения регуляции роста и дифференцировки	2
78	1	78	Б1.В.1	Доброкачественные опухоли характеризуются:	1. построением из хорошо дифференцированных клеток 2. экспансивным ростом 3. отсутствием рецидивов после удаления 4. клеточным атипизмом 5. тканевым атипизмом	1, 2, 3, 5

79	1	79	Б1.В.1	Злокачественные опухоли характеризуются:	1. выраженной анаплазией клеток 2. инфильтрирующим ростом 3. наличием метастазов и рецидивов после удаления опухоли 4. экспансивным медленным ростом 5. тканевым атипизмом	1, 2, 3, 5
80	1	80	Б1.В.1	Основные теории опухолевого роста	1. воспалительная 2. дизонтогенетическая 3. вирусно-генетическая 4. химических канцерогенов 5. физических канцерогенов	3, 4, 5
81	1	81	Б1.В.1	Механизмы активации клеточных онкогенов	1. альтерация 2. регенерация 3. пролиферация 4. точковая мутация	4
82	1	82	Б1.В.1	К предопухолевым процессам относят	1. гипертрофию 4. дистрофию 2. гиперплазию 5. атрофию 3. дисплазию	3
83	1	83	Б1.В.1	Предрак может быть:	1. факультативным, облигатным 2. инфильтрирующим, инвазивным 3. метастатическим, гематогенным 4. внутридермальным, субэпидермальным	1
84	1	84	Б1.В.1	Цитоканцерогенез включает в себя	1. появление онкогена 2. взаимодействие онкогена с промотором 3. появление новых свойств у дочерних клеток	1, 2, 3
85	1	85	Б1.В.1	Гистоканцерогенез включает в себя	1. замещение нормальных клеток ткани клоном малигнизирующихся элементов 2. селекцию и размножение опухолевых клеток 3. инфильтративный рост опухолевой ткани 4. экспансивный рост опухолевой ткани	1, 2, 3
86	1	86	Б1.В.1	Морфоканцерогенез включает в себя	1. разрастание опухоли в органе или системе 2. метастазирование опухоли 3. прорастание опухоли в окружающие ткани	1, 2, 3
87	1	87	Б1.В.1	Онкогенез (развитие опухоли в организме) включает в себя	1. цитоканцерогенез с появлением клона опухолевых клеток 2. гистоканцерогенез с иммунной реакцией 3. морфоканцерогенез с клинико-лабораторными проявлениями	1, 2, 3

88	1	88	Б1.В.1	Морфологические признаки рака	1. экспансивный рост 2. клеточный атипизм 3. нарушение полярности эпителия 4. разрушение базальной мембраны	1, 2, 3, 4
89	1	89	Б1.В.1	Наличие в паренхиме опухоли из эпителия полярности клеток является критерием	1. доброкачественности 2. низкой дифференцировки 3. высокой дифференцировки 4. морфологической зрелости 5. морфологической незрелости 6. более благоприятного прогноза 7. менее благоприятного прогноза	3, 4, 6
90	1	90	Б1.В.1	Основной признак злокачественной опухоли	1. вторичные изменения 2. метастазирование 3. рецидивирование 4. тканевой атипизм	2
91	1	91	Б1.В.1	Для клеточного атипизма в опухолях характерно:	1. отличие клеток по форме и размеру 2. гиперхроматоз ядер 3. увеличение ядерно-цитоплазматического отношения 4. нарушение полярности и комплексности клеток 5. метаплазия 6. патологические митозы	1, 2, 3, 4, 6
92	1	92	Б1.В.1	Для тканевого атипизма в опухолях характерно:	1. формирование необычных для ткани структур 2. инфильтрация клетками окружающих тканей 3. изменение паренхиматозно-стромального соотношения 4. увеличение количества и необычное расположение сосудов 5. нарушение полярности и комплексности клеток	1, 2, 3, 4
93	1	93	Б1.В.1	Строма опухоли	1. является необходимой поддерживающей структурой 2. обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода 3. развивается из нейронов 4. в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования 5. обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток	1, 2, 4, 5
94	1	94	Б1.В.1	Паренхиму новообразований составляют	1. собственно опухолевые клетки 2. соединительная ткань 3. кровеносные и лимфатические сосуды 4. нервные и клеточные элементы стромы	1

95	1	95	Б1.В.1	Важнейшее значение при метастазировании эпителиальной опухоли играет	1. клеточный атипизм 2. прорастание базальной мембраны 3. экспансивный рост 4. тканевой атипизм 5. темп роста	2
96	1	96	Б1.В.1	К местным эффектам при опухолях относят	1. сдавление опухолью соседних органов и истощение 2. истощение и остеопороз 3. кровотечение и нарушение оттока секрета желез 4. метастазирование и гломерулонефрит 5. остеопороз и кровотечение	3
97	1	97	Б1.В.1	К системным воздействиям при опухолях относят	1. сдавление соседних органов и анемии 2. анемии, кахексию и остеопороз 3. остеопороз и нарушение оттока секрета желез 4. нарушение оттока секрета желез, иммунные нарушения и кахексию 5. истощение, кахексию и кровотечение	2
98	1	98	Б1.В.1	К вторичным изменениям в опухолях не относится	1. кровоизлияние 2. ослизнение 3. некроз 4. воспаление 5. дисплазия 6. петрификация	5
99	1	99	Б1.В.1	Признаки морфологического атипизма в аденоме	1. гиперплазия желез 2. полиморфизм желез 3. инфильтрирующий рост 4. увеличение размеров желез 5. хаотичное расположение эпителиальных структур	1, 4, 5
100	1	100	Б1.В.1	Укажите один неверный ответ. Папиллома может встречаться	1. на коже 2. в желудке 3. в полости рта 4. в мочевом пузыре 5. в мочеточниках	2
101	1	101	Б1.В.1	Укажите один неверный ответ. Плоскоклеточный рак встречается в	1. лёгком 2. вилочковой железе 3. тонкой кишке 4. пищеводе 5. влагалище	3

102	1	102	Б1.В.1	Укажите один неверный ответ. Карцинома может развиваться в	1. головном мозге 2. молочной железе 3. коже 4. матке 5. пищеводе	1
103	1	103	Б1.В.1	Органоспецифическими называют опухоли	1. развивающиеся из многослойного плоского эпителия 2. развивающиеся из железистого эпителия 3. из эпителия определенного органа, сохраняющие его морфологические и функциональные признаки 4. дисэмбриопластического генеза 5. развивающиеся из нескольких зародышевых листков	3
104	1	104	Б1.В.1	Укажите один неверный ответ. Гистологические разновидности рака	1. саркома 2. скирр 3. аденокарцинома 4. плоскоклеточный 5. медуллярный	1
105	1	105	Б1.В.1	Саркома может возникнуть из	1. многослойного плоского эпителия 2. жировой ткани 3. железистого эпителия 4. меланинообразующей ткани 5. переходного эпителия	2
106	1	106	Б1.В.1	Для узловой липомы характерен	1. клеточный атипизм 2. тканевой атипизм 3. гиперхромия ядер 4. клеточный полиморфизм 5. инвазивный тип роста	2
107	1	107	Б1.В.1	К мезенхимальным опухолям относят	1. папиллому 2. семиному 3. фиброзный рак 4. ангиосаркому 5. астроцитому	4
108	2	108	Б1.В.2	Первым звеном элементарной ячейки эпидемического процесса является	1. механизм передачи инфекции 2. восприимчивый организм 3. переносчик инфекции 4. источник инфекции 5. фактор передачи инфекции	4

109	2	109	Б1.В.2	Одним из звеньев элементарной ячейки эпидемического процесса является	1. продукты питания 2. восприимчивый организм 3. воздух 4. переносчик возбудителя инфекции 5. возбудитель инфекции	2
110	2	110	Б1.В.2	Необходимым условием развития эпидемического процесса является наличие	1. взаимодействия паразитарной системы с природными абиотическими факторами среды её обитания 2. трех взаимосвязанных элементов, необходимых для передачи возбудителя заболевания от одного человека к другому 3. только механизма и путей передачи 4. только резервуара инфекции	2
111	2	111	Б1.В.2	К положениям учения об эпидемическом процессе (согласно Л.В. Громашевскому) относится	1. соответствие механизма передачи основной локализации возбудителя в организме хозяина 2. способность некоторых возбудителей существовать вне зависимости от человека в природных очагах 3. действие стабилизирующего и направленного отбора в процессе взаимоотношений возбудителя и хозяина 4. соответствие между серотипом возбудителя шигеллез и доминирующим путем их передачи	1
112	2	112	Б1.В.2	Социально-экологическая концепция Б.Л. Черкасского рассматривает эпидемический процесс как	1. систему взаимосвязанных взаимодействием популяций разных биологических видов, один из которых является паразитическим 2. многоуровневую, взаимосвязанную, сложную систему, обеспечивающую существование, воспроизведение и распространение паразитических видов микроорганизмов среди населения 3. взаимодействие паразитарной системы с природными абиотическими объектами 4. естественные экосистемы, включающие популяцию возбудителя	2
113	2	113	Б1.В.2	В соответствии с социально-экологической концепцией эпидемического процесса Б.Л. Черкасского популяционный уровень эпидемического процесса образован	1. взаимодействующими друг с другом подсистемами популяций паразита, популяций его переносчиков и биологических хозяев 2. отдельно взятыми подсистемами популяций паразита, популяций его переносчиков и биологических хозяев без учета их взаимодействия 3. взаимодействующими друг с другом подсистемами паразитарной системой и экологической средой её обитания 4. взаимодействующими друг с другом эпидемиологической экосистемой и природно- социальной средой обитания человеческого общества	2

114	2	114	Б1.В.2	В соответствии с социально-экологической концепцией эпидемического процесса Б.Л. Черкасского уровень паразитарной системы эпидемического процесса образован	1. взаимодействующими друг с другом подсистемами популяций паразита, популяций его переносчиков и биологических хозяев 2. отдельно взятыми подсистемами популяций паразита, популяций его переносчиков и биологических хозяев без учета их взаимодействия 3. взаимодействующими друг с другом подсистемами паразитарной системой и экологической средой её обитания 4. взаимодействующими друг с другом эпидемиологической экосистемой и природно- социальной средой обитания человеческого общества	1
115	2	115	Б1.В.2	В соответствии с социально-экологической концепцией эпидемического процесса Б.Л. Черкасского экосистемный уровень эпидемического процесса образован	1. взаимодействующими друг с другом подсистемами популяций паразита, популяций его переносчиков и биологических хозяев 2. отдельно взятыми подсистемами популяций паразита, популяций его переносчиков и биологических хозяев без учета их взаимодействия 3. взаимодействующими друг с другом подсистемами паразитарной системой и экологической средой её обитания 4. взаимодействующими друг с другом эпидемиологической экосистемой и природно- социальной средой обитания человеческого общества	3
116	2	116	Б1.В.2	Паразитарной системой называют	1. взаимосвязанные взаимодействием популяции разных биологических видов, один из которых является паразитическим 2. саморегулирующиеся взаимодействующие между собой популяции живых организмов и абиотическую природную среду их обитания 3. части одного или нескольких географических ландшафтов, населенные восприимчивыми к данной инфекции животными-биологическими хозяевами и переносчиками возбудителя, среди которых осуществляется циркуляция за счет непрерывного эпизоотического процесса 4. очаги зоонозной болезни, возникающие в результате природопреобразующей деятельности человека или существующие в преобразованной человеком среде	1
117	2	117	Б1.В.2	Экологической системой называют	1. взаимосвязанные взаимодействием популяции разных биологических видов, один из которых является паразитическим 2. саморегулирующиеся взаимодействующие между собой популяции живых организмов и абиотическую природную среду их обитания 3. части одного или нескольких географических ландшафтов, населенные восприимчивыми к данной инфекции животными-биологическими хозяевами и переносчиками возбудителя, среди которых осуществляется циркуляция за счет непрерывного эпизоотического процесса 4. очаги зоонозной болезни, возникающие в результате природопреобразующей деятельности человека или существующие в преобразованной человеком среде	2

118	2	118	Б1.В.2	Движущими силами, оказывающими влияние на особенности проявлений эпидемического процесса, могут быть	1. источник инфекции и восприимчивый организм 2. механизмы и пути передачи 3. биологический и природный факторы 4. биологический, природный и социальный факторы	4
119	2	119	Б1.В.2	На антропоургический очаг	1. основное влияние имеют социальные условия, а природные факторы оказывают лишь частичное воздействие 2. основное влияние имеют природные условия, а социальные факторы оказывают лишь частичное воздействие 3. как социальные, так и природные условия имеют частичное воздействие	1
120	2	120	Б1.В.2	На природный очаг	1. основное влияние имеют социальные условия, а природные факторы оказывают лишь частичное воздействие 2. основное влияние имеют природные условия, а социальные факторы оказывают лишь частичное воздействие 3. как социальные, так и природные условия имеют частичное воздействие	2
121	2	121	Б1.В.2	Инфекционный процесс – это:	1. взаимодействие микро- и макроорганизма 2. наличие возбудителей в окружающей среде 3. распространение инфекционных болезней среди животных 4. зараженность инфекционными агентами переносчиков	1
122	2	122	Б1.В.2	Что относится к основным молекулярным факторам патогенности микроорганизмов?	1. экзотоксины, эндотоксины 2. внутриклеточные циклические нуклеотиды 3. метаболиты каскада арахидоновой кислоты 4. активация свободного радикального окисления 5. кортикостероидные гормоны	1
123	2	123	Б1.В.2	К начальным этапам инфекционного процесса при бактериальных инфекциях относится все перечисленное, кроме:	1. адгезии 2. колонизации 3. образования комплексов антиген-антитело 4. образования экзотоксинов или высвобождения эндотоксинов 5. активация системы комплемента	4
124	2	124	Б1.В.2	Какие условия обеспечивают защиту организма человека от развития инфекционного процесса?	1. наличия свободных рецепторов к лигандам возбудителей 2. возможности реализации лигандрецепторных взаимодействий 3. доза и вирулентность возбудителя 4. отсутствия рецепторов в тканях макроорганизма к лигандам возбудителя 5. способность микроорганизма к колонизации стерильных локусов макроорганизма	4

125	1	125	Б2.Б.1	У мужчины 64 лет, больного сахарным диабетом, появились признаки нарастающей почечной недостаточности. Какой процесс в почках является причиной данного осложнения?	1. Некроз эпителия извитых канальцев 2. Интерстициальный гломерулонефрит 3. Амилоидоз 4. Гломерулосклероз 5. Мембранозная нефропатия.	4
126	1	126	Б1.Б.1	Больной 85 лет с нормальным АД доставлен в клинику в крайне тяжелом состоянии: сознание отсутствует, правосторонний паралич. Несколько лет назад перенес нарушение мозгового кровообращения, после которого осталась дизартрия. Смерть при явлениях отека мозга с дислокацией ствола. Возможные изменения на вскрытии?	1. ишемический инфаркт в левом полушарии головного мозга 2. киста в левом полушарии 3. гематома в левом полушарии 4. стенозирующий атеросклероз в артериях мозга, тромб в средней мозговой артерии	1, 2, 4
127	1	127	Б1.Б.1	Больной 70 лет, в прошлом перенесший инфаркт миокарда, ишемический инфаркт головного мозга, поступил в клинику по поводу гангрены правой стопы. Смерть наступила при нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности. Возможные изменения на вскрытии?	1. почки маленькие, плотные, с крупнобугристой поверхностью 2. интима аорты неровная, с многочисленными изъязвлениями, прикрытыми пристеночными тромбами 3. сердце уменьшено в размерах, массивный рубец в стенке левого желудочка 4. киста в головном мозге 5. мускатная печень	1, 2, 4, 5
128	1	128	Б1.Б.1	У больного 64 лет, длительно страдающего сахарным диабетом, внезапно появились боли в животе, картина кишечной непроходимости и острого живота. Все положения справедливы для данной ситуации, за исключением:	1. у больного мезентериальная форма атеросклероза 2. у больного влажная гангрена кишки 3. на операции обнаружены атеросклероз и тромбоз мезентериальных артерий 4. петли тонкой кишки растянуты, багрово-черного цвета, серозная оболочка блестящая 5. петли тонкой кишки растянуты, багрово-черного цвета, серозная оболочка тусклая	4
129	1	129	Б1.Б.1	Больной 36 лет с острым трансмуральным инфарктом миокарда умер от разрыва сердца и тампонады. Какой процесс в зоне инфаркта мог способствовать разрыву?	1. замещение соединительной тканью со снижением эластичности миокарда 2. формирование рубца с истончением стенки левого желудочка 3. истончение рубцовоизмененной стенки желудочка с формированием аневризмы 4. аутолитические процессы с расплавлением ткани миокарда (миомаляция) 5. повышение давления в малом круге кровообращения	4

130	1	130	Б2.Б.1	На 4 сутки у больной 66 лет с острым повторным инфарктом миокарда передне-боковой стенки левого желудочка, появилась резко выраженное удушье, кашель с выделением большого количества пенистой мокроты, цианоз лица. Больная умерла на фоне прогрессирующей сердечной недостаточности. На вскрытии выявлены большие легкие, серо-розового цвета. Из поверхности разреза стекает светлая пенистая жидкость. Какой патологический процесс в легких обусловил смерть?	1. Отек легких 2. Инфаркт легких 3. Гидроторакс 4. Пневмония 5. Пневмосклероз	1
131	1	131	Б2.Б.1	Больной 63 лет страдал гипертонической болезнью и умер от сердечной недостаточности. При вскрытии найдено увеличенное сердце с расширенными полостями. Микроскопически: кардиомиоциты значительно увеличены в размерах, с жировой дистрофией и гиперхромными бочкообразными ядрами. Какой из перечисленных патологических процессов наиболее вероятен в сердце?	1. Эксцентрическая гипертрофия 2. Концентрическая гипертрофия 3. Миокардит 4. Ангиогенный кардиосклероз 5. Кардиомиопатия	1
132	1	132	Б2.Б.1	Мужчина 52 лет, длительное время болел хроническим гломерулонефритом, который привел к смерти. На вскрытии установлено, что почки резко уменьшены в размерах, плотные, мелкозернистые. Микроскопически: фибринозные воспаления серозных и слизистых оболочек, дистрофические изменения паренхиматозных органов, отек головного мозга. Какое осложнение привело к указанным изменениям серозных и слизистых оболочек?	1. ДВС-синдром 2. Уремия 3. Анемия 4. Сепсис 5. Тромбоцитопения	2
133	1	133	Б2.Б.1	При вскрытии умершей больной, которая страдала ревматизмом с митральным пороком сердца в стадии декомпенсации, выявлено общее венозное полнокровие, уменьшенная в размерах печень с мелкоузелковой поверхностью, ткань органа плотная, на разрезе дольчатого строения, желто-коричневого цвета. Определите наиболее вероятную патологию, выявленную в печени.	1. Билиарный цирроз 2. Постнекротический цирроз 3. Портальный цирроз 4. Жировая дистрофия 5. Атрофия	3

134	1	134	Б2.Б.1	У мужчины 42 лет с сердечной недостаточностью ревматического генеза (стенозом левого атриовентрикулярного отверстия) определяются удушье при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, цианоз губ, влажные хрипы в нижних отделах легких, отеки на нижних конечностях. Какие гистологические изменения будут характерны для печени?	1. Некроз гепатоцитов в центре дольки, гиалиново-капельная дистрофия на периферии 2. Некроз гепатоцитов в центре дольки, гидропическая дистрофия на периферии 3. Некроз гепатоцитов в центре дольки, жировая дистрофия на периферии 4. Жировая дистрофия гепатоцитов в центре дольки, некроз на периферии 5. Гидропическая дистрофия гепатоцитов в центре дольки, некроз на периферии	3
135	1	135	Б2.Б.1	У умершего наркомана в печени гистологически найдена гидропическая дистрофия гепатоцитов, тельца Каунсильмена, лимфоцитарно-макрофагальные инфильтраты в портальных трактах. Наиболее достоверная этиология заболевания:	1. Вирусная 2. Бактериальная 3. Токсическая 4. Паразитарная 5. Грибковая	1
136	1	136	Б2.Б.1	У мужчины 62 лет, который на протяжении 14 лет болел сахарным диабетом, за последние 2 года резко ухудшилось зрение. С какими характерными процессами связано ухудшение зрения?	1. Кальциноз стекловидного тела 2. Микроангиопатия 3. Макроангиопатия 4. Помутнение роговицы	2
137	1	137	Б1.Б.1	У тучной больной 70 лет, страдавшей сахарным диабетом и погибшей от инфаркта головного мозга, на вскрытии обнаружена большая дряблая желтая печень. В истории болезни имеются указания на нефропатию. 1. Какая дистрофия возникла в печени у больной, как образно называется такая печень? 2. Каковы механизмы развития этой дистрофии печени? 3. Какие виды дистрофий могли возникнуть в эпителиальных и сосудистых структурах почек у больной сахарным диабетом, что привело к нефропатии?	1. Паренхиматозная жировая дистрофия («гусиная печень») 2. Жировая дистрофия печени связана с: а) избыточным поступлением жирных кислот и триглицеридов в клетку при гиперлипидемии (при алкоголизме, сахарном диабете, общем ожирении); б) снижением утилизации – окисления жирных кислот на кристах митохондрий (при гипоксии, анемии, токсических воздействиях); в) снижением выведения липидов из печеночной клетки вследствие уменьшения продукции апопротеина, необходимого для транспорта липидов (при нарушении питания в связи с недостатком белка в пище или заболеваниями ЖКТ – алипотропное ожирение печени; при действии токсичных веществ – этанол, CCl ₄ , фосфор и др.); г) наследственными дефектами ферментов, участвующих в жировом обмене. 3. а) в эпителии проксимальных канальцев развивается инфильтрация гликогеном, гидропическая и жировая дистрофия; б) в артериолах – гиалиноз.	

138	1	138	Б1.Б.1	Больной 40 лет, в течение 5 месяцев болел быстро прогрессирующим гломерулонефритом. В клинике выявлены отеки, массивная протеинурия и гипоальбулинемия. Скончался от почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены большие пестрые дряблые почки. 1. Какой синдром осложнил течение гломерулонефрита, и какие структуры почек при этом поражаются? 2. Какие виды дистрофий возникают в почках при этом синдроме? 3. Объясните механизмы развития указанных дистрофий, их морфологические проявления и исходы.	1. Нефротический синдром, ведущим фактором в развитии которого является протеинурия. При этом поражаются проксимальные отделы извитых канальцев. 2. В эпителии канальцев возникает гиалиново-капельная и гидропическая дистрофия. 3. а) Гиалиново-капельная дистрофия: макроскопически органы не изменяются, микроскопически в цитоплазме клеток накапливаются крупные гиалиноподобные капли белка. Клетки эпителия увеличиваются в объеме, апикальные края неровные. Накопление капель связано с протеинурией и реабсорбцией клетками белков с помощью пиноцитоза. Пиноцитозные пузырьки сливаются с лизосомами, которые сливаются друг с другом и образуют эозинофильные включения. Исходом может быть коагуляционный некроз клетки. б) Гидропическая дистрофия: макроскопических изменений нет, микроскопически в цитоплазме клеток появляются вакуоли, которые оттесняют ядра клеток к базальной мембране. Возникает вследствие повреждения мембрано-ферментных систем и недостаточности системы базального лабиринта, обеспечивающего реабсорбцию натрия и воды. Исход – баллонная дистрофия и колликвационный некроз.
139	1	139	Б1.Б.1	Больная 36 лет длительно страдала ревматическим пороком сердца (преобладание стеноза левого атриоventрикулярного отверстия). В течение последних месяцев нарастающая одышка, кашель с ржавой мокротой. Смерть наступила внезапно от массивного желудочного кровотечения. На вскрытии в желудке – множественные эрозии и острая язва, легкие уплотнены, бурого цвета, в сердце склеротическая деформация створок митрального клапана с отложением солей кальция. Створки клапана плотные, белесоватого цвета. 1. Учитывая, что больная погибла от желудочного кровотечения, что обнаружено на дне эрозий и острой язвы? 2. С чем связан цвет мокроты и легких? Объяснить механизм развития. 3. К какому виду кальциноза относится отложение	1. В дне эрозий и язв образуется солянокислый гематин, окрашивающийся в темно-коричневый цвет. 2. При стенозе митрального клапана, приводящем к хроническому венозному застою, в легких развивается бурая индурация. Бурая окраска обусловлена накоплением гемосидерина. Гемосидероз легких – местный гемосидероз, связанный с мелкими кровоизлияниями в легких при венозном застое. В межальвеолярных перегородках и просвете альвеол появляются многочисленные клетки-гемосидерофаги («клетки сердечных пороков»), их наличие в мокроте придает ей ржавый цвет. 3. Кальциноз створок клапанов – это дистрофическое обызвествление. Возникает местно при некрозе, дистрофии, склерозе. Основная причина – ощелачивание среды и усиление активности фосфатаз с адсорбцией извести из крови и тканевой жидкости. Очаги обызвествления имеют каменистую плотность и называются петрификатами. Дистрофическому обызвествлению подвергаются очаги казеозного некроза при туберкулезе и сифилисе, атеросклеротические бляшки, хрящи, погибшие паразиты, очаги хронического воспаления.

				солей кальция в порочно измененные створки клапана; каков механизм и название этих отложений, при каких патологических процессах, кроме порочных клапанов, можно обнаружить кальцинаты? 4. С каким дистрофическим процессом, кроме кальциноза, связана плотность и белесоватый цвет створок клапана, в исходе чего он возникает, каков механизм его образования?	4. а) с гиалинозом; б) гиалиноз возникает в исходе фибриноидного набухания и некроза соединительной ткани, плазматического пропитывания и склероза; в) механизм образования гиалина складывается из разрушения волокнистых структур и пропитывания их фибрином и другими плазменными белками.
140	1	140	Б1.Б.1	У больной при поступлении были обнаружены общие симптомы (бледность, головокружение, одышка, тахикардия) и признаки, характерные для гемолитической анемии (желтуха, увеличение печени и селезенки). В крови низкий гемоглобин, микросфероцитоз и антитела против эритроцитарных антигенов. 1. Ваш диагноз? 2. С каким типом реакции гиперчувствительности связано это заболевание? 3. Каков механизм гибели эритроцитов при этой реакции? 4. Какие еще заболевания связаны с этим типом повреждающей реакции?	1. Аутоиммунная гемолитическая анемия. 2. С реакцией гиперчувствительности II типа. 3. При этой реакции аутоантитела, реагируя с антигенами, расположенными на поверхности эритроцитов, приводят в действие мембраноатакующий комплекс, который «продырявливает» липидный слой мембран эритроцитов – это прямое цитотоксическое действие. 4. Переливание крови несовместимого донора, тромбоцитопения, агранулоцитоз, эритробластоз плода.
141	1	141	Б1.Б.1	На вскрытии умершего от уремии и дыхательной недостаточности, обнаружены увеличенные в объемах печеночной плотности легкие серокрасного цвета, с фибринозными наложениями на висцеральной плевре и мелкозернистой серой поверхностью разреза. Почки массой 360 г, увеличены в размерах. Капсула напряжена, легко снимается при надрезе. Кортикальный слой бледно-серый, пирамиды темно-красные. 1. Назовите выявленную почечную патологию. 2. Этиология и механизм развития. 3. Морфологические изменения в почках, выявляемые при исследовании аутопсийного материала.	1. Пневморенальный синдром Гудпасчера. 2. Этиологические факторы: наследственная предрасположенность, вирусные инфекции дыхательных путей. В основе патогенеза: образование аутоантител к базальным мембранам капилляров клубочков почек и альвеол. 3. Склеротические изменения и коллапс клубочков за счет фиброзно-клеточных полулуний (перигломерулярный склероз и лимфоидная инфильтрация); дистрофические изменения эпителия канальцев; положительный иммунофлюоресцентный тест клубочков с антителами к IgG.

142	1	142	Б1.Б.1	Больному Б., 52 года, по поводу неврологического заболевания проводились блокады новокаином. В месте повторных инъекций развилась гиперемия (покраснение) кожных покровов с явлениями выраженного отека и болезненности. При гистологическом исследовании препаратов кожи из пораженного участка обнаружены участки фибриноидного некроза с выраженной клеточной реакцией. 1. Назовите этиологический вид некроза. 2. Назовите механизм развития данной патологии.	1. Аллергический некроз. 2. Развитие реакций гиперчувствительности немедленного типа в сенсibilизированном организме, проявляющихся альтеративно-деструктивными изменениями.
143	1	143	Б1.Б.1	У умершего от сердечной декомпенсации, длительное время имеющего порок митрального клапана, при аутопсии обнаружены большие бурые и плотные легкие; при гистологическом исследовании в которых выявлено разрастание соединительной ткани и накопление пигмента коричневого цвета. 1. Назовите процесс, возникший в легких. 2. Механизм разрастания соединительной ткани. 3. Какой пигмент накапливается в легких?	1. Бурая индурация легких. 2. Разрастание соединительной ткани в ответ на нарастающую легочную гипоксию, которая становится причиной пролиферации фибробластов; утолщение междольвеоларных перегородок (возникает капиллярно-паренхиматозный блок, замыкающий порочный круг в морфогенезе бурой индурации легких). 3. Происходит накопление гемосидерина.
144	1	144	Б1.Б.1	У больной 35 лет с жалобами на тахикардию, боли в области сердца при обследовании выявлено увеличение щитовидной железы. Макроскопически удаленные узлы щитовидной железы эластичной консистенции, желтовато-серого цвета на разрезе, зернистого вида. <i>При микроскопическом исследовании:</i> фолликулы выстланы цилиндрическим эпителием, имеется его пролиферация с образованием сосочков, ветвящихся внутри фолликулов неправильной, звездчатой формы, которые содержат бледно окрашенный коллоид; определяются участки его резорбции. В строме лимфоплазматическая инфильтрация с формированием лимфоидных фолликулов с зародышевыми центрами. 1. Дайте название данному заболеванию. 2. Характер и механизм развития данной патологии. 4. Осложнения и возможные причины смерти.	1. Диффузный токсический зоб. 2. Органоспецифическое аутоиммунное заболевание. Первичный дефицит и дефект CD8+ Т-лимфоцитов, способствующих образованию тиреостимулирующих IgG, которые связываются с рецепторами тиреоцитов, что приводит к увеличению выработки Т3 и Т4, диффузной пролиферации клеток фолликулов с развитием гипертиреоза. 3. Развитие «тиреотоксического» сердца с исходом в диффузный межсердечный склероз, тиреотоксический фиброз печени, дистрофические изменения нервных клеток, гиперплазия лимфоидной ткани, атрофия коры надпочечников. Сердечно-сосудистая или острая надпочечниковая недостаточность, присоединение вторичной инфекции, кахексия.

145	1	145	Б1.Б.1	У больной 30 лет, прооперированной 2 мес назад по поводу сосочковой цистаденомы яичника, при исследовании выявлен небольшой плотный подвижный опухолевидный узел в молочной железе. После иссечения опухоли ткань ее отправлена на гистологическое исследование. Паренхима опухоли представлена щелевидными железами, а строма – соединительной тканью, которая врастает в стенку протоков и сдавливает их. 1. Какая опухоль развилась в молочной железе? Ее микроскопическая характеристика. Какой еще гистологический вариант данной опухоли известен? 2. Есть ли связь между возникновением опухоли в молочной железе и проведенной операцией по поводу сосочковой цистаденомы яичника? 3. Обладает ли обнаруженная у больной опухоль органоспецифичностью? 4. Дайте макроскопическую характеристику сосочковой цистаденомы яичника. 5. Опишите микропрепарат сосочковой цистаденомы яичника.	1. Фиброаденома – опухоль из железистого эпителия, в которой строма значительно преобладает над перенхимой. Паренхима опухоли – трубчатые железы различной величины и формы, строма – внутридольковая соединительная ткань, которая врастает в стенку протоков, сдавливает их, и они приобретают вид узких щелей. Фиброаденома такого строения называется интраканаликулярной. В периканаликулярной фиброаденоме соединительная ткань растет вокруг протоков, не сдавливая их. 2. Связь есть, так как после операции на яичниках могли развиваться дисгормональные нарушения, которые явились фоном для развития опухоли молочной железы. 3. Фиброаденома молочной железы – органонеспецифическая опухоль. 4. Кистозного вида образование, превосходящее по размерам яичник, с тонкими стенками, выполнено полупрозрачной беловатой жидкостью. Внутренняя поверхность кисты местами гладкая, местами с множеством бело-розовых разрастаний в виде сосочков. Опухоль четко ограничена от оставшейся ткани яичника. 5. Эпителий, выстилающий полость цистаденомы, образует многочисленные выросты в виде сосочков и сохраняет при этом базальную мембрану и полярность.
146	1	146	Б1.Б.1	В приемный покой доставлен пациент, у которого после укуса пчелы развились резкое нарушение функции внешнего дыхания и распространенный цианоз. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия констатирована смерть пациента. На аутопсии обнаружено резкое сужение голосовой щели за счет отека складок гортани, острая эмфизема (вздутие) легких. 1. Укажите, к какому типу гиперчувствительных реакций относится данный процесс? 2. Что лежит в основе данной реакции? 3. Как называется данный патологический процесс?	1. Реакция гиперчувствительности немедленного типа (первый механизм, анафилактическая реакция немедленного типа). 2. Выброс медиаторов лаброцитов и базофилов, в ответ на взаимодействие фиксированных антител с антигеном приводит к развитию острого иммунного воспаления. 3. Анафилактический шок.

Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2)						
<u>Модули:</u> Б1.Б.2. Общественное здоровье и здравоохранение Б1.Б.1. Патологическая анатомия Б1.Б.3. Педагогика Б2.Б.6. Судебно-медицинская экспертиза						
№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
147	1	1	Б1.Б.2	С какими дисциплинами не связана система наук о труде и персонале?	1. экономика труда 2. транспортные системы 3. психология 4. физиология труда 5. социология труда	2
148	1	2	Б1.Б.2	Функции управления персоналом представляют собой комплекс направлений и подходов по:	1. работе с кадрами, ориентированный на удовлетворение производственных и социальных потребностей предприятия 2. повышению эффективности функционирования предприятия 3. увеличению уставного фонда организации 4. совершенствованию стратегии предприятия	1
149	1	3	Б1.Б.2	Потенциал специалиста – это:	1. совокупность возможностей, знаний, опыта, устремлений и потребностей 2. здоровье человека 3. способность адаптироваться к новым условиям 4. способность повышать квалификацию без отрыва от производства	1
150	1	4	Б1.Б.2	Должностная инструкция работника разрабатывается с целью:	1. определения определенных квалификационных требований, обязанностей, прав и ответственности персонала предприятия 2. найма работника на предприятие 3. отбора персонала для замещения определенной должности 4. согласно действующему законодательству 5. достижения стратегических целей предприятия	1
151	1	5	Б1.Б.2	Какой раздел не содержит должностная инструкция?	1. общие положения 2. основные задачи 3. должностные обязанности 4. управленческие полномочия 5. выводы	5

152	1	6	Б1.Б.2	Горизонтальное перемещение сотрудника предусматривает такую ситуацию:	1. переводение с одной работы на другую с изменением заработной платы или уровня ответственности 2. переводение с одной работы на другую без изменения заработной ты или уровня ответственности 3. освобождение сотрудника 4. понижение сотрудника в должности;	1
153	1	7	Б1.Б.2	Сущность социально-психологического аспекта управления персоналом состоит в следующем:	1. отражает уровень развития конкретного производственного процесса, особенности используемых в нем технологии и др 2. отражает вопросы социально-психологического обеспечения управления персоналом, внедрения различных социологических и психологических процедур в практику кадровой работы 3. содержит вопросы, связанные с планированием численности и состава персонала, их материального стимулирования, использованием рабочего времени, организации делопроизводства	2
154	1	8	Б1.Б.2	Сущность организационно-экономического аспекта управления персоналом	1. содержит вопросы, связанные с планированием численности и состава персонала, их материального стимулирования, использованием рабочего времени, организации делопроизводства 2. предусматривает решение вопросов, связанных с воспитанием кадров, наставничеством 3. включает вопросы соблюдения трудового законодательства в кадровой работе	1
155	1	9	Б1.Б.2	Работники предприятия, работающие по найму и имеющих трудовые отношения с работодателем – это:	1. трудовые ресурсы 2. человеческие ресурсы 3. персонал 4. трудовой потенциал.	3
156	1	10	Б1.Б.2	Основными функциями системы управления	1. анализ, планирование, мотивация и контроль 2. учет, аудит, планирование, прогнозирование, контроль 3. планирование, организация, мотивация, контроль, регулирование 4. планирование, прогнозирование, организация, мониторинг, контроль.	3
157	1	11	Б1.Б.2	По содержанию оказания влияния на исполнителей методы управления персоналом подразделяются	1. организационные, экономические, психологические 2. экономические, распорядительные, социальные 3. административные, организационные, социально-психологические 4. административные, экономические, социально-психологические	4
158	1	12	Б1.Б.2	К общим принципам управления персоналом относятся:	1. научность, непрерывность, нормативность, экономичность 2. комплексность, плановость, заинтересованность, ответственность 3. научность, системность, непрерывность, нормативность 4. все вышеперечисленные	4

159	1	13	Б1.Б.2	В историческом развитии в управлении персоналом можно выделить последовательную смену следующих современных концепций и подходов:	1. управление трудовыми ресурсами, управление персоналом, управление человеческими ресурсами, управление трудовым потенциалом, управления человеческим капиталом 2. управление персоналом, управление кадрами, управление человеком 3. менеджмент персонала, управление трудовыми ресурсами, управление человеческими ресурсами, управление человеком 4. управление кадрами, управление персоналом	1
160	1	14	Б1.Б.2	Социальная структура персонала – это:	1. совокупность групп, классифицированных по уровню образования, стажу работы, полу, возрасту, национальности, семейному положению, направлением мотивации и т.д. 2. количественно-профессиональный состав персонала, размеры оплаты труда и фонд заработной платы работников 3. состав и распределение творческих, коммуникативных и поведенческих ролей между отдельными работниками 4. классификация работников в зависимости от выполняемых функций	1
161	1	15	Б1.Б.2	Штатная структура персонала – это:	1. состав и распределение творческих, коммуникативных и поведенческих ролей между отдельными работниками 2. совокупность групп классифицированных по уровню образования, стажу работы, полу, возрасту, национальности, семейному положению, направлением мотивации и т.д. 3. количественно-профессиональный состав персонала, размеры оплаты труда и фонд заработной платы работников 4. классификация работников в зависимости от выполняемых функций	3
162	1	16	Б1.Б.2	Процесс усовершенствования моральных, психологических, социальных, профессиональных и физических качеств личности в их единстве – это:	1. духовное развитие личности 2. нравственное развитие личности 3. гармоничное развитие личности 4. профессиональное развитие личности	3
163	1	17	Б1.Б.2	Группа качеств работника в которую входят: честность, образованность, ответственность, порядочность, уважение к людям – это:	1. личностная 2. социальная 3. адаптационная 4. культурная	1
164	1	18	Б1.Б.2	Группа качеств работника, в которую входят: сообразительность, способность к быстрой адаптации, стрессоустойчивость, обучаемость – это:	1. личностная 2. социальная 3. адаптационная 4. культурная	3

165	1	19	Б1.Б.2	Факторами формирования организационного поведения личности, которые определяют поведение в зависимости от взаимоотношений индивидов, являются:	1. культурологические 2. социально-психологические 3. биопсихологических 4. демографические	2
166	1	20	Б1.Б.3	Факторы, оказывающие влияние на развитие личности:	1. наследственность, среда, воспитание 2. наследственность, обучение 3. цвет кожи 4. среда, обучение 5. наследственность, воспитание	1
167	1	21	Б1.Б.3	Реальная действительность, в условиях которой происходит развитие личности:	1. среда 2. искусство 3. деятельность 4. наследственность 5. школа	1
168	1	22	Б1.Б.3	Движущие силы развития личности – это:	1. деятельность (активная) 2. противоречия (внешние и внутренние) 3. самосознание, саморазвитие 4. учение, труд, общение 5. потребности, склонности, интересы	2
169	1	23	Б1.Б.3	Дополнительный фактор личностного развития:	1. общение / взаимодействие 2. деятельность / активность 3. учеба / труд 4. игра / досуг 5. саморазвитие / самовоспитание	2
170	1	24	Б1.Б.3	Личность – это:	1. живое существо обладающее даром мышления и речи 2. своеобразие психики и личности индивида, её неповторимость 3. человек, как субъект отношений и сознательной деятельности, способный к самопознанию и саморазвитию 4. человек, как неповторимый представитель рода, с его психофизиологическими свойствами	3
171	1	25	Б1.Б.3	Социализация – это	1. процесс вхождения индивида в социальную среду путем овладения социальными нормами 2. процесс обучения учащихся в дошкольных и школьных образовательных учреждениях 3. процесс непрерывного образования индивида в течение его жизни	1

172	1	26	Б1.Б.3	Социализация человека включает:	1. персонализацию, адаптацию 2. адаптацию, интеграцию, самореализацию, индивидуализацию 3. адаптацию, интеграцию, самореализацию 4. адаптацию, персонализацию, интеграцию 5. интеграцию, дифференциацию, индивидуализацию	3
173	1	27	Б1.Б.3	Стадии социализации:	1. начальная, основная, завершающая 2. детство, отрочество, юность 3. дотрудовая, трудовая, послетрудовая 4. дошкольная, школьная, юношеская 5. молодость, зрелость, старость	3
174	1	28	Б1.Б.3	Факторы, оказывающие влияние на развитие личности:	1. наследственность, среда, воспитание 2. наследственность, обучение 3. цвет кожи 4. среда, обучение 5. наследственность, воспитание	1
175	1	29	Б1.Б.1	Этические нормы врача (клинициста, патологоанатома) определяются	1. умениями и навыками 2. законами и приказами 3. моральной ответственностью врача перед обществом 4. этническими особенностями региона	3
176	2	30	Б1.Б.6	Медицинская деонтология это:	1. раздел психологии, изучающий особенности общения медицинского персонала и пациентов 2. учение о приемах диагностики заболеваний на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи 3. раздел судебной медицины, изучающий особенности построения экспертных выводов 4. учение о способах оценки качества оказания медицинской помощи 5. учение о должном поведении врача, направленном на оказание медицинской помощи	5
177	1	31	Б1.Б.1	Основные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя:	1. определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале 2. установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания 3. анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов	1, 2, 3

178	1	32	Б1.Б.1	Основные задачи патологоанатомической службы:	1. прижизненная диагностика заболеваний на основе морфологических исследований биопсийного, операционного материалов, последов 2. посмертная диагностика заболеваний на материалах патологоанатомических вскрытий с установлением причин и механизмов смерти 3. экспертиза качества лечебно-диагностической работы на основе клинικο-морфологических сопоставлений 4. обеспечение достоверной информацией органов государственной статистики, органов управления здравоохранения о структуре заболеваемости, смертности населения по материалам патологоанатомических исследований	1, 2, 3, 4
179	1	33	Б1.Б.1	Должностные обязанности врача-патологоанатома:	1. вырезка совместно с лаборантом биопсийного, операционного и аутопсийного материала 2. дача указаний лаборанту о способах обработки и окраски вырезанного материала 3. микроскопическое исследование гистологических препаратов 4. анализ результатов дополнительных исследований 5. проведение бактериологического исследования	1, 2, 3, 4
180	1	34	Б1.Б.1	В должностные обязанности врача-патологоанатома входят	1. оценка предварительной информации и подготовка к проведению морфологического исследования 2. вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала 3. забор секционного материала для специальных исследований 4. микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала 5. в случае необходимости, привлечение консультантов и использование дополнительных методов исследования	1, 2, 3, 4
181	1	35	Б1.Б.1	В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:	1. оформление протокола патологоанатомического исследования и медицинской карты умершего, заключения о причине смерти и запись во врачебном свидетельстве о смерти 2. составление клинικο-патологоанатомического эпикриза, констатация совпадения или расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов 3. выявление недостатков в диагностике и лечении больного 4. беседа с родственниками умершего с учетом требований этики и деонтологии	1, 2, 3, 4
182	1	36	Б1.Б.1	Годовая нагрузка врача-патологоанатома, выполняющего только исследования биопсий, составляет:	1. 1000 биопсий 1 категории сложности 2. 2000 биопсий 1 категории сложности 3. 3000 биопсий 1 категории сложности 4. 4000 биопсий 1 категории сложности	1

183	1	37	Б1.Б.1	Годовая нагрузка секционной работы на одну штатную должность врача-патологоанатома общесоматического лечебно-профилактического учреждения составляет:	1. 100 вскрытий 1 категории сложности 2. 140 вскрытий 1 категории сложности 3. 150 вскрытий 1 категории сложности 4. 200 вскрытий 1 категории сложности	4
184	1	38	Б1.Б.1	В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:	1. заполнение врачебного свидетельства о смерти в соответствии с требованиями МКБ 2. выполнение производственных поручений заведующего отделением 3. оказывать консультативную помощь врачам других подразделений медицинской организации по своей специальности 4. дежурство по лечебному учреждению	1, 2, 3

185		39		Ключевой фигурой в патологоанатомической службе является врач-патологоанатом. Эффективность работы патологоанатома зависит от его профессиональных и личных качеств: высокого профессионализма, исполнительской дисциплины, инициативы, организаторских способностей и умения общаться с людьми, соблюдение врачебной этики, гуманности, воспитания. 1. В чем заключается подготовка врача-патологоанатома к морфологическим исследованиям? 2. Что должен делать патологоанатом при гистологическом исследовании препаратов? 3. Правила постановки патологоанатомического диагноза?	1. Проконтролировать готовность помещения и оборудования, подготовить к проведению исследования необходимые инструменты, аппараты, составить план целенаправленного морфологического исследования и определить порядок его осуществления. 2. Составить макроскопическое описание органов и тканей, вырезать из присланного материала кусочки для последующего гистологического исследования, выбрать методы фиксации, обработки и окраски материала, определить число гистологических препаратов. 3. Выставить диагноз с учетом требований МКБ-10, определить основное заболевание, выявить наличие осложнений основного заболевания, установить диагнозы сопутствующих заболеваний, выявить непосредственную причину смерти.	
-----	--	----	--	---	--	--

Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Модули:

Б1.Б.3: Педагогика

№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
186	1	1	Б1.Б.3	Компетенция – это:	1. вид профессиональной деятельности, предполагающий определенный уровень знаний, умений и навыков 2. способность использовать знания, умения и личностные качества для успешной профессиональной деятельности 3. качество человека, обладающего всесторонними знаниями в конкретной области 4. базовые качества индивидуума, имеющие причинные связи с эффективной деятельностью после обучения	2, 4
187	1	2	Б1.Б.3	Факторами, обусловившими внедрение компетентностного подхода в образовании, являются:	1. мобильность рынка труда 2. необходимость обеспечить основания для сопоставимости дипломов 3. отказ от признания объема знаний выпускника в качестве определяющего фактора его профессионального успеха 4. эволюция информационной среды: возможность оперативного получения актуальной профессиональной информации 5. многократное увеличение объема доступной информации 6. идея о признании необходимости большей самостоятельности вузов в определении содержания ООП 7. необходимость унифицировать содержание подготовки выпускников в рамках отдельных направлений и специальностей	2, 4, 7
188	1	3	Б1.Б.3	ФГОС ВО разрабатывается:	1. для каждого направления подготовки 2. для каждого уровня подготовки 3. для каждого направления и уровня подготовки	3

189	1	4	Б1.Б.3	Какая группа компетенций формируется самими вузами с учетом требований профессиональных стандартов и запросов потенциальных работодателей:	1. УК 2. ОК 3. ОПК 4. ПК	3, 4
190	1	5	Б1.Б.3	УМК учебной дисциплины включает в себя:	1. планы занятий 2. ООП 3. учебный план 4. РПД	1, 3, 4
191	1	6	Б1.Б.3	Государственные стандарты в педагогике – это	1. официальные, закреплённые документально требования, предъявляемые к содержанию образовательного процесса и его обеспечению 2. максимальные показатели, к которым должны стремиться все учащиеся 3. социально одобряемые результаты образовательной деятельности	1
192	1	7	Б1.Б.3	Современное представление о креативности:	1. делает акцент на оригинальности мыслительной деятельности 2. ставит ее выраженность в прямую зависимость от общего интеллекта 3. относит ее к общим способностям	3
193	1	8	Б1.Б.3	Обучающая роль тестирования выше, когда студент:	1. сразу получает сигнал об ошибке и верный ответ 2. получает обратную связь в течение часа после тестирования	2
194	1	9	Б1.Б.3	К видам наказания в педагогике относятся:	1. моральное и словесное осуждение 2. штрафы и взыскания 3. лишение права на образование	1
195	1	10	Б1.Б.3	Педагогика – это наука о	1. воспитании ребенка в условиях образовательных учреждений 2. образовании и воспитании человека, преимущественно в детстве и юности 3. свободном формировании личности человека с рождения до старости	2
196	1	11	Б1.Б.3	Предметом педагогики выступает	1. процесс обучения ребенка в образовательных учреждениях, 2. процесс общения педагога с учеником 3. процесс формирования и развития личности в ходе ее обучения и воспитания	3
197	1	12	Б1.Б.3	Социальная педагогика – это наука	1. о воздействии социальной среды на формирование личности человека 2. о воспитании ребенка в рамках системы образования 3. о формах взаимодействия личности и общества	1
198	1	13	Б1.Б.3	Что собой представляет мировоззрение человека?	1. Система взглядов человека на окружающую действительность – природу и общество. 2. Осознание собственного «я» в процессе социального взаимодействия. 3. Оценка деятельности государства с точки зрения гражданина.	1

199	1	14	Б1.Б.3	Функции педагогической науки:	1. теоретическая, технологическая 2. контрольная, оценочная 3. практическая, нормативная 4. дидактическая; воспитательная 5. развивающая, социализирующая	4
200	1	15	Б1.Б.3	Первые педагогические мысли встречаются в трудах:	1. Коперник, Ньютон 2. Галилей, Дж. Бруно 3. Сократ, Платон, Аристотель 4. Леонардо да Винчи 5. Ф. Бекон	3
201	1	16	Б1.Б.3	Развитие педагогики как науки определило:	1. прогресс науки и техники 2. забота родителей о счастье детей 3. биологический закон сохранения рода 4. объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду 5. повышение роли воспитания в общественной жизни	4
202	1	17	Б1.Б.3	Процесс и результат усвоения определенной системы знаний и обеспечение на этой основе соответствующего уровня развития личности	1. воспитание 2. образование 3. педагогический процесс 4. обучение	2
203	1	18	Б1.Б.3	Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе	1. дидактика 2. педагогическая система 3. педагогический процесс 4. обучение	2
204	1	19	Б1.Б.3	Сфера человеческой деятельности, в которой происходит выработка и теоретическая систематизация объективных знаний о действительности	1. искусство 2. наука 3. производство 4. творчество	2
205	1	20	Б1.Б.3	Укажите этапы педагогического процесса:	1. основной, подготовительный, пропедевтический 2. прогностический, основной, корректирующий 3. подготовительный, основной, заключительный 4. целеполагания, диагностика, управления 5. мотивационный, стимулирующий, корректирующий	3

206	1	21	Б1.Б.3	Содержанием целостного педагогического процесса является:	1. общечеловеческая культура. знания, умения, навыки 2. положительные качества личности 3. совокупность мыслительных операций 4. учебный материал, подлежащий усвоению на уроке и вне его	1
207	1	22	Б1.Б.3	Регистрация, ранжирование, шкалирование являются видами	1. математических методов 2. моделирования 3. теоретического анализа	1
208	1	23	Б1.Б.3	Тифлопедагогика	1. обучение и воспитание слепых и слабовидящих 2. обучение и воспитание правонарушителей и малолетних преступников 3. обучение и воспитание умственно отсталых и детей с задержками умственного развития 4. обучение и воспитание детей с нарушениями речи	1
209	1	39	Б1.Б.3	Воспитание – это:	1. процесс целенаправленного воздействия воспитателя на сознание и поведение воспитанника 2. управление процессом развития и социализации личности 3. процесс влияния на подрастающее поколение с целью передачи им культуры и опыта 4. деятельность человека, направленная на саморазвитие	2
210	1	24	Б1.Б.3	Метод воспитания – это	1. способ стимулирования развития воспитуемого путем предъявления ему эталона 2. актуальный для определенного возраста способ формирования знаний, умений и навыков 3. способ воздействия на сознание, волю и чувства воспитуемого с целью выработки у него определенных убеждений	3
211	1	40	Б1.Б.3	Личность – это:	1. живое существо обладающее даром мышления и речи 2. своеобразие психики и личности индивида, её неповторимость 3. человек, как субъект отношений и сознательной деятельности, способный к самопознанию и саморазвитию 4. человек, как неповторимый представитель рода, с его психофизиологическими свойствами	3
212	1	41	Б1.Б.3	Факторы, оказывающие влияние на развитие личности:	1. наследственность, среда, воспитание 2. наследственность, обучение 3. цвет кожи 4. среда, обучение 5. наследственность, воспитание	1

213	1	42	Б1.Б.3	Реальная действительность, в условиях которой происходит развитие личности:	1. среда 2. искусство 3. деятельность 4. наследственность 5. школа	1
214	1	43	Б1.Б.3	Движущие силы развития личности – это:	1. деятельность (активная) 2. противоречия (внешние и внутренние) 3. самосознание, саморазвитие 4. учение, труд, общение 5. потребности, склонности, интересы	2
215	1	44	Б1.Б.3	Дополнительный фактор личностного развития:	1. общение / взаимодействие 2. деятельность / активность 3. учеба / труд 4. игра / досуг 5. саморазвитие / самовоспитание	2
216	1	25	Б1.Б.3	Социализация – это	1. процесс вхождения индивида в социальную среду путем овладения социальными нормами 2. процесс обучения учащихся в дошкольных и школьных образовательных учреждениях 3. процесс непрерывного образования индивида в течение его жизни	1
217	1	45	Б1.Б.3	Социализация человека включает:	1. персонализацию, адаптацию 2. адаптацию, интеграцию, самореализацию, индивидуализацию 3. адаптацию, интеграцию, самореализацию 4. адаптацию, персонализацию, интеграцию 5. интеграцию, дифференциацию, индивидуализацию	3
218	1	46	Б1.Б.3	Стадии социализации:	1. начальная, основная, завершающая 2. детство, отрочество, юность 3. дотрудовая, трудовая, послетрудовая 4. дошкольная, школьная, юношеская 5. молодость, зрелость, старость	3
219	1	26	Б1.Б.3	Личность в педагогике выражается совокупностью	1. знаний, умений и навыков 2. социальных качеств, приобретенных индивидом 3. биологических и социальных признаков	2
220	1	27	Б1.Б.3	Личностное общение становится ведущей деятельностью	1. в подростковом возрасте 2. в младшем школьном возрасте 3. в дошкольном возрасте.	1

221	1	28	Б1.Б.3	Система педагогических наук включает	1. дошкольную педагогику 2. возрастную психологию 3. соционику	1
222	1	29	Б1.Б.3	В когнитивную составляющую самосознания входит	1. самовоспитание 2. саморазвитие 3. знание личности о себе	3
223	1	30	Б1.Б.3	Личностные свойства, обусловленные социально, это	1. иерархические отношения 2. ценностные отношения 3. субъектно-объектные отношения	2
224	1	31	Б1.Б.3	Образование – это	1. целенаправленный процесс воспитания и обучения 2. процесс взаимодействия педагога и учащегося 3. система государственных и муниципальных учреждений	1
225	1	32	Б1.Б.3	Самообразование – это	1. процесс получения знаний и формирования умений и навыков, инициированный учащимся вне рамок системы образования в любом возрасте 2. обучение учащихся на дому со сдачей экзаменов в учебном заведении 3. подготовка к итоговой аттестации вне учебного заведения.	1
226	1	33	Б1.Б.3	Целенаправленный процесс обучения и воспитания в интересах личности – это	1. образование 2. развитие 3. взросление	1
227	1	34	Б1.Б.3	Внутреннее побуждение личности к тому или иному виду деятельности – это	1. повод 2. мотив 3. причина	2
228	1	35	Б1.Б.3	Правило от легкого к трудному относится к принципу	1. систематичности и последовательности 2. логичности 3. аргументированности и доказательности	1

Профессиональные компетенции						
Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)						
Модули: Б1.Б.2. Общественное здоровье и здравоохранение Б1.Б.1. Патологическая анатомия Б1.В.1. Онкоморфология и современные методы исследования в патанатомии Б1.В.2. Эпидемиологически значимые инфекционные заболевания Б1.В.ДВ.2. Иммуногистохимическая диагностика в патанатомии Б1.В.ДВ.2. Молекулярно-биологическая диагностика в патанатомии						
№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
229	1	1	Б1.Б.2	По определению ВОЗ, здоровье – это состояние:.	1. полного физического и психического благополучия, а не только отсутствие болезней 2. полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов 3. полного нервно-психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов 4. организма человека, при котором функции его органов и систем уравновешены с окружающей средой и какие-либо болезненные явления отсутствуют	2
230	1	2	Б1.Б.2	По определению ВОЗ, образ жизни – это:	1. стиль жизни, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья 2. система наиболее существенных, типичных характеристик деятельности, активности человека в единстве как количественных, так и качественных сторон проявления 3. понятие, характеризующее особенности повседневной жизни человека, охватывая труд, быт, формы использования свободного времени, нормы и правила поведения 4. качество жизни, определяемое мотивированным поведением человека	2
231	1	3	Б1.Б.2	Основные факторы, формирующие здоровье:	образ жизни, наследственность и окружающая среда	

232	1	4	Б1.Б.2	По определению ВОЗ, здоровый образ жизни – это:	1. стиль жизни, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья 2. система наиболее существенных, типичных характеристик деятельности, активности человека в единстве количественных и качественных сторон проявления 3. понятие, характеризующее особенности повседневной жизни человека, охватывая труд, быт, формы использования свободного времени, нормы и правила поведения 4. оптимальное качество жизни, определяемое мотивированным поведением человека, направленным на сохранение и укрепление здоровья в условиях воздействия на него природных и социальных факторов окружающей сред	4
233	1	5	Б1.Б.2	Ведущий фактор, определяющий здоровье:	1. уровень развития и доступность медицинской помощи 2. наследственность 3. состояние окружающей среды 4. образ жизни	4
234	1	6	Б1.Б.2	Факторы, которые гипотетически связаны с развитием заболевания, сопутствующие распространению или повышенной вероятности возникновения новых случаев данного заболевания – это:	1. образ жизни 2. факторы риска 3. условия жизни 4. факторы окружающей среды	2
235	1	7	Б1.Б.2	Вклад образа жизни в общую структуру формирования здоровья, согласно определению ВОЗ, составляет:	1. 8-10% 2. 18-20% 3. 20-25% 4. 50%	4
236	1	8	Б1.Б.2	Вклад окружающей среды в общую структуру формирования здоровья, согласно определению ВОЗ, составляет:	1. 8-10% 2. 18-20% 3. 20-25% 4. 50%	3
237	1	9	Б1.Б.2	К компонентам здорового образа жизни относятся:	1. оптимальный двигательный режим 2. рациональная организация труда и отдыха 3. сбалансированное рациональное питание 4. стиль поведения в обществе	1, 2, 3
238	1	10	Б1.Б.2	К компонентам здорового образа жизни относятся:	1. отказ от саморазрушающего поведения 2. повышение производительности труда 3. профилактика психоэмоционального неблагополучия и стрессов 4. повышение уровня медицинских знаний	1, 3, 4

239	1	11	Б1.Б.2	Установить соответствие между видом здоровья и его отличительными признаками:	1. физическое 2. психическое 3. нравственное 4. репродуктивное	5. сознательное отношение к труду, активное неприятие вредных привычек 6. рост, масса тела и окружность грудной клетки, соответствующие возрастно-половым нормативам 7. высокий уровень развития памяти и внимания, адекватные поведенческие реакции 8. отсутствие анатомических, физиологических и психологических препятствий для оплодотворения и вынашивания ребенка	1-6 2-7 3-5 4-8
240	1	12	Б1.Б.2	Установить соответствие между факторами, определяющими здоровье человека и элементами их характеризующими:	1. биологические 2. социально-экономические 3. природные 4. психофизиологические	5. условия труда, быта, отдыха 6. пол, возраст, генотип 7. коммуникабельность, стрессоустойчивость 8. климат, погода, флора и фауна	1-6 2-5 3-8 4-7
241	1	13	Б1.Б.2	Установить соответствие между уровнем здоровья и соответствующим функциональным состоянием организма:	1. полное здоровье 2. донозологическое состояние 3. преморбидное состояние 4. болезнь	5. срыв адаптации со значительным снижением функциональных возможностей организма 6. напряжение механизмов адаптации 7. достаточные адаптационные возможности организма, позволяющие оптимально адаптироваться к меняющимся условиям окружающей среды 8. снижение функциональных резервов организма	1-7 2-6 3-8 4-5
242	1	14	Б1.Б.2	Пожилой возраст считается:	60-75 лет		
243	1	15	Б1.Б.2	Старческий возраст считается:	1. 60-75 2. 75-90 3. 45-60 4. 60-80		2
244	1	16	Б1.Б.2	Долгожители – это люди:	1. старше 75 лет 2. старше 90 лет 3. старше 80 лет		2
245	1	17	Б1.Б.2	Профилактика первичная – это	1. комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний 2. комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний 3. комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний		3

246	1	18	Б1.Б.2	Профилактика вторичная – это	1. комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний 2. комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний 3. комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний	3
247	1	19	Б1.Б.2	Реабилитация направлена на:	1. устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций 2. устранение заболевания 3. устранение вредных для здоровья факторов	1
248	1	20	Б1.Б.2	Какая стратегия профилактики и укрепления здоровья является наиболее перспективной, по мнению экспертов ВОЗ?	1. стратегия высокого риска 2. стратегия популяционная (массовой профилактики) 3. сочетание вышеперечисленных стратегий.	3
249	1	21	Б1.Б.2	Риск каких заболеваний и нарушений здоровья из нижеперечисленных в большей степени зависит от нездорового образа жизни?	1. сердечно-сосудистых 2. травм и несчастных случаев 3. болезней нервной системы 4. новообразований 5. болезней органов пищеварения	2
250	1	22	Б1.Б.2	Информационная система о факторах здоровья должна включать:	Данные официальной медицинской статистики и данные специальных исследований	
251	1	23	Б1.Б.2	Скринирующие исследования направлены на:	1. выявление заболеваний на ранних стадиях. 2. выявление заболеваний и факторов риска 3. выявление факторов риска и факторов здоровья	2
252	1	24	Б1.Б.2	На каком принципе основана рекомендация ВОЗ о развития системы мониторинга факторов риска в странах:	1. комплексной оценки здоровья 2. от простого к сложному 3. оценки ресурсов здоровья. 4. оценки индексов здоровья	2
253	1	25	Б1.Б.2	По определению ВОЗ к основным неинфекционным заболеваниям относят:	1. болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства 2. болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства 3. болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.	1

254	1	26	Б1.Б.2	Какие из управляемых факторов риска считаются основными, ответственными за рост смертности в России?	1. курение, потребление алкоголя, нездоровое питание 2. только курение 3. курение и повышенное артериальное давление 4. курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание.	4
255	1	27	Б1.Б.2	Чем необходимо руководствоваться при выборе стратегии индивидуальной профилактики?	1. уровнями отдельных факторов риска 2. возрастом 3. географическими условиями и характеристиками окружающей среды 4. суммарным риском 5. наличием необходимого оборудования	4
256	1	28	Б1.Б.2	Профилактическая программа это:	1. комплекс организационных и технологических мероприятий по управлению и осуществлению профилактической программы 2. систематизированное изложение основных целей, задач, направленных на профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, сохранение и укрепление здоровья 3. повседневная работа и деятельность системы здравоохранения, общественных организаций	2
257	1	29	Б1.Б.2	Какие показатели официальной медицинской статистики являются необходимыми для комплексной оценки бремени болезни в популяции?	1. смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность. 3. летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность 4. смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность 5. смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность 6. смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность	1
258	1	30	Б1.Б.2	Какие факторы, по Вашему мнению, наиболее способствуют успешному проведению профилактического консультирования в здравоохранении?	1. уровень информированности пациента о факторах риска 2. уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования 3. уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта 4. желание пациента изменить свое поведение 5. знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактической консультировании	2, 3, 5
259	1	31	Б1.В.1	Основные мутагены по мутационной теории лейкозов	1. грибы и ионизирующее излучение 2. ионизирующее излучение и стрептококки 3. ионизирующее излучение, вирусы и грибы 4. химические вещества, ионизирующее излучение и вирусы 5. вирусы, грибы и стрептококки	4

260	1	32	Б1.В.1	В каком возрасте отмечается пик заболеваемости раком щитовидной железы	1. 10-20 лет и 45-65 лет 2. старше 35 лет 3. старше 55 лет 4. 20-30 лет и 65-75 лет	1
261	1	33	Б1.В.1	Перечислите фоновые заболевания для рака щитовидной железы	1. аутоиммунный тиреоидит 2. узловой зоб 3. аденома щитовидной железы	1, 2, 3
262		34	Б1.В.1	Гистологические признаки малигнизации аденом щитовидной железы:	1. гиперхроматоз ядер 2. клеточный полиморфизм 3. инфильтрирующий рост в капсулу и стенки сосудов 4. активизация ядрышкового организатора	1, 2, 3, 4
263		35	Б1.В.1	Соответствие между 1) фолликулярным и 2) папиллярным раком щитовидной железы и их клиническими особенностями:	а) составляет 25% от всех форм рака б) встречается в регионах, эндемичных по зобу в) составляет 70-80% от всех форм рака г) растет медленно, редко метастазирует в л/узлы д) растет медленно, распространяется по лимфатической системе е) наиболее частая локализация метастазов в легких и костях	1 а, б, г, е 2 в, д
264		36	Б1.В.1	Соответствие между 1) медулярным и 2) анапластическим раком щитовидной железы и их клиническими особенностями:	а) встречается в виде наследственных разновидностей б) встречается в регионах, эндемичных по зобу в) маркером опухоли служит кальцитонин г) наличие диареи у 25-32% больных д) опухоль состоит из нескольких слившихся узлов без четких границ е) большинство больных в 40-50-летнем возрасте ж) чаще встречается у пожилых (65-70 лет)	1 а, в, г, е 2 б, д, ж
265	1	37	Б1.В.1	Укажите соответствие 1) прогностически неблагоприятных факторов и 2) благоприятных факторов при раке щитовидной железы:	а) возраст детский и старше 45 лет б) возраст 40 лет в) мужской пол г) женский пол д) малодифференцированный рак, е) высокодифференцированный рак ж) распространение опухоли за пределы щитовидной железы з) локализация опухоли в пределах щитовидной железы	1 а, в, д, ж 2 б, г, е, з
266	1	38	Б1.В.1	Эколого-географические факторы риска рака легкого:	1. перемена климатических зон 2. неблагоприятная экологическая ситуация (загрязнение воздуха, воды, почвы) 3. смена часовых поясов 4. наличие геопатогенных зон	2

267	1	39	Б1.В.1	Бытовые факторы риска рака легкого:	1. физические (простудные) 2. химические (бытовая химия) 3. курение 4. физическое перенапряжение	3	
268	1	40	Б1.В.1	Факторы риска рака легкого у хронического курильщика:	1. гипоксия 2. снижение иммунитета 3. гиповентиляция 4. хронические заболевания легких	4	
269	1	41	Б1.В.1	К гистологически выявляемому процессу в эпителии бронхов, предшествующему раку (фоновый процесс), относится:	1. метаплазия 2. экзоцитоз 3. дисплазия 4. гиперплазия 5. хроническое воспаление	1	
270	1	42	Б1.В.1	Возможный тип метаплазии эпителия бронхов:	1. крупноклеточная 2. фибробластическая 3. плоскоклеточная 4. мелкоклеточная	3	
271	1	43	Б1.В.1	Предраковые заболевания легких:	1. хроническая пневмония 2. пневмосклероз 3. гамартома 4. абсцесс	1	
272	1	44	Б1.В.1	Соответствие между мерами и видами профилактики рака легкого:	1. борьба с курением 2. предупреждение хронических заболеваний легких и бронхов 3. нормализация экологической обстановки	в) вторичная а) личная б) первичная	1 а 2 в 3 б
273	1	45	Б1.В.1	Какие характеристики рака легкого влияют на прогноз течения заболевания:	1. морфологическое строение опухоли 2. наличие инвазии опухоли в плевру 3. наибольший размер опухолевого узла 4. все вышеперечисленное	4	
274	1	46	Б1.В.1	К факторам риска рака желудка не относится:	1. мужской пол 2. курение 3. Синдром Золлингера-Эллисона 4. инфицированность пилорическим хеликобактером 5. атрофический гастрит	3	

275	1	47	Б1.В.1	Для дисплазии эпителия слизистой оболочки желудка второй стадии характерно	1. наличие бокаловидных клеток 2. наличие перстневидных клеток 3. наличие клеток с «выскальзывающимися» ядрами 4. свободный апикальный отдел клеток	3, 4
276	1	48	Б1.В.1	Предраковое состояние в желудке	1. хронический атрофический гастрит с дисплазией 2. фибринозный гастрит 3. плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия 4. хронический гастрит с повышенной кислотностью 5. синдром Мэллори-Вейсса	1
277	1	49	Б1.В.1	Наибольший риск развития рака желудка существует при:	1. хроническом поверхностном гастрите 2. рецидивирующем остром эрозивном гастрите 3. гипертрофической гастропатии Менетрие 4. хроническом атрофическом гастрите с кишечной метаплазией и дисплазией эпителия 5. аденоматозном полипе желудка	4
278	1	50	Б1.В.1	Клинические последствия морфологического заключения «неинвазивная неоплазия низкой степени» в соответствии с Венской классификацией эпителиальных неоплазий	1. показаний для динамического наблюдения нет 2. необходима повторная биопсия 3. эндоскопическое удаление 4. динамическое наблюдение 5. хирургическая резекция	3
279	1	51	Б1.В.1	Ранний рак желудка – это:	1. инвазивная аденокарцинома, ограниченная слизистой оболочкой или слизистой оболочкой и подслизистой основой, без метастазов в регионарных лимфатических узлах 2. инвазивная аденокарцинома, ограниченная слизистой оболочкой, независимо от вовлечения регионарных лимфатических узлов 3. инвазивная аденокарцинома, ограниченная слизистой оболочкой или слизистой оболочкой и подслизистой основой, независимо от вовлечения регионарных лимфатических узлов 4. инвазивный рак любого гистологического типа, ограниченный слизистой оболочкой или слизистой оболочкой и подслизистой основой, без метастазов в регионарных лимфатических узлах	3
280	1	52	Б1.В.1	Зона наиболее подверженная для развития дисплазии и рака шейки матки	1. влагалищная часть шейки матки 2. цервикальный канал 3. место стыка цервикального и плоского эпителия 4. многослойный плоский эпителий	3

281	1	53	Б1.В.1	Наиболее вероятный этиологический фактор рака шейки матки	1. вирус Эпштейна - Барра 2. вирус герпеса 3. вирус папилломы человека 4. вирус Эбола	3
282	1	54	Б1.В.1	Для микрокарциномы шейки матки характерно:	1. наличие атипичных клеток в области нижней трети эпителиального пласта 2. наличие одиночных комплексов рака с признаками стратификации в строме шейки матки 3. рост опухолевой ткани на глубину более 3 мм 4. рост опухолевой ткани на глубину менее 3 мм 5. прорастание опухоли до серозного покрова	4
283	1	55	Б1.В.1	Предопухолевыми изменениями эндометрия для эндометриоидной аденокарциномы тела матки являются:	1. атипическая гиперплазия эндометрия 2. серозная эндометриальная интраэпителиальная карцинома 3. аденомиоз тела матки 4. атрофия эндометрия	1
284	1	56	Б1.В.1	Диагноз атипической гиперплазии эндометрия основывается на обнаружении:	1. выраженной атрофии желез в сочетании с повышенной пролиферативной активностью эпителия части желез 2. выраженной пролиферации желез с изменением их архитектоники (сосочковые разрастания, внутрижелезистые выросты в виде подушек или участков "железа в железе") 3. признаков клеточного и ядерного атипизма в отдельных эпителиальных клетках	2, 3
285	1	57	Б1.В.1	Самый высокий риск малигнизации наблюдается при	1. простой гиперплазии эндометрия 2. сложной гиперплазии эндометрия 3. сложной атипической гиперплазии эндометрия 4. простой атипической гиперплазии эндометрия 5. хроническом эндометрите	3
286	1	58	Б1.В.1	Зародышевые мутации в генах BRCA1/2 обуславливают повышенную частоту у носителей следующих раков:	1. рака толстой кишки 2. рака молочной железы 3. плеоморфноклеточной липосаркомы 4. гастроинтестинальной стромальной опухоли	2
287	1	59	Б1.В.1	У носителей зародышевых мутаций в генах BRCA1/2 наиболее частым суррогатным молекулярным типом рака молочной железы является:	1. люминальный тип А 2. люминальный тип Б 3. Her2-позитивный тип 4. трижды негативный тип	4

288	1	60	Б1.В.1	Что из перечисленного является прогностическим параметром для рака молочной железы:	1. размер опухоли 2. статус регионарных лимфатических узлов 3. гормональный статус опухоли	1, 2, 3
289	1	61	Б1.В.1	Укажите предраковый процесс в предстательной железе	1. нодулярная гиперплазия предстательной железы 2. простатическая интраэпителиальная неоплазия (PIN) 3. острый простатит 4. хронический простатит 5. базально-клеточная гиперплазия предстательной железы	2
290	1	62	Б1.В.1	Нормальным уровнем ПСА у здоровых мужчин в возрасте от 50 до 70 лет является:	1. менее 1,0 нг/мл 2. 1,0-4,0 нг/мл 3. более 10 нг/мл 4. более 15 нг/мл	2
291	1	63	Б1.В.1	Повышение уровня ПСА может быть обусловлено:	1. воспалительными заболеваниями простаты 2. гипертрофией простаты 3. проведением пальпации простаты или выполнением инструментальных воздействий непосредственно на предстательную железу 4. все перечисленное	1, 2, 3
292	1	64	Б1.В.1	Наиболее благоприятным прогностическим фактором является сумма баллов по Глисон:	1. не более 6 2. 7 баллов 3. 8 баллов 4. 9-10 баллов	1
293	1	65	Б1.В.1	Соответствие между морфологическими прогностическими группами (ВОЗ, 2016) и суммой баллов по шкале Глисона при раке простаты:	1. Группа 1 а) Глисон ≤6 2. Группа 2 б) Глисон 7 (3+4) 3. Группа 3 в) Глисон 7 (4+3) 4. Группа 4 г) Глисон 8 5. Группа 5 д) Глисон 9 е) Глисон 10	1 а 2 б 3 в 4 г 5 д, е
294	1	66	Б1.В.1	К группе промежуточного риска по D'Amico относят пациентов, имеющих сумму баллов по Глисон:	1. не более 4 2. не более 6 3. 7 баллов 4. от 8 до 10	3
295	1	67	Б1.В.1	К группе высокого риска по D'Amico относят пациентов, имеющих сумму баллов по Глисон:	1. не более 6 2. 7 баллов 3. от 8 до 10 4. не более 5	3

296	1	68	Б1.В.1	Основными факторами для оценки прогноза при раке простаты служат:	1. ПСА до лечения 2. сумма Глисона 3. стадия заболевания TNM	1, 2, 3
297	1	69	Б1.В.1	При выборе тактики лечения рака предстательной железы основное значение имеет:	1. только стадия заболевания TNM 2. только уровень ПСА 3. только сумма баллов по Глисону 4. определение степени риска по номограммам, учитывающим все перечисленные факторы	4
298	1	70	Б1.В.1	Фактор, предрасполагающий к возникновению опухолей яичка:	1. курение 2. крипторхизм 3. авитаминоз Е 4. ожирение 5. чрезмерное употребление алкоголя	2
299	1	71	Б1.В.1	К предраковым заболеваниям слизистой оболочки относят:	1. плоский лишай 2. фиброму 3. кератоз 4. болезнь Боуэна	2
300	1	72	Б1.В.1	Дисплазия начинается со следующего слоя многослойного плоского эпителия	1. рогового 2. базального 3. шиповатоклеточного 4. все перечисленное верно	2
301	1	73	Б1.В.1	Опухоли меланинообразующей ткани	1. невус 2. астроцитома 3. фиброма 4. меланома 5. менингиома	1, 4
302	1	74	Б1.В.1	К косвенным макроскопическим признакам малигнизации невуса могут относиться:	1. асимметрия, нечеткие границы 2. геморрагии, перифокальное воспаление 3. болезненность и отек невуса 4. появление волос на поверхности невуса	1, 2, 3
303	1	75	Б1.В.1	Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментных пятен являются признаки:	1. появления бляшковидного утолщения на фоне пятна 2. потери "кожного рисунка" в области бляшки 3. изменения окраски в области бляшки 4. розоватого припухлого венчика вокруг пятна	1, 2, 3, 4

304	1	76	Б1.В.1	Какие из нижеперечисленных характеристик меланомы кожи являются прогностически важными:	1. изъязвление поверхности 2. толщина опухоли 3. лимфоваскулярная инвазия	1, 2, 3
305	1	77	Б1.В.1	В онкогенезе у человека при лейкозах и лимфомах принимают участие вирусы	1. герпеса – HHV-8 2. гепатита В – HBV 3. иммунодефицита – HIV 4. Эпштейна-Барр – EBV 5. Т-лимфотропный человека – HTLV-1	1, 4, 5
306	1	78	Б1.Б.1	Вирусный гепатит В характеризуется:	1. длительной персистенцией вируса в организме 2. фекально-оральным путем передачи 3. парентеральным путем передачи 4. вертикальным путем передачи 5. формированием носительства	1, 3, 4, 5
307	1	79	Б1.Б.1	В каких ситуациях характерно развитие острого инфекционного эндокардита?	1. у инъекционных наркоманов 2. при пороках сердца 3. при сепсисе 4. при осложнениях катетеризации вен 5. при протезировании клапанов сердца	1, 4, 5
308	2	80	Б1.Б.1	К стадиям ВИЧ-инфекции относятся	1. вирусоносительство 2. преСПИД 3. СПИД 4. лимфогистиоцитарная 5. с подавлением лимфоидной ткани	1, 2, 3
309	2	81	Б1.Б.1	К «конституциональным состояниям» при ВИЧ-инфекции относятся	1. синдром хронической усталости 2. лихорадка неясного генеза 3. потеря массы тела 4. оппортунистические инфекции 5. персистирующая генерализованная лимфаденопатия	1, 2, 3
310	2	82	Б1.Б.1	Наиболее частая локализация первичного туберкулёзного аффекта в лёгких	1. верхняя доля правого лёгкого 2. нижняя доля правого лёгкого 3. нижняя доля левого лёгкого 4. верхняя доля левого лёгкого	1
311	2	83	Б1.Б.1	Перечислите органы, которые поражаются при первичном туберкуле в случае алиментарного заражения:	1. миндалины 2. тощая кишка 3. желудок 4. прямая кишка	1, 2, 3

312	2	84	Б1.Б.1	Какие из перечисленных форм туберкулеза хорошо поддаются современной терапии	1. хронический фиброзно-кавернозный туберкулез 2. острый очаговый туберкулез легких 3. хроническая легочная чахотка 4. первичный туберкулез 5. туберкулема	2, 4, 5
313	2	85	Б1.Б.1	Сахарный диабет I типа (инсулин-зависимый) характеризуется следующими перечисленными признаками:	1. более молодым возрастом 2. склонностью к кетоацидозу 3. отсутствием кетоацидоза 4. абсолютной недостаточностью инсулина	1, 2, 4
314	2	86	Б1.Б.1	Особенности атеросклероза у больных сахарным диабетом	1. раннее начало 2. позднее начало 3. злокачественное течение 4. доброкачественное течение 5. большая площадь поражения 6. меньшая площадь поражения	1, 3, 5
315	2	87	Б1.Б.1	Факторы, предрасполагающие к развитию восходящей инфекции плаценты	1. цервицит 2. многоводие 3. вульвовагинит 4. длительный безводный период 5. истмико-цервикальная недостаточность 6. преждевременный разрыв плодного пузыря	1, 3, 4, 5, 6
316	2	88	Б1.В.2	В какой период инфекционной болезни человек представляет наименьшую угрозу для окружающих	1. в начале инкубационного периода 2. в конце инкубационного периода 3. в продромальный период 4. в период разгара 5. в период реконвалесценции	1
317	2	89	Б1.В.2	Под восприимчивостью понимают	1. распределение населения по степени напряженности специфического иммунитета к данной инфекционной болезни, определяемой с помощью иммунологических тестов 2. видовую способность организма реагировать развитием инфекционного процесса на внедрение и жизнедеятельность в нём соответствующего возбудителя 3. взаимодействие возбудителя-паразита и организма хозяина, проявляющиеся на организменном уровне болезнью или носительством 4. возникновение и распространение среди людей различных инфекционных состояний (заболевание, носительство)	2

318	2	90	Б1.В.2	Врожденный иммунитет является результатом	1. встречи восприимчивого организма с инфекционным агентом в течение жизни 2. передачи иммунных элементов от организма иммунной матери ребенку при внутриутробном развитии 3. проведения профилактических прививок 4. перенесения инфекционного заболевания 5. процесса филогенеза и передается по наследству как невосприимчивость вида к микроорганизму	5
319	2	91	Б1.В.2	Приобретенный естественный активный иммунитет является результатом	1. введения специфического иммуноглобулина 2. передачи иммунных элементов от организма иммунной матери ребенку при внутриутробном развитии 3. проведения профилактических прививок 4. перенесения инфекционного заболевания 5. процесса филогенеза и передается по наследству как невосприимчивость вида к микроорганизму	4
320	2	92	Б1.В.2	Приобретенный естественный пассивный иммунитет является результатом	1. введения специфического иммуноглобулина 2. передачи иммунных элементов от организма иммунной матери ребенку при внутриутробном развитии 3. проведения профилактических прививок 4. перенесения инфекционного заболевания 5. процесса филогенеза и передается по наследству как невосприимчивость вида к микроорганизму	2
321	2	93	Б1.В.2	Приобретенный искусственный пассивный иммунитет является результатом	1. введения специфического иммуноглобулина 2. передачи иммунных элементов от организма иммунной матери ребенку при внутриутробном развитии 3. проведения профилактических прививок 4. перенесения инфекционного заболевания 5. процесса филогенеза и передается по наследству как невосприимчивость вида к микроорганизму	1
322	2	94	Б1.В.2	Приобретенный искусственный активный иммунитет является результатом	1. введения специфического иммуноглобулина 2. передачи иммунных элементов от организма иммунной матери ребенку при внутриутробном развитии 3. проведения профилактических прививок 4. перенесения инфекционного заболевания 5. процесса филогенеза и передается по наследству как невосприимчивость вида к микроорганизму	3

323	2	95	Б1.В.2	Величина иммунной прослойки определяется	1. количеством привитых 2. только количеством лиц, имеющих естественный напряженный иммунитет 3. только количеством лиц, имеющих искусственный напряженный иммунитет 4. количеством лиц, имеющих иммунитет независимо от его происхождения	4
324	2	96	Б1.В.2	Под иммунологической структурой населения понимают	1. количество привитых 2. соотношение людей, восприимчивых и невосприимчивых к данной инфекции 3. количество лиц, имеющих искусственный напряженный иммунитет 4. количество лиц, имеющих иммунитет независимо от его происхождения	2
325	2	97	Б1.В.2	К ситуации, при которой имеются оптимальные условия для распространения кори, можно отнести случай, когда	1. больной ребенок посещает группу детского сада, все дети которой вакцинированы против кори 2. выявлен больной корью, который приехал 2 дня назад в поселок, где дети против кори не привиты и корью не болели 3. студент, больной легкой формой кори, посещал занятия в институте, где остальные студенты или переболели корью, или привиты живой коревой вакцины	2
326	2	98	Б1.В.2	Природным очагом инфекционной болезни называется	1. эпизоотический очаг 2. место заражения человека зоонозной инфекцией 3. участок географического ландшафта с более или менее однородными условиями среды 4. участок территории географического ландшафта со свойственным ему биocenozом, который включает стабильно циркулирующего возбудителя инфекционного заболевания 5. совокупности условий природной среды, влияющих на течение эпидемического процесса	4
327	2	99	Б1.В.2	Термин “третичная профилактика” означает	1. комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний среди населения 2. совокупность научно-обоснованных и оправданных практической деятельностью мероприятий по борьбе с возникшими инфекционными заболеваниями среди людей 3. комплекс медицинских, и немедицинских мероприятий, направленных на предотвращение ухудшения течения и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний 4. комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и замедление развития заболевания у больных	3

328	2	100	Б1.В.2	Термином “экзотические болезни” определяют	1. инфекционные и неинфекционные болезни человека, характерные для данной территории 2. любые инфекционные болезни, характерные для данной территории 3. любые зоонозные инфекции, нехарактерные для данной территории 4. любые инфекционные болезни человека, нехарактерные для данной территории	4
329	2	101	Б1.В.2	Иммунопрофилактика – это метод профилактики инфекционных заболеваний, направленный на создание иммунологической прослойки среди населения с использованием	1. иммуноглобулинов и сывороток 2. анатоксинов 3. живых, инаktivированных и химических вакцин 4. живых, инаktivированных, химических и рекомбинантных вакцин, анатоксинов, иммуноглобулинов и сывороток	4
330	2	102	Б1.В.2	Активный искусственный иммунитет формируется после введения	1. гомологичного иммуноглобулина 2. гетерологичного иммуноглобулина 3. антитоксической сыворотки 4. анатоксина или вакцины	4
331	2	103	Б1.В.2	Пассивный искусственный иммунитет формируется после введения	1. живой вакцины 2. химической вакцины 3. рекомбинантной вакцины 4. специфического иммуноглобулина или сыворотки 5. анатоксина	4
332	2	104	Б1.В.2	Каковы принципы действия профилактических прививок?	1. повышение специфического иммунитета, предупреждение повторных случаев заболевания, создание невосприимчивости к инфекционным заболеваниям 2. специфическая десенсибилизация 3. лечение хронических инфекционных заболеваний 4. повышение общей резистентности организма 5. все ответы правильные	1
333	2	105	Б1.В.2	Что применяется для профилактических прививок?	1. живые вакцины 2. убитые вакцины 3. химические вакцины 4. анатоксины	1, 2, 3, 4
334	2	106	Б1.В.2	Живые вакцины отличает все, кроме:	1. вирулентность 2. антигенность 3. иммуногенность 4. способность размножаться в месте введения	1

335	2	107	Б1.В.2	Инфекционный процесс – это:	1. взаимодействие микро- и макроорганизма 2. наличие возбудителей в окружающей среде 3. распространение инфекционных болезней среди животных 4. зараженность инфекционными агентами переносчиков	1
336	2	108	Б1.В.2	Какие условия обеспечивают защиту организма человека от развития инфекционного процесса?	1. наличия свободных рецепторов к лигандам возбудителей 2. возможности реализации лигандрецепторных взаимодействий 3. доза и вирулентность возбудителя 4. отсутствия рецепторов в тканях макроорганизма к лигандам возбудителя 5. способность микроорганизма к колонизации стерильных локусов макроорганизма	4
337	2	109	Б1.В.2	С какого месяца внутриутробного развития плод способен вырабатывать антитела при встрече с антигеном:	1. с 3 – 4 месяцев 2. с 5 – 6 месяцев 3. с 7 – 8 месяцев 4. с 9-го месяца	2
338	2	110	Б1.В.ДВ2	Неоангиогенез, обнаруженный в опухоли ИГХ-методами может быть маркером	1. прогноза течения онкологического заболевания 2. появления метастазов 3. чувствительности к противоопухолевой терапии 4. все перечисленное	4
339	2	111	Б1.В.ДВ2	Для определения потенциала злокачественности используют	1. кадгерин Е и бетакатенин 2. простатическую кислую фосфатазу (PSAP) 3. протстатспецифический антиген (PSA) 4. простатспецифический мембранный антиген (PSMA)	1
340	2	112	Б1.В.ДВ2	При раке молочной железы рекомендуется выполнить трепанобиопсию (кор-биопсию) опухоли с атоморфологическим исследованием и определением рецепторов:	1. HER2 и Ki67 2. miR34-a 3. прогестерона (РП) 4. эстрогена (РЭ)	1, 3, 4
341	2	113	Б1.В.ДВ2	Для диагностики хориокарциномы матки целесообразно применять следующие иммунологические методы исследования	1. АФП, РЭА (Альфа-фетопротейн, раково-эмбриональный антиген) 2. ХГ, ТБГ (хронический гонадотропин, трофобластический гамма-глобулин) 3. правильного ответа нет 4. все ответы правильные	2
342	2	114	Б1.В.ДВ2	Генетическое тестирование при раке молочной железы рекомендуется в следующих случаях:	1. в сочетании с гинекологической патологией 2. при отягощенном наследственном анамнезе – наличии РМЖ у 2 и более близких родственников 3. при первично-множественном РМЖ 4. у женщин моложе 50 лет	2, 3, 4

343	2	115	Б1.В. ДВ2	Показаниями к выполнению МРТ молочных желез являются:	1. возраст до 30 лет 2. высокая рентгенологическая плотность молочных желез 3. мужской пол 4. наличие мутаций в генах BRCA1 и BRCA2	1, 2, 4
344	2	116	Б1.В. ДВ2	Лабораторная диагностика рака молочной железы состоит из:	1. генетического тестирования 2. гистологического и иммуногистохимического исследований биопсийного и/или операционного материала 3. развернутых клинических и биохимических анализов крови, включая показатели функции почек 4. цитологического исследования пунктата из опухоли и лимфатических узлов	1, 2, 4
345	2	117	Б1.В. ДВ2	Рекомендуется определение уровня следующих онкомаркеров при раке желудка:	1. РЭА 2. СА125 3. СА 19.9 4. СА 72.4	1, 3, 4
346	2	118	Б1.В. ДВ2	Для проведения цитогенетического анализа используются:	1. мышечные клетки 2. эритроциты 3. биоптат хориона 4. эмбриональная ткань	3, 4
347	2	119	Б1.В. ДВ2	Скрининг новорожденных целесообразен при следующих заболеваниях:	1. врожденный гипотиреоз 2. фенилкетонурия 3. муковисцидоз 4. недостаточность биотинидазы 5. болезнь Фабри	1, 2, 3

348	1	120	Б1.Б.1	У мужчины 48 лет, лечившегося по поводу пневмокониоза, в верхушке правого легкого обнаружено опухолевидное образование округлой формы с нечеткими границами, в диаметре 6 см, на разрезе серо-белого цвета. <i>Микроскопически</i>: опухолевая ткань построена из цилиндрического эпителия, выстилающего альвеолярные структуры и вырабатывающего муцин, с формированием участков тубулярного строения. Опухоль растет среди фиброзной ткани с лимфоплазмочитарной инфильтрацией. 1. Определите форму опухолевого поражения легких. 2. Гистологический вид опухоли. 3. Перечислите гистологические виды аденокарцином, чем они различаются. 4. Какой патологический процесс явился фоном для развития заболевания.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого. 2. Умереннодифференцированная аденокарцинома. 3. Виды аденокарцином: ацинарная, тубулярная, железисто-солидная. Различаются по степени дифференцировки. 4. Пневмокониоз, характеризующийся прогрессирующим фиброзированием легочной ткани.	
-----	---	-----	--------	--	--	--

349	1	121	Б1.Б.1	У мужчины 62 лет в области корня правого легкого узел диаметром 8 см, на разрезе беловато-серого цвета без четких контуров, связанный с просветом бронха, стенки которого уплотнены и утолщены. От узла в ткань легкого врастают тяжи сероватой ткани. Лимфоузлы корня легкого увеличены, на разрезе серо-белые. <i>Микроскопически</i> – опухоль состоит из пластов высокодифференцированных полиморфных клеток с сохранением базальной ориентации, имеются роговые жемчужины, ядра гиперхромные с неровными очертаниями, полиморфные. Строма в опухоли скудная с инфильтрацией лимфоцитами, видны участки некроза. 1. Определите форму опухолевого поражения легких. 2. Назовите гистологический вид опухоли. 3. Перечислите предопухолевые процессы в легких. 4. Назовите гистологические признаки определяющие степень дифференцировки опухоли. 5. Назовите первичные метастазы данной опухоли.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого. 2. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак с ороговением. 3. Хронический атрофический бронхит с плоскоклеточной метаплазией. Железистые полипы. Хронические заболевания бронхолегочной системы с выраженными рубцовыми изменениями. 4. Умеренно-дифференцированная аденокарцинома (без ороговения) – представлена тяжами и ячейками атипичных полигональных клеток с округлыми крупными ядрами и хорошо выраженными ядрышками. В ячейках может сохраняться базальная ориентация клеток. Низкодифференцированная аденокарцинома представлена пластами округлых или овальных клеток, без тенденции к образованию слоистых структур. 5. Региональные лимфатические узлы.
350	1	122	Б1.Б.1	Мужчина 50 лет обратился с жалобами на хронический кашель, хрипловатость голоса, боли в горле при глотании. Длительное время отмечались изжога, отрыжка воздухом, кислый привкус во рту. При эндоскопии над областью пищеводно-желудочного перехода на фоне тонкого бледного эпителия с глянцевой поверхностью обнаруживаются сегменты слизистой оболочки красного цвета и "бархатного" вида. В биоптате из дистального отдела пищевода выявлено ограниченное замещение многослойного плоского эпителия на цилиндрический, который выстилает поверхность слизистой оболочки и железы кишечного типа. В области пищеводно-желудочного перехода слизистая оболочка представлена пролиферирующими железами и солидными структурами из атипического железистого эпителия с множественными митозами. 1. Назовите основное заболевание. 2. Какое фоновое заболевание и связанное с ним осложнение способствовало развитию данной патологии? 3. Отметьте ведущую роль в патогенезе фонового заболевания и причины его развития. 4. Назовите морфологический критерий данного осложнения.	1. Аденокарцинома пищевода. 2. Хронический гастро-эзофагальный рефлюкс. Пищевод Барретта. 3. Нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера, обусловленное психогенной природой, связанное с алкоголизмом и особенностями диеты, ахалазией или хиатальной грыжей, состояниями после операций на желудке и пищеводе. 4. Появление цилиндрического эпителия в абдоминальном сегменте пищевода - на месте его обычной выстилки, имеющей эпидермоидный характер.

351	1	123	Б1.Б.1	У мужчины, длительно злоупотреблявшего алкоголем, появились боли в эпигастральной области, диспептические расстройства. По данным биопсии диагностирован хронический диффузный активный атрофический гастрит с признаками энтеролизации. 1. Уточните гистологические признаки активности? 2. Какие неблагоприятные изменения слизистой оболочки желудка могут быть выявлены в биоптате? 3. Какое заболевание желудка может развиваться на этом фоне?	1. Инфильтрация нейтрофилами слизистой оболочки. 2. Метаплазия, дисплазия. 3. Рак.
352	1	124	Б1.Б.1	Больная 49 лет обратилась с жалобами на потерю аппетита, слабость, снижение массы тела, боли в эпигастрии, постоянное подташнивание, частую рвоту непереваренной пищей. Симптомы нарастали в течение 2 лет, по данным гастроскопии с биопсией был установлен диагноз – хронический поверхностный гастрит. Больная госпитализирована. При рентгенологическом исследовании выявлен утолщенный нерастяжимый желудок в виде «кожаного мешка». При гастроскопии – утолщение складок слизистой оболочки желудка во всех отделах, взята биопсия, в которой выявлены признаки рака. 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Характер роста по отношению к просвету желудка? 3. Какой гистологический тип (типы) рака чаще всего находят при этой форме рака желудка? 4. Какие изменения найдены в левом надключичном лимфатическом узле? 5. Вероятная причина поздней диагностики опухоли?	1. Диффузный рак желудка. 2. Эндофитный. 3. Перстневидноклеточный или скирр. 4. Ретроградный лимфогенный метастаз рака - вирховская железа. 5. Особенность диффузного рака – длительный рост в глубоких отделах слизистой оболочки и по ходу подслизистой основы без изъязвлений, что затрудняет гистологическое исследование.
353	2	125	Б1.Б.1	Женщина 27 лет, при осмотре во влагалищной части шейки матки на фоне бледно-розовой слизистой оболочки имеется ярко-красное пятно. Произведена биопсия. <i>При гистологическом исследовании:</i> видна граница перехода многослойного плоского эпителия в призматический эпителий, в подлежащей ткани железистые структуры, в строме лимфо-лейкоцитарный инфильтрат и обилие тонкостенных кровеносных сосудов. 1. Назовите патологический процесс, форму. 2. Назовите причину развития, ее особенность. 3. Перечислите синонимы данной патологии. 4. Клинико-морфологические особенности.	1. Прогрессирующий железистый эндоцервикоз. 2. Дисгормональный процесс с преобладанием андрогенов, при изменении гормонального фона возможна передифференцировка эпителия. 3. Цервикальная эктопия шейки матки. Псевдоэрозия шейки матки. 4. Гинекологическое заболевание после 25 лет (у 60-70%) женщин; дефект слизистой оболочки отсутствует; повышенное слизеобразование; сопровождается воспалением; относится к предраковому состоянию.

354	1	126	Б1.Б.1	У пациента, длительно страдающего алкогольной болезнью и умершего при явлениях острой печеночно-почечной недостаточности, на аутопсии – дряблая печень, серо-глинистая на разрезе, с морщинистой капсулой. 1. Назовите патологический процесс в печени. 2. Микроскопическая картина в печени. 3. Возможные исходы данного процесса.	1. Массивный прогрессирующий некроз печени. 2. Некротические и аутолитические изменения гепатоцитов с наличием жиробелкового детрита, резорбцией его и «оголением» полнокровных синусоидов. 3. Постнекротический цирроз печени.
355	1	127	Б1.Б.1	Мужчина 38 лет длительно злоупотреблял алкоголем. После приема алкоголя появились острые опоясывающие боли в области живота. В крови резко увеличено количество сывороточной амилазы. Спустя сутки развился геморрагический синдром с массивным желудочно-кишечным кровотечением. Умер больной от постгеморрагической анемии. 1. О каком заболевании следует думать в этой ситуации? Механизмы развития? 2. С чем связано развитие у этого больного геморрагического синдрома? 3. Каковы микроскопические изменения в пораженном органе?	1. Острый панкреонекроз, спровоцированный алкоголем, который вызывает повышение внутрипротокового давления. Это приводит к усилению выброса пищеварительных ферментов ацинарными клетками с развитием некроза ткани железы и окружающей жировой клетчатки. 2. Выброс в кровь ферментов при панкреонекрозе приводит к развитию ДВС-синдрома, проявлением которого явилось желудочно-кишечное кровотечение. 3. В поджелудочной железе определяется множество округлых бело-желтых крошащихся очажков разного размера.
356	2	128	Б1.Б.1	Женщина 32 лет, при осмотре во влагалищной части шейки матки на фоне бледно-розовой слизистой оболочки имеется ярко-красное пятно. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании видна граница перехода многослойного плоского эпителия в призматический эпителий, с железистыми структурами в подлежащей ткани. Имеются участки разрастания метапластического плоского эпителия по поверхности и в отдельных железах. В строме лимфо-лейкоцитарный инфильтрат и обилие тонкостенных кровеносных сосудов. 1. Назовите патологический процесс, форму. 2. Механизм изменений в ткани шейки матки. 3. Что означает «зона трансформации»? 4. Тип эпителия в зоне трансформации? 5. Основная функция резервных клеток и их роль в физиологических и патологических процессах.	1. Эпидермизирующий эндоцервикоз. 2. При заживлении в очагах цервикальной эктопии происходит замена однослойного эпителия на многослойный эпителий с образованием зоны трансформации. 3. Зона трансформации – область между первоначальной и вновь образованной границей между плоским и железистым эпителием. 4. Эпителий зоны трансформации – под цервикальным эпителием располагаются несколько слоев резервных клеток. 5. Основная функция резервных клеток – регенераторная. Резервные клетки дифференцируются в МПЭ и ЦЭ, при менструальном цикле – регенерируют, в климактерическом периоде – резервные клетки – источник метаплазии и гиперплазии.

357	2	129	Б1.Б.1	Женщина 34 лет с жалобами на нарушение менструальной функции была осмотрена гинекологом. При исследовании цервикального канала был выявлен очаг экзофитного разрастания слизистой оболочки. Произведена прицельная биопсия. <i>Микроскопически</i>: опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многоядным атипичным эпителием, полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием множественных митозов. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. К какому виду патологического процесса относится данная патология? 3. Фоновые процессы для развития заболевания? 4. Назовите известную достоверную причину заболевания шейки матки. 5. Перечислите особенности данной патологии.	1. Высокодифференцированная аденокарцинома цервикального канала шейки матки. 2. Злокачественная эпителиальная опухоль. 3. Фоновые процессы для развития рака шейки матки: псевдоэрозии, лейкоплакия, полипы, папилломы, кондиломы 4. ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35 типы – возможные канцерогены. 5. Особенности развития рака шейки матки: - не встречается у девственниц; - раннее начало половой жизни; - обилие и частая смена партнеров; - роды в очень молодом возрасте; - курение; применение барьерных и оральных контрацептивов.
358	2	130	Б1.Б.1	Девочка 14 лет, жалобы на боли внизу живота, повышение температуры до 39°C, постоянные кровянистые выделения. Нарушения менструального цикла начались 8 месяцев назад, была диагностирована дисфункция яичников, лечение кровоостанавливающими и гормональными средствами безуспешно. При госпитализации: в крови лейкоцитоз, увеличенная СОЭ и гипохромная анемия. При кольпоскопии шейка матки гипертрофирована, плотная, бочкообразная. Верхняя и средняя трети полости влагалища заняты экзофитной опухолью, «вколоченной» в просвет влагалища. Проведена тотальная гистерэктомия с 2/3 влагалища. Макроскопически: правый яичник замещен кистой, заполненной соломенно-желтой жидкостью, с гладкими блестящими внутренней и наружной оболочками капсулы. Шейка матки представлена опухолью 8х6 см, исходящей из слизистой цервикального канала, инфильтрирующей тотально всю мышцу и прорастающую в задний влагалищный свод. <i>При гистологическом исследовании</i> в яичнике фолликулярная киста. Эндометрий – без особенностей. Опухолевая ткань состоит из крупных светлых клеток типа сапожного гвоздя с большой шляпкой, с выраженной атипией и многочисленными митозами, в строме гиалиноз. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Назовите разновидность опухолевого процесса. 3. Объясните механизм развития патологии. 4. Объясните, с чем может быть связана поздняя диагностика данной патологии. 5. Определите прогноз заболевания.	1. Светлоклеточная аденокарцинома шейки матки. 2. Злокачественная эпителиальная опухоль. 3. Трансплацентарный эстрогенный канцерогенез. Тератогенный эффект эстрогенов при лечении в сроки до 8 нед беременности, в период эмбриональной закладки нижнего отдела женских половых органов. 4. Поздняя диагностика связана с недостаточным обследованием и постановкой нередко ошибочного диагноза «ювенильное кровотечение». 5. Прогноз зависит от стадии опухолевого процесса. При неэффективности лечения обычно находят рецидивы в малом тазу и легочные метастазы.

359	2	131	Б1.Б.1	Женщина 55 лет оступила в отделение с жалобами на интенсивное кровотечение. В анамнезе: сахарный диабет, отсутствие родов, рецидивирующая гиперплазия эндометрия. УЗИ: новообразование в полости матки и кистозно-измененные яичники. Произведена экстирпация матки с придатками. В полости матки узел 3 см пестрого вида, мягкой консистенции, не прорастающий стенку матки. В левом яичнике множественные кисты до 1 см, с гладкой внутренней поверхностью и серозным содержимым. <i>При микроскопии</i> в эндометрии обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с умеренным клеточным и ядерным атипизмом, небольшим количеством патологических митозов. Стенка кистозных образований яичника образована фиброзной тканью, внутренняя выстилка – цилиндрическим реснитчатым эпителием. 1. Назовите патологический процесс эндометрия. 2. Назовите гистологическую форму. 3. Факторы риска гормонозависимого рака тела матки. 4. Причина развития гормонозависимого рака матки. 5. Особенности развития гормонозависимого рака матки и степень его дифференцировки.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль эндометрия. 2. Высокодифференцированная аденокарцинома. 3. Факторы риска гормонозависимого рака тела матки: бесплодие, отсутствие родов в анамнезе, поздняя менопауза, ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, наследственная отягощенность по раку с эндокринно-метаболическим патогенезом, гормонопродуцирующие опухоли яичника. 4. Длительная гиперэстрогения. 5. Предшествует последовательное возникновение гиперпластических и предраковых процессов эндометрия. Высокодифференцированный рак.
360	2	132	Б1.Б.1	Женщина 36 лет, с отягощенным акушерским анамнезом (ранние роды, затяжное хроническое воспаление шейки матки), обратилась с жалобами на обильные водянистые бели и контактные кровянистые выделения. При кольпоскопии – расширенные, неправильно ветвящиеся сосуды в патологически измененном участке эпителия, имеющем беловатую окраску. <i>При гистологическом исследовании:</i> нарушение стратификации многослойного плоского эпителия, пролиферация базальных и парабазальных клеток с нарушением их дифференцировки, гиперхромией и полиморфизмом ядер. Митотически делящиеся клетки захватывают 1/2 толщины эпителиального пласта. Видны единичные атипические митозы. В поверхностных слоях выявляются клетки с крупным гиперхромным ядром и глыбками хроматина, ядерная мембрана утолщена, неправильной формы; вокруг ядра – широкий ободок просветлённой цитоплазмы. 1. Назовите патологический процесс шейки матки. 2. Перечислите причины для его развития. 3. Фоновые состояния для данного процесса. 4. Перечислите исходы.	1. Дисплазия шейки матки. 2. Причины дисплазии: вирус папилломы человека; раннее начало половой жизни (до 18 лет); роды в очень раннем возрасте (до 16 лет); курение; репродуктивные токсиканты. 3. Фоновые процессы для дисплазии: эндоцервикоз; полип; эктопия; метаплазии плоского эпителия. 4. Исходы дисплазии: - тяжелая дисплазия трансформируется в рак в 40 – 60% случаев; - беременность и дисплазия очень неблагоприятное сочетание.

361	2	133	Б1.Б.1	У женщины 43 лет на фоне внутриматочного контрацептива задержка месячных на 14 дней, появились мажущие кровянистые выделения перешедшие затем в маточное кровотечение. При выскабливании получен обильный соскоб. <i>Микроскопически:</i> деление на компактный и спонгиозный слой отсутствует, клубки сосудов не определяются. Железы разной величины и формы располагаются очень тесно, «спинка к спинке», эпителий желез активно пролиферирует. Отмечается ветвление желез, многогранность эпителия, в крупных гиперхромных ядрах обилие митозов. 1. Назовите патологический процесс в эндометрии. 2. Назовите разновидность патологического процесса. 3. Какие виды атипизма для него характерны. 4. Назовите возрастной период женщины, характеризующийся возрастанием этой патологии. 5. Назовите возможный неблагоприятный исход заболевания матки.	1. Атипическая железистая гиперплазия эндометрия. 2. Дисгормональное заболевание. 3. Тканевой и клеточный атипизм. 4. Период менопаузы – после 45 лет, связанный с физиологическим завершением менструального цикла и угасанием репродуктивной функции. Падает уровень половых гормонов, и внутри матки создаются благоприятные условия для развития патологии под влиянием дефицита прогестерона. 5. При отсутствии лечения в 30% случаев атипическая железистая гиперплазия эндометрия переходит в аденокарциному.
362	2	134	Б1.Б.1	У женщины 35 лет при цитологическом исследовании мазка из шейки матки на профилактическом осмотре выявлены патологические изменения плоского эпителия в виде многоядерных клеток, чешуек, увеличения ядер с их гиперхромией, много зерен кератина. При кольпоскопии на влажной порции шейки матки – белые лакированные пятна в виде мозаики. <i>Микроскопически в биоптате:</i> акантоз плоского эпителия, дискератоз, паракератоз, 2-3 слоя зернистых клеток с базофильными гранулами. В подэпителиальном слое очаговая лимфо-лейкоцитарная инфильтрация. 1. Назовите патологический процесс шейки матки. 2. Назовите причины для его развития. 3. Гормональные нарушения при данной патологии. 4. Гистологические изменения эндометрия, сопровождающие этот патологический процесс.	1. Лейкоплакия шейки матки. 2. Причины лейкоплакии шейки матки. - воспалительные процессы - нарушения иммунного статуса - гормональные нарушения - травма (частые аборт) 3. Нарушение менструального цикла: олигоменорея, контактные кровотечения у 30%, повышение ФСГ, снижение уровней ЛГ/ФСГ и прогестерона. 4. Неполноценная фаза секреции.
363	2	135	Б1.Б.1	Женщина 34 лет с жалобами на бели, кровоточивость при контакте. При морфологическом исследовании биоптата шейки матки в базальных и парабазальных слоях многослойного плоского эпителия выраженная пролиферация гиперхромных и полиморфных клеток с их дезорганизацией, нарушением полярности, но без нарушения базальной мембраны. Атипические клетки проникают в промежуточные и поверхностные слои эпителиального пласта, имеется умеренное количество атипических митозов. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Объясните особенность данной патологии. 3. В чем отличие 3 степени дисплазии от C. in situ? 4. Самая частая локализация рака шейки матки? 5. Факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации.	1. Неинвазивный рак шейки матки. 2. Внутриэпителиальный рак. Cancer in situ. Характеризуется сохранением базальной мембраны. 3. При III степени дисплазии остается слой нормальных клеток. 4. Самая частая локализация рака шейки матки – зона стыка эпителиев. 5. Факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации: возраст; гормональный фон; воспалительные изменения.

364	2	136	Б1.Б.1	У женщины 45 лет после удаления доброкачественной опухоли в молочной железе, развился рецидив заболевания. Макроскопически опухоль представлена хорошо отграниченными плотными массами, на разрезе желто-коричневого цвета, с щелями, напоминающими прожилки листа. <i>Микроскопически:</i> протоки выстланы эпителиальными и миоэпителиальными клетками с интраканаликулярным врастанием в них стромы, которая характеризуется повышенной клеточностью. 1. Назовите основное заболевание. 2. Назовите гистологический его вариант. 3. Перечислите возможные провоцирующие факторы имеющие роль в развитии опухоли. 4. В каком возрастном периоде наиболее часто встречается данная патология. 5. Перечислите особенности течения и прогноз данной патологии.	1. Доброкачественная опухоль молочной железы. 2. Филлоидная опухоль. 3. Провоцирующие факторы: беременность, аборт, лактация, фиброзно-кистозная мастопатия, а также экстрагенитальные эндокринопатии и нарушения обмена – сахарный диабет, опухоли надпочечников, гипофиза и щитовидной железы, ожирение. 4. Пики выявления – гормонально активные переходные периоды жизни женщин: 11-20 лет и, наиболее часто, 40 – 50 лет. 5. Характерен внезапный, быстрый рост, возможны множественные узлы в обеих молочных железах. После удаления нередко рецидивирует. Имеет высокий потенциал озлокачествления, малигнизации подвергается стромальный компонент – в 10% случаев переходит в саркому.
365	2	137	Б1.Б.1	У мужчины 50 лет на коже нижней губы около 3-х месяцев назад появился и начал увеличиваться возвышающийся над кожей плотный узел серого цвета, достигнув 2 см в диаметре. На разрезе серо-розового цвета. <i>Микроскопически</i> – массивный кератоз, умеренно выраженный папилломатоз, резко выраженный акантоз в виде тяжелой многослойного плоского эпителия, разрастающегося до уровня потовых желез. В акантотических тяжках местами плохо различим базальный слой эпителия. В периферических отделах опухоли – дезорганизация базального слоя, с ядерным полиморфизмом, много митозов. Встречаются участки менее дифференцированного эпителия шиповатого типа с мелкими базофильными кератоцитами, имеется кератинизация отдельных клеток, а также их групп с образованием гнезд дискератоза и роговых кист. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Назовите предрасполагающие факторы. 3. Назовите наиболее частую локализацию данного новообразования. 4. Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию. 5. Назовите разновидность данной опухоли, более неблагоприятную в прогностическом отношении.	1. Ороговевающий плоскоклеточный рак. 2. Предраковые заболевания: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра. Хронические воспалительные процессы: ожоги, лучевой дерматит; хроническая пиодермия; хроническая язва; дискоидная красная волчанка. Рубцовый процесс. 3. Наиболее частая локализация плоскоклеточного рака: лицо, нижняя губа, спинка носа, скуловая дуга, ушные раковины, открытые части тела. 4. Различные хронические воспалительные процессы (туберкулез, сифилис, глубокий микоз). Злокачественная меланома. Саркома кожи. Доброкачественные опухоли кожи (папилломы, фибромы). 5. Неороговевающий плоскоклеточный рак.

366	2	138	Б1.Б.1	У мужчины 23 лет на коже шеи слегка возвышающееся пятно 0,2×0,5 см светло-коричневого цвета, которое за 2 месяца приобрело темно-коричневый цвет. <i>Гистологически</i> в базальном слое эпидермиса на уровне эпидермо-дермального соединения крупные гнезда и шаровидные структуры из мономорфных клеток с оптически пустой цитоплазмой, нечеткими границами. Кое-где содержат пылевидные мелкие зерна коричневого цвета. Редко встречаются одиночные митозы. Отдельные светлые клетки находятся в дерме. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Клинико-морфологические разновидности данной патологии. 3. Отличия невусных клеток от меланоцитов. 4. Патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию.	1. Внутридермальный невус. 2. Пигментный невус; пограничный (юнкциональный) невус; внутридермальный невус; дермоэпидермальный (сложный) невус; галоневус (невус Сеттона); гигантский пигментный невус; эпителиоидный, или веретёноклеточный невус; голубой невус (синий невус Ядассона, монгольское пятно); клеточный голубой невус. 3. Отличия невусных клеток от меланоцитов: а) отсутствие отростков, б) способность группироваться в «гнезда», в) способность накапливать пигмент в цитоплазме, г) обладают тенденцией к миграции из базального слоя эпидермиса в дерму. 4. Трихоэпителиома, базалиома, гиперплазии сальных желез, нейрофиброма, доброкачественные меланоцитарные новообразования.
367	2	139	Б1.Б.1	У женщины 55 лет на коже плеча в коричневом образовании 1 см в диаметре, с шероховатой поверхностью, появилось изъязвление. При гистологическом исследовании эпидермис утолщен, с массивными акантотическими разрастаниями. Имеется кератоз с небольшими гнездами дискератоза. В базальном слое, а также в вышележащих слоях имеется большое количество полиморфных крупных клеток, содержащих меланин. Атипичные клетки имеют большие ядра с неровными контурами, с краевым расположением хроматина, а также чётко заметные эозинофильные ядрышки. Группы светлых клеток, с оптически пустой цитоплазмой обнаруживаются в сосочковом слое дермы, где имеется густой лимфоидноклеточный инфильтрат. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Перечислите предрасполагающие факторы для развития данной патологии. 3. назовите стадии морфогенеза данной опухоли. 4. Назовите основные типы данной опухоли.	1. Меланома. 2. Предрасполагающие факторы для развития данной патологии: - наличие невуса (особенно диспластического); - наследственная предрасположенность; - ультрафиолетовое облучение; - воздействие канцерогенов. 3. Радиальный рост – распространение опухолевых клеток в эпидермисе и поверхностных слоях дермы. Вертикальный рост – атипичные меланоциты врастают в глубокие слои дермы и обладают метастатическим потенциалом. 4. Основные типы данной опухоли: - злокачественное лентиго, - акральная лентигиозная меланома, - меланома с поверхностным (радиальным) распространением, - нодулярная меланома (с вертикальным ростом)

368	2	140	Б1.Б.1	У женщины 66 лет на коже лица новообразование, представленное пигментированной дольчатой бляшкой 2 см с телеангиэктазиями и изъязвлением на поверхности. <i>Микроскопически:</i> тяжи и комплексы мелких интенсивно окрашенных клеток, напоминающих клетки базального слоя эпидермиса. Отмечается палисадообразное расположение опухолевых клеток, по периферии тяжа клетки имеют высокую призматическую форму, в толще – полигональную. Кое-где видны межклеточные «мостики», изредка встречаются митозы. Скопления и тяжи опухолевых клеток «сползают» с базальных слоёв эпителия, как капли, проникая в дерму. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Назовите разновидность опухолевого процесса. 3. Назовите этиологические факторы заболевания. 4. Излюбленная локализация данного новообразования. 5. Назовите возможный прогноз.	1. Базалиома. 2. Опухоль с местнодеструктивным ростом, обладает выраженным инфильтрирующим ростом, часто рецидивирует, но, как правило, не даёт метастазов. 3. Длительное пребывание на солнце, воздействие высоких температур и ионизирующего излучения, воздействие канцерогенных веществ, пожилой возраст, пониженный иммунитет. 4. Чаще всего поражаются носогубные складки, крылья носа, верхняя губа, внутренние и наружные уголки глаз, виски. 5. Прогноз благоприятный. В случае запущенных язвенных форм возможно прорастание базалиомой костей черепа, что значительно ухудшает прогноз.
-----	---	-----	--------	--	---

Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-2)

Модули:

Б1.Б.1. Патологическая анатомия

Б1.В.2. Эпидемиологически значимые инфекционные заболевания

Б1.Б.4. Медицина чрезвычайных ситуаций

№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
369	2	1	Б1.В2	Первым звеном элементарной ячейки эпидемического процесса является	1. механизм передачи инфекции 2. восприимчивый организм 3. переносчик инфекции 4. источник инфекции 5. фактор передачи инфекции	4

370	2	2	Б1.В2	Эпидемическим процессом называют процесс	1. изучения места пребывания источника инфекции с окружающей его территорией 2. возникновения и распространения среди людей различных инфекционных состояний (заболевание, носительство) 3. взаимодействия возбудителя-паразита и организма хозяина, проявляющиеся на организменном уровне болезнью или носительством 4. возникновения и распространения среди животных различных инфекционных заболеваний 5. распространения заболевания людей на ограниченной территории, в отдельном коллективе или группе эпидемиологически связанных коллективов	2
371	2	3	Б1.В2	Необходимым условием развития эпидемического процесса является наличие	1. взаимодействия паразитарной системы с природными абиотическими факторами среды её обитания 2. трех взаимосвязанных элементов, необходимых для передачи возбудителя заболевания от одного человека к другому 3. только механизма и путей передачи 4. только резервуара инфекции	2
372	2	4	Б1.В2	Экологическая классификации инфекционных болезней (антропонозы, зоонозы и сапронозы) основана на делении заболеваний в зависимости от	1. восприимчивости к инфекции 2. механизма и путей передачи инфекции 3. источника инфекции 4. принадлежности основных хозяев возбудителя к той или иной среде обитания 5. локализации возбудителя в организме биологического хозяина	3
373	2	5	Б1.В2	Одним из звеньев элементарной ячейки эпидемического процесса является	1. продукты питания 2. восприимчивый организм 3. воздух 4. переносчик возбудителя инфекции 5. возбудитель инфекции	2
374	2	6	Б1.В2	Инфекционные болезни, резервуаром возбудителей которых являются животные и к которым восприимчив человек, называются	1. антропонозы 4. природно-очаговые инфекции 2. сапронозы 5. кровяные инфекции 3. зоонозы	3
375	2	7	Б1.В2	Инфекционные болезни, резервуаром возбудителей которых является человек, называются	1. антропоургические инфекции 2. зоонозы 3. арбовирусные инфекции 4. антропонозы 5. сапронозы	4

376	2	8	Б1.В2	Сапронозы – это экологическая группа инфекционных болезней, резервуаром возбудителей которых являются	1. теплокровные животные и птицы 2. почва и вода 3. человек и некоторые виды животных 4. кровососущие членистоногие	2
377	2	9	Б1.В2	Возбудители антропонозов являются	1. облигатными патогенными и условно-патогенными паразитами человека 2. облигатными паразитами животных, патогенными для человека 3. факультативными условно-патогенными паразитами животных и человека 4. случайными паразитами человека и животных	1
378	2	10	Б1.В2	Возбудители сапронозов являются	1. облигатными патогенными и условно-патогенными паразитами человека 2. облигатными паразитами животных, патогенными для человека 3. свободноживущими микроорганизмами – случайными паразитами человека и животных	3
379	2	11	Б1.В2	При зоонозах человек	1. может быть как не заразен (чаще), так и заразен для окружающих, но циркуляция возбудителя среди людей не имеет никакого значения для его сохранения как биологического вида 2. заразен для окружающих и циркуляция возбудителя среди людей обеспечивает его сохранение как биологического вида 3. не заразен для окружающих, но является резервуаром возбудителя инфекции 4. заразен для окружающих, но не является резервуаром возбудителя инфекции	1
380	2	12	Б1.В2	К зоонозам с высокой способностью передачи от человека человеку относят	1. сибирскую язву 2. бруцеллез 3. чуму 4. орнитоз 5. псевдотуберкулез	3
381	2	13	Б1.В2	Передача возбудителя зоонозных инфекций между людьми имеет	1. веерный характер, но основным резервуаром возбудителя являются не человек или животные, а абиотические объекты окружающей среды 2. последовательный характер, а прекращение циркуляции возбудителя среди людей может привести к его гибели как биологического вида 3. веерный характер, а человек, в большинстве случаев, представляет собой “биологический тупик” в цепи заражений, поддерживающей эпидемический процесс 4. “эстафетный” характер с участием промежуточных и конечных элементов окружающей среды	3
382	2	14	Б1.В2	Название пути передачи определяется по	1. конечному фактору передачи 2. первичному фактору передачи 3. промежуточному фактору передачи 4. переносчику возбудителя инфекции	1

383	2	15	Б1.В2	Механизмом передачи возбудителей называют	1. перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью факторов передачи 2. абиотические объекты окружающей среды, участвующие в передаче возбудителя от источника к восприимчивому организму 3. совокупность факторов, обеспечивающих циркуляцию паразита между зараженными и восприимчивыми организмами 4. совокупность эволюционно сложившихся способов перемещения возбудителя инфекционной болезни от источника в восприимчивый организм	4
384	2	16	Б1.В2	Пути передачи возбудителей называют	1. временное пребывание возбудителя в окружающей среде 2. абиотические объекты окружающей среды, участвующие в передаче возбудителя от источника к восприимчивому организму 3. всю совокупность факторов, обеспечивающих циркуляцию паразита между зараженными и восприимчивыми организмами 4. совокупность эволюционно сложившихся способов перемещения возбудителя инфекционной болезни от источника в восприимчивый организм	3
385	2	17	Б1.В2	Факторами передачи возбудителей называют	1. абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя 2. этапы выведения возбудителя из зараженного (контаминированного) объекта и его временного пребывания во внешней среде 3. абиотические объекты окружающей среды, участвующие в передаче возбудителя от источника к восприимчивому организму 4. совокупность эволюционно сложившихся способов перемещения возбудителя инфекционной болезни от источника в восприимчивый организм	3
386	2	18	Б1.В2	Источником инфекции называют	1. совокупность эволюционно сложившихся способов перемещения возбудителя инфекционной болезни от источника в восприимчивый организм 2. видовую способность организма реагировать развитием инфекционного процесса на внедрение и жизнедеятельность в нем соответствующего возбудителя 3. объект, являющийся местом естественной жизнедеятельности, то есть обитания и размножения возбудителя, из которого может происходить заражение восприимчивых людей 4. кровососущих членистоногих, участвующих в передаче возбудителей	3
387	2	19	Б1.В2	К зоонозам с низкой способностью передачи инфекции от человека человеку относят	1. лихорадку Ласса 2. лихорадку Эбола 3. желтую лихорадку 4. сальмонеллез 5. кишечный иерсиниоз	5

388	2	20	Б1.В2	Переносчики могут участвовать в реализации механизма передачи	1. фекально-орального 2. контактного 3. трансмиссивного 4. аспирационного	3
389	2	21	Б1.В2	При передаче инфекции блохами происходит	1. механический перенос возбудителя 2. перенос возбудителя с его размножением и накоплением в организме переносчика 3. перенос возбудителя с его размножением и накоплением в организме переносчика, а также с трансфазной и трансвариальной передачей 4. перенос, при котором возбудитель проходит цикл развития в организме переносчика	2
390	2	22	Б1.В2	При передаче инфекции комарами рода <i>Anopheles</i> происходит	1. механический перенос возбудителя 2. перенос возбудителя с его размножением и накоплением в организме переносчика 3. перенос возбудителя с его размножением и накоплением в организме переносчика, а также с трансфазной и трансвариальной передачей 4. перенос, при котором возбудитель проходит цикл развития в организме переносчика	4
391	2	23	Б1.В2	При передаче инфекции клещей рода <i>Ixodes</i> происходит	1. механический перенос возбудителя 2. перенос возбудителя с его размножением и накоплением в организме переносчика 3. перенос возбудителя с его размножением и накоплением в организме переносчика, а также с трансфазной и трансвариальной передачей 4. перенос, при котором возбудитель проходит цикл развития в организме переносчика	3
392	2	24	Б1.В2	Передача инфекции вшами является результатом	1. втирания фекалий вшей, содержащих возбудитель, в микротравмы кожи 2. механического переноса возбудителя вшами 3. инокуляции возбудителя в процессе кровососания при укусе вшей 4. цикла развития возбудителя в слюнных железах вшей	1
393	2	25	Б1.В2	Мухи и тараканы, переносящие возбудители некоторых инфекционных заболеваний имеют значение для	1. контаминационного пути передачи при трансмиссивном механизме передачи 2. механического переноса возбудителя на поверхности тела переносчика при фекально-оральном механизме передачи 3. инокуляционного пути передачи при трансмиссивном механизме передачи 4. истинного переноса возбудителя, сопровождающегося его размножением и накоплением в организме переносчика	2

394	2	26	Б1.В2	Основными этиологическими агентами сапронозов являются	1. вирусы, риккетсии, хламидии 2. микоплазмы, спирохеты 3. бактерии, грибы 4. гельминты	3
395	2	27	Б1.В2	Источники зоонозных инфекций классифицируют на	1. диких, синантропных и одомашненных 2. больных, реконвалесцентов и носителей 3. животных, птиц и членистоногих 4. облигатных, факультативных и случайных	1
396	2	28	Б1.В2	Механизм передачи инфекции зависит от	1. восприимчивости к возбудителю инфекции 2. локализации возбудителя в организме биологического хозяина 3. длительности пребывания возбудителя во внешней среде 4. степени тяжести клинического течения заболевания	2
397	2	29	Б1.В2	Эпидемиологическая классификация инфекций основана на	1. филогенетической близости возбудителей инфекций 2. делении в зависимости от источника инфекции 3. принадлежности основных хозяев возбудителя к той или иной ландшафтной зоне обитания 4. основной локализации возбудителя в организме биологического хозяина 5. делении в зависимости от степени тяжести и форм клинического течения заболевания	4
398	2	30	Б1.В2	Инфекции дыхательных путей передаются	1. фекально-оральным механизмом 2. трансмиссивным механизмом 3. аспирационным механизмом 4. контактным механизмом	3
399	2	31	Б1.В2	К путям передачи кишечных инфекций можно отнести	1. воздушно-капельный 2. алиментарный, водный, контактно-бытовой 3. инокуляционный, контаминационный 4. половой, прямой контактный, контактно-бытовой	2
400	2	32	Б1.В2	К путям передачи инфекций наружных покровов можно отнести	1. воздушно-капельный 2. алиментарный, водный, контактно-бытовой 3. инокуляционный, контаминационный 4. половой, прямой контактный, контактно-бытовой	4
401	2	33	Б1.В2	Искусственный механизм предполагает передачу инфекции	1. водным и алиментарным путями 2. воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями 3. половым путем 4. трансмиссивным путем 5. парентеральным, энтеральным или ингаляционным путями	5

402	2	34	Б1.В2	К путям передачи кровяных инфекций можно отнести	1. инокуляционный, контаминационный и парентеральный 2. воздушно-капельный и воздушно-пылевой 3. водный и контактно-бытовой 4. парентеральный, энтеральный, ингаляционный	1
403	2	35	Б1.В2	Возможность реализации воздушно-пылевого пути передачи	1. зависит от устойчивости возбудителя во внешней среде 2. не зависит от устойчивости возбудителя во внешней среде 3. зависит от скорости снижения вирулентности возбудителя 4. зависит от дисперсности аэрозоля	1
404	2	36	Б1.В2	Наиболее быстрое распространение эпидемии возможно при реализации	1. аспирационного механизма 2. трансмиссивного механизма 3. фекально-орального механизма 4. контактного механизма	1
405	2	37	Б1.В2	Реализация водного пути передачи инфекции может произойти	1. при употреблении в пищу фруктового сока 2. при употреблении молока 3. при купании и стирке белья в водоемах, загрязненных сточными водами 4. через посуду и кухонную утварь 5. через загрязненные руки	3
406	2	38	Б1.В2	Возможность реализации водного пути передачи инфекции определяется	1. устойчивостью возбудителя во внешней среде 2. способностью возбудителя размножаться во внешней среде 3. возможностью попадания возбудителя в воду и широким использованием воды в жизнедеятельности человека 4. скоростью размножения возбудителя в воде	3
407	2	39	Б1.В2	Возможность реализации алиментарного пути передачи инфекции определяется	1. устойчивостью возбудителя во внешней среде 2. возможностью попадания возбудителя в пищевые продукты и способностью возбудителя размножаться в них 3. количеством возбудителя, выделяемого источником инфекции 4. скоростью размножения возбудителя в пищевых продуктах	2
408	2	40	Б1.В2	Факторами передачи при фекально-оральном механизме могут быть	1. мухи, почва и загрязненные руки 2. мухи-жигалки, слепни, вши 3. жидкий аэрозоль, образующийся при кашле 4. отоларингологические инструменты и аппарат ИВЛ	1
409	2	41	Б1.В2	Фактором передачи из числа нижеперечисленных, имеющим наибольшее значение в реализации алиментарного пути является	1. фруктовый сок 2. минеральная вода 3. молоко 4. овощи 5. рыба	3

410	2	42	Б1.В2	При воздушно-капельном пути передачи фактором передачи инфекции является	1. воздух 2. пыль, образующаяся при высыхании капелек слизи из дыхательных путей 3. частички слизи дыхательных путей, выделяющихся в окружающую среду при кашле и чихании 4. аэрозоль, образованный высохшими выделениями животных	3
411	2	43	Б1.В2	Переносчиками кровяных инфекций являются	1. комнатные и мясные мухи, тараканы 2. мыши-полевки, сурки, суслики, ондатры 3. крысы, домовые мыши 4. клещи, слепни, блохи, комары	4
412	2	44	Б1.В2	Прямой контактный путь передачи может быть реализован при	1. использовании чужого носового платка 2. использовании чашек и столовых приборов 3. использовании детских игрушек 4. поцелуе или укусах животных	4
413	2	45	Б1.В2	К путям передачи возбудителя инфекции относится	1. аспирационный 2. фекально-оральный 3. алиментарный 4. искусственный 5. вертикальный	3
414	2	46	Б1.В2	Источником инфекции при антропонозах может быть	1. больной крупный или мелкий рогатый скот или животное-носитель возбудителя инфекции 2. человек больной острой или хронической формой заболевания или носитель возбудителя инфекции 3. комар рода anopheles 4. крыса или домовая мышь	2
415	2	47	Б1.В2	Возможность реализации воздушно-капельного пути передачи	1. зависит от устойчивости возбудителя во внешней среде 2. зависит от возможности размножения возбудителя во внешней среде 3. не зависит от дисперсности аэрозоля 4. зависит от дисперсности аэрозоля	4
416	2	48	Б1.В2	Эндемичный характер заболеваемости свойственен для	1. всех инфекционных заболеваний 2. всех неинфекционных болезней 3. отдельных инфекционных и неинфекционных болезней	3
417	2	49	Б1.В2	Наличие природных очагов характерно	1. только для трансмиссивных и не трансмиссивных зоонозов 2. только для трансмиссивных зоонозов 3. для трансмиссивных и не трансмиссивных зоонозов, а также сапронозов 4. всех трансмиссивных антропонозов и зоонозов 5. всех сапронозов и не трансмиссивных зоонозов	3

418	2	50	Б1.В2	При трансмиссивных антропонозах заболеваемость	1. связана с природными очагами 2. не связана с природными очагами 3. связана с природными очагами при некоторых инфекциях	2
419	2	51	Б1.В2	При нетрансмиссивных зоонозах заболеваемость	1. связана с природными очагами 2. не связана с природными очагами 3. связана с природными очагами при некоторых инфекциях	3
420	2	52	Б1.В2	Природным очагом инфекционной болезни называется	1. эпизоотический очаг 2. место заражения человека зоонозной инфекцией 3. участок географического ландшафта с более или менее однородными условиями среды 4. участок географического ландшафта со свойственным ему биоценозом, который включает стабильно циркулирующего возбудителя инфекционного заболевания 5. совокупности условий природной среды, влияющих на течение эпидемического процесса	4
421	2	53	Б1.В2	В какой период инфекционной болезни человек представляет наименьшую угрозу для окружающих	1. в начале инкубационного периода 2. в конце инкубационного периода 3. в продромальный период 4. в период разгара 5. в период реконвалесценции	1
422	2	54	Б1.В2	Термином “экзотические болезни” определяют	1. инфекционные и неинфекционные болезни человека, характерные для данной территории 2. любые инфекционные болезни, характерные для данной территории 3. любые зоонозные инфекции, нехарактерные для данной территории 4. любые инфекционные болезни человека, нехарактерные для данной территории	4
423	2	55	Б1.В2	К экзотическим для РФ зоонозам можно отнести	1. лихорадку Западного Нила 2. желтую лихорадку 3. туляремию 4. чуму 5. японский энцефалит	2
424	2	56	Б1.В2	Существенно утратили эпидемическую значимость в РФ	1. бешенство 2. геморрагическая лихорадка с почечным синдромом 3. туляремия 4. чума 5. лептоспироз	4

425	2	57	Б1.В2	Понятие “эпидемическая заболеваемость” включает в себя	1. эндемию и/или экзотическую заболеваемость 2. вспышку и/или эпидемию 3. пандемию и/или эпидемию 4. вспышку, эпидемию и/или пандемию	4
426	2	58	Б1.В2	На территории РФ имеются природные очаги	1. желтой лихорадки 2. лихорадок Денге и Чикунгунья 3. чумы и геморрагической лихорадки с почечным синдромом 4. лихорадок Марбург и Эбола	3
427	2	59	Б1.В2	Оценка уровня заболеваемости как “вспышка”, “эпидемия” или “пандемия” осуществляется в зависимости от	1. количества больных людей 2. распространения по территории 3. скорости распространения по территории 4. характера распределения случаев заболевания в течение календарного года 5. тяжести заболевания	1
428	2	60	Б1.В2	Критериями интенсивности эпидемического процесса среди населения является оценка	1. показателей заболеваемости, превалентности и пораженности 2. годовой динамики и многолетних колебаний уровней заболеваемости 3. распространения заболеваемости по территории 4. распределения случаев инфекционных заболеваний среди различных групп населения	1
429	2	61	Б1.В2	К учреждениям, задействованным в реализации системы эпидемиологического надзора, на региональном уровне относят	1. центры гигиены и эпидемиологии и дезинфекционные станции 2. научно-исследовательские учреждения гигиенического и эпидемиологического профиля 3. Роспотребнадзор и Министерство здравоохранения и социального развития	1
430	2	62	Б1.В2	Понятие “эпидемическая вспышка” означает	1. кратковременное увеличение числа случаев заболевания, связанных с общим источником и фактором передачи в определенной группе населения 2. уровень заболеваемости обычный для данной местности на протяжении данного исторического отрезка времени 3. массовое распространение какого-либо инфекционного заболевания, значительно превышающее уровень обычной заболеваемости на данной территории 4. что эпидемия охватила нескольких стран и континентов	1
431	2	63	Б1.В2	Понятие “эпидемия” означает	1. кратковременное увеличение числа случаев заболевания, связанных с общим источником и фактором передачи в определенной группе населения 2. уровень заболеваемости обычный для данной местности на протяжении данного исторического отрезка времени 3. массовое распространение какого-либо инфекционного заболевания, значительно превышающее уровень обычной заболеваемости на данной территории 4. что эпидемия охватила нескольких стран и континентов	3

432	2	64	Б1.В2	Понятие “пандемия” означает	1. кратковременное увеличение числа случаев заболевания, связанных с общим источником и фактором передачи в определенной группе населения 2. уровень заболеваемости обычный для данной местности на протяжении данного исторического отрезка времени 3. массовое распространение какого-либо инфекционного заболевания, значительно превышающее уровень обычной заболеваемости на данной территории 4. что эпидемия охватила нескольких стран и континентов	4
433	2	65	Б1.В2	Термин “эпидемиологический надзор” означает	1. выделение территорий, характеризующихся сходством эпидемиологической ситуации 2. систему профилактических и противоэпидемических мероприятий 3. использование совокупности приемов и способов с целью систематизации отдельных эпидемиологических данных и их статистической обработки для наиболее полного и точного выявления признаков, характеризующих особенности эпидемического процесса и постановки эпидемиологического диагноза 4. систему динамического слежения за эпидемическим процессом конкретной инфекционной болезни на определенной территории в течение длительного периода времени в целях повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий и формирования эпидемиологического прогноза	4
434	2	66	Б1.В2	Термин “эпидемиологический анализ” означает	1. выделение территорий, характеризующихся сходством эпидемиологической ситуации 2. систему профилактических и противоэпидемических мероприятий 3. совокупность приемов и способов, предназначенных для изучения эпидемического процесса с целью постановки эпидемиологического диагноза 4. использование совокупности приемов и способов с целью систематизации отдельных эпидемиологических данных и их статистической обработки для наиболее полного и точного выявления признаков, характеризующих особенности эпидемического процесса и постановки эпидемиологического диагноза 5. анализ текущей инфекционной заболеваемости на определенной территории за короткий отрезок времени, когда сбор данных продолжается и в момент осуществления анализа	4
435	2	67	Б1.В2	Термин “эпидемиологический метод” означает	1. выделение территорий, характеризующихся сходством эпидемиологической ситуации 2. систему динамического слежения за эпидемическим процессом конкретной инфекционной болезни на определенной территории в течение длительного периода времени в целях повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий и формирования эпидемиологического прогноза	4

					3. систему профилактических и противоэпидемических мероприятий 4. совокупность приемов и способов, предназначенных для изучения эпидемиологического процесса с целью постановки эпидемиологического диагноза 5. анализ текущей инфекционной заболеваемости на определенной территории за короткий отрезок времени, когда сбор данных продолжается и в момент осуществления анализа	
436	2	68	Б1.В2	Термин “эпидемиологический диагноз” означает	1. выделение территорий, характеризующихся сходством эпидемиологической ситуации 2. итоговую оценку эпидемиологической ситуации и её причин на конкретной территории среди определенных групп населения в изучаемый отрезок времени с целью разработки комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий и эпидемиологического прогноза 3. систему профилактических и противоэпидемических мероприятий 4. анализ текущей инфекционной заболеваемости на определенной территории за короткий отрезок времени, когда сбор данных продолжается и в момент осуществления анализа	2
437	2	69	Б1.В2	Термин “эпидемиологический контроль” означает	1. выделение территорий, характеризующихся сходством эпидемиологической ситуации 2. совокупность приемов и способов, предназначенных для изучения эпидемиологического процесса с целью постановки эпидемиологического диагноза 3. систему профилактических и противоэпидемических мероприятий 4. итоговую оценку эпидемиологической ситуации и её причин на конкретной территории среди определенных групп населения в изучаемый отрезок времени с целью разработки комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий и эпидемиологического прогноза	3
438	2	70	Б1.В2	Термин “эпидемический очаг” означает	1. выделение территорий, характеризующихся сходством эпидемиологической ситуации 2. место пребывания источника возбудителя инфекции с окружающей его территорией в тех пределах, в которых заразное начало способно передаваться от него окружающим лицам 3. характеристику распространенности инфекционной болезни на конкретной территории за определенное время 4. элементы природной среды, взаимодействующие с паразитарной системой в составе эпидемиологической экосистемы и регулирующие происходящие в ней процессы	2

439	2	71	Б1.В2	Целью обследования эпидемического очага инфекции является	1. доказательство выдвинутых гипотез о факторах риска и количественная оценка эффективности средств (методов) профилактики 2. формализованное с помощью приемов высшей математики описание развития ведущих движущих сил эпидемического процесса 3. определение тяжести течения и клинических форм инфекционного заболевания 4. установление причин и условий возникновения вспышки инфекционного заболевания, выявление источника возбудителя инфекции, путей и факторов его передачи, а также лиц, подвергшихся риску заражения	4
440	2	72	Б1.В2	Термин “противоэпидемические мероприятия” означает	1. комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний среди населения 2. совокупность научно-обоснованных и оправданных практической деятельностью мероприятий по борьбе с возникшими инфекционными заболеваниями среди людей 3. комплекс медицинских, и немедицинских мероприятий, направленных на предотвращение ухудшения течения и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний 4. комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и замедление развития заболевания у больных	2
441	2	73	Б1.В2	В классической эпидемиологии противоэпидемические мероприятия – это мероприятия, обеспечивающие	1. профилактику неинфекционных заболеваний 2. профилактику и борьбу с инфекционными болезнями 3. профилактику и борьбу с инфекционными и неинфекционными болезнями 4. профилактику и борьбу с неинфекционными болезнями	2
442	2	74	Б1.В2	К противоэпидемическим мероприятиям, направленным на источник инфекции, относится	1. уничтожение кровососущих членистоногих 2. кипячение воды 3. госпитализация и лечение больных 4. дезинфекция в квартире больного 5. стерилизация медицинского инструментария	3
443	2	75	Б1.В2	К противоэпидемическим мероприятиям, направленным на прерывание механизма передачи инфекции, относится	1. уничтожение мышей и крыс 2. вакцинация 3. госпитализация и лечение больных 4. дезинфекция в квартире больного 5. изоляция, лечение или уничтожение больных одомашненных животных	4

444	2	76	Б1.В2	Противоэпидемические мероприятия, направленные на восприимчивый организм:	1. уничтожение мышей и крыс 2. медицинское наблюдение за контактными лицами, проведение экстренной профилактики антибиотиками 3. госпитализация и лечение больных 4. дезинфекция в квартире больного 5. стерилизация медицинского инструментария	2
445	2	77	Б1.В2	Границы эпидемического очага определяет	1. врач, который первым установил диагноз 2. участковый врач 3. врач-эпидемиолог 4. врач-инфекционист	3
446	2	78	Б1.В2	Наблюдение в эпидемическом очаге продолжается до	1. проведения заключительной дезинфекции 2. госпитализации больного 3. полного выздоровления больного при амбулаторном лечении 4. конца максимального инкубационного периода у контактных лиц	4
447	2	79	Б1.В2	Пространственные границы эпидемического очага при инфекциях дыхательных путей соответствуют	1. территории в пределах радиуса перемещения инфицированных членистоногих 2. территории, снабжаемой от определенного водоисточника 3. территории – сферы деятельности предприятия питания 4. всем помещениям, где находился больной человек или носитель	4
448	2	80	Б1.В2	Пространственные границы эпидемического очага при кишечных инфекциях соответствуют	1. территории в пределах радиуса перемещения инфицированных членистоногих 2. территории, снабжаемой от определенного водоисточника 3. помещению квартиры, где находился больной 4. помещению класса, который посещал больной	2
449	2	81	Б1.В2	Врач, который заподозрил инфекционное заболевание, должен	1. сообщить по месту учебы или работы заболевшего 2. провести обследование эпидемического очага 3. вызвать дезинфекторов для заключительной дезинфекции 4. установить границы эпидемического очага 5. отправить “экстренное извещение” в местный центр гигиены и эпидемиологии	5
450	2	82	Б1.В2	“Экстренное извещение” необходимо отправлять	1. только после бактериологического подтверждения диагноза 2. после консультации с врачом-инфекционистом 3. не позже 12 часов с момента выявления больного 4. не позже 3 часов с момента выявления инфекционного больного 5. только после госпитализации больного	3
451	2	83	Б1.В2	Критерием оценки качества противоэпидемических мероприятий является	1. их проведение в соответствии с нормативными документами 2. снижение заболеваемости совокупного населения 3. снижение тяжести течения инфекционных заболеваний 4. снижение заболеваемости в отдельных группах населения	1

452	2	84	Б1.В2	К инфекциям, управляемым, в основном, средствами иммунопрофилактики, относят антропонозы с	1. фекально-оральным механизмом передачи 2. аспирационным механизмом передачи 3. трансмиссивным механизмом передачи 4. контактным механизмом передачи	2
453	2	85	Б1.В2	К инфекциям, управляемым, в основном, санитарно-гигиеническими мероприятиями, относят антропонозы с	1. фекально-оральным механизмом передачи 2. аспирационным механизмом передачи 3. трансмиссивным механизмом передачи 4. контактным механизмом передачи	1
454	2	86	Б1.В2	При антропонозах эпидемический очаг рассматривают как	1. цепь связанных между собой случаев заболевания, а ликвидация очага сопровождается прекращением циркуляции возбудителя, за счет исчезновения источника 2. территорию, соответствующую радиусу передвижения инфицированных членистоногих 3. территорию сферы действия определенного водоисточника или предприятия питания 4. отдельные, не связанные между собой заболевания людей, количество которых определяется интенсивностью их связей с абиотическим объектом	1
455	2	87	Б1.В2	К мероприятиям, направленным на источник инфекции при зоонозах, относят	1. профилактические прививки скота 2. ветеринарно-санитарную экспертизу мяса 3. обеззараживание сырья животного происхождения 4. истребление синантропных грызунов и уничтожение больных одомашненных животных	4
456	2	88	Б1.В2	Госпитализации по эпидемиологическим показаниям подлежат	1. все инфекционные больные 2. больные с тяжелой степенью тяжести инфекционного заболевания 3. больные дети первых лет жизни или лица с хроническими заболеваниями, которые могут привести к осложнениям 4. лица, проживающие в неблагоустроенном жилье, дети из детских домов, старики из домов престарелых, а также декретированные группы населения 5. беременные женщины	4
457	2	89	Б1.В2	К активным формам выявления источника инфекции относят	1. посещение участковым врачом больного на дому по вызову 2. обращение больного в поликлинику за медицинской помощью 3. периодические медицинские осмотры персонала детских дошкольных учреждений или микробиологическое обследование контактных лиц из эпидемического очага инфекции 4. госпитализацию больного в инфекционный стационар по скорой помощи	3

458	2	90	Б1.В2	Для водного типа вспышки кишечной инфекции свойственен	1. короткий инкубационный период и преобладание случаев заболеваний средней и тяжелой степени тяжести 2. моноэтиологичный характер и высокий удельный вес заболеваний с лабораторно установленной этиологией 3. массовый характер эпидемии на большой территории и преобладание случаев заболеваний легкой степени тяжести или носительства 4. взрывной характер вспышки и быстрое прекращение случаев заболеваний после устранения факторов передачи	3
459	2	91	Б1.В2	Для пищевого типа вспышки кишечной инфекции свойственен	1. удлиненный инкубационный период и преобладание случаев заболеваний легкой степени тяжести или носительства 2. полиэтиологичный характер 3. повторный характер в виде волн острых кишечных инфекций различной этиологии 4. массовый характер эпидемии на большой территории 5. взрывной характер вспышки и преобладание случаев заболеваний средней степени тяжести с лабораторно установленной этиологией	5
460	2	92	Б1.В2	Для пищевого типа вспышки кишечной инфекции характерно	1. наличие предвестников вспышки 2. выделение одного серо-, фаго-, биовара возбудителя у заболевших 3. преобладание атипичных форм болезни 4. преобладание максимального инкубационного периода у заболевших	2
461	2	93	Б1.В2	Для бытового типа вспышки кишечной инфекции свойственен	1. полиэтиологичный характер 2. взрывной характер и возможность развития массовой эпидемии на большой территории 3. повторный характер в виде волн острых кишечных инфекций различной этиологии 4. цепочечный хронический характер вспышки и связанность с низким уровнем санитарно- коммунального благоустройства	4
462	2	94	Б1.В2	В случае пищевого типа вспышки кишечной инфекции чаще заболевают	1. все возрастные группы, кроме детей до 1 года 2. дети первого года жизни, не посещающие детские дошкольные учреждения 3. дети, посещающие детские дошкольные учреждения и школьники	3
463	2	95	Б1.В2	О взрывном типе эпидемического процесса следует говорить в случае	1. систематического инфицирования водоисточника или продуктов питания в течение длительного периода времени 2. однократного инфицирования продуктов питания на предприятии общественного питания 3. когда заболевания отделены друг от друга периодом времени, соответствующим инкубационному периоду	2

464	2	96	Б1.В2	О цепочечном типе эпидемического процесса следует говорить в случае	1. систематического инфицирования водоисточника или продуктов питания в течение длительного периода времени 2. однократного и массивного инфицирования продуктов питания на предприятии общественного питания или массивного инфицирования водоисточника 3. когда заболевания отделены друг от друга периодом времени, соответствующим инкубационному периоду	3
465	2	97	Б1.В2	О хроническом типе эпидемического процесса следует говорить в случае	1. систематического инфицирования водоисточника или продуктов питания в течение длительного периода времени 2. однократного и массивного инфицирования продуктов питания на предприятии общественного питания или массивного инфицирования водоисточника 3. когда заболевания отделены друг от друга периодом времени, соответствующим инкубационному периоду	1
466	2	98	Б1.В2	Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания заполняется	1. врачом-терапевтом при выявлении больного с подозрением на инфекционное заболевание 2. при получении лабораторного подтверждения инфекционного заболевания 3. при госпитализации больного инфекционным заболеванием 4. при выписке больного инфекционным заболеванием из инфекционного стационара 5. врачом-эпидемиологом по окончании эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания	5
467	2	99	Б1.В2	Эпидемиологическое обследование очага инфекционного заболевания должно начинаться в сроки не позже	1. 12 часов с момента выявления больного 2. 12 часов с момента получения “экстренного извещения” 3. 24 часов с момента получения “экстренного извещения” 4. 72 часов с момента получения “экстренного извещения”	3
468	2	100	Б1.В2	Медицинское наблюдение в эпидемическом очаге устанавливают	1. только за лицами, ухаживающими за больным на дому 2. за всеми лицами, которые находились в контакте с больным 3. только за членами семьи, проживающими в коммунальной квартире 4. только за маленькими детьми, проживающими вместе с заболевшим 5. только за лицами, чья профессиональная деятельность связана с высокой степенью риска распространения инфекционного заболевания	2
469	2	101	Б1.В2	Группировку противоэпидемических мероприятий проводят	1. по направленности на инфекционные и неинфекционные болезни 2. в зависимости от тяжести клинического течения инфекционного заболевания 3. в зависимости от клинического периода течения инфекционного заболевания 4. по направленности на источник инфекции, механизм передачи, восприимчивый организм	4

470	2	102	Б1.В2	Назначение разобщения лиц, общавшихся с инфекционным больным зависят от	1. сроков получения результатов бактериологического исследования 2. места работы /учебы и нозологической формы заболевания 3. проведения заключительной дезинфекции	2
471	2	103	Б1.В2	К противоэпидемическим мероприятиям, которые проводят медицинские силы, относят	1. вакцинацию животных и контроль качества пищевых продуктов животного происхождения 2. обеззараживание питьевой воды и санитарную очистку населенных мест 3. выявление бактерионосителей и санитарную обработку лиц, контактировавших с заболевшим	3
472	2	104	Б1.В2	Противоэпидемические мероприятия, направленные на второе звено эпидемического процесса:	1. госпитализация больных 2. выявление бактерионосителей 3. заключительная дезинфекция 4. выявление больных	3
473	2	105	Б1.В2	Какие разделы включает работа на догоспитальном этапе при возникновении эпидемических вспышек?	1. раннее активное выявление больных или подозрительных на инфекционное заболевание 2. оказание неотложной помощи 3. медицинская сортировка 4. эвакуация в инфекционный стационар	1, 2, 3, 4
474	2	106	Б1.В2	Что необходимо обработать при любой инфекции?	1. посуду больного 2. одежду больного 3. выделения больного 4. постельное белье	3
475	2	107	Б1.В2	На что направлены основные направления и принципы лечения инфекционных болезней?	1. воздействие на возбудителя 2. нейтрализацию токсинов 3. воздействие на макроорганизм 4. детоксикацию 5. все перечисленное	5
476	2	108	Б1.В2	Какие эффекты из перечисленных не относятся к молекулярным основам терапии вирусных инфекций?	1. блокирование лигандов возбудителей 2. использование антибиотиков 3. блокирование рецепторов макроорганизма 4. введение рецепторов (антиидиотипические антитела) 5. использование интерферонов и их индукторов	2
477	2	109	Б1.В2	Что относится к средствам специфического воздействия на возбудителя?	1. антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны 2. интерфероны 3. бактериофаги 4. сыворотки, вакцины, иммуноглобулин 5. все перечисленное	5

478	2	110	Б1.В2	Что относится к неспецифическим методам лечения инфекционных болезней?	1. дезинтоксикационная терапия 2. препараты крови и кровезаменители 3. кортикостероидная терапия 4. гемодиализ, плазмаферез 5. все перечисленное	5
479	2	111	Б1.В2	Первая помощь при пищевых токсикоинфекциях:	1. промывание желудка 2. очистительная клизма 3. специфическое лечение 4. симптоматическое лечение 5. вакцинотерапия	1
480	2	112	Б1.В2	Укажите путь заражения при холере	1. воздушно-капельный 2. парентеральный 3. алиментарный 4. трансмиссивный 5. контактный	3
481	2	113	Б1.В2	Холеру вызывает:	1. кишечная палочка 2. палочка Эберта 3. вибрион Коха 4. вибрион Эль-Тор 5. вибрион бенгальский	3, 4
482	2	114	Б1.В2	При легкой форме холеры обнаруживается обычно:	1. риккетсия Провачека 2. вибрион Эль-Тор 3. бацилла Эберта 4. палочка Коха	2
483	2	115	Б1.Б1	Причина тяжелой диареи при холере	1. обширные язвенные дефекты 2. поражение сосудов кишечника 3. внедрение холерного вибриона 4. воздействие холерного энтеротоксина 5. токсическое поражение нервного аппарата кишечника	4
484	2	116	Б1.Б1	Укажите, сколько стадий различают в развитии холеры	1. две 3. четыре 2. три 4. пять	2
485	2	117	Б1.Б1	Как называется вторая стадия холеры?	1. гастроэнтерит 2. колит 3. энтероколит 4. обезвоживание 5. острый гастрит	1

486	2	118	Б1.Б1	Характерным морфологическим признаком холеры является:	1. фолликулярный колит 2. мозговидное набухание групповых фолликулов подвздошной кишки 3. серозно-геморрагический энтерит, гастрит 4. фибринозный колит 5. язвенный колит с гнойным экссудатом	3
487	2	119	Б1.Б1	Для неосложненной холеры характерны следующие патологические изменения:	1. поражение преимущественно тонкой кишки 2. воспаление слизистой оболочки толстой кишки 3. интерстициальная пневмония 4. абсцессы печени	1
488	2	120	Б1.Б1	Для холерного энтерита характерно	1. серозное воспаление 2. гнойное воспаление 3. крупозное воспаление 4. дифтеритическое воспаление 5. серозно-геморрагическое воспаление	1, 5
489	2	121	Б1.Б1	Укажите изменение тонкой кишки в алгидном периоде холеры	1. атрофия слизистой 2. энтерит 3. полипы 4. некроз 5. пигментация	2
490	2	122	Б1.Б1	Для алгидного периода холеры не характерно	1. гемосидероз лёгких 2. гемосидероз пульпы селезёнки 3. дистрофия гепатоцитов 4. некроз эпителия почечных канальцев	1
491	2	123	Б1.Б1	Основной морфологический признак в подвздошной кишке у умерших в алгидном периоде холеры:	1. отек 2. густой слизеподобный налет 3. изъязвление 4. кровь	2
492	2	124	Б1.Б1	Основными признаками алгидного периода холеры у умершего является:	1. "руки прачки" 2. ригидность шейных мышц 3. поза "гладиатора"	1, 2, 3
493	2	125	Б1.Б1	В алгидный период холеры смерть больных обычно наступает вследствие	1. обезвоживания 2. перитонита 3. комы 4. уремии 5. кишечного кровотечения	1, 3, 4

494	2	126	Б1.В2	При гиповолемическом шоке, обусловленном холерой, имеет место все, кроме:	1. тахикардии, одышки, цианоза, гипотензии 2. многократного обильного стула 3. анурии 4. уменьшения массы циркулирующей крови и плазмы, сгущения крови 5. гипоксии артериальной крови, гипероксии венозной крови	2
495	2	127	Б1.В2	Укажите возбудителя полиомиелита	1. палочка Коха 2. РНК-содержащий вирус 3. риккетсия 4. ДНК-содержащий вирус	2
496	2	128	Б1.В2	Укажите особенности возбудителя полиомиелита:	1. устойчивость в окружающей среде 2. неустойчивость в окружающей среде 3. быстро разрушается под воздействием солнечного света 4. быстро разрушается при низких температурах 5. ни одна из вышеперечисленных	1
497	2	129	Б1.В2	Укажите путь заражения полиомиелитом:	1. фекально-оральный 2. воздушно-капельный 3. контактный 4. парентеральный	1
498	2	130	Б1.В2	Путь передачи менингококковой инфекции:	1. контактный 2. алиментарный 3. парентеральный 4. трансмиссивный 5. воздушно-капельный	5
499	2	131	Б1.В2	Вирус SARS-CoV-2 является вирусом рода	1. Alphacoronavirus 2. Betacoronavirus 3. Deltacoronavirus 4. Gammacoronavirus	2
500	2	132	Б1.В2	SARS-CoV-2 преимущественно распространяется в альвеолярных клетках II типа, пик выделения вируса наступает на	1. 1-2 сутки после начала заболевания 2. 3-5 сутки после начала заболевания 3. 6-8 сутки после начала заболевания 4. 9-11 сутки после начала заболевания	2
501	2	133	Б1.В2	Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной инфекции:	1. повышенная температура 2. кашель 3. одышка 4. утомляемость 5. ощущение заложенности в грудной клетки	1, 2, 3, 4, 5

502	2	134	Б1.В2	К путям передачи COVID-19 (SARS-CoV-2) относят:	1. воздушно-капельный 2. воздушно-пылевой 3. контактный	1, 2, 3
503	2	135	Б1.В2	Наиболее тяжелая одышка при COVID-19 развивается на	1. 3-4 день 3. 6-8 день 2. 4-5 день 4. 9-11 день	3
504	2	136	Б1.В2	Назовите возбудителя кори	1. палочка Коха 2. риккетсия 3. ДНК-содержащий вирус 4. РНК-содержащий вирус 5. шигелла	4
505	2	137	Б1.В2	Пути заражения при кори:	1. алиментарный 2. воздушно-капельный 3. воздушно-пылевой 4. контактно-бытовой 5. трансплацентарный	2, 3, 5
506	2	138	Б1.В2	Для возбудителя оспы характерны все следующие особенности, кроме:	1. относится к ДНК-содержащим вирусам 2. различают 2 вида вируса: возбудитель натуральной оспы, возбудитель алястрима 3. хорошо выдерживает нагревание 4. хорошо размножается на хорион-аллантоисной оболочке куриных эмбрионов 5. устойчив к низкой температуре и высушиванию	3
507	2	139	Б1.В1	Наиболее характерные морфологические изменения при натуральной оспе:	1. чаще поражается кожа и слизистые оболочки 2. баллонизирующая дегенерация в эпидермисе 3. тельца Гварниери внутри мембраны клеток 4. правильного ответа нет 5. все ответы правильные	5
508	2	140	Б1.В2	Назовите возбудителя эпидемического сыпного тифа:	1. вирус 2. риккетсия Провачека 3. сальмонелла 4. шигелла	2
509	2	141	Б1.В2	Назовите источник заболевания эпидемическим сыпным тифом	1. кошка, собака 2. крупный рогатый скот 3. крысы 4. мыши 5. больной человек	5

510	2	142	Б1.В2	Укажите переносчика сыпного тифа	1. мыши 2. лобковая вошь 3. платяная вошь 4. клоп 5. клещ	3
511	2	143	Б1.В2	Назовите механизм заражения эпидемическим сыпным тифом:	1. парентеральный 2. попадание возбудителя из фекалий вши при расчесах кожи 3. фекально-оральный 4. трансплацентарный 5. трансмиссивный	2
512	2	144	Б1.Б1	Возбудитель сыпного тифа размножается в:	1. лимфоцитах 2. железистом эпителии 3. эндотелии 4. клетках ЦНС 5. гистиоцитах	3
513	2	145	Б1.В2	Назовите тропизм риккетсии Провачека	1. лимфатические сосуды 2. эндотелий вен 3. эндотелий восходящего отдела аорты 4. эндотелий мелких сосудов 5. белое вещество головного мозга	4
514	2	146	Б1.В2	К карантинным заболеваниям относятся:	1. чума (легочная форма) 2. холера 3. сибирская язва 4. натуральная оспа 5. желтая лихорадка	1, 2, 4, 5
515	2	147	Б1.В2	К особо опасным инфекциям в России относятся:	1. чума 2. холера 3. натуральная оспа 4. сибирская язва 5. туберкулёз 6. туляремия	1, 2, 3, 4, 6
516	2	148	Б1.В2	Возбудитель чумы относится к семейству:	1. Pasteurellaceae 2. Pseudomonadaceae 3. Enterobacteriaceae 4. Bacillaceae	3

517	2	149	Б1.В2	Клинико-морфологическая форма чумы при вдыхании возбудителя:	1. бубонная 2. септическая 3. кишечная 4. легочная	4
518	2	150	Б1.В2	Резервуаром возбудителей чумы являются:	1. комары 2. грызуны 3. платяная вошь	2
519	2	151	Б1.В2	При чуме имеют место все следующие пути передачи, кроме:	1. трансмиссивного 2. контактного 3. парентерального 4. алиментарного 5. воздушно-капельного	3
520	2	152	Б1.В2	Чумным токсином является:	1. холероген 2. энтеротоксин 3. мышинный токсин	3
521	2	153	Б1.В2	Для чумного воспаления характерно:	1. большое количество лейкоцитов 2. гранулемы 3. отрицательный лейкотаксис 4. нет верного ответа	3
522	2	154	Б1.Б1	Воспаление в лимфатическом узле при чуме имеет характер:	1. фибринозный 2. серозный 3. геморрагический 4. гнойный 5. гнилостный	3
523	2	155	Б1.Б1	При вскрытии больного, умершего от чумы, на фоне геморрагического синдрома найден геморрагический некроз кожи бедра, лимфангит, паховый геморрагический лимфаденит. Назовите форму чумы.	1. кожно-бубонная 2. бубонная 3. первично-септическая 4. первично-легочная 5. геморрагическая	1
524	2	156	Б1.Б1	Патогномоничный для сибирской язвы кожный элемент:	1. папула 2. изъязвление 3. карбункул 4. пустула 5. везикула	3

525	2	157	Б1.Б1	Формы сибирской язвы:	1. кожная 2. кишечная 3. первично-легочная 4. первично-септическая	1, 2, 3, 4
526	2	158	Б1.Б1	Наиболее частая форма сибирской язвы:	1. кожная 2. легочная 3. кишечная 4. почечная	1
527	2	159	Б1.Б1	Больная 42 лет, работница мехового ателье, умерла внезапно. При вскрытии мягкие мозговые оболочки свода и основания головного мозга темно-красного цвета, пропитаны кровью (покрыты "красным чепцом"). Микроскопически в мягких мозговых оболочках и в ткани мозга серозно-геморрагическое воспаление, некроз стенок мелких сосудов, множественные кровоизлияния. Какое заболевание наиболее вероятно?	1. сибирская язва 2. кровоизлияния в мозг при гипертонической болезни 3. кровоизлияния в мозг при травматическом повреждении 4. менингококковая инфекция 5. туберкулезный лептоменингит	1
528	1	160	Б1.Б2	Силы службы медицины ЧС Российской Федерации представлены	1. органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям 2. бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими и доврачебными бригадами экстренной медицинской помощи, бригадами специализированной медицинской помощи постоянной готовности, автономными выездными медицинскими госпиталями, медицинскими отрядами и оперативными группами управления лечебно-профилактических учреждений, органами управления 3. научно-практическими территориальными центрами экстренной медицинской помощи, лечебно-профилактическими учреждениями	2
529	1	161	Б1.Б2	Основными задачами службы медицины катастроф при чрезвычайных ситуациях являются	1. сохранение здоровья населения, своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи с целью спасения жизни пораженным, снижение инвалидности и неоправданных безвозвратных потерь, снижение психо-неврологического и эмоционального воздействия катастроф на население, обеспечение санитарного благополучия в районе чрезвычайных ситуаций, проведение судебно-медицинской экспертизы и др.	1

					2. подготовка медицинских кадров, создание органов управления, медицинских формирований, учреждений, поддержание их в постоянной готовности, материально-техническое обеспечение 3. сохранение здоровья личного состава медицинских формирований, планирование развития сил и средств здравоохранения и поддержание их в постоянной готовности к работе в зонах катастроф, для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций	
530	1	162	Б1.Б2	Заболеваниями, наиболее затрудняющими проведение спасательных работ в зоне ЧС являются	1. простудные заболевания 2. особо опасные инфекции 3. сердечно-сосудистые заболевания 4. заболевания кожи и подкожной клетчатки	2
531	1	163	Б1.Б2	Эвакуация населения при чрезвычайных ситуациях осуществляется по	1. показателям общего состояния пострадавших 2. эвакуационно-сортировочным признакам 3. возрастным показателям 4. наличию транспортных средств	2
532	1	164	Б1.Б2	Этапом медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях называется	1. время проведения эвакуации пораженного населения из очага в больницы загородной зоны (от первого до последнего транспорта, независимо от его вида) 2. территория (участок, район), на котором оказывается медицинская помощь пораженным в очаге и организуется их вывоз 3. место оказания медицинской помощи пораженному в очаге и медицинское учреждение, в которое эвакуируется пораженный 4. силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации, обеспечивающие прием пораженных, их сортировку, оказание медицинской помощи и лечение, подготовку пораженных к дальнейшей эвакуации	4
533	1	165	Б1.Б2	Этап медицинской эвакуации означает	1. участок от места ранения до ближайшего лечебного учреждения 2. все учебные учреждения, расположенные вблизи очага катастрофы 3. участок пути между лечебными учреждениями, в которых оказывается медицинская помощь пострадавшим 4. лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации	4
534	1	166	Б1.Б2	Основными способами защиты населения от оружия массового поражения являются	1. использование защитных сооружений для укрытия населения, рассредоточение и эвакуация населения, использование средств индивидуальной защиты, в том числе медицинской 2. эвакуация из городов 3. оповещение населения об угрозе нападения использование противогазов 4. использование средств индивидуальной защиты и медицинских средств профилактики	1

535	1	167	Б1.Б2	Основным принципом в оказании медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации является	1. преемственность 2. непрерывность 3. своевременность и полнота первой медицинской помощи 4. последовательность	3
536	1	168	Б1.Б2	Аптечка индивидуальная (АИ-2) содержит	1. антидот в шприц-тюбике, противобактериальное средство (хлортетрациклин) 2. антидот против фосфорорганических отравляющих веществ (тарен), противобактериальное средство (сульфатон), радиозащитное средство (цистамин), противорвотное средство (этаперазин) 3. антидот (тарен), противобактериальное средство (сульфадемитоксин), радиозащитное средство (цистамин), противорвотное средство (этаперазин) 4. антидот против фосфорорганических отравляющих веществ, противобактериальные средства, (сульфадемитоксин, хлортетрациклин), радиозащитные средства (цистамин, калий йодистый), противорвотное средство (этаперазин), обезболивающее средство	4
537	1	169	Б1.Б2	Укажите основные пути попадания радиоактивных веществ в организм человека:	1. через дыхательные пути 2. через кожу 3. через пищеварительный тракт. 4. все перечисленное	4
538	1	170	Б1.Б2	Укажите, от чего зависит лучевая нагрузка, полученная населением на территории проживания:	1. естественного природного радиационного гамма-фона 2. поступления радиоактивных веществ в организм человека с продуктами питания 3. глобальных выбросов радиоактивных веществ в атмосферу 4. медицинских рентгено- и радиологических процедур 5. радиационных аварий 6. испытаний ядерного оружия 7. всего перечисленного	7
539	1	171	Б1.Б2	Перечислите виды излучения, обладающие наибольшей проникающей способностью	1. гамма-излучение 2. альфа-излучение 3. бета-излучение 4. нейтронное излучение	1, 4
540	1	172	Б1.Б2	Лучевая болезнь бывает:	1. только острой 2. только хронической 3. острой и хронической	3
541	1	173	Б1.Б2	Укажите количество стадий острой лучевой болезни	1. 2 стадии 2. 3 стадии 3. 4 стадии	3

542	1	174	Б1.Б2	Назовите дозу облучения, опасную для плода:	1. 100-200 р 2. 201-300 р 3. 301-500 р 4. > 500 р 5. любая	5
543	1	175	Б1.Б2	Укажите допустимое (с разрешения территориальных органов Госсанэпиднадзора) аварийное облучение персонала АЭС и лиц, участвующих в АСР:	1. до 5 бэр 2. до 10 бэр 3. до 20 бэр 4. до 25 бэр	2
544	1	176	Б1.Б2	Укажите допустимое (с разрешения федерального органа Госсанэпиднадзора) аварийное облучение персонала АЭС и лиц, участвующих в АСР:	1. до 5 бэр 2. до 10 бэр 3. до 20 бэр 4. до 25 бэр	3
545	1	177	Б1.Б2	Лица, получившие облучение в дозе 20 бэр в течение года:	1. могут продолжать работать в зоне облучения, но при дальнейшей работе не должны подвергаться облучению в дозе свыше 2 бэр/год; 2. должны немедленно выводиться из зоны облучения и направляться на медицинское обследование	2
546	1	178	Б1.Б2	Для прогнозирования степени тяжести острой лучевой болезни, необходимо обращать внимание на время появления и интенсивность наиболее существенного признака первичной реакции на облучение:	1. тошнота, рвота 2. понос 3. слабость, утомляемость; 4. головные боли 5. повышение температуры 6. учащенный пульс 7. пониженный уровень АД	1
547	1	179	Б1.Б2	Что применяют для обнаружения ионизирующих излучений и измерения их энергий	1. электронный частотомер 2. дозиметрические приборы – радиометры 3. электронный мегомметр 4. дозиметрические приборы – дозиметры	2, 4
548	1	180	Б1.Б2	Укажите влияние ионизирующего излучения на организм человека	1. повреждает косный мозг 2. уменьшает количество (лейкоцитов)- клеток защищающих человека от инфекций 3. способствует мутациям клеток 4. мощное излучение приводит к лучевым ожогам 5. верно все перечисленное	5

549	1	181	Б1.Б2	Укажите, что входит в объем мероприятий ПП в очаге радиационного поражения:	1. немедленное удаление пострадавшего из очага 2. промывание кожи проточной водой с мылом и 2% раствором соды 3. промывание глаз 2% раствором соды 4. промывание желудка 2% раствором соды 5. при попадании радиоактивных веществ внутрь необходим прием активированного угля 6. все перечисленное	1, 2, 3, 5
550	1	182	Б1.Б2	Острая лучевая болезнь развивается при дозе облучения:	1. 25 р 2. 50 р 3. 100 р 4. 200 р	3, 4
551	1	183	Б1.Б2	Укажите органы и ткани наиболее чувствительны к воздействию радиации:	1. кожа 2. половые органы 3. кости 4. мышцы 5. щитовидная железа 6. органы зрения 7. костный мозг 8. селезенка 9. легкие	2, 7
552	1	184	Б1.Б2	Укажите абсолютно смертельную для человека дозу облучения:	1. 200 р 2. 300 р 3. 400 р 4. 500 р	3, 4
553	1	185	Б1.Б2	Утверждение верно:	1. изолирующие СИЗ защищают от воздействия гамма-излучений 2. изолирующие СИЗ не защищают от воздействия гамма-излучений	2
554	1	186	Б1.Б2	Диспозиционными (предупреждение заболевания в случае заражения) противоэпидемическими мероприятиями являются:	1. режимно ограничительные санитарно-ветеринарные 2. санитарно-гигиенические 3. иммунопрофилактические 4. изоляционные	3
555	1	187	Б1.Б2	Экспозиционным (предупреждение заражения людей) противоэпидемическим мероприятием является:	1. обсервация 2. плановая иммунопрофилактика 3. экстренная профилактика 4. лечение	1

556	2	188	Б1.Б.1	При наружном осмотре умершего от уремии и интоксикации определяются изменения кожных покровов на пальцах рук («руки прачки»), резко контурированные мышцы («поза гладиатора»). Мышцы темно-красного цвета, кровь в венах густая и темная. Серозные оболочки покрыты липкой, прозрачной слизью. В просвете кишечника большое количество жидкого содержимого в виде «рисового отвара». 1. Как называется данное заболевание? 2. Этиология, пути передачи. 3. Исходы и осложнения.	1. Холера. 2. Холерный вибрион. Фекально-оральный механизм передачи, путь – водный (чаще). 3. Холерный тифоид, постхолерная уремия; пневмония, абсцессы, флегмона, рожа, сепсис.
557	2	189	Б1.Б.1	Больной 40 лет, оказавшийся в очаге вспышки холеры, госпитализирован с типичными проявлениями заболевания, погиб в третьем периоде (стадии) инфекции. 1. Назовите возбудителя болезни. 2. Перечислите внешние признаки заболевания в этот срок и их клинические образные названия. 3. Название экзотоксина, выделяемого возбудителем. 4. Охарактеризуйте поражение желудочно-кишечного тракта.	1. Холерный вибрион. 2. «Рука прачки», «поза гладиатора» 3. Холероген 4. Серозный катар
558	2	190	Б1.Б.1	Больная, не получившая в силу обстоятельств своевременной медицинской помощи в очаге вспышки холеры, погибла при клинической картине острой почечной недостаточности. 1. Определите примерный срок (период) смертельного исхода. 2. Механизм развития патологических изменений почек (патогенез). 3. Перечислите возможные внепочечные изменения.	1. Алгидный период. 2. Эксикоз, гиповолемический шок, ишемия почек, некроз эпителия канальцев. 3. Пневмония, абсцессы, флегмона, сепсис.
559	2	191	Б1.Б.1	В порт города Л. прибыл паракорд с сотрудниками геологической экспедиции, работавшими в одной из стран Юго-Восточной Азии, неблагополучной по особо опасным инфекциям. Обсервацию пассажиры проходили в течение 5 суток. При осмотре на санитарно-контрольном пункте у прибывших никаких признаков заболевания не установлено. На следующий день в 14 ч у одного из прибывших появился частый жидкий стул без патологических примесей, затем однократная рвота, общая слабость, головокружение. Боли в животе не было. Температура 37,1°C. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось, беспокоили неукротимая рвота, частый жидкий, обильный, водянистый стул типа «рисового отвара», сознание спутанное. Вопрос. Предварительный диагноз?	Холера.
560	2	192	Б1.Б.1	Больная Н., 42 лет, работает сортировщицей шерсти. Жалуется на повышение температуры тела до 39,3°C, выраженную головную боль, общую слабость, чувство ломоты в суставах. При осмотре в области правого лучезапястного сустава – язва диаметром 2 см, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Область язвы при пальпации безболезненная. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа. Вопрос. Предполагаемый диагноз?	Сибирская язва.

561	193	Больной Р., 49 лет, скотник, почувствовал жжение и зуд кожных покровов в области тыльной поверхности правого лучезапястного сустава, заметил красноватое пятно, которое через несколько часов трансформировалось в папулу медно-красного цвета. На следующий день на месте папулы образовался пузырек, заполненный кровянистой жидкостью. Общее состояние оставалось удовлетворительным, продолжал работать. В день госпитализации определялась язва с темно-коричневым дном, размером 2,5х3 см, с приподнятыми краями и серозно-геморрагическим отделяемым. По краям – несколько дочерних везикул. Элемент безболезненный. На расстоянии 10 см от основного поражения – небольшая яркая папула 0,4 см в диаметре. В подмышечной области справа пальпировался регионарный лимфоузел размером 2 – 2,5 см, безболезненный. Вопрос. Предварительный диагноз?	Сибирская язва.
562	194	Больной И., 40 лет, геолог. 2 мес провел в астраханской степи. Заболел остро на 8-й день после возвращения домой: повысилась температура до 40°C, озноб, головная боль, многократная рвота. На 2-й день осмотрен врачом. Температура 41°C. Больной беспокоен, речь невнятная. Жалобы на слабость, одышку. При осмотре в легких изменений не обнаружено. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 130 уд./мин. Язык обложен густым белым налетом. На коже правой голени резко болезненная язва размером 2-3 см, покрытая темным струпом с красно-багровым воспалительным валом вокруг. Из-под струпа проступает скудное гнойно-серозное отделяемое. В правой паховой области болезненное образование до 3х4 см. Вопрос. Предварительный диагноз?	Чума
563	195	Больной К., 30 лет, охотник. Через 4 дня после разделывания тушки ондатры внезапно повысилась температура до 39,4°C, появились озноб, боль в мышцах, головная боль, слабость, потливость, выраженная болезненность в правой подмышечной области, заставляющая принимать вынужденное положение. На 2-й день осмотрен участковым врачом. В правой подмышечной области обнаружено деревянистой плотности образование с багрово-синюшным цветом кожи над ним. Вопрос. Предварительный диагноз?	Чума, бубонная форма.
564	196	В одном из сибирских регионов одновременно заболело более 100 работников крупного промышленного предприятия с развитием картины пищевой токсикоинфекции. Установлено, что источником вспышки явился пищеблок завода. Бактериологическое исследование позволило диагностировать иерсиниоз. 1. Классифицируйте заболевание по эпидемиологическому признаку. 2. Перечислите его клинико-морфологические формы 3. Назовите типичный вариант воспалительной реакции организма.	1. Антропозоонозная 2. Абдоминальная, аппендикулярная, септическая 3. Гранулематозное воспаление

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

Модули:

Б1.Б.2. Общественное здоровье и здравоохранение

Б1.Б.1. Патологическая анатомия

№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
565	1	1	Б1.Б.2	Показатель общей смертности – это:	1. отношение числа умерших к среднегодовой численности населения (в расчете на 1000 населения) 2. отношение числа умерших к численности населения на 0-01 данного года 3. общее количество умерших в течение межпереписного периода	1
566	1	2	Б1.Б.2	Повозрастные показатели смертности рассчитываются путем:	1. соотношения численности умерших в каждой возрастной группе и численности данной возрастной группы (в расчете на 1000 населения) 2. вычитания родившихся и умерших в каждой пятилетней возрастной группе 3. соотношения числа умерших в каждой возрастной группе к среднегодовой численности населения территории (в расчете на 1000 населения)	1
567	1	3	Б1.Б.2	Динамикой населения называется раздел демографии, изучающий:	1. численность и состав населения; 2. миграцию населения; 3. естественное и механическое движение населения; 4. структуру населения; 5. продолжительность жизни населения.	3
568	1	4	Б1.Б.2	Показателем естественного движения населения является:	1. смертность населения; 2. структура населения; 3. летальность; 4. заболеваемость; 5. ожидаемая продолжительность предстоящей жизни.	3
569	1	5	Б1.Б.2	К демографическим показателям не относится:	1. естественный прирост; 2. смертность; 3. младенческая смертность; 4. физическое развитие отдельных групп населения; 5. рождаемость.	4

570	1	6	Б1.Б.2	Естественный прирост населения зависит от:	числа родившихся и умерших	
571	1	7	Б1.Б.2	Самым чувствительным демографическим показателем (называемым социальным барометром) является:	1. смертность лиц пожилого возраста; 2. смертность мужчин трудоспособного возраста; 3. младенческая смертность; 4. рождаемость; 5. материнская смертность.	3
572	1	8	Б1.Б.2	Организационно-подготовительный этап статистического исследования включает все, кроме:	1. постановки цели исследования; 2. постановки задач исследования; 3. определения научно-практической значимости исследования; 4. выбора темы исследования; 5. шифровки материала.	5
573	1	9	Б1.Б.2	Под статистикой понимают:	1. самостоятельную общественную науку, изучающую количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной 2. сбор, обработку и хранение информации, характеризующей количественные закономерности общественных явлений 3. анализ массовых количественных данных с использованием статистических методов 4. анализ массовых количественных данных с использованием статистическо - математических методов 5. статистическо-математические методы при сборе, обработке и хранении информации	1
574	1	10	Б1.Б.2	Под медицинской статистикой понимают:	1. отрасль статистики, изучающей здоровье населения 2. совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности ЛПУ 3. отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением 4. отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной и социальной гигиеной	3
575	1	11	Б1.Б.2	Предметом изучения медицинской статистики является:	1. информация о здоровье населения 2. информация о влиянии факторов окружающей среды на здоровье человека 3. информация о кадрах, сети и деятельности учреждений и служб здравоохранения 4. информация о результатах клинических и экспериментальных исследованиях в медицине	1, 2, 3, 4

576	1	12	Б1.Б.2	Здоровье населения рассматривается (изучается) как:	1. многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды 2. величина, определяющая здоровье общества как целостно функционирующего организма	1, 2
577	1	13	Б1.Б.2	Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются:	1. демографические показатели 2. заболеваемость 3. инвалидность 4. физическое развитие 5. заболеваемость с временной утратой трудоспособности	1, 2, 3, 4, 5
578	1	14	Б1.Б.2	Основными показателями естественного движения населения являются:	рождаемость и смертность	
579	1	15	Б1.Б.2	К общим показателям естественного движения населения не относятся:	1. рождаемость 2. смертность 3. естественный прирост 4. средняя продолжительность жизни	4
580	1	16	Б1.Б.2	Показатель рождаемости рассчитывается путем:	1. соотношения численности родившихся в данном году и среднегодовой численности населения (в расчете на 1000 населения) 2. соотношения численности умерших и численности родившихся 3. вычитания числа умерших из числа родившихся	1
581	1	17	Б1.Б.2	Показатель общей смертности – это:	1. отношение числа умерших к среднегодовой численности населения (в расчете на 1000 населения) 2. отношение числа умерших к численности населения на 0-01 данного года 3. общее количество умерших в течение межпереписного периода	1
582	1	18	Б1.Б.2	Повозрастные показатели смертности рассчитываются путем:	1. соотношения численности умерших в каждой возрастной группе и численности данной возрастной группы (в расчете на 1000 населения) 2. вычитания родившихся и умерших в каждой пятилетней возрастной группе 3. соотношения числа умерших в каждой возрастной группе к среднегодовой численности населения территории (в расчете на 1000 населения)	1
583	1	19	Б1.Б.2	Средняя продолжительность предстоящей жизни – это:	1. число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся в данном году при условии, что на протяжении всей жизни повозрастные показатели смертности останутся неизменными 2. число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся в данном году при условии, что на протяжении всей жизни повозрастные показатели рождаемости останутся неизменными	1

584	1	20	Б1.Б.2	Обобщающим показателем естественного движения населения является:	1. рождаемость 2. смертность 3. естественный прирост (убыль)	3
585	1	21	Б1.Б.2	В общей структуре смертности населения травмы занимают место:	третье	
586	1	22	Б1.Б.2	В общей структуре смертности населения злокачественные новообразования занимают место:	второе	
587	1	23	Б1.Б.2	В общей структуре смертности населения сердечно-сосудистые заболевания занимают место:	первое	
588	1	24	Б1.Б.2	Какие показатели относятся к медико-демографическим?	1. рождаемость 4. фертильность 2. заболеваемость 5. инвалидность 3. смертность	1, 3, 5
589	1	25	Б1.Б.2	Как вы понимаете термин «распространенность заболевания»?	Отношение числа лиц, у которых выявлено данное заболевание, к числу всех лиц в популяции.	
590	1	26	Б1.Б.2	Как вы понимаете термин «заболеваемость» или incidence?	Число всех обращений к врачу за год.	
591	1	27	Б1.Б.1	Структура патологоанатомического диагноза включает в себя:	1. основное заболевание (первоначальная причина смерти) 2. осложнения 3. сопутствующие заболевания	1, 2, 3
592	1	28	Б1.Б.1	Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:	1. два основных конкурирующих заболевания 2. два сочетанных заболевания 3. основное и фоновое заболевания	1, 2, 3
593	1	29	Б1.Б.1	Основное заболевание (первоначальная причина смерти) - нозологическая единица, которая в данный момент и в данных условиях в наибольшей степени:	1. угрожает жизни, здоровью, трудоспособности больного 2. требует проведения первоначальных лечебно-профилактических мероприятий 3. само или через осложнения явилось причиной смерти	1, 2, 3
594	1	30	Б1.Б.1	Первоначальная причина смерти:	1. нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти 2. болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти 3. обстоятельства несчастного случая / акта насилия, которые вызвали смертельную травму	2, 3

595	1	31	Б1.Б.1	Непосредственная причина смерти:	1. нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть 2. нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного 3. проявления механизма наступления смерти	1
596	1	32	Б1.Б.1	Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий:	1. основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной, промежуточной причин смерти) 2. основное заболевание записывается только в третью строку (в) 3. непосредственная причина смерти записывается только в верхнюю строку (а)	1, 3
597	1	33	Б1.Б.1	Формы острой ишемической болезни сердца, используемые в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания:	1. острый коронарный тромбоз без развития ИМ на фоне тромболитической терапии 2. острый инфаркт миокарда 3. острая аневризма сердца 4. внезапная коронарная смерть 5. нестабильная стенокардия	2, 4
598	1	34	Б1.Б.1	Нозологические формы и синдромы в составе острого коронарного синдрома	1. внезапная коронарная смерть 2. острая аневризма сердца 3. инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (NSTEMI) 4. инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) 5. нестабильная стенокардия	1, 3, 4, 5
599	1	35	Б1.Б.1	Формы хронической ишемической болезни сердца, используемые в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания:	1. инфаркт миокарда 2. постинфарктный кардиосклероз 3. хроническая аневризма сердца 4. стенокардия напряжения 5. ишемическая кардиомиопатия	2, 3, 5
600	1	36	Б1.Б.1	Типы инфаркта миокарда в соответствии с 4-м Универсальным определением инфаркта миокарда	1. тип 1а 4. тип 2 2. тип 1б 5. тип 4б 3. тип А	4, 5
601	1	37	Б1.Б.1	В качестве основного заболевания в диагнозе у взрослого может фигурировать:	1. очаговая пневмония 2. долевая пневмония 3. интерстициальная пневмония	2
602	1	38	Б1.Б.1	Согласно современной классификации идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) к основным ИИП относят:	1. интерстициальный легочный фиброз 2. неспецифическую интерстициальную пневмонию 3. респираторный бронхиолит в сочетании с интерстициальной болезнью легких 4. десквамативную интерстициальную пневмонию	1, 2, 3, 4

603	1	39	Б1.Б.1	Согласно современной классификации идиопатических интерстициальных пневмоний (ИИП) к редким ИИП относят:	1. лимфоидная интерстициальная пневмония 2. неспецифическая интерстициальная пневмония. 3. идиопатический плевропаренхимальный фиброэластоз легких 4. респираторный бронхиолит в сочетании с интерстициальной болезнью легких	1, 3
604	1	40	Б1.Б.1	Бронхопневмония может быть основным заболеванием:	1. в раннем детском возрасте 2. во взрослом возрасте 3. в старческом возрасте	1, 3
605	2	41	Б1.Б.1	Формы гематогенного туберкулеза	1. генерализованный 2. казеозная пневмония 3. с лимфожелезистой генерализацией 4. с преимущественным поражением легких 5. с преимущественно внелегочными поражениями	1, 4, 5
606	2	42	Б1.Б.1	Формы генерализованного гематогенного туберкулеза:	1. острейший туберкулезный сепсис (форма Ландузи) 2. острый общий милиарный 3. острый общий крупноочаговый 4. туберкулез мочеполовых органов 5. хронический общий милиарный	1, 2, 3, 5
607	2	43	Б1.Б.1	К разновидностям гематогенного туберкулеза с преимущественным поражением легких относятся:	1. острый очаговый туберкулез легких 2. хронический крупноочаговый туберкулез легких 3. острый кавернозный туберкулез легких 4. острый милиарный туберкулез легких 5. хронический милиарный туберкулез легких	2, 4, 5
608	2	44	Б1.Б.1	Соответствие между 1) фолликулярным и 2) папиллярным раком щитовидной железы и их клиническими особенностями:	а) составляет 25% от всех форм рака б) встречается в регионах, эндемичных по зобу в) составляет 70-80% от всех форм рака г) растет медленно, редко метастазирует в л/узлы д) растет медленно, распространяется по лимфатической системе е) наиболее частая локализация метастазов в легких и костях	1 а, б, г, е 2 в, д
609	2	45	Б1.Б.1	Соответствие между 1) медулярным и 2) анапластическим раком щитовидной железы и их клиническими особенностями:	а) встречается в виде наследственных разновидностей б) встречается в регионах, эндемичных по зобу в) маркером опухоли служит кальцитонин г) наличие диареи у 25-32% больных д) опухоль состоит из нескольких слившихся между собой узлов без четких границ е) большинство больных в 40-50-летнем возрасте ж) чаще встречается у пожилых (65-70 лет)	1 а, в, г, е 2 б, д, ж

610	1	46	Б1.Б.1	Наиболее часто встречающиеся варианты пневмонии у умерших в стационаре:	1. вторичная пневмония 2. внутрибольничная пневмония 3. пневмония при ХОБЛ	1, 2
611	2	47	Б1.Б.1	Виды сахарного диабета по критериям ВОЗ	1. 1 типа 2. 2 типа 3. латентный 4. гестационный 5. другие специфические типы 6. нарушение толерантности к глюкозе	1, 2, 4, 5
612	2	48	Б1.Б.1	Виды сахарного диабета 1 типа	1. первичный 2. вторичный 3. аутоиммунный 4. MODY-диабет 5. идиопатический	3, 5
613	2	49	Б1.Б.1	Частота встречаемости Her2-позитивного рака молочной железы в Российской популяции составляет:	1. 5% 2. 12% 3. 17% 4. 25%	3
614	2	50	Б1.Б.1	На долю какого рецепторного типа рака молочной железы в постменопаузальном возрасте приходится более 75% случаев:	1. люминальный тип 2. Her2-позитивный тип 3. трижды негативный тип 4. ничего из вышеперечисленного	3

Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-4)						
Модули: Б1.Б.1. Патологическая анатомия Б1.В.1. Онкоморфология и современные методы исследования в патанатомии Б2.Б.1. Производственная (клиническая) практика (базовая) Б2.В.1. Производственная (клиническая) практика (вариативная)						
№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
615	1	1.	Б1.Б.1	Структура патологоанатомического диагноза включает в себя:	1. основное заболевание (первоначальная причина смерти) 2. осложнения 3. сопутствующие заболевания	1, 2, 3
616	1	2.	Б1.Б.1	Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:	1. два основных конкурирующих заболевания 2. два сочетанных заболевания 3. основное и фоновое заболевания	1, 2, 3
617	1	3.	Б1.Б.1	Принципы формулировки и оформления патологоанатомического диагноза:	1. нозологический в соответствии с МКБ 2. структурность с унифицированными рубриками 3. патогенетический принцип 4. принцип логического обоснования	1, 2, 3, 4
618	1	4.	Б1.Б.1	В Международной классификации и номенклатуре болезней патологические состояния выделены в нозологические единицы на основе совокупности следующих признаков:	1. установленные этиология и патогенез 2. социально-экономическая значимость 3. характерная клинико-морфологическая картина 4. тяжесть процесса	1, 3, 4
619	1	5.	Б1.Б.1	Основное заболевание (первоначальная причина смерти) - нозологическая единица, которая в данный момент и в данных условиях в наибольшей степени:	1. угрожает жизни, здоровью, трудоспособности больного 2. требует проведения первоначальных лечебно-профилактических мероприятий 3. само или через осложнения явилось причиной смерти	1, 2, 3

620	1	6.	Б1.Б.1	Первоначальная причина смерти:	1. нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти 2. болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти 3. обстоятельства несчастного случая / акта насилия, которые вызвали смертельную травму	2, 3
621	1	7.	Б1.Б.1	Непосредственная причина смерти:	1. нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть 2. нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного 3. проявления механизма наступления смерти	1
622	1	8.	Б1.Б.1	С учетом числа обнаруженных при вскрытии заболеваний патологоанатомический диагноз может быть:	1. монокаузальным 2. биказуальным 3. полипатическим	1, 2, 3
623	1	9.	Б1.Б.1	Клинико-морфологические формы некроза	1. инфаркт, гангрена, секвестр 2. инфаркт, апоптоз, фибриноидный некроз 3. инфаркт, фибриноидный некроз, казеозный некроз 4. инфаркт, тромбоэмболия, ДВС-синдром 5. апоптоз, гангрена, секвестр	1, 3
624	1	10.	Б1.Б.1	Колликвационный некроз характерен для	1. миокарда 2. селезенки 3. почек 4. головного мозга 5. скелетных мышц	4
625	1	11.	Б1.Б.1	Восковидный некроз характерен для	1. миокарда 2. селезенки 3. почек 4. головного мозга 5. скелетных мышц	5
626	1	12.	Б1.Б.1	Примеры коагуляционного некроза:	1. творожистый некроз при туберкулезе 2. гангрена кишечника 3. инфаркт головного мозга 4. восковидный некроз мышц при брюшном тифе 5. инфаркт миокарда	1, 4, 5
627	1	13.	Б1.Б.1	Нечеткое отграничение пораженного участка тканей характерно для	1. сухой гангрены 2. секвестра и пролежня 3. влажной гангрены 4. инфаркта 5. сухой и влажной гангрены	3

628	1	14.	Б1.Б.1	Для дифференциальной диагностики по гистологическим препаратам некроза и посмертного аутолиза можно использовать выявление	1. кариолизиса 2. плазморексиса 3. плазмолизиса 4. демаркационного воспаления 5. кариорексиса	4
629	1	15.	Б1.Б.1	При белковой и гидропической дистрофии эпителия проксимальных извитых канальцев почек развивается клинический синдром	1. гемолитико-уремический 2. отечный 3. портальной гипертензии 4. нефритический 5. нефротический	5
630	1	16.	Б1.Б.1	Гидропическая дистрофия гепатоцитов характерна для	1. вирусного гепатита 2. алкогольного гепатита 3. алкогольного цирроза печени 4. мускатной печени 5. "гусиной" печени	1
631	1	17.	Б1.Б.1	Стеатоз (жировая дистрофия) печени наблюдается при	1. алкогольной болезни, анемии, ожирении, сахарном диабете 2. атеросклерозе, алкогольной болезни, тромбозе воротной вены 3. алкогольной болезни, ДВС-синдроме, гипертонической болезни 4. ожирении, атеросклерозе, тромбоэмболическом синдроме 5. ожирении, ДВС-синдроме, атеросклерозе	1
632	1	18.	Б1.Б.1	Жировая дистрофия гепатоцитов бывает	1. нитевидной 2. пылевидной 3. мелкокапельной 4. крупнокапельной 5. отрубевидной	2, 3, 4
633	1	19.	Б1.Б.1	При жировой дистрофии миокарда сердце называют «тигровым», так как	1. видны отложения жира под эпикардом 2. размеры сердца резко увеличены 3. видны желтые полосы под эндокардом 4. повышается сократительная способность кардиомиоцитов 5. видны жёлтые полосы в перикарде	3
634	1	20.	Б1.Б.1	Обратимое повреждение соединительной ткани и стенок сосудов	1. гиалиноз 2. фибриноидное набухание 3. первичный амилоидоз 4. мукоидное набухание 5. вторичный амилоидоз	4

635	1	21.	Б1.Б.1	Аутоиммунное заболевание, для которого характерен фибриноидный некроз с накоплением в его зоне продуктов распада ядер клеток	1. ревматизм 2. системная склеродермия 3. системная красная волчанка 4. узелковый периартериит 5. ревматоидный артрит	3
636	1	22.	Б1.Б.1	Наиболее вероятная причина смерти при ожирении сердца	1. тромбоэмболия легочной артерии 2. острая почечная недостаточность 3. хроническая сердечная недостаточность 4. острая сердечная недостаточность 5. ДВС-синдром	3
637	1	23.	Б1.Б.1	Наиболее вероятная причина внезапной смерти больного гипертонической болезнью во время гипертонического криза:	1. уремия 2. отек лёгких 3. гематома в лобной доле головного мозга 4. диапедезное кровоизлияние в дне IV желудочка головного мозга 5. ишемический инфаркт головного мозга	4
638	1	24.	Б1.Б.1	При хроническом течении гипертонической болезни изменения артериол носят характер:	1. склероза 2. фибриноидного некроза 3. гиалиноза 4. мукоидного набухания	1, 3
639	1	25.	Б1.Б.1	Гипертонический криз характеризуется признаками:	1. плазматическим пропитыванием 2. фибриноидным некрозом 3. диапедезными кровоизлияниями 4. тромбозом	1, 2, 3, 4
640	1	26.	Б1.Б.1	Для почечной формы гипертонической болезни характерны следующие морфологические изменения:	1. гидронефроз 2. амилоидоз 3. пиелонефрит 4. артериолосклеротический нефросклероз 5. атеросклеротический нефросклероз	4
641	1	27.	Б1.Б.1	При доброкачественном течении гипертонической болезни в почках развиваются изменения, которые носят название:	1. вторично-сморщенная почка 2. первично-сморщенная почка 3. нефросклероз Фара 4. синдром Киммельстила-Уилсона 5. поликистоз	2
642	1	28.	Б1.Б.1	О гипертрофии сердца у взрослого человека говорят, когда масса его превышает:	1. 100 г 4. 600 г 2. 200 г 5. 750 г 3. 350 г	3

643	1	29.	Б1.Б.1	При злокачественном течении гипертонической болезни в почках развивается процесс, который носит название:	1. первично-сморщенная почка 2. вторично-сморщенная почка 3. нефросклероз Фара 4. гидронефроз 5. амилоидоз	3
644	1	30.	Б1.Б.1	Морфологические признаки хронической сердечно-сосудистой недостаточности при декомпенсации порока сердца:	1. общий гемосидероз, надпеченочная желтуха, вторично-сморщенные почки 2. вторично-сморщенные почки, мускатная печень, бурая индукция лёгких 3. мускатная печень, цианотическая индукция почек, бурая индукция лёгких 4. бурая индукция лёгких, общий гемосидероз, мускатная печень 5. мускатная печень, общий гемосидероз, вторично-сморщенные почки	3
645	1	31.	Б1.Б.1	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	4
646	1	32.	Б1.Б.1	При микроскопии в строме миокарда обнаружены диффузные воспалительные клеточные инфильтраты, состоящие из лимфоцитов, гистиоцитов, фибробластов, плазматических клеток. Процесс в сердце называется:	1. экссудативным миокардитом 2. гранулематозным миокардитом 3. продуктивным межуточным миокардитом 4. фибринозно-гнойным панкардитом 5. кардиомиопатией	3
647	1	33.	Б1.Б.1	Синонимом миокардита Абрамова - Фидлера является:	1. ревматический миокардит 2. идиопатический, инфекционно-аллергический миокардит 3. узелковый (гранулематозный) 4. гуммозный междуточный	2
648	1	34.	Б1.Б.1	Синонимом болезни Леффлера является:	1. возвратно-бородавчатый эндокардит 2. полипозно-язвенный эндокардит 3. фибропластический паристальный эндокардит с эозинофилией 4. идиопатический миокардит 5. септический эндокардит	3
649	1	35.	Б1.Б.1	Для диффузной симметричной формы гипертрофической кардиомиопатии характерно:	1. равномерное утолщение стенок левого желудочка сердца 2. неравномерное утолщение межжелудочковой перегородки 3. равномерное утолщение межжелудочковой перегородки 4. равномерное утолщение стенок левого желудочка сердца	1, 3

650	1	36.	Б1.Б.1	Для обструктивной формы кардиомиопатии характерны признаки:	1. утолщения верхней трети межжелудочковой перегородки 2. утолщения передней створки митрального клапана 3. симметричного утолщения всех стенок левого желудочка 4. укорочения передней сосочковой мышцы	1, 2, 4
651	1	37.	Б1.Б.1	Наиболее частыми причинами смерти больных гипертрофической кардиомиопатией являются:	1. хроническая сердечно-сосудистая недостаточность 2. нарушения ритма 3. тромбоэмболические осложнения 4. инфаркт миокарда	2
652	1	38.	Б1.Б.1	При застойной кардиомиопатии в интерстиции сердца преобладают явления:	1. диффузного склероза 2. мелкоочагового склероза 3. крупноочагового склероза 4. ревматического миокардита	1, 2
653	1	39.	Б1.Б.1	Наиболее частыми причинами смерти больных с застойной кардиомиопатией являются:	1. хроническая сердечная недостаточность 2. тромбоэмболические осложнения 3. нарушения ритма 4. острая сердечная недостаточность	1, 2
654	1	40.	Б1.Б.1	Признаки активности ревматического процесса:	1. периваскулярное фибриноидное набухание 2. мукоидное набухание 3. гранулема Ашоффа-Талалаева 4. фибриноидный некроз 5. периваскулярный кардиосклероз	1, 2, 3, 4
655	1	41.	Б1.Б.1	Эндокардит при ревматизме встречается в форме:	1. полипозно-язвенного 2. диффузного вальвулита 3. острого бородавчатого 4. возвратно-бородавчатого 5. фибропластического	2, 3, 4, 5
656	1	42.	Б1.Б.1	Характерный признак возвратно-бородавчатого эндокардита:	1. склероз стенок в их изъязвлении 2. перфорация створок клапана 3. периваскулярный кардиосклероз 4. склероз створок с тромботическими наложениями 5. обызвествление створок	4
657	1	43.	Б1.Б.1	При ревматизме у взрослых обычно развивается:	1. экссудативный диффузный миокардит 2. диффузный продуктивный миокардит 3. узелково-продуктивный миокардит 4. гнойный миокардит 5. некротический миокардит	3

658	1	44.	Б1.Б.1	Главные критерии ревматоидного артрита	1. ревматоидные узелки 2. поражение суставов кистей 3. рентгенологические изменения 4. сильные вечерние суставные боли 5. поражение трех или более суставов 6. симметричный характер поражения	1, 2, 3, 5
659	1	45.	Б1.Б.1	Компоненты ревматоидного узелка	1. лимфоциты 2. нейтрофилы 3. казеозный некроз 4. эпителиоидные клетки 5. плазматические клетки 6. фибриноидный некроз 7. гигантские многоядерные клетки инородных тел	1, 4, 5, 6
660	1	46.	Б1.Б.1	Изменения синовиальной оболочки при ревматоидном артрите:	1. периваскулярные воспалительные инфильтраты 2. гигантские клетки Пирогова-Лангханса 3. увеличение васкуляризации 4. склероз и гиалиноз сосудов 5. очаговый гемосидероз 6. утолщение и отёк	1, 3, 5, 6
661	1	47.	Б1.Б.1	Причины смерти при ревматоидном артрите:	1. печёночная недостаточность 2. отёк мозга с дислокацией ствола 3. хроническая почечная недостаточность 4. сердечная недостаточность 5. интоксикация 6. инфаркт миокарда	3, 4
662	1	48.	Б1.Б.1	Для третьей стадии ревматоидного артрита характерно:	1. артроз 2. обызвествление 3. разрастание грануляционной ткани 4. фиброзно-костный анкилоз 5. фибриноидное набухание ворсин	4
663	1	49.	Б1.Б.1	Частое осложнение ревматоидного артрита:	1. эндомиокардит 2. амилоидоз 3. порок сердца 4. мукоидное набухание 5. абсцесс мозга	2

664	1	50.	Б1.Б.1	Синдром Фелти включает патологические процессы	1. лимфоцитоз 2. нейтропения 3. гепатомегалия 4. спленомегалия 5. ревматоидный артрит 6. ювенильный ревматоидный артрит	2, 4, 5
665	1	51.	Б1.Б.1	Феномен «проволочных петель» в почках развивается при:	1. ревматизме 2. системной красной волчанке 3. атеросклерозе 4. ревматоидном артрите 5. склеродермии	2
666	1	52.	Б1.Б.1	При системной красной волчанке развивается эндокардит:	1. возвратно-бородавчатый 2. диффузный 3. фибропластический 4. абактериальный бородавчатый 5. полипозно-язвенный	4
667	1	53.	Б1.Б.1	Характерный морфологический признак волчаночного нефрита:	1. гиалиноз стромы 2. амилоидоз клубочков 3. фибриноидный некроз капилляров клубочков 4. гломерулосклероз 5. малокровие клубочков	3
668	1	54.	Б1.Б.1	Классический вариант синдрома Рейтера включает	1. артрит 2. артроз 3. кератит 4. конъюнктивит 5. иридоциклит 6. негонококковый уретрит или цервицит	1, 4, 6
669	1	55.	Б1.Б.1	Экспрессия лейкоцитарного антигена HLA-27 выявляется при	1. синдроме Рейтера 2. ревматоидном артрите 3. псориатическом артрите 4. артрите при энтеропатии 5. анкилозирующем спондилоартрите 6. ювенильном ревматоидном артрите	1, 3, 4, 5
670	1	56.	Б1.Б.1	Характерный морфологический признак при узелковом периартериите:	1. артериолосклероз 2. атеросклероз 3. фибриноидный некроз 4. деструктивно-пролиферативный васкулит 5. амилоидоз	4

671	1	57.	Б1.Б.1	Синдром дуги аорты может быть при следующих заболеваниях:	1. болезни Такаясу 2. болезни Лериша 3. сифилитического мезоартита 4. расслаивающей аневризмы аорты	1, 3, 4
672	1	58.	Б1.Б.1	Преимущественная морфологическая форма вирусных пневмоний:	1. очаговая 2. долевая 3. интерстициальная 4. аспирационная 5. ИВЛ ассоциированная	3
673	1	59.	Б1.Б.1	Преимущественная морфологическая форма пневмококковой пневмонии:	1. очаговая 2. долевая 3. интерстициальная 4. аспирационная	2
674	1	60.	Б1.Б.1	Преимущественная морфологическая форма тяжелой гриппозной пневмонии:	1. очаговая гнойная 2. сливная геморрагическая 3. очаговая серозно-десквамативная 4. интерстициальная 5. фибринозно-гнойная	2
675	1	61.	Б1.Б.1	Характерная морфологическая особенность очаговой пневмонии:	1. поражение доли легкого 2. вовлечение в процесс плевры 3. острый бронхит, бронхиолит 4. наличие фибринозного экссудата в просвете альвеол 5. казеозный некроз экссудата	3
676	1	62.	Б1.Б.1	К осложнениям бронхопневмонии не относится	1. абсцесс 2. плеврит 3. острая эмфизема 4. карнификация 5. пневмосклероз	3
677	1	63.	Б1.Б.1	При классическом течении крупозной пневмонии	1. выделяют 2 стадии 2. выделяют 3 стадии 3. выделяют 4 стадии 4. стадийность отсутствует	3
678	1	64.	Б1.Б.1	В стадию серого опеченения крупозной пневмонии экссудат состоит из	1. отечной жидкости и бактерий 2. эритроцитов и фибрина 3. лейкоцитов и фибрина 4. грануляционной ткани	3

679	1	65.	Б1.Б.1	Карнификация легкого для крупозной пневмонии является:	1. исходом 2. осложнением 3. проявлением 4. нет верного ответа	2
680	1	66.	Б1.Б.1	Легочные осложнения крупозной пневмонии:	1. абсцесс легкого 2. гангрена легкого 3. эмпиема плевры 4. плеврит 5. карнификация 6. легочное кровотечение	1, 2, 3, 4, 5
681	1	67.	Б1.Б.1	Внелегочные осложнения крупозной пневмонии, связанные с лимфогенным распространением возбудителя:	1. медиастинит 2. менингит гнойный 3. перикардит 4. перитонит	1, 3
682	1	68.	Б1.Б.1	Внелегочные осложнения крупозной пневмонии, связанные с гематогенным распространением возбудителя:	1. менингит гнойный 2. эндокардит полипозно-язвенный 3. перитонит 4. медиастинит	1, 2, 3
683	1	69.	Б1.Б.1	Острая интерстициальная пневмония характеризуется воспалением	1. в просвете альвеол 2. межальвеолярных перегородок и интерстиция 3. бронхиол и перибронхиальной ткани 4. эндокринного компонента легких	2
684	1	70.	Б1.Б.1	Каковы гистологические признаки острой интерстициальной пневмонии?	1. фиброз 2. гиалиновые мембраны 3. мукоидное набухание 4. интерстициальное воспаление	2, 4
685	1	71.	Б1.Б.1	Для липоидной пневмонии при микроскопическом исследовании характерно:	1. неравномерное кровенаполнение 2. лимфоплазмноклеточная инфильтрация альвеолярных перегородок 3. обилие макрофагов (липофагов) 4. фибринозный экссудат	1, 2, 3
686	1	72.	Б1.Б.1	Наиболее частой локализацией хронической пневмонии является:	1. нижняя доля левого легкого 2. нижняя доля правого легкого 3. верхняя доля левого легкого 4. язычковый сегмент 5. средняя доля	2

687	1	73.	Б1.Б.1	Наиболее характерная локализация изменений при аспирационной пневмонии:	1. верхние доли обоих легких 2. нижняя доля правого легкого 3. нижняя доля левого легкого 4. существенной разницы в частоте поражения нет	2
688	1	74.	Б1.Б.1	Для микроскопической картины аспирационной пневмонии характерно:	1. некроз 2. воспалительные фокусы разной величины 3. склонность очагов к слиянию 4. обилие микробов	1, 2, 3, 4
689	1	75.	Б1.Б.1	Для радиационной пневмонии в ранние сроки ее развития характерны:	1. циркуляторные нарушения (полнокровие, стаз, тромбоз) 2. десквамация пневмоцитов II типа 3. фиброз альвеолярных перегородок 4. ателектазы	1, 2
690	1	76.	Б1.Б.1	Гистологические изменения мелких бронхов при хроническом бронхите	1. эмфизема 2. склероз стенок 3. воспалительный инфильтрат 4. бокаловидно-клеточная метаплазия 5. скопление альвеолярных макрофагов	2, 3, 4, 5
691	1	77.	Б1.Б.1	Гистологическая характеристика крупных бронхов при хроническом бронхите	1. гипертрофия или атрофия мышечной оболочки 2. плоскоклеточная метаплазия эпителия 3. гиалиноз базальной мембраны 4. петрификация базальной мембраны 5. дистрофическое обызвествление хрящевых пластинок	1, 2, 3, 5
692	1	78.	Б1.Б.1	Гистологическая характеристика крупных бронхов при хроническом бронхите	1. склероз стенки бронхов 2. экссудат в просвете бронхов 3. воспалительный инфильтрат 4. гиперплазия или атрофия слизистых желез 5. эмфизема	1, 2, 3, 4
693	1	79.	Б1.Б.1	Хроническая обструктивная эмфизема легких характеризуется:	1. расширением альвеолярных ходов 2. лизисом эластических волокон в альвеолярных перегородках 3. сужением альвеолярных ходов 4. утолщением межальвеолярных перегородок	1, 2
694	1	80.	Б1.Б.1	Для хронической обструктивной эмфиземы легких характерным является:	1. увеличения размеров органа 2. уменьшение размеров легких 3. повышение воздушности легочной ткани 4. ткань легких бледно-серого цвета	1, 3, 4

695	1	81.	Б1.Б.1	Для буллезной эмфиземы легких характерным является:	1. диффузное поражение легочной ткани 2. локальное поражение ткани легкого 3. наличие тонкостенных пузырей под плеврой 4. заполнение бронхов густой вязкой слизью	2, 3, 4
696	1	82.	Б1.Б.1	Тип эмфиземы при разрывах альвеолярных стенок	1. обструкционная 2. межуточная 3. сенильная 4. буллезная 5. викарная	2
697	1	83.	Б1.Б.1	Характеристика обструктивной эмфиземы:	1. диффузный фиброз 2. интерстициальный фиброз 3. расширение респираторных структур 4. деструкция стенок респираторных структур без фиброза 5. расширение структур дистальнее терминальных бронхиол	3, 4, 5
698	1	84.	Б1.Б.1	Причины смерти при обструктивной эмфиземе легких	1. газовый ацидоз и кома 2. почечная недостаточность 3. левожелудочковая сердечная недостаточность 4. правожелудочковая сердечная недостаточность 5. коллапс легких при спонтанном пневмотораксе	1, 4, 5
699	1	85.	Б1.Б.1	Характеристика бронхоэктатической болезни:	1. ненормальная дилатация бронхов и бронхиол 2. хронический инфекционный процесс 3. ненормальная дилатация альвеол 4. поражение альвеолярных ходов 5. поражение бронхов и бронхиол	1, 2, 5
700	1	86.	Б1.Б.1	Макроскопические проявления бронхоэктатической болезни:	1. деформация и расширение просвета бронхов 2. деформация и сужение просвета бронхов 3. ограниченный характер патологического процесса 4. гнойное содержимое в просвете бронхов	1, 3, 4
701	1	87.	Б1.Б.1	К осложнениям бронхоэктатической болезни не относится	1. хроническая левожелудочковая недостаточность 2. лёгочное кровотечение 3. вторичный амилоидоз 4. хроническое лёгочное сердце	1
702	1	88.	Б1.Б.1	Характеристика ткани легкого вне бронхов при бронхоэктатической болезни	1. пневмосклероз 2. петрификация 3. пневмония 4. пневмонит 5. эмфизема	1, 5

703	1	89.	Б1.Б.1	Морфологическая характеристика стенки бронха при бронхиальной астме	1. плоскоклеточная метаплазия эпителия 2. утолщение базальной мембраны 3. гиперплазия слизистых желез 4. атрофия мышечной оболочки 5. гиперплазия мышечной оболочки	2, 3, 5
704	1	90.	Б1.Б.1	Морфологическая характеристика бронхов при бронхиальной астме	1. плоскоклеточная метаплазия эпителия 2. преобладание плазматических клеток в инфильтрате 3. преобладание нейтрофилов в инфильтрате 4. преобладание эозинофилов в инфильтрате 5. обтурация просвета слизистыми «пробками»	4, 5
705	1	91.	Б1.Б.1	Для антракоза характерно	1. очаговый пневмосклероз 2. диффузный пневмосклероз 3. отложение угольного пигмента в строме 4. поглощение угольных частиц макрофагами 5. отложение угольного пигмента в лимфатических узлах легких	3, 4, 5
706	1	92.	Б1.Б.1	Морфологическая характеристика силикоза	1. бронхоэктазы 2. казеозные гранулемы 3. богатые коллагеном рубцы 4. фиброз прикорневых лимфатических узлов и плевры 5. узелки из гиалинизированных коллагеновых волокон	3, 4, 5
707	1	93.	Б1.Б.1	Клинико-морфологическими формами силикоза являются:	1. очаговый 2. узелковый 3. диффузно-склеротический 4. опухолевидный	2, 3, 4
708	1	94.	Б1.Б.1	В легочной ткани, окружающей силикотические узелки, развиваются следующие изменения:	1. абсцесса 2. воспаления 3. склероза 4. эмфиземы	2, 3, 4
709	1	95.	Б1.Б.1	Наиболее часто к силикозу присоединяется:	1. дизентерия 2. грипп 3. туберкулез 4. склерома	3
710	1	96.	Б1.Б.1	Синдром Каплана - это:	1. хронический плеврит 2. диффузный интерстициальный фиброз 3. ревматоидные узлы легкого с пневмокониозом 5. внутрилегочные ревматоидные узлы	3

711	1	97.	Б1.Б.1	Легочные геморрагические синдромы:	1. идиопатический легочный гемосидероз 2. Хаммена-Рича 3. Картагенера 4. Гудпасчера 5. Леффлера	1, 4
712	1	98.	Б1.Б.1	Компоненты синдрома Гудпасчера:	1. ателектазы легких 2. хронический пиелонефрит 3. диффузный пневмосклероз 4. пролиферативный гломерулонефрит 5. геморрагический интерстициальный пневмонит	4, 5
713	1	99.	Б1.Б.1	Морфологический признак, на основании которого можно различить хронический и острый абсцесс легких:	1. гистолиз в центре абсцесса 2. наличие пиогенной мембраны 3. наличие полости, заполненной гноем 4. инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами 5. наличие соединительнотканной капсулы	5
714	1	100	Б1.Б.1	При шоке в легких развивается:	1. хроническое венозное полнокровие 2. отек 3. диффузное альвеолярное повреждение 4. эмфизема 5. пневмоторакс	3
715	1	101	Б1.Б.1	Для пищевода Барретта характерно:	1. лейкоплакия пищевода 2. множественные эрозии слизистой оболочки пищевода 3. полипоз слизистой оболочки пищевода 4. эктопия призматического эпителия кардиального типа выше Z-линии 5. эктопия призматического эпителия фундального типа выше Z-линии	4
716	1	102	Б1.Б.1	Морфологический признак атрофического гастрита:	1. гиперплазия покровно-ямочного эпителия 2. кишечная метаплазия эпителия 3. эрозивно-язвенные дефекты 4. инфильтрация полинуклеарными лейкоцитами 5. инфильтрация мононуклеарная	2
717	1	103	Б1.Б.1	Критерии оценки воспаления по Сиднейской системе:	1. внутриэпителиальные лейкоциты 2. мононуклеарная инфильтрация 3. нейтрофильная инфильтрация 4. лимфоидные фолликулы 5. эозинофильная инфильтрация	2

718	1	104	Б1.Б.1	Показатель оценки активности процесса по Сиднейской системе:	1. внутриэпителиальные лейкоциты 2. мононуклеарная инфильтрация 3. нейтрофильная инфильтрация 4. лимфоидные фолликулы 5. эозинофильная инфильтрация	3
719	1	105	Б1.Б.1	Критерии оценки атрофии слизистой оболочки желудка по Сиднейской системе:	1. уменьшение количества желез собственной пластинки 2. углубление ямок 3. расширение валиков 4. кишечная метаплазия эпителия	1, 2, 3, 4
720	1	106	Б1.Б.1	Чем проявляется очаговая лимфоидная гиперплазия слизистой оболочки желудка:	1. массивный лимфоидный инфильтрат диффузный 2. массивный лимфоидный инфильтрат с образованием фолликулов без светлых центров 3. массивный лимфоидный инфильтрат с образованием фолликулов со светлыми центрами 4. тельца Dutcher 5. моноклоновый характер инфильтрата	3
721	1	107	Б1.Б.1	Характерный признак болезни Менетрие	1. энтеролизация слизистой оболочки желудка 2. хлоргидропеническая уремия (желудочная тетания) 3. полипоз желудка 4. гигантские гипертрофические складки слизистой оболочки желудка 5. неспецифический гранулематоз кишечника	4
722	1	108	Б1.Б.1	Макроскопическая характеристика острой язвы желудка	1. края мягкие, ровные 2. края плотные, оmozолелые 3. дно темно-коричневого цвета 4. локализация в любом отделе желудка 5. расположена на малой кривизне желудка	1, 3, 4
723	1	109	Б1.Б.1	В период обострения в дне хронической язвы различают слои	1. рубцовый 2. мышечный 3. грануляционной ткани 4. фибриноидного некроза 5. фибринозно-гнойного экссудата	1, 3, 4, 5
724	1	110	Б1.Б.1	Критерием хронической язвы в стадии заживления является	1. наличие рубцовой ткани в дне язвы 2. наличие грануляционной ткани в дне язвы 3. эпителизация рубца 4. полное восстановление слизистой оболочки в зоне язвенного дефекта 5. отсутствие лимфоидной инфильтрации в краях и дне язвы	3

725	1	111	Б1.Б.1	Характерная локализация ретроградных метастазов рака желудка	1. надключичные лимфоузлы 2. кости 3. почки 4. околоушные слюнные железы 5. матка	1
726	1	112	Б1.Б.1	Укажите наиболее частую локализацию гематогенных метастазов рака желудка	1. печень 2. яичники 3. надпочечники 4. кости	1
727	1	113	Б1.Б.1	Типичными морфологическими чертами рака желудка, ассоциированного с вирусом Эпштейна-Барр, являются:	1. солидный тип строения 2. выраженная лимфоидная инфильтрация 3. высокая частота экспрессии PD-L1	1, 2, 3
728	1	114	Б1.Б.1	Основной гистологический признак хронического гепатита:	1. четкая граница пограничной пластинки 2. склероз портальных и перипортальных трактов 3. гранулематозное воспаление в центрилобулярных зонах 4. жировая дистрофия гепатоцитов 5. все указанное не верно	2
729	1	115	Б1.Б.1	Какие из перечисленных ниже морфологических проявлений наиболее типичны для алкогольного гепатита:	1. массивные центролобулярные некрозы с многочисленными тельцами Каунсильмена 2. выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация портальных трактов с минимальными повреждениями печеночной дольки 3. стеатоз, тельца Маллори, центролобулярный фиброз, инфильтрация дольки со значительной примесью полиморфно-ядерных лейкоцитов 4. воспалительный инфильтрат с многочисленными эозинофилами и тельцами Каунсильмена 5. тромбоз печеночных вен с развитием венозного полнокровия	3
730	1	116	Б1.Б.1	Основным гистологическим признаком персистирующего гепатита является:	1. четкая граница пограничной пластинки 2. склероз перипортальных трактов 3. гранулематозное воспаление в центрилобулярных зонах 4. перипортальный фиброз	1
731	1	117	Б1.Б.1	В биоптате печени мужчины 38 лет с острым вирусным гепатитом В можно обнаружить	1. гидропическую дистрофию гепатоцитов 2. апоптозные тельца (тельца Каунсильмена) 3. инфильтрат в паренхиме и портальных трактах 4. расширение портальных трактов за счет фиброза 5. сливающиеся и/или мостовидные некрозы гепатоцитов	1, 2, 3, 5

732	1	118	Б1.Б.1	Преобладающим морфологическим проявлением поражений печени при минимальной активности хронического вирусного гепатита В является:	1. инфильтрация портальных трактов 2. некрозы гепатоцитов внутридольковые 3. жировая дистрофия гепатоцитов 4. полнокровие центральных вен 5. холестаз	1
733	1	119	Б1.Б.1	В биоптате печени женщины 40 лет с хроническим вирусным гепатитом В мягкого течения можно обнаружить	1. сохраненное дольковое и балочное строение 2. апоптозные тельца (тельца Каунсильмена) 3. инфильтрат в портальных трактах 4. перипортальный фиброз 5. выраженный холестаз	1, 2, 3, 4
734	1	120	Б1.Б.1	В биоптате печени мужчины 25 лет с хроническим вирусным гепатитом С можно обнаружить	1. сливающиеся и/или мостовидные некрозы гепатоцитов 2. расширение портальных трактов за счет фиброза 3. лимфоидные агрегаты в портальных трактах 4. макровезикулярный стеатоз гепатоцитов 5. апоптозные тельца	2, 3, 4, 5
735	1	121	Б1.Б.1	Гистологическая оценка стадии вирусного гепатита по Cnode1 определяется по степени выраженности:	1. некрозов гепатоцитов 2. воспалительного инфильтрата 3. мультипликации желчных протоков 4. фиброза 5. дистрофических изменений гепатоцитов	4
736	1	122	Б1.Б.1	Одним из основных гистологических признаков лекарственного гепатита является:	1. перипортальный фиброз 2. матовостекловидные гепатоциты (орсеин-отрицательные) 3. вакуолизация ядер 4. тельца Маллори 5. перистая дегенерация гепатоцитов	2
737	1	123	Б1.Б.1	К гистологическим признакам регенерации печеночной ткани относятся:	1. двуядерные гепатоциты 2. гигантские многоядерные гепатоциты, типа симпластов 3. "розеткоподобные" структуры 4. атрофия гепатоцитов	1, 2, 3
738	1	124	Б1.Б.1	После отравления грибами у больного развились признаки острой печеночной недостаточности, отмечено прогрессирующее уменьшение печени. Какие из перечисленных признаков правильно характеризуют заболевание:	1. в основе заболевания лежит прогрессирующий некроз печеночной ткани 2. у больного токсическая дистрофия печени, стадия желтой дистрофии 3. при морфологическом исследовании обычно обнаруживают некроз гепатоцитов центральных отделов дольки и жировую дистрофию – периферических 4. в исходе заболевания развивается постнекротический цирроз 5. частый исход заболевания – портальный цирроз	1, 2, 3, 4

739	1	125	Б1.Б.1	К гистологическим признакам II стадии токсической дистрофии печени относятся:	1. некроз гепатоцитов в центрилобулярных отделах 2. углеводная дистрофия 3. крупноочаговый склероз 4. тельца Маллори	1
740	1	126	Б1.Б.1	Сформированный цирроз печени характеризуется всеми признаками, кроме:	1. обилие грубых соединительнотканых септ 2. некроз гепатоцитов 3. наличие узелков-регенератов 4. грубые нарушения гистоархитектоники печени 5. наличие атипичных гепатоцитов	2
741	1	127	Б1.Б.1	Микроскопические признаки цирроза печени:	1. мультипликация желчных протоков 2. ложные дольки 3. фиброз с образованием порто-портальных септ 4. жировая дистрофия гепатоцитов	2, 3, 4
742	1	128	Б1.Б.1	Макроскопическая форма постнекротического цирроза печени:	1. мелкоузловой 2. крупноузловой 3. диффузный 4. фокальный 5. сегментарный	2
743	1	129	Б1.Б.1	Макроскопическая форма портального цирроза печени:	1. мелкоузловой 2. крупноузловой 3. диффузный 4. фокальный 5. сегментарный	1
744	1	130	Б1.Б.1	Микроскопическим признаком вирусного цирроза печени является:	1. триады сближены 2. жировая дистрофия 3. тельца Каунсильмена 4. центрилобулярный склероз	1
745	1	131	Б1.Б.1	Характерным микроскопическим признаком начального цирроза печени при алкогольном гепатите являются:	1. мостовидные некрозы 2. перистая дегенерация гепатоцитов 3. перицеллюлярный фиброз 4. тельца Каунсильмена	3
746	1	132	Б1.Б.1	Для хронического панкреатита характерно все перечисленное, кроме	1. уплотнения железы 2. разрастания соединительной ткани вокруг протоков 3. внутридолькового фиброза 4. наличия в железе инфильтратов, состоящих из эозинофильных лейкоцитов 5. пролиферации протоков	4

747	1	133	Б1.Б.1	Больной хроническим алкоголизмом. При обследовании печень плотная, край бугристый. На передней брюшной стенке резкое расширение вен, пальпируется селезенка. Дайте характеристику процесса:	1. мелкоузловой портальный цирроз печени 2. острый алкогольный гепатит 3. синдром портальной гипертензии 4. печеночно-клеточная недостаточность 5. хронический алкогольный гепатит	1, 3, 5
748	1	134	Б1.Б.1	Причины смерти больных вирусным циррозом печени:	1. нарастающая печеночно-клеточная недостаточность 2. осложнения портальной гипертензии 3. тромбоэмболия легочной артерии 4. генерализованная инфекция	1, 2, 4
749	1	135	Б1.Б.1	Язвенный колит – это хроническое идиопатическое ремиттирующее заболевание с:	1. непрерывным поражением слизистой оболочки прямой кишки и вариабельной части толстой кишки 2. поражением слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишок 3. непрерывным поражением слизистой оболочки толстой и тонкой кишок 4. негранулематозным поражением, обычно ограниченным левой половиной толстой кишки 5. негранулематозным поражением, обычно с поражением всей толстой кишки	1, 4
750	1	136	Б1.Б.1	В соответствии с Монреальской классификацией (2005) выделяют следующие клинко-морфологические формы язвенного колита:	1. проктит 2. проктосигмоидит или поражение левых отделов толстой кишки 3. поражение правых отделов толстой кишки 4. панколит 5. терминальный илеит	1, 2, 4
751	1	137	Б1.Б.1	Макроскопические изменения слизистой оболочки, характерные для язвенного колита	1. зернистый вид слизистой оболочки 2. «язвы типа запонок» округлой формы 3. щелевидные («змеевидные») язвы 4. множественные мелкие псевдополипы 5. поражение не имеет четких границ, распространяется от прямой кишки проксимально	1, 2, 4
752	1	138	Б1.Б.1	Какие внекишечные проявления язвенного колита связаны с аутоиммунными нарушениями?	1. холелитиаз 2. стеатоз печени 3. гангренозная пиодермия, узловатая эритема 4. мигрирующий полиартрит 5. первичный склерозирующий холангит	3, 4, 5
753	1	139	Б1.Б.1	При малигнизации язвенного колита слизистая оболочка кишки бывает:	1. гладкая 2. полиповидная (зернистая) 3. атрофичная	2

754	1	140	Б1.Б.1	Какие внекишечные проявления язвенного колита обусловлены длительным воспалением и метаболическими нарушениями?	1. стеатоз печени 2. холелитиаз 3. вторичный амилоидоз 4. тромбозы и тромбоэмболии 5. поражения кожи (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)	1, 2, 3, 4
755	1	141	Б1.Б.1	Укажите опасные для жизни осложнения язвенного колита:	1. тяжелая диарея с электролитными нарушениями 2. массивное кишечное кровотечение 3. токсический мегаколон с перфорацией кишки и перитонитом 4. колоректальные стриктуры 5. рак толстой кишки	1, 2, 3, 4, 5
756	1	142	Б1.Б.1	Что следует отразить при формулировке диагноза при язвенном колите?	1. характер течения заболевания 2. протяженность поражения кишки 3. тяжесть текущей атаки или наличие ремиссии 4. наличие гормональной зависимости или резистентности 5. наличие кишечных осложнений и внекишечных проявлений и осложнений	1, 2, 3, 4, 5
757	1	143	Б1.Б.1	Гистологические изменения, свидетельствующие в пользу язвенного колита:	1. нарушение структуры крипт 2. воспалительный инфильтрат собственной пластинки слизистой оболочки 3. базальный плазмодитоз 4. нейтрофильные лейкоциты в составе инфильтрата 5. гранулемы в собственной пластинке слизистой оболочки	1, 2, 3, 4
758	1	144	Б1.Б.1	Гистологические критерии активности воспалительных заболеваний кишечника:	1. плазмодиты в составе инфильтрата собственной пластинки и в криптах слизистой оболочки 2. лимфоциты в составе инфильтрата собственной пластинки и в криптах 3. нейтрофилы в составе инфильтрата собственной пластинки и в криптах 4. эпителиоидноклеточные гранулемы в собственной пластинке 5. крипт-абсцессы и криптит	3, 5
759	1	145	Б1.Б.1	Клинико-морфологические формы (фенотипы) болезни Крона:	1. воспалительная 2. полипозная 3. с образованием стриктур без пенетрации 4. с пенетрацией 5. с перитонитом	1, 3, 4
760	1	146	Б1.Б.1	Укажите формы болезни Крона в зависимости от локализации поражения:	1. терминальный илеит 2. колит 3. илеоколит 4. поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта 5. аппендицит	1, 2, 3, 4

761	1	147	Б1.Б.1	Какие компоненты должен включать диагноз при болезни Крона?	1. клинико-морфологическая форма 2. локализация и распространенность поражения, кишечные осложнения, внекишечные проявления 3. наличие гранулематозного воспаления 4. характер течения и фаза заболевания 5. наличие гормональной резистентности или зависимости	1, 2, 4, 5
762	1	148	Б1.Б.1	Укажите тяжелые кишечные осложнения при болезни Крона	1. фистула (свищ) 2. перитонит 3. стриктура 4. токсический мегаколон 5. кишечное кровотечение	1, 2, 3, 4, 5
763	1	149	Б1.Б.1	Характерные макроскопические (эндоскопические) признаки болезни Крона:	1. «змеевидные» и щелевидные язвы 2. округлые язвы с геморрагическим венчиком 3. «пропущенные» зоны 4. фистулы, синусы, «шланговые стриктуры» 5. слизистая оболочка вида «булыжной мостовой» 6. «жировое обертывание»	1, 3, 4, 5, 6
764	1	150	Б1.Б.1	Характерные микроскопические изменения кишки при болезни Крона :	1. гигантоклеточные гранулемы 2. лимфоидные агрегаты 3. саркоидоподобные гранулемы 4. трансмуральное воспаление стенки кишки 5. глубокие язвы-трещины 6. фибринозная пленка	2, 3, 5, 6
765	1	151	Б1.Б.1	Характерные гистологические признаки болезни Крона:	1. воспалительное поражение всей толщи стенки кишки 2. дисплазия эпителия 3. сегментарный характер поражения 4. базальный плазмодитоз и нарушение структуры крипт 5. эпителиоидноклеточные гранулемы	1, 3, 4, 5
766	1	152	Б1.Б.1	С какими инфекционными поражениями кишечника следует дифференцировать болезнь Крона?	1. иерсиниоз 2. амебиаз 3. туберкулез 4. кампилобактериоз 5. эозинофильный энтероколит	1, 2, 3, 4
767	1	153	Б1.Б.1	Характерные внекишечные и системные поражения при болезни Крона:	1. артралгии, артриты 2. узловатая эритема, гангренозная пиодермия 3. афтозный стоматит	1, 2, 3, 4, 5, 6

					4. увеит, иридоциклит 5. первичный склерозирующий холангит 6. системный амилоидоз	
768	1	154	Б1.Б.1	Кишечные осложнения болезни Крона	1. свищи между отделами кишечника 2. непроходимость кишечника 3. безбелковые энтеропатии 4. фиброзные стриктуры 5. язвенные дефекты	1, 3, 4
769	1	155	Б1.Б.1	Укажите виды дисплазии (интра-эпителиальной неоплазии) при воспалительных заболеваниях кишечника	1. низкой степени 2. неопределенная 3. высокой степени 4. поверхностная 5. глубокая	1, 2, 3
770	1	156	Б1.Б.1	Пернициозная анемия в слизистой оболочке желудка проявляется:	1. гиперплазией 2. атрофией 3. язвами 4. метаплазией 5. некрозами	2
771	1	157	Б1.Б.1	Для пернициозной анемии характерно развитие процессов:	1. атрофического гастрита 2. гюнтеровского глоссита 3. фуникулярного миелоза 4. туберозного склероза	1, 2, 3
772	1	158	Б1.Б.1	Костный мозг трубчатых костей имеет вид малинового желе при	1. миелолейкозе 2. позднем хлорозе 3. анемии Аддисона - Бирмера 4. раннем хлорозе 5. лимфолейкозе	3
773	2	159	Б1.Б.1	Охарактеризуйте первичный туберкулезный аффект	1. состоит из множества очажков поражения 2. локализуется в паренхиме легкого 3. локализуется преимущественно под плеврой 4. сочетается с лимфангитом или лимфаденитом 5. в центре его имеется казеозный некроз	3, 4, 5
774	2	160	Б1.Б.1	Лимфоузлы поражаются при:	1. гематогенной форме туберкулеза 2. вторичной форме туберкулеза 3. первичной форме туберкулеза 4. фиброзно-очаговой форме туберкулеза 5. фиброзно-кавернозной форме туберкулеза	3

775	2	161	Б1.Б.1	О благоприятном течении первичного туберкулезного комплекса свидетельствует	1. развитие в области первичного аффекта казеозной пневмонии 2. усиление перифокального воспаления с переходом его в специфическое 3. рассасывание зоны перифокального воспаления 4. появление очага Гона 5. наличие признаков милиаризации туберкулеза	3, 4
776	2	162	Б1.Б.1	О неблагоприятном течении первичного туберкулезного комплекса свидетельствует	1. обызвествление его очагов 2. распад в очагах воспаления 3. фиброз очагов 4. появление милиарного туберкулеза 5. инкапсуляции очагов	2, 4
777	2	163	Б1.Б.1	Гематогенная генерализация первичного туберкулезного комплекса может проявиться	1. развитием общего милиарного туберкулеза 2. развитием туберкулезного менингита 3. развитием милиарного туберкулеза легких 4. образованием очагов Гона 5. образованием очагов Абрикосова	1, 2, 3
778	2	164	Б1.Б.1	Назовите органы, в которых наиболее часто развиваются очаги отсева при гематогенной генерализации первичного туберкулеза:	1. мягкие мозговые оболочки 2. нижние доли легкого 3. 1-2 сегменты легкого 4. кости	1, 3, 4
779	2	165	Б1.Б.1	Очаги Симона - это	1. исход гематогенных отсеков при первичном туберкулёзе 2. инфильтративный туберкулёз 3. зажившие очаги первичного туберкулёза 4. туберкуломы	1
780	2	166	Б1.Б.1	Прогрессирование первичного кишечного туберкулезного комплекса может привести к	1. язвенному энтероколиту 2. перитониту 3. амилоидозу внутренних органов 4. к профузному легочному кровотечению 5. к раку кишечника	1, 2, 3
781	2	167	Б1.Б.1	Укажите наиболее характерное проявление хронически текущего первичного туберкулеза:	1. гематогенное прогрессирование 2. формирование очага гона с лимфожелезистым прогрессированием 3. смешанное прогрессирование 4. формирование первичной легочной каверны 5. правильный ответ отсутствует	4
782	2	168	Б1.Б.1	Морфологическая характеристика параспецифических реакций при туберкулезе:	1. неспецифическое иммунное воспаление во внутренних органах 2. гиперпластические изменения в кроветворной ткани 3. фибриноидные изменения соединительной ткани	1, 2, 3

783	2	169	Б1.Б.1	Состояние первичного туберкулезного комплекса при общем милиарном туберкулезе:	1. заживший с формированием очагов Ашоффа-Пуля 2. заживший (очаг Гона) 3. хроническое прогрессирующее течение 4. острое прогрессирующее течение 5. рост первичного аффекта	2
784	2	170	Б1.Б.1	К разновидностям гематогенного туберкулеза с преимущественным поражением легких относятся:	1. острый очаговый туберкулез легких 2. хронический крупноочаговый туберкулез легких 3. острый кавернозный туберкулез легких 4. острый милиарный туберкулез легких 5. хронический милиарный туберкулез легких	2, 4, 5
785	2	171	Б1.Б.1	Укажите признаки хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких	1. одностороннее поражение легких 2. двустороннее поражение легких 3. симметричность очагов поражения в обоих легких 4. появление множественных туберкулезных каверн 5. наличие диффузного пневмосклероза	2, 3, 5
786	2	172	Б1.Б.1	Перечислите органы и системы органов, в которых наиболее часто локализуются изменения при гематогенном туберкулезе с внелегочными поражениями:	1. сердце и головной мозг 2. костно-суставная и мочеполовая системы 3. система органов кроветворения 4. селезенка и надпочечники 5. костный мозг и печень	2
787	2	173	Б1.Б.1	К разновидностям вторичного туберкулеза относятся	1. кавернозные формы туберкулеза 2. фиброзно-очаговый туберкулез легких 3. милиарный туберкулез легких 4. инфильтративный туберкулез легких 5. лобарная казеозная пневмония 6. туберкулезный полисерозит	1, 2, 4, 5
788	2	174	Б1.Б.1	Очаги реинфекта называются также	1. острый очаговый туберкулез легких 2. очаги Абрикосова 3. очаги Ассмана-Редекера 4. первичный туберкулезный аффект 5. очаги Гона	1, 2
789	2	175	Б1.Б.1	Назовите форму вторичного туберкулеза, в которую может переходить острый очаговый туберкулез:	1. фиброзно-кавернозный 2. генерализованный 3. цирротический 4. фиброзно-очаговый 5. очаг Абрикосова	4

790	2	176	Б1.Б.1	Назовите синоним инфильтративно-пневмонической формы туберкулеза:	1. сепсис Ландузи 2. очаг Абрикосова 3. пневмония Ассмана-Редекера 4. пневмония Фридлендера 5. пневмония Струкова	3
791	2	177	Б1.Б.1	Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез может развиваться из	1. острого кавернозного туберкулеза легких 2. хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких 3. первичной легочной чахотки 4. острого очагового туберкулеза легких 5. острого милиарного туберкулеза легких	1, 2, 3
792	2	178	Б1.Б.1	Легочные осложнения хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:	1. первичная туберкулезная интоксикация 2. бронхогенное метастазирование 3. гипертрофия правого желудочка сердца 4. легочное кровотечение 5. туберкулезная эмпиема плевры	2, 4, 5
793	2	179	Б1.Б.1	Перечислите внелегочные осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких	1. истощение 2. амилоидоз 3. гемомеланоз селезенки и печени 4. анемия 5. диспротеинемия, гипопропротеинемия 6. гипертрофия левого желудочка сердца	1, 2, 4, 5
794	2	180	Б1.Б.1	Укажите одну из наиболее частых причин смерти больных фиброзно-кавернозным туберкулезом:	1. кардиогенный шок 2. сепсис 3. легочно-сердечная недостаточность 4. отек головного мозга 5. печеночная недостаточность	3
795	2	181	Б1.Б.1	Цирротический туберкулез легких характеризуется:	1. выраженным фиброзом, бронхоэктазами, кистоподобными полостями 2. эмфиземой легких 3. специфическим воспалением 4. деформацией легких 5. казеозной пневмонией	1, 2, 3, 4
796	2	182	Б1.Б.1	Для зоба щитовидной железы характерно:	1. опухоль 2. воспаление 3. увеличение объема 4. первичная гипертрофия стромы 5. первичная гипертрофия паренхимы	5

797	2	183	Б1.Б.1	Виды зоба по клинико-морфологической характеристике	1. коллоидный 2. эндемический 3. эутиреоидный 4. спорадический 5. гипотиреоидный	2, 4
798	2	184	Б1.Б.1	Морфологическими признаками тиреотоксического зоба являются:	1. фестончатые фолликулы 2. наличие С-клеток 3. метаплазия кубического эпителия в цилиндрический 4. все перечисленное верно	1
799	2	185	Б1.Б.1	Для тиреотоксического сердца характерны	1. очаговая лимфоидноклеточная инфильтрация миокарда 2. жировая дистрофия кардиомиоцитов 3. обширные очаги миолиза 4. фиброз интерстиция 5. фиброз эндокарда	1, 2, 4
800	2	186	Б1.Б.1	Аденоматозный зоб отличается от аденомы:	1. наличием четкой капсулы 2. отсутствием четкой капсулы 3. клеточным полиморфизмом	2
801	2	187	Б1.Б.1	Признаки базедофикации зоба:	1. гиперплазия А-клеток 2. гиперплазия В-клеток 3. полиморфизм фолликулов 4. преобладание цилиндрического эпителия в фолликулах	4
802	2	188	Б1.Б.1	Специфические гистологические признаки тиреоидита Хашимото	1. лимфоидные фолликулы 2. склероз стромы щитовидной железы 3. В-клеточная трансформация тиреоцитов 4. атрофия паренхимы щитовидной железы 5. диффузная лимфоцитарная инфильтрация	1, 3, 4, 5
803	2	189	Б1.Б.1	Специфические гистологические признаки тиреоидита де Кервена	1. очаги гнойного воспаления 2. склероз стромы щитовидной железы 3. гранулемы вокруг разрушающихся фолликулов 4. гигантские многоядерные клетки инородных тел 5. разнородный клеточный состав воспалительного инфильтрата	3, 4, 5
804	2	190	Б1.Б.1	Для гистологического диагноза железистой гиперплазии эндометрия характерно:	1. отчетливое разделение эндометрия на компактный и спонгиозные слои 2. выраженный полиморфизм эпителия желез эндометрия 3. гиперплазия слизистой оболочки матки с признаками повышенной пролиферативной активности эпителия желез 4. наличие сосочковых пролифератов в эпителии желез	1, 2, 3, 4

805	2	191	Б1.Б.1	Диагноз атипической гиперплазии эндометрия основывается на обнаружении:	1. выраженной атрофии желез в сочетании с повышенной пролиферативной активностью эпителия части желез 2. выраженной пролиферации желез с изменением их архитектоники (сосочковые разрастания, внутрижелезистые выросты в виде подушек или участков "железа в железе") 3. признаков клеточного и ядерного атипизма в отдельных эпителиальных клетках	2, 3
806	2	192	Б1.Б.1	Микроскопические признаки железисто-кистозной гиперплазии эндометрия:	1. повышенное количество желёз 2. метаплазия эпителия 3. пролиферация клеток стромы 4. кистозное расширение просвета желёз	1, 2, 3, 4
807	2	193	Б1.Б.1	Наиболее характерным гистологическим признаком полипа эндометрия является:	1. увеличение количества желез 2. наличие фиброзно-сосудистой ножки или площадки 3. формирование сосочковых структур	2
808	2	194	Б1.Б.1	Под термином "внутренний аденомиоз" понимают	1. гетеротопический участок ткани поджелудочной железы, располагающийся в мышечной оболочке желудочно-кишечного тракта 2. тканевые комплексы, состоящие из железистых и стромальных элементов в миометрии без признаков опухолевого роста 3. эктопическое разрастание элементов эндометрия	2
809	2	195	Б1.Б.1	Для эндоцервикоза характерны:	1. наличие плоского ороговевающего эпителия 2. наличие истонченного плоского неороговевающего эпителия 3. замещение переходноклеточным эпителием 4. замещение цилиндрическим эпителием 5. отсутствие эпителия	4
810	2	196	Б1.Б.1	Для эндоцервикоза характерно наличие:	1. серозно-фибринозного воспаления 2. гнойного воспаления 3. продуктивного воспаления 4. ничего из перечисленного	4
811	2	197	Б1.Б.1	Для простого (стационарного) эндоцервикоза характерны:	1. ровный пласт цилиндрического эпителия 2. погружной рост цилиндрического эпителия 3. формирование железистых структур 4. замещение переходно-клеточным эпителием 5. отсутствие эпителия	3
812	2	198	Б1.Б.1	Плоская (простая) лейкоплакия шейки матки характеризуется:	1. нарушением созревания эпителия с преобладанием незрелых клеточных форм 2. увеличением дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к орогованию клеток сквамозного эпителия 3. появлением железистых структур в экзоцервиксе	2

813	2	199	Б1.Б.1	Заживающий (эпидермизирующий) эндоцервикоз может характеризоваться:	1. базально-клеточной гиперактивностью 2. резервно-клеточной гиперактивностью 3. подрастанием "языков" плоского эпителия со стороны влагалищной порции шейки матки	3
814	2	200	Б1.Б.1	Для пролиферирующего (прогрессирующего) эндоцервикоза характерны:	1. ветвящиеся железы, складки, часть из которых имеет характер замкнутых полостей 2. многочисленные сосочковые выросты, наряду с железистыми разрастаниями 3. железистые образования, растянутые и переполненные слизью, с образованием полостей и кист 4. ничего из перечисленного	1, 2, 3
815	2	201	Б1.Б.1	Для истинной эрозии шейки матки характерно:	1. увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговению сквамозного эпителия 2. деструкция эпителия с воспалительной инфильтрацией подлежащих тканей 3. пролиферация резервных клеток	2
816	2	202	Б1.Б.1	Наиболее типичными гистологическими признаками клеточной лейомиомы являются	1. наличие вытянутых клеток с пенистой цитоплазмой 2. пучковые разрастания вытянутых клеток с обильной розовой цитоплазмой 3. наличие многоядерных симпластов	2
817	2	203	Б1.Б.1	Для "причудливой" лейомиомы матки отличительным признаком является:	1. выраженный клеточный полиморфизм с формированием многоядерных симпластов 2. клеточный полиморфизм с появлением фигур митоза 3. обилие многоядерных клеток с дистрофически измененными (пикнотизированными) ядрами среди разрастающихся лейомиоцитов	3
818	2	204	Б1.Б.1	Какие осложнения беременности из нижеперечисленных могут привести к материнской смертности:	1. маточные кровотечения 2. септический шок 3. эклампсия/преэклампсия 4. эмболия околоплодными водами	1, 2, 3, 4
819	2	205	Б1.Б.1	Причины маточных кровотечений у беременных и родильниц:	1. предлежание плаценты 2. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 3. приращение плаценты 4. разрывы матки и родовых путей	1, 2, 3, 4
820	2	206	Б1.Б.1	Макроскопически тромбоз фетальных артерий имеет вид участка	1. белого цвета 2. желтого цвета 3. треугольной формы 4. неправильной формы 5. темно-красного цвета 6. белого с геморрагическим венчиком	1, 3

821	2	207	Б1.Б.1	Морфологический признак характеризующий нарушение созревания ворсинчатого дерева:	1. компенсаторная гиперплазия плаценты 2. гиповаскуляризация ворсин 3. развитие коллатерального кровообращения 4. хориоамнионит 5. пузырьный занос	2
822	2	208	Б1.Б.1	Морфологическими признаками незрелой плаценты являются:	1. разрастания соединительной ткани вокруг сосудов 2. двуслойной выстилки ворсин 3. обширных участков обызвествления 4. облитерации сосудов ворсин	1, 2, 3, 4
823	2	209	Б1.Б.1	Характерные морфологические изменения маточно-плацентарных артерий:	1. гиперэластоз стенки артерий 2. повышение субинтимальной гиперплазии 3. фрагментация мышечных волокон 4. все перечисленное верно	1, 3
824	2	210	Б1.Б.1	Микроскопическая характеристика тромбоза фетальных артерий	1. отсутствие ворсин 2. полнокровие ворсин 3. бессосудистые ворсины с отежной стромой 4. бессосудистые ворсины с фиброзированной стромой	4
825	2	211	Б1.Б.1	Причина инфаркта плаценты - тромбоз	1. маточной вены 2. маточной артерии 3. фетальных артерий 4. спиральной артерии	4
826	2	212	Б1.Б.1	Плацентарный полип возникает в результате:	1. метапластических изменений эндометрия 2. субмукозной фибромиомы 3. задержки элементов плодного яйца 4. пузырьного заноса	3
827	1	213	Б1.В.1	У пациента с центральным плоскоклеточным раком правого лёгкого (6,5 см в наибольшем измерении) обнаружен узел в левом лёгком схожего гистологического строения (2,0 см). В трёх лимфатических узлах корня правого лёгкого обнаружены метастазы плоскоклеточного рака. Какую стадию по TNM следует поставить?	1. pT3pN2pM0 2. pT3pN1pM1a 3. pT4pN1pM0 4. ничего из вышеперечисленного	2

828	1	214	Б1.В.1	Особенности мелкоклеточного рака легкого:	1. медленный рост 2. позднее метастазирование 3. единичное метастазирование 4. обширное и раннее метастазирование	4
829	1	215	Б1.В.1	Соответствие между стадиями при раке легкого и их классификацией по TNM:	1. 0 а) T3N1 2. IA б) T1N1 3. IIA в) T1N0 4. IIIA г) TisN0	1 г 2 в 3 б 4 а
830	1	216	Б1.В.1	Какой pT необходимо выставить пациенту с гастроинтестинальной стромальной опухолью тонкой кишки, размерами 7,0 см, с прорастанием в серозную оболочку:	1. гастроинтестинальные опухоли не стадируются по TNM 2. для установления pT нужно подсчитать количество митозов в 50 полях зрения 3. pT3 4. pT4a	3
831	1	217	Б1.В.1	Какой (-ие) из морфологических признаков определяют термин «зубчатые» новообразования толстой кишки?	1. большое количество бокаловидных клеток 2. эктопированные углы крипт 3. пилообразный профиль поверхностного эпителия и крипт	2, 3
832	1	218	Б1.В.1	Независимо от доли железистого компонента аденокарциному толстой кишки не расценивают как опухоль высокой гистологической степени злокачественности, если:	1. в опухоли обнаружена низкая митотическая активность 2. в опухоли обнаружен низкий индекс Ki67 3. в опухоли обнаружена микросателлитная нестабильность 4. в опухоли выявлена мутация в гене BRAF (V600E)	3
833	1	219	Б1.В.1	У больного некротический гингивит и тонзиллит. На коже множественные кровоизлияния. В периферической крови 100000 лейкоцитов в 1 мкл, из них 90% – незрелые клетки, не поддающиеся цитохимической идентификации. Вероятный диагноз:	1. лимфобластный лейкоз 2. миелобластный лейкоз 3. недифференцированный лейкоз 4. миеломная болезнь 5. эритролейкоз	3
834	1	220	Б1.В.1	Хронический миелоцитарный лейкоз характеризуется значительным увеличением	1. печени и лимфатических узлов 2. лимфатических узлов и селезенки 3. селезенки и печени 4. печени и поджелудочной железы 5. главным образом лимфатических узлов	3

835	1	221	Б1.В.1	Гистологически в головном мозге при остром лейкозе можно обнаружить:	1. отек вещества мозга 2. субдуральные кровоизлияния 3. лейкозные инфильтраты стенок сосудов 4. диапедезные и более крупные кровоизлияния	1, 3, 4
836	1	222	Б1.В.1	Характерные морфологические признаки лимфоцитарного лейкоза:	1. наличие инфильтратов из лимфоцитов 2. увеличение селезенки, печени 3. увеличение лимфоузлов 4. присутствие в периферической крови увеличенного количества лимфоцитов	1, 3, 4
837	1	223	Б1.В.1	Костный мозг при хроническом миелоидном лейкозе характеризуется	1. зеленовато-серым цветом на разрезе («пиеидный») 2. видом "малинового желе" 3. ярко-красным цветом 4. фокусами некроза 5. миелофиброзом	1
838	1	224	Б1.В.1	Хронический лимфоцитарный лейкоз характеризуется значительным увеличением	1. печени и лимфатических узлов 2. главным образом лимфатических узлов 3. селезенки и печени 4. печени и поджелудочной железы 5. лимфатических узлов и селезенки	2
839	1	225	Б1.В.1	Высокая степень злокачественности характерна для неходжкинских лимфом:	1. Беркитта 2. плазмочитарной 3. лимфобластной 4. лимфоцитарной 5. лимфоплазмочитарной 6. иммунобластной полиморфной	1, 3, 6
840	1	226	Б1.В.1	Особенности неходжкинских лимфом:	1. трансформируются в лейкозы 2. морфологическое разнообразие 3. происходят из Т- или В- клеток 4. происходят из стволовых клеток костного мозга 5. происходят из клеток костной ткани 6. осложняют иммунодефицитные состояния	1, 2, 3, 5, 6
841	1	227	Б1.В.1	Патогистологические типы болезни Ходжкина:	1. лимфогистиоцитарный 2. смешанно-клеточный 3. нодулярный склероз 4. круглоклеточный 5. гранулематозный	2, 3

842	1	228	Б1.В.1	Клеточный состав ткани опухоли при смешанно-клеточном типе болезни Ходжкина	1. клетки Рид-Березовского-Штернберга 2. плазматические клетки 3. дискоидные клетки 4. нейтрофилы 5. эозинофилы 6. лимфоциты	1, 2, 4, 5, 6
843	1	229	Б1.В.1	Лакунарные клетки характерны для:	1. болезни Ходжкина с лимфоцитарным преобладанием 2. фолликулярной нсходжкинской злокачественной лимфомы 3. болезни Ходжкина с нодулярным склерозом 4. болезни Ходжкина смешанно-клеточного типа 5. болезни Ходжкина с лимфоцитарным истощением	3
844	1	230	Б1.В.1	Для второй стадии болезни Ходжкина характерно вовлечение	1. одной группы лимфатических узлов или внеузловой зоны 2. лимфатических узлов по одну сторону от диафрагмы 3. нескольких групп лимфатических узлов, селезенки 4. костного мозга 5. печени	2, 3
845	1	231	Б1.В.1	Для третьей стадии болезни Ходжкина характерно вовлечение	1. одной группы лимфатических узлов или внеузловой зоны 2. лимфатических узлов по обе стороны от диафрагмы 3. нескольких групп лимфатических узлов 4. костного мозга 5. селезенки 6. печени	2, 3, 5
846	1	232	Б1.В.1	Для четвертой стадии болезни Ходжкина характерно вовлечение	1. одной группы лимфатических узлов или внеузловой зоны 2. лимфатических узлов по обе стороны от диафрагмы 3. нескольких групп лимфатических узлов 4. костного мозга 5. селезенки 6. печени	2, 3, 4, 5, 6
847	1	233	Б1.В.1	Морфологические признаки множественной миеломы:	1. патологические переломы 2. поражение трубчатых костей 3. деструктивные изменения в скелете 4. поражение позвонков и плоских костей	1, 2, 4
848	1	234	Б1.В.1	Из злокачественных эпителиальных опухолей в щитовидной железе чаще обнаруживают карциному:	1. папиллярную 2. фолликулярную 3. недифференцированную	1

849	1	235	Б1.В.1	Соответствие между стадиями при папиллярном раке щитовидной железы старше 45 лет и их классификацией по TNM:	1. I а) T1N1aM0 2. II б) T1N0M0 3. III в) T2N0M0 4. IVB г) T4bN1aM0	1 б 2 в 3 а 4 г
850	1	236	Б1.В.1	Соответствие между стадиями при анапластическом раке щитовидной железы и их классификацией по TNM:	1. IVA а) T2N1bM1 2. IVB б) T4bN0M0 3. IVC в) T4aN1aM0	1 в 2 б 3 а
851	1	237	Б1.В.1	Высокодифференцированная аденокарцинома тела матки чаще растет:	1. в виде узла 2. диффузно 3. в виде полипа	3
852	1	238	Б1.В.1	Эпителий желез в высокодифференцированных аденокарциномах эндометрия	1. плоский 2. цилиндрический 3. многорядный цилиндрический и плоский 4. все перечисленное верно	4
853	1	239	Б1.В.1	Какая аденокарцинома тела матки чаще всего возникает на фоне атрофических полипов эндометрия?	1. серозная аденокарцинома 2. эндометриоидная карцинома 3. муцинозная аденокарцинома 4. светлоклеточная аденокарцинома	1
854	1	240	Б1.В.1	Для эндометриоидной аденокарциномы тела матки НЕ характерно:	1. перименопаузальный и ранний постменопаузальный период 2. ассоциация с мутациями в генах PTEN, KRAS, ARID1A 3. микросателлитная нестабильность 4. ассоциация с мутациями в гене p53, PPP2R1A	4
855	1	241	Б1.В.1	Для серозной аденокарциномы тела матки характерно:	1. поздний постменопаузальный период 2. поздняя стадия заболевания на момент диагноза 3. ассоциация с мутациями в гене p53, PPP2R1A 4. плохой прогноз заболевания	1, 2, 3, 4
856	1	242	Б1.В.1	Характеристиками недифференцированного рака тела матки являются:	1. солидное строение опухоли с отсутствием явных морфологических признаков эпителиальной дифференцировки 2. эпителиальная опухоль с выраженным ядерным полиморфизмом и высокой митотической активностью, а также с наличием высокодифференцированного компонента. 3. сочетание как минимум двух гистологических типов аденокарциномы тела матки с различным иммунофенотипом 4. бифазная опухоль с наличием эпителиального и мезенхимального компонентов	1

857	1	243	Б1.В.1	Назовите наиболее типичный гистологический признак лейомиосаркомы матки:	1. появление выраженного клеточного полиморфизма 2. увеличение количества митозов (до 2 в 10 полях зрения) 3. увеличение количества митозов (> 5 в 10 полях зрения) 4. отчетливый инвазивный рост 5. массивные поля некрозов.	3
858	1	244	Б1.В.1	Лейомиосаркома тела матки с наличием зон некроза, занимающих 30% опухоли, с высокой митотической активностью (65 митозов в 50 полях зрения 40х), соответствует:	1. grade 1 2. grade 2 3. grade 3 4. не оценивается по grade	4
859	1	245	Б1.В.1	К вариантам роста эндометриальной стромальной саркомы относится:	1. полиповидный 2. узловатый 3. эндолимфатический стромальный миоз 4. звездчатый	1, 2, 3
860	1	246	Б1.В.1	Клеточные разрастания эндометриальной саркомы могут быть представлены:	1. мономорфными мелкими клетками 2. полиморфными вытянутыми клетками 3. вакуолизированными звездчатыми клетками	1
861	1	247	Б1.В.1	Для рака шейки матки характерно:	1. гематогенное и лимфогенное метастазирование 2. гистологически представлен плоскоклеточным раком 3. фактором риска является неупорядоченная половая жизнь 4. развитие в неизменной шейке матки	1, 2, 4
862	1	248	Б1.В.1	Укажите наиболее частый гистологический тип рака шейки матки	1. аденокарцинома 2. плоскоклеточный рак 3. аденосквамозный рак 4. мелкоклеточный рак 5. недифференцированный рак	2
863	1	249	Б1.В.1	Что из нижеперечисленного верно для плоскоклеточного интраэпителиального поражения шейки матки высокой степени (HSIL):	1. диффузная выраженная экспрессия p53 в опухолевых клетках 2. ассоциация с HPV 6 и 11 типа 3. пролиферация незрелых базалоидных клеток, распространяющихся менее чем на 1/3 плоскоэпителиального пласта 4. диффузная выраженная ядерно-цитоплазматическая экспрессия p16 в опухолевых клетках	4
864	1	250	Б1.В.1	Основные внешние признаки малигнизации серозной цистаденомы яичника:	1. гигантские размеры опухоли с наличием мелких дочерних камер 2. кровянистое содержание в просвете 3. множественные плотные сосочки на внутренней поверхности 4. множественные мягкие сосочки с формированием грибовидного узла	1, 2, 3, 4

865	1	251	Б1.В.1	Что характерно для эндометриоидных аденокарцином яичника:	1. связь с трижды негативным раком молочных желез 2. молодой возраст пациенток 3. эпителиальные импланты на серозных оболочках 4. одностороннее поражение	4
866	1	252	Б1.В.1	Регионарные метастазы рака молочной железы не встречаются в лимфоузлах	1. шейных 2. надключичных 3. подмышечной области 4. парастеральных	1
867	1	253	Б1.В.1	Какая стадия pN при раке молочной железы является верной для пациента с макрометастазом в одном регионарном подмышечном лимфатическом узле, кроме того с микрометастазами ещё в двух лимфатических узлах, и с двумя лимфатическими узлами с изолированными опухолевыми клетками:	1. pNx 2. pN1a 3. pN2a 4. pN3a	3
868	1	254	Б1.В.1	Какую стадию pT необходимо выставить пациенту при наличии единичного узла в молочной железе максимальным размером 3,5 см, с наличием микроскопического прорастания в дерму без отёка и изъязвления кожи:	1. pT2 2. pT3 3. pT4b 4. pT4a	1
869	1	255	Б1.В.1	При секторальной резекции в молочной железе обнаружена зернистоклеточная опухоль. Какая нозологическая единица не входит в список для дифференциального диагноза:	1. метастаз меланомы 2. метастаз почечноклеточного рака 3. рак молочной железы с апокриновой дифференцировкой 4. тубулярный рак	4
870	1	256	Б1.В.1	Какое утверждение ложно:	1. потеря экспрессии Е-кадгерина происходит в результате мутации в гене CDH1 2. для долькового рака молочной железы характерна потеря ядерной экспрессии Е-кадгерина 3. для долькового рака не характерны зародышевые мутации в гене BRCA2 4. дольковый рак in situ является поражением молочной железы с низким потенциалом злокачественности	2

871	1	257	Б1.В.1	Что характерно для рака молочной железы с медуллярными чертами:	1. выраженная лимфоидная инфильтрация преимущественно из В-лимфоцитов 2. наиболее часто опухоль выявляется как кальцинаты на маммографии 3. трижды негативный суррогатный молекулярный тип 4. плохой прогноз	3
872	1	258	Б1.В.1	Наиболее часто встречаемой формой рака простаты является:	1. плоскоклеточный рак 2. аденокарцинома 3. мелкоклеточный рак 4. недифференцированный рак	2
873	1	259	Б1.В.1	Согласно классификации TNM 8 (2017 г) опухоль простаты относят к T1 если:	1. опухоль не пальпируемая, протекает бессимптомно, сопровождается только ростом ПСА 2. опухоль не распространяется за пределы капсулы железы 3. опухоль прорастает капсулу железы 4. опухоль, фиксированная к соседним органам или прорастает их (кроме семенных пузырьков)	1
874	1	260	Б1.В.1	Какую стадию TNM необходимо установить у пациента с раком яичка, если опухоль размерами 4,0x2,5x1,0 см прорастает в семенной канатик:	1. pT1 2. pT2 3. pT3 4. pT4	3

875	2	261	Б2.Б.1	Женщине 30 лет, проведена нефробиопсия. Выявлены следующие изменения: пролиферация мезангиальных клеток, набухание и пролиферация эндотелиальных клеток, увеличение мезангиального матрикса, диффузно утолщение и раздвоение гломерулярной базальной мембраны, умеренно выраженный тубуло-интерстициальный компонент. При электронномикроскопическом исследовании обнаружена интерпозиция мезангиума, диффузное и неравномерное утолщение гломерулярной базальной мембраны. Какая форма гломерулонефрита развилась у больной?	1. Мембранозный гломерулонефрит 2. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит 3. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит 4. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит 5. Постинфекционный гломерулонефрит	4
876	2	262	Б2.Б.1	На вскрытии трупа мужчины 59 лет, обнаружен камень коралловидной формы, заполняющий всю лоханку правой почки. Правая почка увеличена, полнокровна, капсула снимается с трудом, полости лоханок и чашечек расширены, заполнены мутной зеленовато-желтой вязкой жидкостью, слизистая оболочка их тусклая, с очагами кровоизлияний. На разрезе почка пестрая, с желтыми участками диаметром до 1 см. Какое осложнение моче-каменной болезни развилось?	1. Постинфекционный гломерулонефрит 2. Хронический пиелонефрит с обострением 3. Опухоль почки 4. Первичный амилоидоз 5. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит	2

877	2	263	Б2.Б.1	При гистологическом исследовании биоптата почки выявлено наличие полулуний более чем в 50% клубочках, капиллярные петли некротизированы, в просвете их обнаружены фибриновые тромбы, выражен тубулоинтерстициальный компонент. О каком заболевании почек следует думать?	1. Некротический нефроз 2. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит 3. Липоидный нефроз 4. Хронический гломерулонефрит 5. Амилоидоз	2
878	2	264	Б2.Б.1	На вскрытии больной 44 лет обнаружены увеличенные почки, напоминающие виноградные гроздья. На разрезе они состоят из множества полостей от 0,5 до 3 см в диаметре, заполнены серозной жидкостью и коллоидными массами, паренхима почки между полостями резко истончена до 0,1 см. Каким заболеванием страдала умершая?	1. Нефролитиаз 2. Поликистоз почек 3. Хронический пиелонефрит 4. Острый пиелонефрит 5. Дисплазия почек	2
879	2	265	Б2.Б.1	На вскрытии выявлено значительное увеличение объема правой почки. На разрезе в ней содержится камень, просвет почечной лоханки растянут мочой, паренхима почки резко истончена. Какой из диагнозов является наиболее верным?	1. Пиелозктазия 2. Гидроуретронефроз 3. Гидронефроз 4. Киста почки	3
880	2	266	Б2.Б.1	У больного 59 лет, длительно страдавшего бронхоэктатической болезнью, кровохарканьем, появились отеки в области лица, поясницы, в моче белок 33 мг/л. Смерть наступила от легочного кровотечения. На вскрытии: почки увеличены в объеме, уплотнены, поверхность разреза имеет салыный вид. Гистологически отмечено отложение в клубочках и эндотелии канальцев гомогенных эозинофильных масс, которые избирательно окрашиваются конго-рот и дают метакромазию с метиловым фиолетовым. Какой патологический процесс имеется в почках в данном случае?	1. Гиалиноз 2. Фибриноидное набухание 3. Амилоидоз 4. Жировая дистрофия 5. Мукоидное набухание	3
881	2	267	Б2.Б.1	У больного с повышенным содержанием глюкозы в крови, наличием сахара в моче, при пункционной биопсии почки выявлено: расширение мезангия с участками накопления мембраноподобного вещества с перигломерулярным склерозом некоторых клубочков, гиалиноз и плазматическое пропитывание артериол, лимфо-гистиоцитарная инфильтрация стромы с наличием полиморфно-ядерных лейкоцитов, гликогенная инфильтрация нефроцитов. Установите диагноз.	1. Хронический гломерулонефрит 2. Пиелонефрит 3. Острый гломерулонефрит 4. Подострый гломерулонефрит 5. Диабетический гломерулосклероз	5
882	2	268	Б2.Б.1	Больной 49 л. умер от массивного кровотечения из операционной раны. На вскрытии почки увеличены в размере, фиброзная капсула напряжена, корковый слой широкий, бледно-серого цвета, четко отграничен от синюшных, темнокрасных пирамид. При гистологическом исследовании в почках некроз и тяжелая дистрофия эпителия извитых канальцев. тубулорексис. Какое состояние развилось в почках?	1. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит 2. Постинфекционный гломерулонефрит 3. Острый некротический нефроз 4. Липоидный нефроз 5. Вторичный амилоидоз почек	3

883	2	269	Б2.Б.1	На вскрытии мужчины 68 лет выявлена атрофия ткани головного мозга – утончение коры в лобных, височных и затылочных долях, гидроцефалия. При микроскопическом исследовании в коре атрофических частей мозга, гиппокампе найдены старческие бляшки, нейрофибриллярные сплетения (клубки), повреждение нейронов, тельца Хирано. Поставьте диагноз:	1. Рассеянный склероз 2. Болезнь Альцгеймера 3. Боковой амиотрофический склероз 4. Энцефалит 5. Ганглионеврома	2
884	2	270	Б2.Б.1	При вскрытии тела пожилой женщины установлено, что смерть вызвана массивной гнойной бронхопневмонией. Головной мозг незначительно атрофирован, извилины истончены, борозды глубоки. При микроскопическом исследовании головного мозга: периваскулярные отложения амилоида, тельца Хирано и нейрофибриллярные сплетения. Диагностируйте основное заболевание.	1. Болезнь Пика 2. Болезнь Паркинсона 3. Рассеянный склероз 4. Болезнь Альцгеймера 5. Боковой амиотрофический склероз	4
885	2	271	Б2.Б.1	При микроскопическом исследовании коры головного мозга мужчины 75 лет, который страдал болезнью Альцгеймера и умер от бронхопневмонии, выявлены старческие бляшки, нейрофибриллярные сплетения, поврежденные нейроны. Какие образования характеризуют патологию цитоскелета проксимальных дендритов при болезни Альцгеймера?	1. Тельца Каунсильмена 2. Тельца Бабеша-Негре 3. Тельца Маллори 4. Тельца Хирано 5. Тельца Руселя	4
886	2	272	Б2.Б.1	У девочки 6 лет внезапно повысилась температура, появились катаральные явления дыхательных путей. На 5-й день болезни возник паралич мышц нижних конечностей и присоединились дыхательные расстройства. В передних рогах спинного мозга выявлена пролиферация глии вокруг погибших нейронов. О каком заболевании идет речь?	1. Менингококкцемия 2. Корь 3. Полиомиелит 4. Дифтерия 5. Скарлатина	3
887	2	273	Б2.Б.1	У женщины 20 лет при жизни наблюдалась слабость и патологическая утомляемость поперечнополосатых мышц, птоз. Смерть наступила от асфиксии. На вскрытии выявлена фолликулярная гиперплазия тимуса, атрофия и некроз скелетных мышц с очаговыми лимфоцитарными инфильтрациями среди клеток. Укажите форму поражения мышц.	1. Прогрессивная миопатия 2. Мышечная дистрофия Лейдена 3. Миастения 4. Атрофический миозит 5. Мышечная дистрофия Эрба	3
888	2	274	Б2.Б.1	У мужчины 48 лет при прогрессировании стафилококкового гнойного периодонтита возникло гнойное воспаление костномозговых пространств альвеолярного отростка, а затем тела нижней челюсти. Микроскопически: костные балки истончены, очаги некроза, костные секвестры, окруженные соединительнотканной капсулой. Назовите заболевание.	1. Гнойный периостит 2. Острый остеомиелит 3. Хронический остеомиелит 4. Пародонтома 5. Хронический фиброзный периостит	3
889	2	275	Б1.Б.1	Под слизистой оболочкой матки расположены множественные шарообразные белесоватые узлы, четко отграниченные от окружающей ткани. Микроскопически узлы построены из пучков, состоящих из гладкомышечных элементов со слабыми явлениями тканевого атипизма. Указанная картина характерна для:	1. субмукозной лейомиомы 2. субмукозной лейомиосаркомы 3. субмукозной нейрофибросаркомы	1

890	2	276	Б2.Б.1	Мужчина 42 лет умер от почечной недостаточности. При микроскопическом исследовании почек в клубочках выявлена пролиферация нефротелия капсулы, подоцитов и макрофагов с образованием «полумесяцев», некроз капиллярных петель, фибриновые тромбы в их просвете, а также склероз и гиалиноз клубочков, атрофия канальцев и фиброз стромы почек. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Острый гломерулонефрит 2. Хронический гломерулонефрит 3. Фокальный сегментарный склероз 4. Мембранозная нефропатия 5. Подострый гломерулонефрит	5
891	2	277	Б2.Б.1	Во время вскрытия тела женщины 78 лет установлено, что смерть вызвана массивной гнойной бронхопневмонией. В головном и спинном мозге – многочисленные бляшки серого цвета диаметром до 15 мм. При микроскопии – множественные перивенулярные участки демиелинизации с наличием лимфоплазмочитарных инфильтратов, множественные очаги глиоза. Диагностируйте основное заболевание.	1. Болезнь Пика 2. Боковой амиотрофический склероз 3. Рассеянный склероз 4. Болезнь Паркинсона 5. Болезнь Альцгеймера	2
892	2	278	Б2.Б.1	У девушки 25 лет обратилась с жалобами на выраженную утомляемость глазных, жевательных, речевых и глотательных групп мышц, при этом нормальное сокращение мышц после активной деятельности полностью прекращалось, а после отдыха функция мышц восстанавливалась вновь. Со временем в патологический процесс были вовлечены мышцы конечностей и межреберная мускулатура. Неадекватная вентиляция легких привела к развитию вторичной очаговой пневмонии, которая и привела к смерти. На аутопсии обнаружена атрофия поперечнополосатых мышц, их дистрофия с очаговыми скоплениями лимфоцитов в интерстиции. В увеличенной вилочковой железе обнаружена фолликулярная гиперплазия. Укажите наиболее вероятный диагноз:	1. Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана 2. Мышечная дистрофия Дюшена 3. Боковой амиотрофический склероз 4. Мышечная дистрофия Эрба 5. Миастения	5

893	1	279	Б1.Б.1	У умершей больной 19 лет с диагнозом «ревматизм» на вскрытии обнаружено дряблое гипертрофированное сердце, митральные створки белесоватые, склерозированные, сращены между собой. По краю створок – небольшие до 2 мм высотой наложения белесовато-розовых кровяных масс, не снимающихся ножом. Легкие несколько вздутые, полноватые на ощупь, при надавливании с поверхности разреза стекает пенная жидкость буровато-красного цвета. 1. Ваш диагноз по изменениям клапанов? 2. Ваш диагноз по изменениям в легких с морфологической характеристикой и обоснованием? 3. Что можно обнаружить в мокроте при жизни?	1. По клапанам возвратно-бородавчатый эндокардит, для которого характерна повторная дезорганизация соединительной ткани в склерозированных клапанах с обязательным некрозом эндотелия и тромботическими наложениями по краям клапанов. 2. В легких бурая индурация, для которой характерно скопление сидерофагов в просвете альвеол, в межальвеолярных перегородках, разрастание соединительной ткани вокруг бронхов и в межальвеолярных перегородках. 3. В мокроте гемосидерофаги.	
-----	---	-----	--------	---	---	--

894	1	280	Б1.Б.1	На вскрытии пациента, 65 лет, умершего от острой сердечной недостаточности, обнаружено сердце массой 550 г, толщина стенки левого желудочка у основания 1,8 см. Миокард на послойных срезах буро-красного цвета. В анамнезе стойкое повышение артериального давления. 1. Укажите название данного заболевания. 2. Какие изменения в стенках артерий и артериол можно выявить при микроскопическом исследовании? 3. Назовите стадию, для которой характерны перечисленные изменения.	1. Артериальная гипертензия, сердечная форма. 2. Хронические изменения – гиалиноз, артериосклероз; острые изменения – гофрированность и деструкция базальной мембраны эндотелия, расположение эндотелия в виде «частокола», мукоидное и фибриноидное набухание, фибриноидный некроз стенки, тромботические изменения. 3. Стадия изменений органов в связи с изменениями сосудов и нарушением внутриорганного кровообращения.
895	1	281	Б1.Б.1	Мужчина 45 лет в течение 2 лет страдал тяжелой гипертензией (АД – 240/130 мм рт.ст.) и умер при явлениях острой почечной недостаточности. Симптоматический характер гипертензии был отвергнут. 1. Какие макроскопические изменения почек могли быть обнаружены на вскрытии? 2. При каком течении гипертонической болезни развиваются такие изменения в почках? 3. Морфологический диагноз почек при этом течении гипертонической болезни? 4. Гистологические изменения в почках? 5. Какие изменения в сетчатке глаза развиваются у больных с тяжелой гипертензией?	1. Пестрый вид почек вследствие мелких кровоизлияний и инфарктов. 2. При злокачественном течении. 3. Злокачественный нефросклероз Фара. 4. Фибриноидный некроз артериол и капиллярных петель клубочков, отек и кровоизлияния. 5. Двусторонний отек диска зрительного нерва с белковым выпотом и кровоизлияниями в сетчатку.
896	1	282	Б1.Б.1	При микроскопическом исследовании участка миокарда пациента 37 лет, умершего от сердечной недостаточности, обнаружены массы фибриноида, окруженные веретеновидными клетками, формирующими палисадообразные структуры с наличием крупных клеток с гиперхромными ядрами. В сосудах микроциркуляторного русла картина васкулитов. 1. Назовите данные образования. 2. Назовите заболевание с учетом локализации поражения. 3. Исходы данного патологического процесса.	1. Ашофф-талалаевские гранулемы. 2. Ревматизм, кардиоваскулярная форма. 3. Кардиосклероз.
897	1	283	Б1.Б.1	Мужчина 50 лет поступил с жалобами на боли в ногах. Диагностирована начинающаяся гангрена обеих стоп. Смерть наступила от интоксикации. На секции обнаружены четкообразные утолщения сосудов среднего калибра. В миокарде, почках, селезенке – очаги треугольной формы сероватого цвета. Тонкий кишечник багрово-красного цвета с утолщенной стенкой. 1. Назовите основное заболевание, диагностированное в ходе аутопсии. 2. Опишите патологический процесс, обнаруженный в почках, в тонкой кишке, селезенке. 3. Какие сосуды наиболее часто поражаются при этом заболевании? 4. Характер поражения сосудов?	1. Узелковый периартериит 2. Инфаркт 3. Артерия эластическо-мышечного типа (среднего калибра) 4. Деструктивный, пролиферативный тромбоартериит

898	1	284	Б1.Б.1	При исследовании биоптата почки пациентки 50 лет обнаружено утолщение капиллярных мембран клубочков в виде проволоочных петель, гематоксилиновые тельца в ядрах, очаги фибриноидного некроза и гиалиновые тромбы. 1. Для какого заболевания характерны эти изменения? 2. Общеорганные морфологические признаки, которые характерны для данного заболевания? 3. Наиболее частая причина смерти, характерная для поражения данной локализации.	1. Системная красная волчанка. 2. Периартериальный «луковичный» склероз в селезенке, абактериальный бородавчатый эндокардит Либмана и Сакса, васкулиты, поражение суставов, кожи, серозных оболочек. 3. Хроническая почечная недостаточность.
899	1	285	Б1.Б.1	На вскрытии умершего, 30 лет, обнаружено увеличенное в размерах печеночной плотности левое легкое. На плевре – пленчатого вида серые наложения. На разрезе легочная ткань серо-красного цвета, с мелкозернистой поверхностью. На поверхности разреза большое количество вязкой слизи. Просветы бронхов свободные. 1. Назовите заболевание и стадию процесса. 2. Микроскопические изменения в легочной ткани. 3. Осложнения и исходы.	1. Крупозная пневмония, стадия опеченения. 2. В просветах альвеол – фибрин, нейтрофилы и эритроциты; расширение лимфатических сосудов; бронхи – интактные. 3. Легочные: карнификация, абсцесс, гангрена, эмпиема плевры. Внелегочные: гнойные менингит и перикардит, перитонит, метастатические гнойники в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный или полипозно-язвенный эндокардит, гнойный артрит.
900	1	286	Б1.Б.1	При исследовании биопсии С-3 легкого у пациента 40 лет выявлены лобулярные очаги с распадом в центре. Перифокально определяются гигантские многоядерные клетки типа инородных тел. В препаратах выявляются ШИК-положительные нити. 1. Назовите данный патологический процесс. 2. Возбудитель, для которого характерны описанные изменения? 3. На фоне каких заболеваний может развиваться данный процесс?	1. Грибковая бронхопневмония 2. Грибы типа Candida. 3. На фоне иммуносупрессивных состояний.
901	1	287	Б1.Б.1	На вскрытии пациента 70 лет, умершего от рака желудка, обнаружены следующие изменения в легких: на разрезе легочная ткань пестрого вида из-за неравномерного чередования очагов полнокровия и участков желтовато-серого цвета; в просветах бронхов большое количество слизистогнойного содержимого. Слизистая бронхов гиперемирована, отечна. 1. Назовите выявленную легочную патологию. 2. Общие микроскопические изменения в легких, характерные для данной группы заболеваний? 3. Перечислите осложнения.	1. Двусторонняя полисегментарная бронхопневмония. 2. В воспалительный процесс вовлекается и паренхима легкого (альвеолы) и бронхи. 3. Карнификация, абсцесс, гангрена, эмпиема плевры, бронхоэктазы, гнойные менингит и перикардит, перитонит, метастатические гнойники в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный или полипозно-язвенный эндокардит, гнойный артрит.

902	1	288	Б1.Б.1	Больной 53 лет поступил в клинику с жалобами одышку, слабость. У больного отмечена бочкообразная грудная клетка. Коробочный перкуторный звук. Ослабленное дыхание. 1. О каком заболевании можно думать? 2. Каковы макроскопические изменения легких при этом заболевании? 3. Какие морфологические варианты принято выделять при данном заболевании? 4. Какие различают виды этого заболевания? 5. Назовите осложнения этого заболевания.	1. Хроническая обструктивная эмфизема легких. 2. Легкие увеличены в размерах, вздутые, бледные, мягкие, не спадаются, режутся с хрустом. Из просвета бронхов с утолщенными стенками выдавливается слизисто-гнойный экссудат. 3. Иррегулярная, центроацинарная, панацинарная, парасептальная. 4. Виды эмфиземы: перифокальная, викарная, старческая, идиопатическая, межуточная, хроническая обструктивная. 5. 1) легочно-сердечная недостаточность, 2) пневмоторакс при расположении пузырей под плеврой
903	1	289	Б1.Б.1	На вскрытии умершего от легочно-сердечной недостаточности (70 лет) – выраженная деформация обоих легких в виде субплевральных очагов вздутия, перибронхиальная тяжесть белесоватого цвета; стенки бронхов деформированы, просветы расширены, выступают над поверхностью разреза. В просветах небольшое количество гноя. Масса сердца – 470 г, толщина стенки правого желудочка у основания – 1 см. 1. Назовите выявленные полиорганные изменения. 2. Микроскопические изменения в органах дыхания. 3. Осложнения.	1. Бронхоэктатическая болезнь, буллезная эмфизема, легочное сердце. 2. Очаги эмфиземы и ателектаза, воспалительная клеточная инфильтрация стенки бронхов с разрастанием соединительной ткани и деформацией стенки, участки плоскоклеточной метаплазии, разрушение эластических и мышечных волокон, гнойное содержимое в просвете бронхоэктазов. 3. Ателектаз, обструктивная эмфизема, хроническая пневмония, пневмофиброз; легочно-сердечная недостаточность, амилоидоз.
904	1	290	Б1.Б.1	При вскрытии умершего от нарастающих явлений острой дыхательной недостаточности обнаружены полнокровные, резко увеличенные в размерах легкие ватной консистенции. В просветах бронхов определяются слизистые пробки, просветы бронхов сужены. 1. Назовите данное заболевание. 2. Морфологические особенности изменений бронхов и легких при гистологическом исследовании. 3. Механизм развития данной патологии.	1. Бронхиальная астма. 2. Отек слизистой оболочки и подслизистого слоя бронхов с инфильтрацией лейкоцитами, базофилами, эозинофилами, лимфоидными и плазматическими клетками. Базальная мембрана бронхов утолщена, набухшая. Гиперсекреция слизи. В легочной ткани острая обструктивная эмфизема, фокусы ателектаза. 3. Связывание антигена с фиксированными на клетках антителами и высвобождение из клеток биологически активных веществ, вызывающих в бронхах сосудисто-экссудативную реакцию, спазм мускулатуры, усиление секреции слизи, что приводит к нарушению их проходимости.

905	1	291	Б1.Б.1	Мужчина 40 лет обратился в с жалобами на кашель с большим количеством слизистой мокроты. Обследование выявило в левом легком множественные узлы разной величины с нечеткими контурами («облаковидные»). <i>Микроскопически</i>: полиморфные опухолевые клетки растут по стенкам предшествующих альвеол, формируя в некоторых участках сосочки с хорошо выраженной стромой. На отдельных участках к стенкам альвеол, растянутых слизистым содержимым, прикреплены группы опухолевых клеток среди которых встречаются перстневидные клетки. 1. Определите форму опухолевого поражения легких. 2. Поставьте гистологический диагноз. 3. С чем необходимо дифференцировать данный патологический процесс.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого. 2. Бронхиолоальвеолярный рак. 3. Дифференциальный диагноз: с бронхолегочной аденокарциномой, часто развивающейся на фоне рубцовых изменений, характеризующейся более выраженной стромой и полиморфизмом, наличием солидных участков.
906	1	292	Б1.Б.1	У мужчины 62 лет в области корня правого легкого узел диаметром 8 см, на разрезе беловато-серого цвета без четких контуров, связанный с просветом бронха, стенки которого уплотнены и утолщены. От узла в ткань легкого врастают тяжи сероватой ткани. Лимфоузлы корня легкого увеличены, на разрезе серо-белые. <i>Микроскопически</i> – опухоль состоит из пластов высокодифференцированных полиморфных клеток с сохранением базальной ориентации, имеются роговые жемчужины, ядра гиперхромные с неровными очертаниями, полиморфные. Строма в опухоли скудная с инфильтрацией лимфоцитами, видны участки некроза. 1. Определите форму опухолевого поражения легких. 2. Назовите гистологический вид опухоли. 3. Перечислите предопухолевые процессы в легких. 4. Назовите гистологические признаки определяющие степень дифференцировки опухоли. 5. Назовите первичные метастазы данной опухоли.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль легкого. 2. Высокодифференцированный плоскоклеточный рак с ороговением. 3. Хронический атрофический бронхит с плоскоклеточной метаплазией. Железистые полипы. Хронические заболевания бронхолегочной системы с выраженными рубцовыми изменениями. 4. Умеренодифференцированная аденокарцинома (без ороговения) – представлена тяжами и ячейками атипичных полигональных клеток с округлыми крупными ядрами и хорошо выраженными ядрышками. В ячейках может сохраняться базальная ориентация клеток. Низкодифференцированная аденокарцинома представлена пластами округлых или овальных клеток, без тенденции к образованию слоистых структур. 5. Региональные лимфатические узлы.
907	1	293	Б1.Б.1	На аутопсии умершего от острого нарушения мозгового кровообращения в просвете желудка и проксимального отдела тонкой кишки обнаружены сгустки крови общей массой 1300 г. На малой кривизне желудка – дефект слизистой оболочки с плотными краями и коричнево-черного цвета дном. 1. Назовите заболевание, обнаруженное при аутопсии. 2. Гистологическое строение дефекта в области дна. 3. Возможные осложнения данного заболевания.	1. Хроническая язва желудка. 2. Определяются 4 слоя: фибринозно-гнойный экссудат, фибриноидный некроз, грануляционная ткань, грубоволокнистая рубцовая ткань. 3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация.

908	1	294	Б1.Б.1	У мужчины 37 лет при флюорографии обнаружен субплевральный узел неправильной формы «хрящевой плотности», с четкими границами, с локализацией в нижней доле левого легкого, размерами 10 см в диаметре, поверхность разреза однородная полупрозрачная, беловатого цвета с участками обызвествления. <i>Микроскопически</i> – узел представлен хрящевой тканью, с участками ослизнения и очагами фиброзной и жировой ткани. Встречаются единичные железистые образования выстланные кубическим эпителием. 1. Поставьте гистологический диагноз. Назовите разновидность патологического процесса. 2. Назовите причину развития данной патологии. 3. Ее гистологические варианты. 4. Перечислите отличительные признаки от тератомы. 5. Перечислите возможные осложнения.	1. Хондроматозная гамартома. Доброкачественное опухолеподобное образование. 2. Дисэмбриональное происхождение. 3. Липоматозная, лейомиоматозная, фиброматозная, ангиоматозная, органоидная гамартома (имеется сочетание различных тканей). 4. Гамартома состоит из тех же компонентов, что и орган, где она находится, но отличается неправильным их расположением и степенью дифференцировки. В тератоме, содержатся и чужеродные тканевые зачатки для данного органа. 5. Осложнения – обтурационный ателектаз, пневмония в случае эндобронхиальной локализации.
909	1	295	Б1.Б.1	При рентгенологическом исследовании легких у пациента 40 лет выявлены изменения легочной ткани. Произведена операция торакотомия, биопсия легкого. При микроскопическом исследовании выявлена выраженная клеточная инфильтрация интерстиция с поражением сосудов и периваскулярной ткани. 1. Назовите данное заболевание. 2. Укажите стадию процесса, для которой характерны данные изменения. 3. Перечислите осложнения.	1. Идиопатический фиброзирующий альвеолит (болезнь Хаммена – Рича). 2. Стадия альвеолита (диффузного). 3. Панацинарная эмфизема, бронхиолоэктазы, гипертензия малого круга кровообращения с развитием легочно-сердечной недостаточности.
910	1	296	Б1.Б.1	Пациенту, 56 лет, с жалобами на постоянные боли в эпигастрии проведена гастроскопия с биопсией. При исследовании биоптата – выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация слизистой оболочки желудка с наличием умеренного количества полиморфно-ядерных лейкоцитов. 1. Назовите данное заболевание. 2. Морфологическая классификация.	1. Хронический выраженный умеренно активный гастрит. 2. Хронический поверхностный (без атрофии) гастрит, хронический атрофический гастрит.
911	1	297	Б1.Б.1	При исследовании биоптата печени пациента, перенесшего желтуху, определяется нарушение балочного строения, выраженный полиморфизм гепатоцитов с преобладанием гидропической (баллонной) дистрофии. В дольках печени – пятнистые и сливные некрозы гепатоцитов, эозинофильные гомогенные образования с пикнотичным ядром, выраженная полиморфноклеточная инфильтрация стромы. 1. Назовите заболевание. 2. Дайте название эозинофильным образованиям. 3. Осложнения и исходы.	1. Вирусный гепатит. 2. Тельца Каунсильмена. 3. Гепаторенальный синдром, цирроз печени.

912	1	298	Б1.Б.1	При исследовании биоптата толстой кишки пациента 50 лет выявлено высокоактивное воспаление с множественными эрозиями и поверхностными язвами неправильной формы. Язвы проникают в подслизистый и мышечный слои, где определяется фибриноидный некроз коллагеновых волокон и сосудов с аррозией их стенок. 1. Дайте название данному заболеванию. 2. Осложнения и исходы.	1. Неспецифический язвенный колит. 2. Кишечное кровотечение, перфорация стенки кишки и перитонит, стенозирование просвета и полипоз кишки, рак; анемия, амилоидоз, истощение, сепсис.
913	1	299	Б1.Б.1	При морфологическом исследовании биоптата илеоцекального угла, в слизисто-подслизистом слоях определяется выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация, щелевидные язвы и саркоидного типа (без некроза) гранулемы, состоящие из эпителиоидных и гигантских клеток типа Пирогова – Лангханса. 1. Дайте название данному заболеванию. 2. Осложнения и исходы.	1. Болезнь Крона. 2. Перфорация стенки кишки с формированием свищевых ходов, перитонит, стенозы, рак.
914	2	300	Б1.Б.1	Пациенту 40 лет, страдающему сахарным диабетом, произведено вскрытие флегмоны передней брюшной стенки. На 2-е сутки – резкий подъем температуры до 39,7°C, желтушность кожных покровов и склер. На коже – петехиальная сыпь. При явлениях тяжелой полиорганной недостаточности на 5-е сутки больной умер. На вскрытии – петехиальная сыпь на серозных и слизистых оболочках, выраженное полнокровие внутренних органов. Лимфоузлы всех групп увеличены в размерах, селезенка резко увеличена, дает обильный соскоб пульпы. Костный мозг грудины при выдавливании «сочный». При бактериологическом исследовании крови выявлен стафилококк. 1. Охарактеризуйте патологический процесс согласно классификации. 2. Морфологические изменения в органах при исследовании аутопсийного материала.	1. Сепсис, септицемия. 2. Гиперплазия лимфоидной и кроветворной тканей, межуточное воспаление паренхиматозных органов, фибриноидные изменения стенок сосудов, развитие геморрагического синдрома.
915	2	301	Б1.Б.1	На вскрытии умершего от тяжелой интоксикации и легочной недостаточности выявлены множественные точечные кровоизлияния в слизистую трахеи и бронхов с десквамацией эпителия, увеличенные в размерах легкие. На послойных разрезах легочная ткань «пестрого» вида из-за чередования очагов полнокровия, участков желтовато-серого цвета. На висцеральной плевре пленчатые серого цвета наложения. В сердце, печени и почках – выраженное полнокровие. 1. Назовите заболевание и возбудителя. 2. Изменения в органах дыхания при гистологическом исследовании аутопсийного материала. 3. Чем обусловлены легочные осложнения?	1. Грипп, вирус гриппа. 2. Полнокровие, отек, лимфоидноклеточная инфильтрация субэпителиального слоя, десквамация эпителия, кровоизлияния, очаги серозногеморрагической и фибринозно-гнойной пневмонии. 3. Присоединением вторичной инфекции.

916	2	302	Б1.Б.1	Больной свищевой формой остеомиелита умер от хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены увеличенные в размерах «сального» вида почки, уменьшенная в размерах селезенка. Выявлены явления кахексии. 1. Охарактеризуйте патологический процесс согласно классификации. 2. Морфологические изменения в органах при исследовании аутопсийного материала.	1. Хронический сепсис (гнойно-резорбтивная лихорадка), вторичный амилоидоз. 2. Изменения в органах и тканях носят атрофический характер. Селезенка уменьшена. В печени, миокарде, поперечнополосатой мускулатуре – бурая атрофия. В почках – отложения амилоида.
917	2	303	Б1.Б.1	Пациентка 42 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на мутного цвета выделения из половых путей. Произведено диагностическое выскабливание полости матки. При исследовании биоптата – выраженная лейкоцитарная инфильтрация эндометрия. На фоне нарастания общей интоксикации, почечно-печеночной и церебральной недостаточности констатирована смерть. На вскрытии обнаружены множественные гнойники в полости матки, печени, почках, легких, головном мозге. 1. Охарактеризуйте патологический процесс согласно классификации. 2. Назовите характерные изменения в органах и тканях при исследовании аутопсийного материала.	1. Сепсис, септикопиемия. 2. Метастатические гнойные очаги. Гиперплазия лимфоидной и кроветворной тканей, межуточное воспаление паренхиматозных органов, фибриноидные изменения стенок сосудов и развитие геморрагического синдрома – выражены слабее, чем при септицемии.
918	2	304	Б1.Б.1	На аутопсии умершего пациента с признаками гипертермии, помрачением сознания и выраженными болями в животе обнаружены следующие морфологические изменения: при внешнем осмотре на передней брюшной стенке – плоско-возвышающиеся элементы сыпи, в стенке терминального отдела тонкой кишки – глубокие дефекты слизистой оболочки с наложениями серо-зеленого цвета. В просвете тонкой и толстой кишки – большое количество крови и сгустков. Брыжеечные лимфоузлы увеличены. 1. Назовите данное заболевание. 2. Этиология. 3. Морфологические изменения в стенке кишки.	1. Брюшной тиф. 2. <i>Salmonella typhi</i>. 3. Некротические изменения брюшнотифозных гранул
919	2	305	Б1.Б.1	Больной госпитализирован с высокой температурой, геморрагической звездчатой сыпью на веках, склерах, конечностях. Несмотря на интенсивное лечение больной умер при явлениях шока. При морфологическом исследовании аутопсийного материала выявлены гнойно-некротические васкулиты, экстравазаты (кровоизлияния). В надпочечниках – некрозы и кровоизлияния. 1. Назовите форму заболевания. 2. Как называются изменения в надпочечниках? 3. Морфологические изменения, которые можно выявить в паренхиматозных органах при шоке.	1. Менингококцемия. 2. Синдром Уотерхауса – Фридериксена. 3. Дистрофические и некробиотические изменения, плазморрагия, отек интерстиция, кровоизлияния.

920	2	306	Б1.Б.1	Больной брюшным тифом, подтверждённым бактериологическими исследованиями, погиб от внекишечного осложнения, связанного с поражением органов дыхания на 4-й неделе заболевания. 1. Характерные проявления поражения органов дыхания. 2. Макроскопические изменения кишечника в эту стадию. 3. Вид поражения мышц (локализация, макроскопические изменения). 4. Перечислите другие внекишечные осложнения.	1. Пневмония 2. Стадия чистых язв 3. Восковидный некроз прямых мышц живота 4. Пиелонефрит, гнойный остеомиелит, перихондрит, сепсис
921	2	307	Б1.Б.1	На 15-й день с момента заболевания дифтерией у ребёнка 6 лет появились боли в сердце, определялись приглушенность тонов и расширение границ сердца. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности. На вскрытии сердце увеличено в размерах, дряблой консистенции, на разрезе серого цвета. 1. Опишите микроскопические варианты острого дифтерийного миокардита. 2. Расшифруйте понятия «ранний и поздний паралич сердца». 3. Возбудитель заболевания.	1. Инфекционно-токсический, интерстициальный. 2. Острая сердечная недостаточность вследствие миокардита, паренхиматозный неврит. 3. Коринебактерия (палочка дифтерии).
922	2	308	Б1.Б.1	Смерть ребенка 3 лет наступила на 6-е сутки заболевания, начавшегося с подъёма температуры до 39°C, профузного поноса. Бактериологическое исследование позволило выделить из содержимого кишечника шигеллу типа Зонне. Непосредственной причиной смерти при прогрессирующем токсикозе явилась острая почечная недостаточность. 1. Дайте название заболеванию. 2. Особенности локализации изменений пищеварительного тракта у детей младшего возраста. 3. Назовите варианты поражения пищеварительного тракта по виду воспаления. 4. Объясните, как происходит развитие синдрома острой почечной недостаточности.	1. Дизентерия 2. Тонкая кишка (лимфоидный аппарат) 3. Катарально-фолликулярный, фолликулярно-язвенный энтерит 4. Прямое действие экзотоксина на эпителий почечных канальцев
923	2	309	Б1.Б.1	На вскрытии умершего от отека мозга обнаружено вклинение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, отек мягких мозговых оболочек. Легкие увеличены в объеме, полнокровные. Стенки бронхов склерозированы, просветы их расширены, сближены между собой. Определяется чередование очагов эмфиземы и ателектазов. Слизистая бронхов отечная, гиперемирована. При гистологическом исследовании вещества мозга и оболочек определяются периваскулярные лимфоидные инфильтраты, дистрофические изменения нейронов и нейроглиальные узелки. 1. Дайте названия гистологическим изменениям в головном мозге. 2. Для какого заболевания характерна совокупность данных патологических процессов?	1. Сыпнотифозные гранулемы Попова. 2. Сыпной тиф.

924	2	310	Б1.Б.1	На вскрытии умершего от легочно-сердечной недостаточности выявлены гиперплазированные миндалины и лимфоидный аппарат тонкой кишки с регионарными лимфоузлами. На горизонтальном распиле в грудном отделе позвоночника рисунок спинного мозга смазан, в области передних рогов видны черноватого цвета точечные кровоизлияния и западающие участки размягчения ткани мозга. 1. Назовите заболевание. 2. Какие изменения можно выявить в пораженных органах при гистологическом исследовании? 3. Исходы.	1. Полиомиелит. 2. Дистрофические и некробиотические. 3. Параличи (в том числе и дыхательной мускулатуры), поражение дыхательного центра.
925	2	311	Б1.Б.1	На вскрытии больного 30 лет, умершего от отека мозга, в С-3 правого легкого обнаружен творожистого вида белесоватого цвета очаг с неровными контурами размерами 2×3 см. Ткань бифуркационных лимфоузлов замещена творожистого вида массами. В головном мозге – сглаженность борозд. На мозговых оболочках конвексально-базиллярной поверхности мозга – просовидные белесоватого цвета высыпания. 1. Дайте название обнаруженной легочной патологии. 2. Как классифицировать изменения, обнаруженные в головном мозге? 3. Перечислите морфологические изменения, которые можно выявить при гистологическом исследовании легочной ткани и мозговых оболочек.	1. Первичный туберкулез, прогрессирование с генерализацией процесса. 2. Туберкулезный лептоменингит. 3. Туберкулезные гранулемы.
926	2	312	Б1.Б.1	На вскрытии больного 43 лет, умершего от дыхательной недостаточности, обнаружено безвоздушное плотное левое легкое, массой 640 г, желтого цвета на разрезе с фибринозными наложениями на висцеральной плевро. В С-1 определяются инкапсулированные и частично петрифицированные очаги до 0,7 см в диаметре. В бифуркационных и бронхопульмональных лимфоузлах картина антракотической индукции. 1. Дайте название указанным очагам. 2. Назовите данное заболевание. 3. Осложнения и исходы.	1. Очаг Гона. 2. Цирротический туберкулез. 3. Легочно-сердечная недостаточность, генерализация процесса, вторичный амилоидоз.
927	2	313	Б1.Б.1	На вскрытии больного 45 лет, умершего от легочно-сердечной недостаточности, выявлен гидроперикард, выраженная деформация легочной ткани в виде грубосетчатого перибронхиального фиброза, краевой буллезной эмфиземы, утолщение и деформация стенок бронхов. В верхних сегментах обоих легких симметричные толстостенные округлой формы полости, по остальным легочным полям высыпания разновеликих бугорков в виде очагов некроза творожистого вида и плотных фиброзированных бугорков. Сердце массой 420 г, толщина стенки правого желудочка у основания 1 см. 1. Назовите данное заболевание. 2. Дайте названия выявленным изменениям в сердце. 3. Осложнения и исходы.	1. Фиброзно-кавернозный туберкулез. 2. Легочное сердце. 3. Цирротический туберкулез, легочно-сердечная недостаточность, генерализация процесса, вторичный амилоидоз.

928	2	314	Б1.Б.1	При исследовании биоптата С-2 правого легкого выявлена ацинозная творожистая бронхопневмония с эпителиоидно-клеточным валом с примесью гигантских многоядерных клеток и лимфоцитов. 1. Укажите клинико-морфологический вид, к которому относится данный патологический процесс. 2. Укажите название данной формы. 3. Исходы.	1. Вторичный туберкулез. 2. Острый очаговый туберкулез (очаг Абрикова). 3. Затухание либо прогрессия процесса.
929	2	315	Б1.Б.1	У больной с аденомой паращитовидной железы появились боли в костях, мышечная слабость, частые падения, в связи с чем возник перелом плечевой кости. На рентгенограмме – очаг рассасывания костной ткани с образованием кисты, при пункции которой получена остеонидная ткань, пропитанная кровью. Поставлен диагноз паратиреоидной остеодистрофии. 1. Что обнаружено при микроскопии биоптата из кисты? 2. Образное название очага повреждения костной ткани? 3. Что может происходить с костями по мере течения заболевания? 4. Возможные осложнения, причины смерти.	1. Истончение и разрушение костных трабекул, разрастание фиброретикулярной ткани, состоящей из фибробластов, макрофагов, гигантских клеток и очаги кровоизлияния. 2. Бурая опухоль гиперпаратиреоза. 3. В течение заболевания происходит деформация костей, кости становятся мягкими, на разрезе имеют пестрый вид: желто-серые участки чередуются с буро-красными. 4. Патологические переломы, известковые метастазы, нефрокальциноз, нефролитиаз, калькулезный холецистит. Смерть может наступить от уремии или присоединившейся инфекции.
930	2	316	Б1.Б.1	На вскрытии умершего от уремии и дыхательной недостаточности, обнаружены увеличенные в объемах печеночной плотности легкие серокрасного цвета, с фибринозными наложениями на висцеральной плевре и мелкозернистой серой поверхностью разреза. Почки массой 360 г, увеличены в размерах. Капсула напряжена, легко снимается при надрезе. Кортикальный слой бледно-серый, пирамиды темно-красные. 1. Назовите выявленную почечную патологию. 2. Этиология и механизм развития. 3. Морфологические изменения в почках, выявляемые при исследовании аутопсийного материала.	1. Пневморенальный синдром Гудпасчера. 2. Этиологические факторы: наследственная предрасположенность, вирусные инфекции дыхательных путей. В основе патогенеза: образование аутоантител к базальным мембранам капилляров клубочков почек и альвеол. 3. Склеротические изменения и коллапс клубочков за счет фиброзно-клеточных полулуний (перигломерулярный склероз и лимфоидная инфильтрация); дистрофические изменения эпителия канальцев; положительный иммунофлюоресцентный тест клубочков с антителами к IgG.
931	2	317	Б1.Б.1	На вскрытии умершего от почечной недостаточности обнаружены увеличенные в размерах дряблые почки с широким, желто-серым корковым слоем, с точечным красным крапом. Мозговой слой темно-красного цвета. 1. Назовите данное заболевание. 2. Характерные морфологические признаки. 3. Механизмы развития данной патологии.	1. Некротический нефроз. 2. Некроз эпителия извитых канальцев. 3. Нарушение кровообращения нефрона, воздействие токсинов.

932	2	318	Б1.Б.1	На вскрытии умершего от гангрены нижней конечности выявлена склерозированная поджелудочная железа, увеличенная в размерах желтоватого цвета печень, уменьшенные в размерах почки с мелкобугристой поверхностью. Магистральные сосуды с утолщенными, плотными стенками и кашицеобразными наложениями на интиме. 1. Дайте название данному заболеванию. 2. Изменения в почках, поджелудочной железе и сосудах при гистологическом исследовании. 3. Осложнения.	1. Сахарный диабет. 2. Морфологические изменения в почках – диабетический гломерулонефрит и гломерулосклероз, в поджелудочной железе – склеротические изменения, склероз и атрофия островкового аппарата, в сосудах – выраженный атеросклероз. 3. Диабетическая кома, гангрена конечности, инфаркт миокарда, слепота, почечная недостаточность, инфекционные осложнения.
933	2	319	Б1.Б.1	У больного 10 лет диагностирован врожденный поликистоз почек. Смерть наступила от прогрессирующей почечной недостаточности. 1. Дайте макроскопическое описание почек. 2. Объясните патогенез данной патологии, его варианты. 3. Опишите изменения в паренхиме почки. 4. Объясните причины длительного бессимптомного периода этой нефропатии. 5. Перечислите признаки хронической почечной недостаточности.	1. Почки резко увеличены, состоят из множества мелких и крупных кистозных полостей, содержащих жидкость желтого или коричневого цвета, разделенных соединительнотканными прослойками. 2. Нарушение эмбриогенеза, формирование гломерулярных, тубулярных и экскреторных кистозных образований. 3. Атрофия от давления. 4. Викарная гипертрофия, сохранившая структуру нефронов. 5. Фибринозное воспаление серозных и слизистых оболочек.
934	2	320	Б1.Б.1	На вскрытии пациента 52 лет, умершего при явлениях азотемической уремии обнаружены увеличенные в размерах почки с сального вида поверхностью на разрезе. При наружном осмотре трупа отмечается выраженная деформация коленных и голеностопных суставов. В легких и сердце определяются очаги склероза. 1. Перечислите морфологические изменения, которые можно выявить в околосуставной ткани. 2. Охарактеризуйте изменения, выявленные в почках.	1. Мукоидное набухание, артериолиты и артерииты, фибриноидный некроз с воспалительными клеточными реакциями и разрастание соединительной ткани с толстостенными сосудами (формирование ревматоидных узлов). 2. Нефропатический амилоидоз.
935	2	321	Б1.Б.1	У пациента 9 лет на щеке обнаружено возвышающееся красно-синее пятно, при надавливании бледнеющее. При микроскопическом исследовании биоптата щеки обнаружены крупные тонкостенные сосудистые полости с эндотелиальной выстилкой, заполненные кровью. 1. Назовите данную опухоль. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Какие еще образования относятся к данной группе?	1. Кавернозная гемангиома. 2. Доброкачественные мезенхимальные опухоли сосудистого происхождения. 3. Капиллярная гемангиома, венозная гемангиома, доброкачественная гемангиоперицитома, гломус-ангиома

936	2	322	Б1.Б.1	Больной 43 лет страдал огнестрельным остеомиелитом. Неоднократно оперирован. В области пораженной конечности неоднократно возникали свищевые ходы с обильным гнойным отделяемым. В последнее время появились прогрессирующая слабость, отёки лица. Лабораторно выявлено повышение в плазме крови содержания азотистых соединений. Заподозрен амилоидоз почек. 1. К какой группе нефропатий относится амилоидоз? 2. Стадия заболевания? 3. Макроскопическое описание почек, их образное название. 4. Опишите микроскопические изменения. 5. Назовите развивающийся у больного синдром.	1. Гломерулопатия. 2. Нефротическая (азотемическая). 3. Увеличены, плотные бледные, на разрезе салыного вида, корковый слой расширен, мозговой слой четко отграничен, имеет розово-синюшный оттенок. «Большая белая амилоидная почка». 4. Амилоид по ходу базальных мембран капилляров клубочков, в мезангиуме, базальных мембран канальцев, сосудов стромы, строме пирамид. 5. Хроническая почечная недостаточность
937	2	323	Б1.Б.1	Мальчик 4 лет, жалобы на слабость, похудание, снижение аппетита, периодический субфебрилитет. Умеренная анемия, повышение СОЭ. В животе пальпируется плотное и гладкое объемное образование. УЗИ: опухолевидное образование правой почки. Произведена нефрэктомия. Макроскопически: опухоль размерами 10 см прилежит к лоханке, хорошо отграничена от ткани почки, на разрезе беловатая с очагами некроза, кровоизлияний и множественными тонкостенными кистами. <i>Гистологически</i>: опухоль состоит из солидных полей и тяжёлых клеток с овальным и круглым ядром, в центре которых формируются трубочки, напоминающие почечные канальцы; имеются образования, сходные с почечными клубочками. Между полями клеток рыхлая незрелая соединительная ткань. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Этиопатогенетические факторы заболевания. 3. Морфологический критерий опухоли. 4. Благоприятные и неблагоприятные гистологические варианты данной опухоли.	1. Нефробластома (опухоль Вильмса). 2. Мутация генов, участвующих в регуляции развития первичного нефрона; семейный онкологический анамнез; возраст родителей; риск развития опухоли у детей, чьи отцы работают на химических предприятиях; наличие врожденных дефектов: аниридия, крупный язык, гемигипертрофия, недоразвитие половых органов, чаще у мальчиков. 3. Недифференцированная опухолевая ткань или нефрогенные структуры, имеющие разную степень дифференцировки (эпителиальные и соединительнотканые элементы в различных сочетаниях). 4. Мультикистозные, тубулярные и фиброаденоматозные формы опухоли – благоприятный прогноз, светлоклеточная саркома и рабдоидная формы опухоли – склонность к отдаленному метастазированию, особенно, в головной мозг.
938	2	324	Б1.Б.1	В травматологическое отделение доставлен мальчик 10 лет с переломом бедренной кости. В области перелома костная ткань оказалась диффузно замещена кровотокающей опухолевой тканью красно-серого цвета. При гистологическом исследовании установлено, что опухоль построена из атипичных сосудистых образований, эндотелий которых резко гиперхромный, с множеством митозов. 1. Диагностируйте опухолевый процесс. 2. Назовите группу опухолей по международной классификации. 3. Тип роста опухоли. 4. Источник развития опухоли. 5. Преобладающий путь метастазирования.	1. Ангиосаркома (злокачественная гемангиоэндотелиома) 2. Мезенхимальные 3. Инфильтрирующий 4. Кровеносные сосуды 5. Гематогенный

939	2	325	Б2.В.1	Женщина 27 лет. Жалуется на обильные выделения из половых органов, зуд. Гинекологический диагноз: кольпит, эндоцервицит. Мазки из шейки матки представлены клетками плоского эпителия поверхностного слоя. Обильная коккобациллярная флора, встречаются клетки, "засыпанные" мелкими бактериями. Цитологический диагноз:	Вагинальный бактериоз.
940	2	326	Б2.В.1	При гинекологическом осмотре и кольпоскопии установлен диагноз лейкоплакии. Мазки из шейки матки представлены клетками плоского эпителия поверхностного и промежуточного слоя, единичными метаплазированными клетками, единичными клетками с плотной блестящей цитоплазмой и пикнотическими ядрами. Чешуйки плоского эпителия не обнаружены. Цитологический диагноз:	Паракератоз.
941	2	327	Б2.В.1	У женщины 45 лет, при кольпоскопии установлен диагноз эктопии. Мазки из шейки матки и цервикального канала представлены клетками плоского эпителия поверхностного и промежуточного слоев. Цитологический диагноз:	Неполноценный материал.
942	2	328	Б2.В.1	У женщины 37 лет жалобы на кровянистые выделения после коитуса. При гинекологическом осмотре установлен предположительный диагноз рака шейки матки. Мазки из влажной порции шейки матки представлены умеренным числом нейтрофильных лейкоцитов, единичными клетками плоского эпителия без цитологических признаков злокачественности. Материал из цервикального канала скудный: слизь, единичные клетки плоского и цилиндрического эпителия. Цитологический диагноз:	Неполноценный материал.
943	2	329	Б2.В.1	У больной 62 лет кровянистые выделения в менопаузе. при гинекологическом осмотре шейка матки не изменена. в цитограмме аспирата из полости матки элементы крови, гистиоциты, лимфоциты, небольшие скопления из клеток плоского, цилиндрического и кубического эпителия, слизь. Цитологическое заключение:	Исключить опухолевое поражение не представляется возможным, необходимо обследование.
944	2	330	Б2.В.1	У больной 34 лет обнаружено узловое образование в молочной железе и уплотнение в подмышечной области. Клинический диагноз, подозрение на рак с метастазами в подмышечный лимфатический узел. При пункции опухоли молочной железы (N1) получены элементы крови, капли жира, единичные клетки плоского эпителия. Цитограммы пункциата, уплотнения в подмышечной области (N2) представлены большим числом плотных скоплений из клеток средних размеров, округлых или овальных с гиперхромными ядрами и необильной цитоплазмой. Цитологический диагноз:	N1 желательно повторить исследование, пункция не дала результата. N2 пунктирован участок мастопатии или фиброаденомы, предположительно – добавочная доля молочной железы

945	2	331	Б2.В.1	У больной 57 лет медленно растущее образование на коже щеки, с изъязвлением. Цитологическое исследование соскоба: плотные скопления из клеток средних размеров ядра занимают большую часть клетки, несколько полиморфные и гиперхромные чешуйки плоского эпителия, оксифильные массы. Цитологический диагноз.	Базалиома.
946	2	332	Б2.В.1	При пункции опухолевидного образования передней брюшной стенки в области пупочного кольца получены скопления из клеток кубического эпителия с несколько гиперхромными ядрами. Цитологический диагноз:	Описательное заключение.
947	2	333	Б2.В.1	Больной 29 лет выполнена бронхоскопия по поводу хронической пневмонии. При бронхоскопии обнаружено опухолевидное образование в верхнедолевом бронхе, экзофитное, 0,3 x 0,5 см. Цитограммы представлены клетками средних размеров, расположенными преимущественно разрозненно, единичными розеткоподобными скоплениями. Ядра - преимущественно эксцентрически, мембрана четкая, неровная, хроматин - неравномерно зернистый. Встречаются двухъядерные клетки. Умеренно выражен полиморфизм клеток и ядер в цитоплазме отдельных клеток обнаружены оксифильные гранулы. Цитологический диагноз:	Карциноид бронха.
948	2	334	Б2.В.1	Больной 43 лет жалобы на слабость, потливость, субфебрилитет, увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, при пальпации узлы плотные, несколько болезненны, спаяны между собой. При пункции лимфоузлов получен необильный материал. Цитограмма представлена бесструктурными крошковидными массами, элементами воспаления, единичными эпителиоидными клетками. Предположительный цитологический диагноз:	Туберкулез.
949	2	335	Б2.В.1	У больного 52 лет выявлен асцит. При лапароскопии обнаружено плотное бугристое образование в печени. Эндоскопический диагноз, цирроз? Рак печени? Метастаз в печень? Цитограммы представлены клетками печеночной паренхимы, эритроцитами. Цитологическое заключение:	Желательно повторить исследование.
950	2	336	Б2.В.1	Больная 38 лет. Жалобы на затруднение при глотании. При осмотре отмечено увеличение миндалин и подчелюстных лимфатических узлов. Лимфатические узлы плотные, безболезненные. При пункции миндалины и лимфатического узла получен одинаковый клеточный состав: в основном представлены лимфоидные элементы. В ядрах полиморфный хроматин распределен неравномерно, контуры ядер неровные, единичные нейтрофильные лейкоциты. Предположительный цитологический диагноз:	Лимфосаркома.

951	2	337	Б2.В.1	Больная 35 лет. Жалуется на слабость, похудание, недомогание, ночные поты, повышение температуры до 38°С. При осмотре выявлено увеличение надключичных лимфатических узлов. Предположительный клинический диагноз: лимфогранулематоз. Цитограмма пунктата лимфатического узла представлена большим числом лимфоидных элементов, плазматическими клетками, эозинофильными лейкоцитами, нейтрофилами, единичными крупными клетками с крупными ядрами с ядрышками. Цитологический диагноз:	Нельзя исключить лимфогранулематоз.
952	2	338	Б2.В.1	В препарате вагинального отделяемого на фоне клеточного распада встречаются: много нейтрофилов, гистиоциты 3-7 в поле зрения, единичные макрофаги. Клетки плоского эпителия различных слоев 2-5 в поле зрения. Обильная разнообразная флора. Трихомонады 3-5-8 в поле зрения. Цитологическая картина соответствует:	Трихомонадному кольпиту.
953	2	339	Б2.В.1	Больная 26 лет. Жалуется на слабость, субфебрилитет. При флюорографии выявлено увеличение лимфатических узлов средостения. При бронхоскопии патологических изменений в слизистой трахеи и бронхов не выявлено. Выполнена пункция трахеобронхиального лимфатического узла. Цитограмма представлена небольшим числом лимфоидных клеток, эпителиоидными клетками, гигантскими многоядерными клетками с округлыми мономорфными ядрами. Цитологический диагноз.	Цитограмма может иметь место при саркоидозе или туберкулезе.
954	2	340	Б2.В.1	Больной 23 лет. Жалуется на болезненное образование в области шеи. При осмотре: образование из нескольких узлов, кожа над ним гиперемирована. Клинический диагноз: туберкулезный лимфаденит. Цитограмма представлена нейтрофильными лейкоцитами, элементами некроза, макрофагами, гигантскими многоядерными клетками с округлыми ядрами одинаковых размеров и формы. Цитологический диагноз:	Цитограмма воспаления.
955	2	341	Б2.В.1	При пункции бронхопульмональных лимфатических узлов получено большое число бокаловидных клеток на фоне слизи. Других клеток не обнаружено. Цитологический диагноз:	Пункция выполнена неудачно.
956	2	342	Б2.В.1	У больной 62 лет кровянистые выделения в менопаузе. При гинекологическом осмотре шейка матки не изменена. В цитограмме аспирата из полости матки элементы крови, гистиоциты, лимфоциты, небольшие скопления из клеток плоского, цилиндрического и кубического эпителия, слизь. Цитологическое заключение:	Описательный ответ, желательно повторить исследование.

957	2	343	Б2.В.1	У больной 57 лет медленно растущее образование на коже щеки, с изъязвлением. Цитологическое исследование соскоба: плотные скопления из клеток средних размеров. Ядра занимают большую часть клетки, несколько полиморфные и гиперхромные, чешуйки плоского эпителия, оксифильные массы. Цитологический диагноз.	Базалиома.
958	2	344	Б2.В.1	При профилактическом осмотре цитологически установлен диагноз тяжелой дисплазии. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено, при кольпоскопии – без патологии. В мазках из влагалищной порции шейки матки много клеток плоского эпителия, других элементов не выявлено. Цитологическое заключение:	В мазке клетки плоского эпителия, необходимо исследование мазков из цервикального канала.

Готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов (ПК-5)						
<u>Модули:</u>						
Б1.Б.1. Патологическая анатомия			Б1.В.ДВ.2. Молекулярно-биологическая диагностика в патанатомии			
Б1.В.1. Онкоморфология и современные методы исследования в патанатомии			Б2.Б.1. Производственная (клиническая) практика (базовая)			
Б1.В.ДВ.2. Иммуногистохимическая диагностика в патанатомии			Б2.В.1. Производственная (клиническая) практика (вариативная)			
№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
959	1	1	Б2.Б.1	При вскрытии трупа используют разрезы кожи:	1. прямой 2. воротниковый 3. игрекообразный 4. косой 5. треугольный	1, 2, 3
960	1	2	Б2.Б.1	Разрез кожных покровов трупа, проходящий от подбородка или нижнего края щитовидного хряща до лобковой области, называют:	1. по Абрикосову 2. по Лешке 3. срединным 4. по Фишеру 5. по Самсонову	3

961	1	3	Б2.Б.1	Разрез кожных покровов, начинающийся за ухом у сосцевидного отростка височной кости, идущий по срединной линии и заканчивающийся ниже пупка двумя косыми, идущими к пупартовой связке, называют:	1. по Абrikосову 2. по Лешке 3. срединным 4. по Фишеру 5. по Самсонову	4
962	1	4	Б2.Б.1	Полукружный разрез кожных покровов трупа, проходящий от одного акромиального отростка к другому, с дальнейшим продолжением его по срединной линии, называют:	1. по Абrikосову 2. по Лешке 3. срединным 4. по Фишеру 5. по Самсонову	2
963	1	5	Б2.Б.1	При вскрытии трупа могут быть использованы методы извлечения:	1. отдельных органов (по Вирхову) 2. органов по системам (по Абrikосову) 3. всего органокомплекса (полная эвисцерария по Шору)	1, 2, 3
964	1	6	Б2.Б.1	Извлечение при вскрытии всего органокомплекса характерно для метода	1. Абrikосова 2. Вирхова 3. Шора	3
965	1	7	Б2.Б.1	Извлечение отдельных органов при вскрытии характерно для метода	1. Абrikосова 2. Вирхова 3. Шора	2
966	1	8	Б2.Б.1	При подозрении на наличие воздушной эмболии патологоанатомическое исследование начинают со вскрытия:	1. черепа 2. грудной клетки 3. брюшной полости 4. брюшной и грудной полостей 5. конечностей	4
967	1	9	Б2.Б.1	При исследовании сердца могут быть использованы методы вскрытия:	1. по току крови (по Абrikосову) 2. без пересечения венечных артерий (по Автандилову) 3. для раздельного взвешивания отделов сердца (по Мюллеру) 4. без пересечения венечных артерий (по Рокитанскому) 5. для раздельного взвешивания отделов сердца (по Маллори)	1, 2, 3
968	1	10	Б2.Б.1	Распил костей мозгового черепа умершего взрослого производят:	1. прямым циркулярным 2. с сохранением целости лобной кости 3. с сохранением целости затылочной кости 4. косым циркулярным	1, 2, 3

969	1	11	Б2.Б.1	Вскрытие черепа мертворожденного и умершего новорожденного производят:	1. по Фишеру 2. по Далю 3. "корзиночкой" по Хрущевски и Шприль-Зейфридовой 4. по Шору	1, 2, 3
970	1	12	Б2.Б.1	В педиатрической практике вскрытию подлежат:	1. все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении 2. выкидыши с массой тела более 500 г 3. все мертворожденные с массой тела более 1000 г	1, 2, 3
971	1	13	Б2.Б.1	При взятии материала для бактериологического исследования необходимо использовать	1. стерильные петли, лопаточки, шприцы и пастеровские пипетки 2. набор питательных сред (бульон, агар) 3. предметные и покровные стекла	1, 2, 3
972	1	14	Б2.Б.1	Посевы для бактериологического исследования производят	1. из органов, не извлеченных из трупа, используя стерильный инструмент после прижигания поверхности разреза, укола 2. с поверхности органа, до соприкосновения его с нестерильными объектами 3. используя кровь правого предсердия, локтевой вены (до вскрытия черепа)	1, 2, 3
973	1	15	Б2.Б.1	К особенностям вскрытий трупов при инфекционных болезнях относятся:	1. наличие 15-20 литров дезинфицирующих средств 2. использование противочумного костюма 3. накопление и последующая дезинфекции жидкостей, смываемых с секционного стола 4. наличие коврика, смоченного дезраствором перед дверью, ведущей в секционную 5. полная эвисцерация по Шору	1, 2, 3, 4
974	1	16	Б2.Б.1	При патологоанатомическом вскрытии умерших от особо опасных инфекций руководствуются:	1. особенностями вскрытий умерших от инфекционных заболеваний 2. установленным режимом работы карантинных учреждений 3. требованиями нормативно-правовых документов Минздрава России и других органов по режиму работы с особо опасными инфекциями 4. распоряжениями главного врача 5. распоряжениями заведующего патологоанатомическим отделением	1, 2, 3
975	1	17	Б2.Б.1	При вскрытии трупа инфекционного больного используют следующие дезинфицирующие растворы:	1. 3-5% раствор лизола, 5-10% раствор монохлорамина Б 2. 20% осветленный раствор гипохлорита 3. 3-5% раствор фенола (горячий), 3-5% мыльный раствор 4. 5% раствор марганцевокислого калия	4
976	1	18	Б2.Б.1	Противочумный костюм состоит из:	1. комбинезона с капюшоном (косынкой), марлевой маской 2. противочумного и медицинского халатов, резиновых сапог, носков, полотенца, прорезиненного фартука, нарукавников 3. двух пар резиновых перчаток и защитных очков	1, 2, 3

977	1	19	Б2.Б.1	ВИЧ-инфекция относится ко второй группе патогенности и требует защиты персонала, участвующего во вскрытии, костюмом I типа, который включает в себя:	1. двойные перчатки (предпочтительно - кольчужные) 2. ватно-марлевую маску и защитные очки 3. халат, нарукавники, фартук, сапоги	1, 2, 3
978	1	20	Б2.Б.1	Инструменты и поверхности, соприкасавшиеся с трупом и его выделениями во время вскрытия или обработки материала, зараженного ВИЧ, подлежат обработке:	1. 3%-ным раствором хлорамина 2. 70° спиртом 3. 10%-ным раствором формалина	1, 2, 3
979	1	21	Б2.Б.1	При случайном загрязнении рук и слизистых оболочек при работе с материалом, зараженным ВИЧ-инфекцией, пораженный участок обрабатывают:	1. 1% раствором борной кислоты 2. 0,5%-ным раствором марганцевокислого калия 3. 70° спиртом	1, 2, 3
980	1	22	Б2.Б.1	Результаты аутопсии патологоанатом заносит в	1. протокол вскрытия 2. свидетельство о смерти 3. выписку из истории болезни 4. докладную записку на имя главврача	1
981	1	23	Б2.Б.1	В клинико-патологическом эпикризе отражаются:	1. обоснование патологоанатомического диагноза (всех его рубрик) с привлечением всего комплекса клинико-морфологических данных, выделение первоначальной и непосредственной причин смерти 2. характер танатогенеза 3. обоснование применения при патологоанатомическом вскрытии дополнительных морфологических и иных методов исследования, обоснование количества кусочков ткани, взятых для гистологического и иных методов исследования 4. сопоставление (сличение) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, при расхождении диагнозов – обоснование категории и причины расхождения	1, 2, 3, 4
982	1	24	Б2.Б.1	В клинико-патологоанатомическом эпикризе отражают:	1. клинико-анатомическое обоснование диагноза основного заболевания (первоначальной причины смерти) и смертельных осложнений (непосредственная причина смерти) 2. заключение о причине смерти больного 3. сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов с характеристикой расхождений	1, 2, 3

983	1	25	Б2.Б.1	Компонентом ответа морфолога при изучении операционного материала не является	1. макроскопическое описание 2. описание способа фиксации 3. гистологическое описание 4. заключение (диагноз)	2
984	1	26	Б2.Б.1	Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные данные:	1. анамнестические и клинические 2. лабораторные и рентгенологические 3. патологоанатомические и гистологические 4. заключение о причине смерти больного	1, 2, 3, 4
985	1	27	Б2.Б.1	Протокол патологоанатомического исследования включает в себя следующие разделы:	1. паспортную часть, клинические диагнозы, протокольную часть 2. патологоанатомический диагноз 3. причина смерти (выписка из свидетельства смерти), краткие клинические данные и клинико-патологоанатомический эпикриз 4. анамнез жизни	1, 2, 3
986	1	28	Б2.Б.1	При вскрытии трупа не требуется оформления следующих документов	1. протокола патологоанатомического исследования 2. врачебного свидетельства о смерти 3. заключение о причине смерти 4. больничного листа	4
987	1	29	Б2.Б.1	Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий:	1. основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной, промежуточной причин смерти) 2. основное заболевание записывается только в третью строку (в) 3. непосредственная причина смерти записывается только в верхнюю строку (а)	1, 3
988	1	30	Б2.Б.1	Гистохимическое выявление контрастных повреждений миокарда - это окраска:	1. van Gieson 2. Congo rot 3. Sudan III-IV 4. Gomori 5. Lie	5
989	1	31	Б2.Б.1	Избирательная окраска на липиды гистологических препаратов	1. конго-красным 2. по Фельгену 3. толуидиновым синим 4. суданом III 5. пикрофуксином по ван Гизону	4
990	1	32	Б2.Б.1	Гемосидерин в тканях выявляет химическая реакция	1. ШИК 2. Вассермана 3. Браше 4. Фельгена 5. Перлса	5

991	1	33	Б2.Б.1	При подозрении на диагноз "амилоидоз" проще всего взять биопсию	1. печени 2. почки 3. десны 4. бронха 5. кожи	3
992	1	34	Б2.Б.1	Специальная окраска для выявления амилоида в гистологических препаратах	1. судан III 2. конго-красный 3. по Фельгену 4. реакция Перлса 5. ШИК-реакция	2
993	1	35	Б2.Б.1	Иммуногистохимическая реакция с виментином используется для диагностики	1. липосаркомы 2. ангиосаркомы 3. фибросаркомы 4. злокачественной шванномы 5. миосаркомы	3
994	1	36	Б2.Б.1	Иммуногистохимическая реакция с десмином используется для диагностики	1. липосаркомы 2. ангиосаркомы 3. фибросаркомы 4. злокачественной шванномы 5. миосаркомы	5
995	1	37	Б2.Б.1	Универсальная широко применяемая фиксирующая жидкость:	1. дистиллированная вода 2. 10% раствор нейтрального формалина 3. 96-100% этиловый спирт 4. жидкость Карнуа	2
996	1	38	Б2.Б.1	Оптимальный для предотвращения аутолиза в объектах исследования (биоптаты, кусочки ткани) объем фиксирующей жидкости:	1. в 10–20 раз превышает объем объекта 2. в 2 раза превышает объем объекта 3. равен объему объекта 4. жидкость покрывает поверхность объекта	1
997	1	39	Б2.Б.1	Фиксировать ткань – значит:	1. сохранить прижизненную структуру 2. вызвать коагуляцию клеточного содержимого 3. сделать ткань хрупкой, ломкой 4. способствовать сморщиванию или набуханию ткани	1
998	1	40	Б2.Б.1	Процент раствора формалина, применяемого для фиксации материала:	1. 40% 2. 30% 3. 10% 4. 5%	3

999	1	41	Б2.Б.1	Для первичной гистологической диагностики обычно используют универсальную окраску срезов:	1. суданом III 2. гематоксилином и эозином 3. пикрофуксинов по ван Гизону	2
1000	1	42	Б2.Б.1	Изучение микропрепарата в световом микроскопе начинается:	1. под иммерсией 2. в поляризованном свете 3. под малым увеличением 4. под большим увеличением	3
1001	1	43	Б2.Б.1	Окраска пикрофуксином по ван Гизону избирательно выявляет	1. секретирующий слизь эпителий 2. нервные волокна 3. макрофаги соединительной ткани 4. гладкомышечные клетки 5. коллагеновые волокна соединительной ткани	5
1002	1	44	Б2.Б.1	Наиболее чувствительный иммунопероксидазный метод	1. авидин-биотиновый 2. пероксидазно-антипероксидазный	1
1003	1	45	Б2.Б.1	Диагностическую ценность иммуногистохимического метода определяет	1. дешевизна реактивов, простота и доступность метода 2. использование только депарафинированных срезов и высокая чувствительность 3. использование только замороженных срезов и высокая чувствительность 4. использование флюорохрома и неспецифическое свечение 5. высокая чувствительность	5
1004	1	46	Б2.Б.1	Микроскопические методы ранней диагностики очага ишемии миокарда	1. окраска гистологических препаратов по Ли и Селье 2. окраска гистологических препаратов по ван Гизону 3. PAS-реакция 4. поляризационная микроскопия 5. электронно-микроскопический метод	1, 3, 4, 5
1005	1	47	Б2.Б.1	Для ранней диагностики инфаркта миокарда (ишемической стадии) в качестве макроскопической пробы на аутопсии применяют	1. раствор Люголя 2. перманганат калия 3. нитросиний тетразолий 4. окраска по Вейгерту 5. теллурид калия	3, 5
1006	1	48	Б2.Б.1	Характеристика результатов пробы с теллуридом калия:	1. сохранившийся миокард окрашен в черный цвет, зона ишемии бледная 2. сохранившийся миокард остается бледным 3. зона ишемии окрашена в черный цвет 4. зона ишемии окрашена в синий 5. зона ишемии окрашена в красный цвет	1

1007	1	49	Б2.Б.1	Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда выявляется при окраске	1. гематоксилином и эозином 2. по ван Гизону 3. суданомЗ 4. толуидиновым синим 5. пикриновой кислотой	3
1008	1	50	Б2.Б.1	Какой вид биопсии является «золотым стандартом» при диагностике ИИП?	1. трансбронхиальная биопсия 2. бронхобиопсия 3. трансторакальная пункционная биопсия 4. открытая (торакоскопическая) биопсия	4
1009	1	51	Б2.Б.1	Гистологическая реакция, уточняющая гистологический диагноз «карциноид легкого»:	1. окраска по ван Гизону 2. окраска по Перлсу 3. окраска по Вейгерту 4. реакция Гримелиуса	4
1010	1	52	Б2.Б.1	Необходимый минимальный объем взятия биопсии для адекватной морфологической верификации первичного диагноза гастрита:	1. антрум – 2 кусочка, тело – 1 кусочек 2. антрум – 1 кусочек, тело – 2 кусочка 3. антрум – 3 кусочка 4. тело – 3 кусочка 5. антрум – 1 кусочек, тело – 1 кусочек	1
1011	1	53	Б2.Б.1	Необходимый минимальный объем взятия биопсии для адекватного морфологического контроля эффективности лечения гастрита:	1. антрум – 2 кусочка, тело – 1 кусочек 2. антрум – 1 кусочек, тело – 2 кусочка 3. антрум – 3 кусочка 4. тело – 3 кусочка 5. антрум – 1 кусочек, тело – 1 кусочек	2
1012	1	54	Б2.Б.1	Для уточнения диагноза "перстневидноклеточный рак" желудка следует провести окраску срезов на:	1. жир 3. амилоид 2. железо 4. слизь	4
1013	1	55	Б1.Б.1	Характерные изменения гепатоцитов при HBV инфекции представлены:	1. «песочными» ядрами 2. ядрами в форме часового стекла 3. матово-стекловидными гепатоцитами 4. алкогольным гиалином 5. фибриноидным некрозом гепатоцитов	1, 3
1014	1	56	Б1.Б.1	Гистологическая оценка стадии вирусного гепатита по Cnode1 определяется по степени выраженности:	1. некрозов гепатоцитов 2. воспалительного инфильтрата 3. мультипликации желчных протоков 4. фиброза 5. дистрофических изменений гепатоцитов	4

1015	1	57	Б1.Б.1	К гистологическим признакам регенерации печеночной ткани относится:	1. двуядерные гепатоциты 2. гигантские многоядерные гепатоциты, типа симпластов 3. "розеткоподобные" структуры 4. атрофия гепатоцитов	1, 2, 3
1016	1	58	Б1.Б.1	Какие существуют требования к взятию биопсий при колоноскопии у больных с подозрением на воспалительные заболевания кишечника?	1. по 1 биопсии из каждого отдела толстой кишки 2. по 1 биопсии из наиболее пораженных участков кишки 3. по 2 биопсии из каждого отдела кишки, включая терминальный отдел подвздошной и из наиболее пораженных участков 4. по 2 биопсии не менее, чем из 5 участков кишки, включая прямую и терминальный отдел подвздошной 5. по 4-5 биопсий из каждого отдела кишки	3, 4
1017	1	59	Б2.Б.1	Какие данные должны быть указаны в направлении на гистологическое исследование биоптатов кишки при подозрении на воспалительные заболевания кишечника?	1. клинические 2. эндоскопические 3. длительность заболевания 4. длительность и вид терапии 5. коморбидность	1, 2, 3, 4, 5
1018	1	60	Б1.Б.1	Какие схемы (индексы) применяются для макроскопической (эндоскопической) оценки активности язвенного колита?	1. схема (индекс) Мейо 2. индекс Рахмилевича 3. визуально-аналоговая шкала 4. индекс Riley 5. индекс Geboes	1, 2
1019	1	61	Б1.Б.1	Гистологические критерии активности воспалительных заболеваний кишечника:	1. плазмциты в составе инфильтрата собственной пластинки и в криптах слизистой оболочки 2. лимфоциты в составе инфильтрата собственной пластинки и в криптах слизистой оболочки 3. нейтрофильные лейкоциты в составе инфильтрата собственной пластинки и в криптах 4. эпителиоидноклеточные гранулемы в собственной пластинке слизистой оболочки 5. крипт-абсцессы и криптит	3, 5
1020	1	62	Б1.Б.1	Характерные макроскопические (эндоскопические) признаки болезни Крона:	1. «змеевидные» и щелевидные язвы 2. округлые язвы с геморрагическим венчиком 3. «пропущенные» зоны 4. фистулы, синусы, «шланговые стриктуры» 5. слизистая оболочка вида «булыжной мостовой» 6. «жировое обертывание»	1, 3, 4, 5, 6

1021	1	63	Б1.Б.1	При радикальной левосторонней гемиколэктомии минимальное количество лимфатических узлов, которое необходимо исследовать, составляет:	1. 8 2. 10 3. 12 4. 20	3
1022	1	64	Б2.Б.1	Для диагностики миелофиброза используют:	1. трепанобиопсию 2. окраску суданом III 3. аспирационную биопсию 4. хирургическую биопсию костного мозга	1, 4
1023	2	65	Б2.Б.1	Наиболее полно грибы при кандидозе в срезах и препаратах-отпечатках из органов выявляют при окраске:	1. гематоксилином и эозином 2. по Грам-Вейгерту 3. с применением ШИК-реакции 4. импрегнацией серебром по Гомори	3
1024	2	66	Б2.Б.1	Наиболее полное выявление возбудителя при актиномикозе в срезах и препаратах-отпечатках из органов возможно при окраске:	1. азур-эозином 2. по Грам-Вейгерту 3. импрегнацией серебром по Гомори 4. конго-красным	2
1025	2	67	Б2.Б.1	Наиболее полно возбудителя при бластомикозах в срезах и препаратах-отпечатках из органов можно выявить при окраске:	1. гематоксилином и эозином 2. при использовании ШИК-реакции 3. азур-эозином	2
1026	2	68	Б2.Б.1	Наиболее полное выявление возбудителя аспергиллеза в срезах и препаратах-отпечатках из органов бывает при окраске:	1. по Циллю - Нильсену 2. при использовании ШИК-реакции 3. по ван Гизону	2, 3
1027	2	69	Б2.Б.1	Наиболее полное выявление возбудителя гистоплазмоза в срезах и препаратах-отпечатках из органов бывает при окраске:	1. по ван Гизону 2. по Гомори 3. при проведении ШИК-реакции 4. по Циллю - Нильсену	2
1028	2	70	Б1.Б.1	Последовательность этапов морфологической диагностики рака щитовидной железы (1, 2, 3, 4):	а) послеоперационный, б) предоперационный, в) интраоперационный, г) диспансеризации	1 б 2 в 3 а 4 г
1029	2	71	Б1.Б.1	Какое исследование позволяет окончательно поставить диагноз рак щитовидной железы:	1. пункционная биопсия 2. интраоперационное гистологическое исследование 3. плановое гистологическое исследование	3

1030	2	72	Б1.Б.1	Микроскопические признаки диабетической нефропатии	1. гломерулонефрит 2. пролиферация мезангиальных клеток 3. фибриновые «шапочки» и капсульные капли 4. некроз эпителия извитых канальцев 5. гликогеновая инфильтрация эпителия канальцев	2, 3, 5
1031	2	73	Б1.Б.1	Микроскопические признаки диабетической нейропатии	1. отек осевых цилиндров 2. некроз осевых цилиндров 3. уменьшение числа аксонов 4. сегментарная демиелинизация 5. дистрофия осевых цилиндров	1, 3, 4, 5
1032	2	74	Б1.Б.1	Морфологическая характеристика острого гломерулонефрита	1. субэпителиальные депозиты 2. потеря отростков ножек подоцитов 3. пролиферация мезангиальных клеток 4. нейтрофилы в просветах капиллярных петель 5. пролиферация и набухание эндотелиальных клеток 6. выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация капиллярных петель	1, 3, 4, 5
1033	2	75	Б1.Б.1	Для люпус-нефрита характерны:	1. отложения иммунных комплексов в базальной мембране клубочка 2. гиалиновые тромбы в просвете капилляров 3. фибриноидный некроз капиллярных петель 4. ядерная патология (кариорексис и кариопикноз)	1, 2, 3, 4
1034	2	76	Б1.Б.1	Для IgA-нефропатии характерно:	1. свечение IgA и C3 в мезангии 2. линейное свечение IgA 3. свечение IgA, IgG, IgM, C3, C1q в мезангии и на периферии капиллярных петель 4. мелкогранулярное свечение IgA на периферии капиллярных петель 5. свечение по типу «звездное небо»	1
1035	2	77	Б1.Б.1	Для ксантогранулематозного пиелонефрита характерны:	1. полиморфная гранулематозная ткань 2. ксантомные клетки 3. полиморфно-ядерные лейкоциты 4. лимфоциты и макрофаги 5. фиброциты	1, 2, 3, 4
1036	2	78	Б1.Б.1	Среди патогномоничных изменений нервных клеток наибольшее значение имеют тельца Бабеша-Негри при:	1. болезни Альцгеймера 2. болезни Паркинсона 3. бешенстве 4. остром полиомиелите 5. нейроинфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1 типа	3

1037	2	79	Б1.Б.1	Среди патогномоничных изменений нервных клеток наибольшее значение имеют тельца Леви при:	1. болезни Альцгеймера 2. болезни Паркинсона 3. бешенстве 4. остром полиомиелите 5. нейроинфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1 типа	1
1038	2	80	Б1.Б.1	Среди патогномоничных изменений нервных клеток наибольшее значение имеют тельца Каудри типа А при:	1. болезни Альцгеймера 2. болезни Паркинсона 3. бешенстве 4. остром полиомиелите 5. нейроинфекции, вызванной вирусом простого герпеса 1 типа	2
1039	2	81	Б1.Б.1	Наилучшим индикатором для оценки состояния нейрона является:	1. липофусцин 2. меланин 3. нислевское вещество	3
1040	2	82	Б2.Б.1	При рассеянном склерозе определить топографию демиелинизации помогает окраска препаратов:	1. импрегнация серебром 2. кислым фуксином 3. по Масону-Фонтана 4. по Вейгер-Палю и Шпильмейеру 5. по Гейденгау	4
1041	2	83	Б1.Б.1	Для пилоидной (волосовидной) астроцитомы характерны признаки:	1. биполярные клетки с длинными отростками 2. наличие кист 3. инфильтративный рост розенталевских волокон 4. экспансивный рост	1, 2, 3
1042	2	84	Б1.Б.1	Для гигантоклеточной субэпендимальной астроцитомы характерны признаки:	1. сочетание с туберозным склерозом 2. рост в боковых желудочках 3. тучные астроциты 4. периваскулярные псевдорозетки	1, 2, 3, 4
1043	2	85	Б1.Б.1	Признаками себорейного кератоза (старческой бородавки) являются:	1. акантотические разрастания эпителиальных клеток типа "базалоидных" 2. внутриэпителиальные роговые кисты 3. наличие в эпителиальных клетках меланина 4. гемосидерин	1, 2, 3
1044	2	86	Б1.Б.1	Признаками кератоакантомы (в период расцвета) являются:	1. "роговая чаша" 2. эпидермальный "воротничок" 3. глубокие акантотические разрастания шиповатых эпителиальных клеток 4. лимфогистиоцитарный инфильтрат в строме	1, 2, 3, 4

1045	2	87	Б1.Б.1	Характерными признаками вульгарной (вирусной) бородавки являются:	1. разрастание акантотических эпителиальных тяжей радиально от центра 2. наличие роговых кист в акантотических тяжях 3. наличие вакуолизированных клеток с внутриядерными включениями 4. гиперкератоз	1, 3
1046	2	88	Б1.Б.1	Для эккринной цилиндромы кожи характерны:	1. дольки из базалоидного вида клеток в дерме 2. расположение периферических клеток опухоли перпендикулярно к границам дольки 3. наличие гомогенной базальной мембраны вокруг опухолевой дольки 4. мелкие узелки с четкими границами в дерме	1, 2, 3
1047	2	89	Б1.Б.1	Для диагностики пиломатрикомы (эпителиомы Малерба) является обязательным наличие:	1. кистозного строения 2. "роговых" кист 3. клеток-теней 4. железистых комплексов 5. базалиоидных клеток	3
1048	2	90	Б1.Б.1	Выделяют следующее количество уровней инвазии меланомы (по Кларку):	1. один 4. четыре 2. два 5. пять 3. три	5
1049	2	91	Б1.Б.1	Третьим уровнем инвазии (по Кларку) считается прорастание меланомы:	1. внутриэпидермально 2. до уровня потовых желез 3. в сосочковый слой дермы 4. в верхнюю половину ретикулярного слоя дермы 5. в подкожножировую клетчатку	4
1050	2	92	Б1.Б.1	Четвертым уровнем инвазии (по Кларку) считается прорастание меланомы:	1. внутриэпидермально 2. до уровня потовых желез 3. в сосочковый слой дермы 4. в верхнюю половину ретикулярного слоя дермы 5. в подкожножировую клетчатку	2
1051	2	93	Б1.Б.1	Наиболее характерной для эпителиоидной лейомиомы является:	1. эпителиоидная клетка 2. миоидная клетка 3. плазматическая клетка 4. гигантская клетка тутона 5. ксантомные клетки	2
1052	2	94	Б1.Б.1	Для дифференциальной диагностики лейомиом можно использовать все перечисленные окраски, кроме	1. пикрофуксина по ван Гизону 2. азана по Маллори 3. импрегнации серебром 4. толуидинового синего	4

1053	2	95	Б1.Б.1	Основным гистологическим признаком болезни Педжета является:	1. тканевой тип кровотока 2. макрофагальные гранулемы 3. мозаичная структура Шморля 4. тельца Каунсильмена	3
1054	2	96	Б1.Б.1	Гистологическими признаками секвестра являются:	1. некроз остеоцитов 2. зазубренность краев секвестра 3. воспалительный инфильтрат в расширенных гаверсовых каналах	1, 2, 3
1055	2	97	Б1.Б.1	Крошащиеся "мелоподобные" массы в остеолитическом очаге с мощной зоной перифокального склероза выявляются при:	1. остеонид-остеоме 2. паратиреоидной остеодистрофии 3. болезни Педжета 4. туберкулезном остеомиелите	1
1056	2	98	Б1.Б.1	При дифференциальной диагностике саркомы Юинга рекомендуется проведение цитохимического исследования	1. реакции на липиды 2. реакции на пероксидазу 3. ШИК (PAS) реакции 4. реакции на неспецифическую эстеразу 5. реакции на щелочную фосфатазу	3
1057	2	99	Б1.Б.1	Для эндометриоидной аденокарциномы тела матки НЕ характерно:	1. перименопаузальный и ранний постменопаузальный период 2. ассоциация с мутациями в генах PTEN, KRAS, ARID1A 3. микросателлитная нестабильность 4. ассоциация с мутациями в гене p53, PPP2R1A	4
1058	2	100	Б1.Б.1	Нормальным уровнем ПСА у здоровых мужчин в возрасте от 50 до 70 лет является:	1. менее 1,0 нг/мл 2. 1,0-4,0 нг/мл 3. более 10 нг/мл 4. более 15 нг/мл	2
1059	2	101	Б1.Б.1	Основными факторами для оценки прогноза при раке простаты служат:	1. ПСА до лечения 2. сумма Глисона 3. стадия заболевания TNM	1, 2, 3
1060	2	102	Б1.Б.1	Шкала Глисона это:	1. система определения степени инвазии опухоли в капсулу простаты 2. вид гистологического исследования, определяющий степень дифференцировки клеток опухоли предстательной железы, имеет прогностическое значение 3. специфическая система определения стадии рака предстательной железы 4. вид гистологического исследования, определяющий степень дифференцировки клеток опухоли предстательной железы, не имеет прогностическое значение	2

1061	2	103	Б1.Б.1	Для дифференциальной диагностики между аденокарциномой простаты и аденозом следует использовать комбинацию из следующих маркеров:	1. рецепторы андрогенов и p63 2. цитокератин 5 и AMACR (P504S) 3. гладкомышечный актин и цитокератин 5 4. гладкомышечный актин и AMACR (P504S)	2
1062	1	104	Б2.В.1	Диагностическое гистологическое исследование должно быть проведено в течение:	1. до 20–25 мин 2. до 1 ч 3. в пределах 5 сут 4. до 10 сут 5. до 20–30 сут	3
1063	1	105	Б2.В.1	Диагностическое гистологическое исследование костной ткани должно быть проведено в течение:	1. до 20–25 мин 2. до 1 ч 3. в пределах 5 сут 4. до 10 сут 5. до 20–30 сут	4
1064	1	106	Б2.В.1	Интраоперационное (срочное) гистологическое исследование должно быть проведено в течение:	1. до 20–25 мин 2. до 1 ч 3. в пределах 5 сут 4. до 10 сут 5. до 20–30 сут	1
1065	1	107	Б2.В.1	Сроки хранения влажного архива, блоков и стёкол в паталогоанатомическом отделении при часто встречающейся патологии:	1. 10 лет 2. пожизненно 3. 2 года 4. 6 месяцев 5. 1 год	5
1066	1	108	Б2.В.1	Оптимальный для предотвращения аутолиза в объектах исследования (биоптаты, кусочки ткани) объем фиксирующей жидкости:	1. в 10–20 раз превышает объем объекта 2. в 2 раза превышает объем объекта 3. равен объему объекта 4. жидкость покрывает поверхность объекта	1
1067	1	109	Б2.В.1	Фиксировать ткань – значит:	1. сохранить прижизненную структуру 2. вызвать коагуляцию клеточного содержимого 3. сделать ткань хрупкой, ломкой 4. способствовать сморщиванию или набуханию ткани	1
1068	1	110	Б2.В.1	В процессе работы ксилोल используется для:	2. удаления парафина 3. обезвоживания ткани 4. удаления эндогенной пероксидазы 5. проявления иммуногистохимической реакции	1

1069	1	111	Б2.В.1	Изучение микропрепарата в световом микроскопе начинается:	1. под иммерсией 2. в поляризованном свете 3. под малым увеличением 4. под большим увеличением	3
1070	1	112	Б2.В.1	Окраска пикрофуксином по ван Гизону избирательно выявляет	1. секретирующий слизь эпителий 2. нервные волокна 3. макрофаги соединительной ткани 4. гладкомышечные клетки 5. коллагеновые волокна соединительной ткани	5
1071	1	113	Б2.В.1	Подтвердить соединительнотканное происхождение опухоли можно при помощи следующей окраски	1. гематоксилин и эозин 2. пикрофуксином 3. суданом III 4. толуидиновым синим 5. реакцией Перлса	2
1072	2	114	Б1.В. ДВ.2	В основе метода иммуногистохимии лежит:	1. селективное выявление белков на гистологических срезах и цитологических препаратах 2. амплификация ДНК 3. определения спектра специфических антител посредством твердофазного иммуноферментного анализа 4. электрофоретическое определение белков с двойной диффузией и последующей иммунопреципитацией в геле	1
1073	2	115	Б1.В. ДВ.2	Поликлональные антитела это:	1. гомогенная популяция иммуноглобулинов, направленная против одного эпитопа 2. основной класс антител, участвующих в реакциях иммунного цитолиза, нейтрализации, усиления фагоцитоза 3. популяция секреторных иммуноглобулинов, участвующих в реакции нейтрализации и агглютинации возбудителей, могут активировать комплимент по классическому пути 4. гетерогенная смесь антител, направленных против различных эпитопов одного и того же антигена	4
1074	2	116	Б1.В. ДВ.2	Фиксацию тканей для ИГХ проводят:	1. нейтральным формалином 2. ацетоном 3. раствором Карнуа 4. спиртом 5. все перечисленное	1, 4

1075	2	117	Б1.В. ДВ.2	Как проявляются ошибки фиксации ткани при ИГХ анализе	1. появляется избыточное фоновое окрашивание срезов 2. образуются перекрестные сшивки в результате чего ухудшается выявляемость антигенов 3. в образце остается слишком много фиксирующей жидкости, которую невозможно удалить, в результате чего реакции не происходит	2
1076	2	118	Б1.В. ДВ.2	В какой момент, при проведении иммуногистохимического исследования, проводится протеолиз при ферментативном демаскировании антигена	1. это не имеет значения 2. после нанесения эндогенной пероксидазы 3. перед нанесением эндогенной пероксидазы 4. непосредственно перед нанесением первичных антител	3
1077	2	119	Б1.В. ДВ.2	Какие существуют способы демаскирования антигенов:	1. автоклав 2. микроволновка 3. обработка ферментом 4. все перечисленное	4
1078	2	120	Б1.В. ДВ.2	Какие растворы можно применять в качестве буфера при тепловом демаскировании	1. дистиллированная вода 2. цитратный буфер 3. проточная вода 4. TBS	1, 2, 4
1079	2	121	Б1.В. ДВ.2	Какие ферменты используют при ферментативной демаскировке антигенов	1. протеинкиназа К 3. проназа 2. трипсин 4. ренин	1, 2, 3
1080	2	122	Б1.В. ДВ.2	Для выявления каких антигенов всегда используется протеолитическое демаскирование	1. компоненты комплимента 2. некоторые цитокератины 3. рецепторы гормонов 4. VEGF	1, 2, 3
1081	2	123	Б1.В. ДВ.2	Методы получения антител	1. метод катящегося кольца 2. метод фаговых дисплеев 3. гибридная технология 4. все вышеперечисленное	2, 3
1082	2	124	Б1.В. ДВ.2	Антитела метят	1. флюорохромами 2. ферментами 3. металлопротеиназами 4. коллоидным золотом	1, 2, 4
1083	2	125	Б1.В. ДВ.2	Недостатки флюорохромной метки	1. избыточное окрашивание 2. низкая специфичность метода 3. быстрое затухание сигнала 4. необходимость использовать сложные флюоресцентные микроскопы	3, 4

1084	2	126	Б1.В. ДВ.2	Что такое иммуногистохимическая панель	1. стандартный набор антигенов для диагностики и дифференциальной диагностики заболевания 2. максимально широкий набор антител для диагностики и дифференциальной диагностики заболевания 3. стандартный набор антител для диагностики и дифференциальной диагностики заболевания 4 стандартный набор антител для исследования пролиферативной метастатической и апоптотической активности	3
1085	2	127	Б1.В. ДВ.2	Перекись водорода наносят перед:	1. демаскированием антигенов 2. нанесением первичной сыворотки 3. нанесением вторичной сыворотки 4. нанесением ДАБ	2
1086	2	128	Б1.В. ДВ.2	В процессе иммуногистохимического исследования перекись водорода используется для:	1. демаскировки антигена 2. удаления излишков антител 3. визуализации реакции 4. блокировки эндогенной пероксидазы	4
1087	2	129	Б1.В. ДВ.2	Если ИГХ-реакция – диффузное окрашивание в коричневый, синий или красный цвет это свидетельствует о:	1. выраженной реакции 2. высокой концентрации первичных антител 3. неспецифической реакции 4. неправильном порядке проведения ИГХ-реакции	3
1088	2	130	Б1.В. ДВ.2	Каковы недостатки криостатных срезов для ИГХ окрашивания	1. требуется сложное демаскирование 2. избыточное фоновое окрашивание 3. слишком толстые срезы 4. не удастся долго хранить срезы	2
1089	2	131	Б1.В. ДВ.2	Ограничениями для иммуногистохимического метода могут быть	1. анаплазия опухоли в метастазе 2. высокая стоимость 3. декальцинизация 4. недостаток материала 5. некроз 6. отсутствие клинических данных	1, 3, 4, 5, 6
1090	2	132	Б1.В. ДВ.2	Конкордантность молекулярных методов с результатами ИГХ составляет	1. 50% 3. 75% 2. 55% 4. 90%	3
1091	2	133	Б1.В. ДВ.2	Какие из указанных белков можно отнести к белкам-маркерам апоптоза	1. p53 2. Ki-67 3. VEGF 4. Bcl-2	1

1092	2	134	Б1.В. ДВ.2	Точность молекулярных методов в определении тканевой принадлежности приближается к	1. 50% 3. 70% 2. 60% 4. 80%	4
1093	2	135	Б1.В. ДВ.2	Выберите онкофетальный антиген	1. α-фетопротеин 2. хорионический гонадотропин 3. S100	2
1094	2	136	Б1.В. ДВ.2	Перечислите молекулярно-диагностические маркеры эпителиальных клеток:	1. S-100 2. HMB-45 3. цитокераины 4. десмин 5. CD45	3
1095	2	137	Б1.В. ДВ.2	Экспрессия цитокератинов характерна для	1. гемопозитических опухолей 2. мезенхимальных злокачественных опухолей 3. нейроэктодермальных опухолей 4. эпителиальных злокачественных опухолей	4
1096	2	138	Б1.В. ДВ.2	Экспрессия виментина характерна для	1. гемопозитических опухолей 2. мезенхимальных злокачественных опухолей 3. нейроэктодермальных опухолей 4. эпителиальных злокачественных опухолей	2
1097	2	139	Б1.В. ДВ.2	Экспрессия белка S100 характерна для	1. гемопозитических опухолей 2. мезенхимальных злокачественных опухолей 3. нейроэктодермальных опухолей 4. эпителиальных злокачественных опухолей	3
1098	2	140	Б1.В. ДВ.2	Экспрессия TTF-1 характерна для	1. аденокарциномы ЖКТ 2. аденокарциномы легкого 3. рака молочной железы 4. светлоклеточного рака почки	3
1099	2	141	Б1.В. ДВ.2	Экспрессия MGB характерна для	1. аденокарциномы ЖКТ 2. аденокарциномы легкого 3. рака молочной железы 4. светлоклеточного рака почки	3
1100	2	142	Б1.В. ДВ.2	Экспрессия SATB2 характерна для	1. аденокарциномы верхних отделов ЖКТ 2. аденокарциномы нижних отделов ЖКТ 3. аденокарциномы поджелудочной железы 4. плоскоклеточного рака	2

1101	2	143	Б1.В. ДВ.2	Экспрессия CDX2, SATB2 и CDH17 характерна для	1. аденокарциномы верхних отделов ЖКТ 2. аденокарциномы нижних отделов ЖКТ 3. аденокарцином поджелудочной железы 4. холангиокарциномы	2
1102	2	144	Б1.В. ДВ.2	Экспрессия CDX2 характерна для	1. аденокарциномы ЖКТ 2. аденокарциномы легких 3. аденокарциномы поджелудочной железы 4. холангиокарциномы	1
1103	2	145	Б1.В. ДВ.2	Какой антиген специфичен для га- строинтестинальной стромальной опухоли?	1. CD117 2. S100 3. CD10	1
1104	2	146	Б1.В. ДВ.2	Выберите иммуногистохимический маркер миогенной опухоли	1. тирозиназа 2. СА 19-9 3. актин	3
1105	2	147	Б1.В. ДВ.2	Для светлоклеточного рака харак- терна экспрессия	1. GATA3 4. CD10 2. PAX2 5. S100 3. PAX8	2, 3, 4
1106	2	148	Б1.В. ДВ.2	Перечислите маркеры инвазии и ме- тастазирования:	1. Е-кадгерин 4. металлопротеиназы 2. Вах 5. CD44 3. p21	5
1107	2	149	Б1.В. ДВ.2	Белки промежуточных филаментов относятся к группе антигенов	1. тканеспецифичные 2. цитоспецифичные 3. опухольассоциированные	1
1108	2	150	Б1.В. ДВ.2	Антиген СА19-9 относится к группе	1. тканеспецифичные 2. цитоспецифичные 3. опухоль-ассоциированные	3
1109	2	151	Б1.В. ДВ.2	CD19 является маркером:	1. зрелых В-лимфоцитов 2. Т-хелперов 3. нейтрофилов 4. цитотоксических лимфоцитов	1
1110	2	152	Б1.В. ДВ.2	CD 8 является маркером:	1. NK-клеток 2. Т-цитотоксических клеток 3. Т-хелперов 4. базофилов 5. макрофагов	2

1111	2	153	Б1.В. ДВ.2	Молекула CD 4 является маркером:	1. зрелых В-лимфоцитов 2. Т-хелперов/индукторов 3. нейтрофилов 4. цитотоксических лимфоцитов 5. В-лимфоцитов	2
1112	2	154	Б1.В. ДВ.2	Перечислите молекулярно-диагностические маркеры мышечных клеток:	1. виментин 2. НМВ-45 3. гладкомышечный актин 4. десмин 5. СВ45.	3, 4
1113	2	155	Б1.В. ДВ.2	Перечислите основные белки-регуляторы апоптоза:	1. p53 2. Ki-67 3. Bcl-2 4. VEGF 5. CK20	1, 3
1114	2	156	Б1.В. ДВ.2	Маркер Ki-67 характеризует:	1. апоптотическую активность 2. пролиферативную активность 3. адгезивные свойства 4. принадлежность к определенному гистотипу ткани	2
1115	2	157	Б1.В. ДВ.2	Индекс пролиферативной активности Ki-67 характеризует	1. количество опухолевых клеток в G1-фазе 2. количество опухолевых клеток в S-фазе 3. способность клеток к пролиферации 4. число митозов	3
1116	1	158	Б1.В.1	Основными ИГХ-маркерами нейроэндокринных опухолей являются	1. ЦК5/14+, ЦК18+, p63+; 2. все перечисленное верно; 3. p63, ЦК5,14; 4. синаптофизин и хромогранин А.+	1, 4
1117	2	159	Б1.В. ДВ.2	Диффузная коричневая окраска по всему срезу препарата свидетельствует о:	1. неспецифической реакции 2. выраженной реакции 3. высокой концентрации первичной сыворотки 4. неправильно проведенном порядке нанесения сывороток.	1
1118	2	160	Б1.В. ДВ.2	Каким методом определяется амплификация гена HER2 в клинической патологоанатомической диагностике в случае промежуточных результатов ИГХ исследования?	1. FISH 2. NGS 3. ИФА 4. ПЦР	

1119	2	161	Б1.В.ДВ.2	Какие цитокератины экспрессируются в клетках простого однослойного эпителия	1. CK 5, 14, 17 2. CK 7, 8, 18 3. CK 8, 18 4. CK 19, 20	3
1120	1	162	Б1.В.1	С целью выявления первичного очага метастаза аденокарциномы первым этапом ИГХ-диагностики является определение экспрессии	1. CD20/CK18 2. CD20/CK7 3. CD20/CK8 4. CK7/CK18	2
1121	1	163	Б1.В.1	Наиболее частым гистологическим вариантом метастазов из невыявленного первичного очага является	1. аденокарцинома 2. недифференцированная опухоль 3. нейроэндокринные опухоли 4. плоскоклеточный рак	1
1122	2	164	Б1.В.ДВ.2	Механизмы геномных тестов в панелях, рекомендованных AJCC 8 пересмотра, основаны на реакции	1. in-situ гибридизации 2. ПЦР 3. антиген-антитело 4. спектрофотометрии	2
1123	1	165	Б1.В.1	Опухоль-инфильтрирующие лимфоциты (TIL's) определяют:	1. в опухоли 2. в строме опухоли 3. в ткани молочной железы без опухоли 4. перинеурально	1, 2
1124	1	166	Б1.В.1	Для определения потенциала злокачественности используют	1. кадгерин Е и бетакатенин 2. простатическую кислую фосфатазу (PSAP) 3. протататспецифический антиген (PSA) 4. простатспецифический мембранный антиген (PSMA)	1
1125	1	167	Б1.В.1	При метастазах плоскоклеточного рака без выявленного первичного очага ИГХ исследование проводится для выявления:	1. коэкспрессии CK20 и Cdx2 2. коэкспрессии CK7 и TTF1 3. исследование нецелесообразно, так как возможности метода не позволяют уточнить вероятный источник метастазирования	3
1126	1	168	Б1.В.1	С помощью какого антитела/антител при ИГХ-исследовании лучше всего верифицировать кровеносные сосуды при наличии в них раковых эмболов:	1. CD34 2. Desmin 3. CD31 4. D2-40	1, 3
1127	1	169	Б1.В.1	Для мезотелиомы характерна коэкспрессия	1. CK 7 и кальретинина 2. коэкспрессия CK 20 и Cdx2 3. коэкспрессия CK 7 и TTF1	1

1128	1	170	Б1.В.1	Для светлоклеточного рака характерна экспрессия	1. GATA3 2. CDX2 3. GCDFP-15 4. виментина 5. нанопсина	1, 3
1129	1	171	Б1.В.1	Иммуногистохимическая реакция с виментином используется для диагностики	1. липосаркомы 2. ангиосаркомы 3. фибросаркомы 4. злокачественной шванномы 5. миосаркомы	3
1130	1	172	Б1.В.1	Иммуногистохимическая реакция с десмином используется для диагностики	1. липосаркомы 2. ангиосаркомы 3. фибросаркомы 4. злокачественной шванномы 5. миосаркомы	5
1131	1	173	Б1.В.1	Какие антигены наиболее специфичны для опухолей щитовидной железы?	1. глюкагон 2. кальцитонин 3. TTF-1	2, 3
1132	1	174	Б1.В.1	Для аденокарциномы легких характерна экспрессия	1. PAX8 2. TTF1 3. CDX2 4. нанопсина А	2, 4
1133	1	175	Б1.В.1	Наиболее распространенный маркер первичной аденокарциномы лёгкого	1. TTF1 2. виментин 3. кальретинин 4. синаптофизин	1
1134	1	176	Б1.В.1	В случае морфологической картины низкодифференцированного рака в бронхиоптате для иммуногистохимического подтверждения аденокарциномы легкого следует использовать:	1. TTF1 2. p40/p63 3. хромогранин А 4. цитокератины 7 и 20	1
1135	1	177	Б1.В.1	В случае морфологической картины низкодифференцированного рака в бронхиоптате для иммуногистохимического подтверждения плоскоклеточного рака следует использовать:	1. TTF1 2. p40/p63 3. хромогранин А 4. цитокератин 7	2

1136	1	178	Б1.В.1	В случае морфологической картины низкодифференцированного рака в бронхиоптате для иммуногистохимического подтверждения нейроэндокринного рака следует использовать:	1. TTF1 и напсин А 2. p40/p63 3. хромогранин А и CD56 4. цитокератины 7 и 20	3
1137	1	179	Б1.В.1	Для иммуногистохимического подтверждения солитарной фиброзной опухоли следует использовать:	1. гладкомышечный актин и десмин 2. CD34 и STAT6 3. CD31 и ERG 4. TTF1 и p40	2
1138	1	180	Б1.В.1	С помощью какого антитела/антител при ИГХ-исследовании лучше всего выявлять целостность мышечной пластинки слизистой оболочки при раннем раке желудка:	1. S-100 2. Collagen-IV 3. Desmin 4. цитокератин 8/18	3
1139	1	181	Б1.В.1	Возможна ли оценка HER2-статуса рака желудка по гастробиоптатам:	1. да, если есть хоть одна опухолевая клетка 2. нет 3. да, если имеется опухолевый кластер из 5 и более тесно расположенных клеток 4. да, если имеется опухолевый кластер из 10 и более тесно расположенных клеток	3
1140	1	182	Б1.В.1	С какими антителами необходимо провести ИГХ-исследование опухоли желудка для подтверждения диагноза гастроинтестинальная стромальная опухоль:	1. S100, гладкомышечный актин, десмин 2. панцитокератин, виментин, Ki67 3. цитокератины 7 и 20, CDX2 4. CD34, CD117, DOG-1	4
1141	1	183	Б1.В.1	Какой антиген специфичен для гепатоцеллюлярной карциномы?	1. CD10 2. ЦК7 3. α-фетопротеин	3
1142	1	184	Б1.В.1	Какой антиген наиболее специфичен для опухолей поджелудочной железы?	1. соматостатин 2. NSE 3. CDX-2	1
1143	1	185	Б1.В.1	Типичным иммунофенотипом клеток Рид-Штернберга при классической лимфоме Ходжкина является следующий:	1. CD79a+, BOB1+, выраженная ядерная экспрессия PAX5 2. CD30-, CD15+, выраженная ядерная экспрессия PAX5 3. CD30+, CD15+, слабая ядерная экспрессия PAX5 4. CD45+, CD30+, MUM1+	3

1144	1	186	Б1.В.1	Какой антиген специфичен для лимфомы Ходжкина	1. CD15 2. S100 3. TTF-1	1
1145	1	187	Б1.В.1	У пожилого пациента с множественными литическими очагами в костях и высоким уровнем М-протеина в сыворотке крови и моче, в материале биоптата обнаружена злокачественная опухоль из атипичных овальных и округлых клеток с эксцентричными ядрами. Наиболее вероятным иммунофенотипом опухоли будет:	1. CD138+, MUM-1+, CD45- 2. CD45+, CD19-, CD20+ 3. CD138-, CD79a+, CD3+ 4. CD138+, CD45+, CD20+	1
1146	1	188	Б1.В.1	Для опухолей молочной железы характерна экспрессия	1. GATA3 2. CDX2 3. GCDFP-15 4. виментина 5. нанопсина А	1, 3
1147	1	189	Б1.В.1	Какие рецепторы могут быть позитивными при раке молочной железы?	1. ER 2. PR 3. TTF-1	1, 2
1148	1	190	Б1.В.1	Какой антиген наиболее специфичен для опухолей молочной железы?	1. c-erbB2 2. α-фетопротеин 3. рацемаза	1
1149	1	191	Б1.В.1	Экспрессия какого антитела всегда присутствует в протоковом раке молочной железы?	1. E-cadherin 2. α-фетопротеин 3. кальцитонин	1
1150	1	192	Б1.В.1	Если у женщины в анамнезе рак молочной железы, а в биоптате желудка обнаружен рост рака из дискретно лежащих клеток с перстневидной морфологией, то в панель антител для ИГХ-диагностики следует включить:	1. GATA3 2. цитокератин 7 3. Ki67 4. p53	1
1151	1	193	Б1.В.1	Группа карцином с экспрессией ER от 1 до 10% относится к группе	1. гомогенной экспрессии 2. низкой экспрессии 3. отрицательной экспрессии 4. промежуточной экспрессии	2

1152	1	194	Б1.В.1	Какие антитела использует патолог для диагностики метастазов дольковой карциномы?	1. CD45 2. E-cadherin 3. ER 4. GATA3	2, 4
1153	1	195	Б1.В.1	Присутствие рецепторов к эстрогену, выявленное методами ИГХ в первичной опухоли молочной железы свидетельствует о потенциальной чувствительности к:	1. анти-HER-2 терапии (трастозумаб, пертузумаб) 2. гормональной антиэстрогеновой терапии 3. лучевой терапии 4. химиотерапии (антрациклины, таксаны)	2
1154	1	196	Б1.В.1	Базальный подтип молекулярной классификации карцином молочной железы характеризуется	1. высокой митотической активностью – более 30% Ki67 2. гиперэкспрессией HER2 3. низкой митотической активностью – менее 30% Ki67 4. положительной экспрессией ER	1
1155	1	197	Б1.В.1	В каких клетках оценивается экспрессия PD-L1 для трижды негативных карцином молочной железы?	1. CPS 2. иммунных клетках (IC) 3. нейтрофилах 4. опухолевых клетках (TC)	2
1156	1	198	Б1.В.1	В каком проценте карцином молочной железы выявляется амплификация гена HER2?	1. 10-40% 2. 25-100% 3. 25-40% 4. 5-10%	4
1157	1	199	Б1.В.1	Порог позитивности ER в % окрашенных опухолевых клеток в карциноме молочной железы:	1. 1% 3. 15% 2. 10% 4. 5%	1
1158	1	200	Б1.В.1	Порог позитивности PgR в % окрашенных опухолевых клеток в карциноме молочной железы:	1. 1% 3. 15% 2. 10% 4. 5%	1
1159	1	201	Б1.В.1	Индекс ИHC4 является индексом, сформированным на основании иммуногистохимического анализа маркеров	1. Androgen/ER/HER2/PgR 2. ER/Ki67/PgR/HER2 3. HER2/ER/Ki67/PD-L1 4. PgR/HER2/Arida/PD-L1	2
1160	1	202	Б1.В.1	Исследование экспрессии рецепторов андрогенов и Цитокератина 5 необходимо при раке молочной железы со следующим иммунофенотипом:	1. ER+, PR+, Her 2. ER+, PR+, Her 3. ER 4. ER	4

1161	1	203	Б1.В.1	Мутации в каком гене обуславливают развитие дольковой карциномы молочной железы?	1. ARIDA1 2. CDH1 3. ERBB2 4. MHC	2
1162	1	204	Б1.В.1	Для дифференциальной диагностики инвазивного рака молочной железы и рака in situ используются иммуногистохимические тесты	1. Цитокератин 7 2. Цитокератин 5 3. Her2 4. Виментин	2
1163	1	205	Б1.В.1	Для дифференциальной диагностики между тубулярным раком молочной железы и склерозирующим аденозом используются иммуногистохимические маркеры:	1. ER, PR 2. Цитокератин 5, p63 3. Цитокератины 7 и 18 4. Ki-67	2
1164	1	206	Б1.В.1	Для инвазивного рака молочной железы с Her-2 статусом (2+) характерно:	1. слабая/умеренная полная мембранная экспрессия более, чем в 10% опухолевых клеток 2. умеренная/выраженная неполная мембранная экспрессия в 20% опухолевых клеток 3. выраженная полная мембранная экспрессия в 10% опухолевых клеток 4. слабая/умеренная неполная мембранная экспрессия в 20% опухолевых клеток	1
1165	1	207	Б1.В.1	Выберите некорректную комбинацию признаков для рака молочной железы:	1. ER+, Her2 1+, grade2, Ki67 20% 2. ER-, Her2 0, grade 3, Ki67 10% 3. ER-, Her2 3+, grade 2, Ki67 27% 4. ER+, Her2 3+, grade 3, Ki67 45%	2
1166	1	208	Б1.В.1	Какая комбинация рецепторного статуса и паттерна метастазирования наиболее типична для рака молочной железы после менопаузы	1. ER+, PR+, Her2 1+, метастазы в костях в течение 10 лет после установки диагноза 2. ER-, PR-, Her2 0, метастазы в костях в течение 10 лет после установки диагноза 3. ER+, PR+, Her2 1+, метастазы в головном мозге через 2 года после установки диагноза 4. ER-, PR-, Her2 0, метастазы в яичниках через 10 лет после установки диагноза	1
1167	1	209	Б1.В.1	Какая комбинация рецепторного статуса и паттерна метастазирования наиболее типична для Her2-позитивного рака молочной железы	1. ER+, PR+, Her2 3+, метастазы в костях через 10 лет после установки диагноза 2. ER-, PR-, Her2 3+, метастазы в костях через 10 лет после установки диагноза 3. ER-, PR-, Her2 3+, метастазы в головном мозге в течение 2 лет после установки диагноза 4. ER-, PR-, Her2 2+, метастазы в яичниках через 10 лет после установки диагноза	3

1168	1	210	Б1.В.1	Какое изменение опухоли в ответ на предоперационную эндокринную терапию можно считать предиктором ответа на назначение эндокринной терапии в адъювантном режиме:	1. снижение Ki67 в два и более раза 2. снижение числа тубулярных структур 3. снижение экспрессии рецепторов эстрогенов 4. снижение клеточности опухоли	1
1169	1	211	Б1.В.1	Для иммуногистохимического подтверждения солитарной фиброзной опухоли следует использовать:	1. гладкомышечный актин и десмин 2. CD34 и STAT6 3. CD31 и ERG 4. TTF1 и p40	2
1170	1	212	Б1.В.1	Для диагностики аденокистозного рака наиболее диагностически значимыми являются маркеры:	1. ER, PR, Her2 2. цитокератин 5, p63 3. CD117, p63 4. S-100	3
1171	1	213	Б1.В.1	Иммуногистохимическим маркером, указывающим на ассоциацию плоскоклеточного рака орофарингеальной зоны с ВПЧ, является:	1. p53 2. p63 3. p16 4. все вышеперечисленные	3
1172	2	214	Б1.В.ДВ.2	Что такое "дикий" тип окрашивания p53:	1. диффузное выраженное ядерное окрашивание 80-100% опухолевых клеток 2. очаговое различной степени выраженности ядерное окрашивание опухолевых клеток 3. диффузное выраженное цитоплазматическое окрашивание опухолевых клеток 4. негативное окрашивание опухолевых клеток	2
1173	1	215	Б1.В.1	Какой паттерн окрашивания p53 характерен для серозных аденокарцином матки:	1. "дикий" тип 2. мутантный тип 3. смешанный тип 4. негативное окрашивание	2
1174	1	216	Б1.В.1	Классический иммунофенотип эндометриоидной аденокарциномы тела матки:	1. ER-, PR-, p53 "мутантный тип", p16 диффузный выраженный/"block-type" 2. ER+, PR+, p53 "дикий тип", p16 очаговый/мозаичный 3. ER+, PR-, p53 "дикий тип", напсин А+ 4. ER+, PR+, p53-, p16-	2
1175	1	217	Б1.В.1	Какой иммунофенотип характерен для аденокарциномы шейки матки желудочного типа (adenoma malignum):	1. ER+, PR+, p16+, CK7+ 2. ER-, PR-, p16-, CK7+ 3. ER+, PR+, p16+, CK7- 4. ER-, PR-, p16-, CK7-	2

1176	1	218	Б1.В.1	Классический иммунофенотип серозной аденокарциномы тела матки:	1. ER-, PR-, p53 “мутантный тип”, p16 диффузный выраженный/“block-type” 2. ER+, PR+, p53 “дикий тип”, p16 очаговый/мозаичный 3. ER+, PR-, p53 “дикий тип”, напсин А+ 4. ER+, PR+, p53-, p16-	1
1177	1	219	Б1.В.1	Какой иммунофенотип характерен для светлоклеточных аденокарцином женской репродуктивной системы:	1. ER+, PR+, p53+, napsin A+ 2. ER-, PR-, p53-, napsin A- 3. ER+, PR+, p53-, napsin A- 4. ER-, PR-, p53-, napsin A+	4
1178	1	220	Б1.В.1	Какие антигены наиболее специфичны для опухолей яичника	1. WT-1 2. PAP 3. OC-125	1, 3
1179	1	221	Б1.В.1	Коэкспрессия CK7, WT1 и рецепторов эстрогенов характерна для	1. папиллярного рака щитовидной железы 2. рака молочной железы 3. серозной папиллярной аденокарциномы яичников	3
1180	1	222	Б1.В.1	Для дифференциальной диагностики между аденокарциномой простаты и аденозом следует использовать комбинацию из следующих маркеров:	1. рецепторы андрогенов и p63 2. цитокератин 5 и AMACR (P504S) 3. гладкомышечный актин и цитокератин 5 4. гладкомышечный актин и AMACR (P504S)	2
1181	1	223	Б1.В.1	Какие антигены наиболее специфичны для опухолей предстательной железы	1. PAP 2. CDX-2 3. PSMA 4. PAX-8 5. NKX3.1	1, 3, 5
1182	1	224	Б1.В.1	Для меланомы характерна экспрессия	1. CD10 2. MiTF 3. PAX8 4. S100 5. HMB-45	2, 4, 5
1183	1	225	Б1.В.1	Какой маркер специфичен для меланомы?	1. CK 5 2. S 100 3. CD 20 4. HMB-45	2, 4
1184	1	226	Б1.В.1	В 100% случаев меланома экспрессирует	1. S100 2. SATB2 3. TTF-1 4. melan A	1
1185	1	227	Б1.В.1	Какой антиген встречается в нейроглиальных опухолях?	1. миоглобин 2. нейроспецифическая энолаза 3. кальретицин	2

1186	1	228	Б1.В.1	Опухоль, расположенная в дерме, имеющая иммунофенотип НМВ45+, MelanA+, S-100+ может соответствовать:	1. меланоме 2. голубому клеточному невусу 3. светлоклеточной саркоме 4. базалиоме	1, 2, 3
1187	1	229	Б1.В.1	Для аденокарциномы лёгкого у некурящей женщины характерны мутации в генах:	1. EGFR, ALK 2. KRAS, NRAS 3. BRCA1/2 4. MSH2, MSH6	1
1188	1	230	Б1.В.1	Наиболее частая мутация в гене EGFR, обуславливающая резистентность к ингибиторам тирозинкиназ первого поколения у пациентов с аденокарциномой лёгкого:	1. T790M 2. L858R 3. делеция 19 экзона 4. инерция 20 экзона	1
1189	1	231	Б1.В.1	Наиболее частые мутации в гене EGFR, обуславливающие чувствительность к ингибиторам тирозинкиназ первого поколения у пациентов с аденокарциномой лёгкого:	1. T790M 2. L858R 3. делеция 19 экзона 4. инерция 20 экзона	2, 3
1190	1	232	Б1.В.1	При исследовании плазмы крови у пациента с диссеминированной аденокарциномой лёгкого активирующие мутации в гене EGFR выявляют методом:	1. флюоресцентная гибридизация in situ (FISH) 2. иммуногистохимический метод 3. фрагментный анализ 4. цифровая ПЦР	4
1191	1	233	Б1.В.1	При исследовании тканевого биоптата с аденокарциномой лёгкого активирующие мутации в гене EGFR выявляют методом:	1. флюоресцентная гибридизация in situ (FISH) 2. иммуногистохимический метод 3. аллельспецифическая ПЦР 4. фрагментный анализ	3
1192	1	234	Б1.В.1	Для определения рациональной тактики лекарственного лечения у пациента с III-IV стадией центрального плоскоклеточного рака лёгкого необходимо определить:	1. активирующие мутации в гене EGFR 2. экспрессию PD-L1 3. перестройку гена ALK 4. перестройку гена ROS1	2
1193	1	235	Б1.В.1	Для воспалительной миофибробластической опухоли лёгкого характерны мутации в генах:	1. BRAF (V600E) 2. ALK, ROS1, RET 3. KRAS, NRAS 4. PD-L1	2

1194	1	236	Б1.В.1	При метастатическом колоректальном раке резистентность к анти-EGFR терапии связана с мутациями в генах:	1. KRAS/NRAS 2. EGFR L858R/del19 3. ALK/ROS1 4. BRCA1/2	1
1195	1	237	Б1.В.1	Для аденокарциномы кишки со спорадической микросателлитной нестабильностью характерны мутации в гене:	1. KRAS 2. BRCA2 3. BRAF (V600E) 4. MSH6	3
1196	1	238	Б1.В.1	Для меланомы кожи характерны мутации в гене:	1. KIT 2. BRAF (V600E) 3. BRCA2 4. GNAS	2
1197	1	239	Б1.В.1	Наследственный рак желудка, связанный с мутацией гена CDH1 (Е-кадгерин), имеет следующее гистологическое строение:	1. перстневидноклеточный рак 2. муцинозная аденокарцинома 3. тубулярная аденокарцинома 4. медуллярная аденокарцинома	1
1198	1	240	Б1.В.1	Мутации в каком гене обуславливают развитие дольковой карциномы молочной железы?	1. ARID1A 2. CDH1 3. ERBB2 4. MHC	2
1199	1	241	Б1.В.1	Наиболее характерным маркером для рака яичников является:	1. РЭА 2. CA 15-3 3. CA 125 4. АФП 5. CA 19-9	3
1200	1	242	Б1.В.1	Генетическое тестирование при раке молочной железы рекомендуется при:	1. гормональной дисфункции щитовидной железы 2. гормональной дисфункции яичников 3. раке грудных желез у мужчин 4. тройном негативном фенотипе опухоли	3, 4
1201	1	243	Б1.В.1	При исследовании биопсийного материала при раке молочной железы в заключении должны быть указаны:	1. гистологический вариант строения опухоли 2. определение РЭ/ПП, HER2, Ki67 3. прогноз заболевания 4. степень дифференцировки опухоли	1, 2, 4
1202	1	244	Б1.В.1	Наследственный характер рака молочной железы связан с наличием мутаций в генах:	1. BRCA2 2. CHECK 3. LIPA 4. tP53	1, 2, 4
1203	1	245	Б1.В.1	Наследственный характер рака молочной железы связан с наличием мутаций в генах:	1. BRCA1 2. INS 3. NBS1 4. TYR	1, 3

1204	1	345	Б1.Б.1	Больной 37 лет обратился по поводу желтушности кожных покровов, проведена пункционная биопсия печени. В гистологических срезах при окраске гематоксилином и эозином в гепатоцитах определяется аморфные, розового цвета массы (ШИК-реакция и окраска суданом отрицательна). 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Назовите вещество, выявляющееся в гепатоцитах. 3. Перечислите основные заболевания, при которых возможна такая гистологическая картина.	1. Паренхиматозная белковая дистрофия (гиалиново-капельная). 2. Тельца Мэллори, состоящие из алкогольного гиалина. 3. Алкогольный гепатит, первичный билиарный и индийский детский циррозы, болезнь Вильсона – Коновалова.
1205	1	346	Б1.Б.1	На вскрытии пациента 54 лет обнаружена увеличенная в размерах дряблая печень охряно-желтого цвета с гладкой поверхностью. При гистологическом исследовании – мелко- и крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов; «дырчатые» (оптически «пустые») ШИК-позитивные ядра. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Причины данной дистрофии. 3. Микроскопические изменения эпителия почки при данной патологии.	1. Паренхиматозная жировая дистрофия печени при углеводной дистрофии, связанной с нарушением обмена гликогена (при сахарном диабете). 2. Нарушение обмена гликогена. 3. Гликогенная инфильтрация эпителия канальцев, эпителий при этом становится высоким, со светлой пенистой цитоплазмой.
1206	1	347	Б1.Б.1	У пациента, умершего от дифтерии, при проведении аутопсии в сердце определяются следующие макроскопические изменения: сердце дряблое, полости расширены, со стороны эндокарда отмечается желто-белая исчерченность. 1. Вид дистрофии (по локализации и виду обмена). 2. Методы окраски для выявления данного вида дистрофий. 3. Морфогенетический механизм ее развития.	1. Паренхиматозная жировая дистрофия. 2. Судан III, судан IV, шарлах, осмиевая кислота, сульфат нильского голубого. 3. Инфильтрация и декомпозиция (фанероз).
1207	1	348	Б1.Б.1	На вскрытии пациентки 70 лет, длительно страдавшей анемией тяжелой степени, обнаружена увеличенная в размерах дрябловатая желтого цвета печень с закругленным краем. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Перечислите методы окраски, которые используются для выявления данного вида дистрофий. 3. Стадийность микроскопических изменений.	1. Паренхиматозная жировая дистрофия. 2. Судан III, судан IV, шарлах, осмиевая кислота, сульфат нильского голубого. 3. Пылевидное ожирение, мелкокапельное ожирение, крупнокапельное ожирение.
1208	1	349	Б1.Б.1	При гистологическом исследовании клапана у пациента с ревматическим эндокардитом определяется слабая базофилия цитоплазмы, при окраске толуидиновым синим – пурпурно-сиреневое прокрашивание. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Как называется феномен изменения окраски толуидиновым синим? 3. Возможные исходы данного процесса.	1. Стромально-сосудистый диспротеиноз (мукоидное набухание). 2. Феномен метахромазии. 3. Исход может быть двояким: полное восстановление ткани или переход в фибриноидное набухание.
1209	1	350	Б1.Б.1	У умершего от гипертонического криза в сосудах почечного клубочка	1. Стромально-сосудистый диспротеиноз

				обнаруживается гомогенизация пучков коллагеновых волокон с резко ШИК-положительной реакцией, феномен метакромазии выражен слабо. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Укажите вид дистрофии, который предшествовал выявленным изменениям. 3. Возможные исходы данного процесса.	(фибриноидное набухание). 2. Стромально-сосудистый диспротеиноз (мукоидное набухание). 3. Развитие фибриноидного некроза, замещение соединительной тканью (склероз), гиалиноз.
1210	1	351	Б1.Б.1	У умершего от множественной миеломы на аутопсии обнаружены увеличенные в размере почки, печень и селезенка, имеющие «сальный» блеск на разрезе. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Дайте название веществу, которое накапливается в тканях, методы его определения. 3. Классификация вещества, накапливающегося в тканях, по составу.	1. Стромально-сосудистый диспротеиноз (амилоидоз) 2. Гликопротеид амилоид. Для его выявления используют: окрашивание конго красным, метиловым фиолетовым, специфическую люминесценцию с тиофлавинами S и T, поляризационную микроскопию. Для макроскопической диагностики – люголевский раствор с 10% раствором серной кислоты. 3. AA-, AL-, AF-, ASC1-, AE-, AD-амилоид и др.
1211	1	352	Б1.Б.1	В стенке аорты пациента 77 лет, умершего от сердечной декомпенсации, определяются «кашицеобразные» массы, окрашиваемые осмиевой кислотой в черный цвет. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Назовите вещество, накапливающееся в тканях. 3. Дополнительные методы окраски для выявления этой дистрофии.	1. Стромально-сосудистая жировая дистрофия. 2. Холестерин, его эфиры, липопротеиды низкой и очень низкой плотности, белки плазмы крови. 3. Судан III, судан IV, шарлах, сульфат нильского голубого.
1212	1	353	Б1.Б.1	На аутопсии пациента, умершего от сердечной декомпенсации, при наружном осмотре отмечается бронзовая окраска кожных покровов. Внутренние органы ржаво-коричневого цвета; печень с признаками цирроза; в сердце – явления кардиомиопатии; в поджелудочной железе – изменения, морфологически ассоциированные с изменениями при сахарном диабете. Из анамнеза известно, что пациент бесконтрольно принимал железосодержащие препараты. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Название заболевания. 3. Какие методы окраски можно использовать для выявления этой дистрофии?	1. Смешанная дистрофия (нарушение обмена гемоглобиновых пигментов). 2. Вторичный гемохроматоз. 3. Образование берлинской лазури (реакция Перлса), турбулевой сини (обработка срезов сульфидом аммония, а затем железосинеродистым калием и хлористоводородной кислотой).
1213	1	354	Б1.Б.1	У пациента с гормонально активной аденомой паращитовидной железы в слизистой оболочке желудка, чашечно-лоханочной системе почек, в легких и сердце выявлены образования бело-желтого цвета каменистой плотности. 1. Назовите вещество, накапливающееся в органах. 2. Дайте название данной дистрофии. 3. Методы определения данного вещества в тканях.	1. Соли кальция. 2. Кальциноз, известковая дистрофия (метастатическое обызвествление). 3. В тканях кальций выявляют методом серебрения Косса.
1214		355	Б1.Б.1	При гистологическом исследовании препаратов легкого и	1. Смешанная дистрофия (нарушение обмена

				пульмональных лимфоузлов у умершего от декомпенсированного митрального порока, в межальвеолярных перегородках, альвеолах и лимфоузлах обнаружено большое количество крупных клеток с коричневого цвета цитоплазмой, дающих положительную реакцию Перлса. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Назовите вещество, накапливающееся в тканях. 3. Причина возникновения данного вида дистрофии.	гемоглобиногенных пигментов, местный гемосидероз). 2. Гемосидерин. 3. Хронический венозный застой в легких ведет к множественным диапедезным кровоизлияниям (экстраваascularный гемолиз), в связи с чем в межальвеолярных перегородках, альвеолах, лимфатических сосудах и узлах появляется большое количество нагруженных гемосидерином клеток.
1215	1	356	Б1.Б.1	У умершего от хронической печёночной недостаточности на аутопсии обнаружены цирротические изменения печени, дистрофические изменения подкорковых структур головного мозга и зеленовато-бурое кольцо по периферии роговицы. 1. Назовите вещество, при нарушении обмена которого возникли данные изменения 2. Механизм развития данной патологии. 3. Метод определения данного вещества в тканях.	1. Нарушение обмена меди. 2. В результате пониженного образования в печени церулоплазмينا – белка, способного связывать в крови медь. 3. С помощью метода Окамото, основанном на применении рубеоноводородной кислоты.
1216	2	357	Б1.Б.1	При гистологическом исследовании биоптата кожи лица обнаружен узелок, состоящий из макрофагов, лимфоцитов и плазматических клеток. В инфильтрате определяются большие вакуолизированные клетки с шароподобными включениями (в виде сигарет в пачке). 1. Дайте название данным клеткам. 2. Этиологический фактор данного процесса. 3. Назовите вид воспаления.	1. Лепрозные клетки Вирхова. 2. Микобактерия лепры. 3. Продуктивное гранулематозное воспаление.
1217	2	358	Б1.Б.1	Больная обратилась к врачу с жалобами на затрудненное дыхание, на вязкие выделения из носа, образование корок. В мазке из полости носа выделен возбудитель – палочка Волковича-Фриша. 1. Ваш диагноз? 2. Какой вид воспаления возник у больного в дыхательных путях? 3. Какова морфология этого воспаления? 4. Каковы исход и осложнения этого воспаления?	1. Склерома. 2. Гранулематозное воспаление. 3. Склеромная гранулема состоит из скопления макрофагов, лимфоцитов, большого числа плазматических клеток и продуктов их деградациии – эозинофильных телец Русселя. Специфические клетки склеромной гранулемы – очень крупные одноклеточные клетки (макрофаги) с вакуолизированной цитоплазмой – клетки Микулича, в которых находятся палочки Волковича-Фриша. 4. На месте гранулем образуется грубая рубцовая ткань, слизистая деформируется, дыхательные пути суживаются, вызывая опасность асфиксии.

1218	1	359	Б1.В.1	У женщины 23 лет диагностирован лимфогранулематоз на основании микроскопического исследования удалённого увеличенного лимфатического узла шеи. Выявлена I стадия заболевания. 1. Дайте название врачебного вмешательства. 2. Опишите I стадию болезни. 3. Классифицируйте данный гемобластоз. 4. Укажите ведущие диагностические критерии при прогрессировании лимфогранулематоза по данным микроскопического исследования.	1. Биопсия лимфатического узла (инцизионная) 2. С преобладанием лимфоидной ткани (локализованный) 3. Злокачественная лимфома 4. Клетки Рида – Березовского – Штернберга
1219	1	360	Б1.Б.1	У пациента с симптомами желтухи определяется слегка интенсивная окраска мочи и кала, в анализе крови повышено содержание билирубина, преимущественно за счет непрямого. 1. Назовите вид желтухи. 2. Перечислите возможные заболевания, при которых она развивается. 3. Какой метод окраски можно использовать для выявления билирубина?	1. Гемолитическая (надпеченочная) желтуха. 2. Инфекции (сепсис, малярия), интоксикации (гемолитическими ядами), гемолитическая болезнь новорожденных, переливание несовместимой крови, заболевания системы крови. 3. Реакция Гмелина (под воздействием концентрированной азотной кислоты билирубин дает сначала зеленое, а затем синее или пурпурное окрашивание).
1220	2	361	Б1.Б.1	На аутопсии пациента, умершего от гематогенного туберкулеза, обнаружены солитарные туберкулы обоих надпочечников и гиперпигментация кожи. 1. Объясните механизм гиперпигментации кожных покровов. 2. Какое вещество накапливается в коже? 3. Метод его определения.	1. В связи с развитием надпочечниковой недостаточности усиливается выработка АКТГ, который стимулирует синтез меланина. 2. Меланин. 3. Метод определения меланина основан на положительной аргентаффинной реакции (способность восстанавливать аммиачный раствор нитрата серебра до металлического серебра).
1221	2	362	Б1.Б.1	На задней поверхности шеи определяется мягкий узел, диаметром 4 см, желтого цвета. При микроскопическом исследовании биоптата определяется множество «пузырьковидных» разновеликих клеток со смещенным ядром. 1. Назовите данную опухоль. 2. Укажите, с помощью каких дополнительных гистохимических окрасок необходимо верифицировать данное новообразование?	1. Липома. 2. Судан III, судан IV, шарлах, осмиевая кислота, сульфат нильского голубого.

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

Модули:

Б1.Б.2. Общественное здоровье и здравоохранение

Б1.Б.1. Патологическая анатомия

Б1.В.1. Онкоморфология и современные методы исследования в патанатомии

Б2.Б.1. Производственная (клиническая) практика (базовая)

№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
1222	1	1	Б1.Б2	Критерии оценки состояния здоровья – это:	1. перенесённые заболевания за предыдущий год; 2. хронические болезни; 3. физическое развитие; 4. соблюдение режима питания.	1, 2, 3
1223	1	2	Б1.Б2	Здоровый образ жизни – это:	1. сбалансированное питание; 2. большие физические нагрузки; 3. чередование труда и отдыха; 4. отказ от вредных привычек.	1, 2, 4
1224	1	3	Б1.Б2	Здоровье человека зависит от наследственности на:	20%	
1225	1	11	Б1.Б2	Социальный уровень здоровья человека определяется:	1. физическим развитием; 2. взаимоотношениями в социуме; 3. способностью приспосабливаться к изменяющимся условиям жизни; 4. нравственностью.	2, 3, 4
1226	1	12	Б1.Б2	Здоровый образ жизни – это:	1. полноценный сон; 2. высококалорийное питание; 3. отказ от вредных привычек; 4. большие физические нагрузки.	1, 3
1227	1	13	Б1.Б2	Здоровье человека зависит от образа жизни на:	50%	3
1228	1	21	Б1.Б2	По определению ВОЗ здоровье – это состояние:	полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов	

1229	1	22	Б1.Б2	Здоровый образ жизни – это:	стиль жизни, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья	
1230	1	23	Б1.Б2	Дайте наиболее полное определение понятию «условия жизни»	1. факторы, которые способствуют большему распространению или повышенной вероятности возникновения новых случаев данного заболевания 2. факторы, способствующие сохранению, укреплению и восстановлению здоровья 3. факторы, опосредующие и обуславливающие образ жизни, определяющие его или сопутствующие ему 4. порядок общественной жизни, быта, культуры	3
1231	1	24	Б1.Б2	По определению ВОЗ, образ жизни – это:	1. стиль жизни, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья 2. система наиболее существенных, типичных характеристик деятельности, активности человека в единстве как количественных, так и качественных сторон проявления 3. понятие, характеризующее особенности повседневной жизни человека, охватывая труд, быт, формы использования свободного времени, нормы и правила поведения 4. качество жизни, определяемое мотивированным поведением человека	2
1232	1	25	Б1.Б2	Основные факторы, формирующие здоровье:	образ жизни, наследственность и окружающая среда	
1233	1	26	Б1.Б2	Ведущий фактор, определяющий здоровье:	1. уровень развития и доступность медицинской помощи 2. наследственность 3. состояние окружающей среды 4. образ жизни	4
1234	1	27	Б1.Б2	Факторы, которые гипотетически связаны с развитием того или иного заболевания, сопутствующие распространению или повышенной вероятности возникновения новых случаев данного заболевания – это:	факторы риска	
1235	1	28	Б1.Б2	Вклад образа жизни в общую структуру формирования здоровья, согласно определению ВОЗ, составляет:	1. 8-10% 2. 18-20% 3. 20-25% 4. 50%	4
1236	1	29	Б1.Б2	Вклад окружающей среды в общую структуру формирования	1. 8-10% 2. 18-20%	3

				здоровья, согласно определению ВОЗ, составляет:	3. 20-25% 4. 50%	
1237	1	32	Б1.Б2	К компонентам здорового образа жизни относятся:	1. оптимальный двигательный режим 2 рациональная организация труда и отдыха 3. сбалансированное рациональное питание	1, 2, 3
1238	1	33	Б1.Б2	К компонентам здорового образа жизни относятся:	1. отказ от саморазрушающего поведения 2. повышение производительности труда 3. профилактика психоэмоционального неблагополучия и стрессов 4. повышение уровня медицинских знаний	1, 3, 4
1239	1	34	Б1.Б2	Установить соответствие между видом здоровья и его отличительными признаками:	1. физическое 2. психическое 3. нравственное 4. репродуктивное 5. сознательное отношение к труду, активное неприятие вредных привычек 6. рост, масса тела и окружность грудной клетки, соответствующие возрастнo-половым нормативам 7. высокий уровень развития памяти и внимания, адекватные поведенческие реакции 8. отсутствие анатомических, физиологических и психологических препятствий для оплодотворения и вынашивания ребенка	1-6 2-7 3-5 4-8.
1240	1	35	Б1.Б2	Установить соответствие между факторами, определяющими здоровье человека и элементами их характеризующими:	1. биологические 2. социально-экономические 3. природные 4. психофизиологические 5. условия труда, быта, отдыха 6. пол, возраст, генотип 7. коммуникабельность, стрессоустойчивость 8. климат, погода, флора и фауна	1-6 2-5 3-8 4-7
1241	1	36	Б1.Б2	Установить соответствие между идентичными понятиями категорий условий жизни:	1. экономическая 2. социологическая 3. социально-психологическая 4. социально-экономическая 5. уклад жизни. 6. стиль жизни 7. уровень жизни 8. качество жизни	1-7 2-8 3-6 4-5

1242	1	37	Б1.Б2	Установить соответствие между категорией условий жизни и элементами её характеризующими:	1. уклад жизни 2. стиль жизни 3. уровень жизни 4. качество жизни 5. среднедушевой размер национального дохода 6. индивидуальные особенности поведения 7. качество жилищных условий 8. порядок общественной жизни	1-8 2-6 3-5 4-7
1243	1	38	Б1.Б2	Установить соответствие между уровнем здоровья и соответствующим функциональным состоянием организма:	1. полное здоровье 2. донологическое состояние 3. преморбидное состояние 4. болезнь 5. срыв адаптации со значительным снижением функциональных возможностей организма 6. напряжение механизмов адаптации 7. достаточные адаптационные возможности организма, позволяющие оптимально адаптироваться к меняющимся условиям окружающей среды 8. снижение функциональных резервов организма	1-7 2-6 3-8 4-5
1244	1	39	Б1.Б.2	Риск каких заболеваний и нарушений здоровья из нижеперечисленных в большей степени зависит от нездорового образа жизни?	1. сердечно-сосудистых 2. травм и несчастных случаев 3. болезней нервной системы 4. новообразований 5. болезней органов пищеварения	2
1245	1	40	Б1.Б.2	По определению ВОЗ к основным неинфекционным заболеваниям относят:	1. болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства 2. болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства 3. болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.	1
1246	1	41	Б1.Б.2	Какие из управляемых факторов риска считаются основными, ответственными за рост смертности в России?	1. курение, потребление алкоголя, нездоровое питание 2. только курение 3. курение и повышенное артериальное давление 4. курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание.	4

1247	1	42	Б1.Б.2	Чем необходимо руководствоваться при выборе стратегии индивидуальной профилактики? .	1. уровнями отдельных факторов риска 2. возрастом 3. географическими условиями и характеристиками окружающей среды 4. суммарным риском 5. наличием необходимого оборудования	4
1248	1	43	Б1.Б.2	Какие факторы, по Вашему мнению, наиболее способствуют успешному проведению профилактического консультирования в здравоохранении? .	1. уровень информированности пациента о факторах риска 2. уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования 3. уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта 4. желание пациента изменить свое поведение 5. знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактической консультации	2, 3, 5
1249	1	44	Б1.В.1	Основные мутагены по мутационной теории лейкозов	1. грибы и ионизирующее излучение 2. ионизирующее излучение и стрептококки 3. ионизирующее излучение, вирусы и грибы 4. химические вещества, ионизирующее излучение и вирусы 5. вирусы, грибы и стрептококки	4
1250	1	45	Б1.В.1	Эколого-географические факторы риска рака легкого:	1. перемена климатических зон 2. неблагоприятная экологическая ситуация (загрязнение воздуха, воды, почвы) 3. смена часовых поясов 4. наличие геопатогенных зон	2
1251	1	46	Б1.В.1	Бытовые факторы риска рака легкого:	1. физические (простудные) 2. химические (бытовая химия) 3. курение 4. физическое перенапряжение	3
1252	1	47	Б1.В.1	Факторы риска рака легкого у хронического курильщика:	1. гипоксия 2. снижение иммунитета 3. гиповентиляция 4. хронические заболевания легких	4
1253	1	48	Б1.Б.1	К гистологически выявляемому процессу в эпителии бронхов, предшествующему раку (фоновый процесс), относится:	1. метаплазия 2. экзоцитоз 3. дисплазия 4. гиперплазия 5. хроническое воспаление	1

1254	1	49	Б1.Б.1	Возможный тип метаплазии эпителия бронхов:	1. крупноклеточная 2. фибробластическая 3. плоскоклеточная 4. мелкоклеточная	3
1255	1	50	Б1.В.1	Предраковые заболевания легких:	1. хроническая пневмония 2. пневмосклероз 3. гамартома 4. абсцесс	1
1256	1	51	Б1.В.1	Соответствие между мерами и видами профилактики рака легкого:	1. борьба с курением 2. предупреждение хронических заболеваний легких и бронхов 3. нормализация экологической обстановки	в) вторичная а) личная б) первичная 1 а 2 в 3 б
1257	1	52	Б1.В.1	Какие характеристики рака легкого влияют на прогноз течения заболевания:	1. морфологическое строение опухоли 2. наличие инвазии опухоли в плевру 3. наибольший размер опухолевого узла 4. все вышеперечисленное	4
1258	1	53	Б1.В.1	К факторам риска рака желудка не относится:	1. мужской пол 2. курение 3. Синдром Золлингера-Эллисона 4. инфицированность пилорическим хеликобактером 5. атрофический гастрит	3
1259	1	54	Б1.Б.1	Для дисплазии эпителия слизистой оболочки желудка второй стадии характерно	1. наличие бокаловидных клеток 2. наличие перстневидных клеток 3. наличие клеток с «выскальзывающимися» ядрами 4. свободный апикальный отдел клеток	3, 4
1260	1	55	Б1.В.1	Предраковое состояние в желудке	1. хронический атрофический гастрит с дисплазией 2. фибринозный гастрит 3. плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия 4. хронический гастрит с повышенной кислотностью 5. синдром Мэллори-Вейсса	1
1261	1	56	Б1.В.1	Наибольший риск развития рака желудка существует при:	1. хроническом поверхностном гастрите 2. рецидивирующем остром эрозивном гастрите 3. гипертрофической гастропатии Менетрие 4. хроническом атрофическом гастрите с кишечной метаплазией и дисплазией эпителия 5. аденоматозном полипе желудка	4

1262	1	57	Б1.В.1	Зона наиболее подверженная для развития дисплазии и рака шейки матки	1. влагалищная часть шейки матки 2. цервикальный канал 3. место стыка цервикального и плоского эпителия 4. многослойный плоский эпителий	3
1263	1	58	Б1.В.1	Наиболее вероятный этиологический фактор рака шейки матки	1. вирус Эпштейна - Барра 2. вирус герпеса 3. вирус папилломы человека 4. вирус Эбола	3
1264	1	59	Б1.В.1	Предопухолевыми изменениями эндометрия для эндометриоидной аденокарциномы тела матки являются:	1. атипическая гиперплазия эндометрия 2. серозная эндометриальная интраэпителиальная карцинома 3. аденомиоз тела матки 4. атрофия эндометрия	1
1265	1	60	Б1.В.1	Самый высокий риск малигнизации наблюдается при	1. простой гиперплазии эндометрия 2. сложной гиперплазии эндометрия 3. сложной атипической гиперплазии эндометрия 4. простой атипической гиперплазии эндометрия 5. хроническом эндометрите	3
1266	1	61	Б1.В.1	Укажите предраковый процесс в предстательной железе	1. нодулярная гиперплазия предстательной железы 2. простатическая интраэпителиальная неоплазия (PIN) 3. острый простатит 4. хронический простатит 5. базально-клеточная гиперплазия предстательной железы	2
1267	1	62	Б1.В.1	Нормальным уровнем ПСА у здоровых мужчин в возрасте от 50 до 70 лет является:	1. менее 1,0 нг/мл 2. 1,0-4,0 нг/мл 3. более 10 нг/мл 4. более 15 нг/мл	2
1268	1	63	Б1.В.1	Повышение уровня ПСА может быть обусловлено:	1. воспалительными заболеваниями простаты 2. гипертрофией простаты 3. проведением пальпации простаты или выполнением инструментальных воздействий непосредственно на предстательную железу	1, 2, 3
1269	1	64	Б1.В.1	Фактор, предрасполагающий к возникновению опухолей яичка:	1. курение 2. крипторхизм 3. авитаминоз Е 4. ожирение 5. чрезмерное употребление алкоголя	2

1270	2	65	Б2.Б.1	У мужчины 32 лет, который долгое время употреблял наркотики, лихорадка, явления интоксикации, пиурия, при эхокардиоскопии выявлены массивные наложения на клапанах сердца. В крови высеян стафилококк. Больной умер от тромбоэмболии легочной артерии. Укажите на изменения сердца, выявленные у больного во время вскрытия.	1. Эндокардит Либмана-Сакса 2. Диффузный вальвулит 3. Острый бородавчатый эндокардит 4. Полипозно-язвенный эндокардит 5. Возвратно-бородавчатый эндокардит	4
1271	2	66	Б2.Б.1	У 35-летнего умершего наркомана, который страдал ВИЧ-инфекцией при патоморфологическом исследовании выявлено, что оба легкого плотные, темно-бордово-серые, мало воздушные, межалвеолярные перегородки инфильтрированы лимфоцитами, часть альвеолоцитов трансформированы в большие клетки, с центрально расположенным круглым ядром со светлым ободом, и которые напоминают «совиный глаз». Какая оппортунистическая инфекция вызывала пневмонию у данного больного.	1. Пневмоциста каринии 2. Атипичная микобактерия 3. Герпес-вирус 4. Цитомегаловирус 5. Токсоплазма	4
1272	2	67	Б2.Б.1	При гистологическом исследовании головного мозга, умершего от ВИЧ-инфекции больного в субкотриальном белом веществе, среднем мозге и стволе головного мозга выявлены мелкие, периваскулярные некрозы, микроглиальные узелки с многоядерными гигантскими клетками, очаговый глиофиброз. Назовите самый вероятный характер поражения центральной нервной системы.	1. Метаболическая энцефалопатия 2. Цитомегаловирусный энцефалит 3. Подострый менингоэнцефалит 4. Первичная лимфома ЦНС 5. Вакуолярная миелопатия	3
1273	2	68	Б2.Б.1	На вскрытии наркомана на коже дистальных отделов нижних конечностей обнаружены багрово-красные пятна, бляшки и узлы (саркома Капоши). Выявлена острая пневмония, вызванная пневмоцистами. Для какого заболевания характерны данные изменения?	1. СПИД 2. Грипп 3. Корь 4. Дифтерия 5. Сибирская язва	1
1274	2	69	Б2.Б.1	У умершего 40 лет, по результатам вскрытия установлено сочетание пневмоцистной пневмонии, саркомы Капоши и В-клеточной лимфомы. В анамнезе беспорядочные половые контакты. Что является наиболее достоверным?	1. Вторичный иммунодефицит в результате первичной В-клеточной лимфомы 2. ВИЧ-инфекция, стадия СПИДа 3. ВИЧ-инфекция, стадия пре-СПИДа 4. Вторичный иммунодефицит в результате саркомы Капоши	2
1275	2	70	Б2.Б.1	На вскрытии женщины выявлены явления септикопиемии с метастатическими абсцессами легких, почек, пиосальпингс, гнойный перитонит, кахексия, лимфоаденопатия. В анамнезе: позитивный результат исследования крови на ВИЧ в течение 5 лет. Какому клиническому периоду СПИДа отвечают данные патоморфологические признаки?	1. ПреСПИД (СПИД-ассоциированный комплекс) 2. СПИД 3. Инкубационный период 4. Персистирующая, генерализованная лимфаденопатия	2

					5. Реактивная лимфаденопатия	
1276	2	71	Б2.Б.1	У больного с выраженным иммунодефицитом, наличием в крови лимфопении с изменением соотношения Т-хелперов к Т-супрессоров, отмечено поражение кожи нижних конечностей в виде множественных опухолевидных узелков синюшно-красного цвета, которые сливаются и создают поверхности язвы. При исследовании биоптата кожи выявлено новообразование кровеносных сосудов и расширения капилляров, которые создают полости разной формы и величины. Диагностируйте наиболее вероятный характер кожной патологии.	1. Базалиома 2. Дерматомикоз 3. Саркома Капоши 4. Лимфома кожи 5. Воспалительный дерматит	3
1277	2	72	Б2.Б.1	У мальчика 10 лет диагностирована триада Гетчинсона: зубы бочкообразной формы, паренхиматозный кератит и глухота. Для какой болезни характерные выявленные изменения?	1. Токсоплазмоз 2. Проказа 3. Туберкулез 4. Сифилис 5. Описторхоз	4
1278	2	73	Б2.Б.1	У больной 20 лет паховые лимфатические узлы увеличены в размерах, не болезненные, уплотненные. В участке слизистой оболочки гениталий небольших размеров язва с плотными краями и «лакированным» дном сероватого цвета. Поставить диагноз.	1. Туберкулез 2. Лепра 3. Трофическая язва 4. Сифилис 5. Гонорея	4
1279	2	74	Б2.Б.1	У женщины 34 лет взята биопсия шейки матки. При гистологическом исследовании обнаружена воспалительная инфильтрация с вовлечением стенок мелких сосудов, артерий и вен, наличие в инфильтрате плазматических клеток, лимфоцитов, эпителиоидных клеток с участками склероза и гиалиноза ткани. О каком заболевании следует думать?	1. Сифилис 2. Туберкулез 3. Эрозия шейки матки 4. Лейкоплакия 5. Кондилома	1
1280	2	75	Б2.Б.1	У молодого мужчины удалена крайняя плоть. При микроскопическом исследовании обнаружен полиморфный инфильтрат, состоящий из беспорядочно расположенных плазматических, лимфоидных, эпителиоидных клеток. В сосудах выраженный васкулит. Для какого заболевания характерны описанные изменения?	1. Туберкулез 2. Актиномикоз 3. Узелковый периартериит 4. Сифилис 5. Проказа	4
1281	2	76	Б2.Б.1	У мужчины на слизистой оболочке щеки язва овальной формы с приподнятыми краями, хрящевой плотности. Дно язвы мясисто-красного цвета, покрытое сероватым салным налетом. При микроскопическом исследовании - лимфоплазмочитарный инфильтрат, преимущественно вокруг мелких сосудов. В последних пролиферация эндотелия. Какое заболевание развилось у мужчины?	1. Эрозивно-язвенная лейкоплакия 2. Язва-рак 3. Язвенно-некротический стоматит Венсана 4. Сифилис 5. Травматическая язва	4

1282	2	77	Б2.Б.1	При гистологическом исследовании биопсии из язвы полости рта выявлены очаги казеозного некроза, окруженные плазмócитами, эпителиоидными и лимфоидными клетками, изредка гигантскими многоядерными клетками типа Пирогова-Лангханса, встречаются мелкие сосуды с признаками эндое периваскулита. Укажите заболевание.	1. Туберкулез 2. Сифилис 3. Лепра 4. Риносклерома 5. Сап	2
1283	2	78	Б2.Б.1	На слизистой оболочке нёбной миндалины наблюдается безболезненная язва с гладким лакированным дном и ровными хрящевидной консистенции краями. Микроскопически: воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, плазмócитов, небольшого количества нейтрофилов и эпителиоидных клеток, и наличие эндое периваскулита. О каком заболевании идёт речь?	1. Язвенно-некротическая ангина Венсана 2. Актиномикоз 3. Туберкулёз 4. Сифилис 5. Дифтерия зева	4

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

Модули:

Б1.Б.2. Общественное здоровье и здравоохранение

Б2.Б.1. Производственная (клиническая) практика (базовая)

Б1.Б.1. Патологическая анатомия

Б2.В.1. Производственная (клиническая) практика (вариативная)

№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
1284	1	1	Б1.Б.1	Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:	1. посмертную и прижизненную диагностику болезней 2. контроль за качеством клинической диагностики и ходом лечебного процесса 3. уточнение структуры причин смерти населения. 4. все перечисленное 5. верно 1 и 3	4
1285	1	2	Б1.Б.1	В систему патологоанатомической службы входят:	1. патологоанатомические отделения 2. централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические бюро 3. патоморфологические лаборатории научно-исследовательских институтов 4. все перечисленное 5. верно 1 и 2	5

1286	1	3	Б1.Б.1	Патологоанатомические учреждения здравоохранения прямого (внебольничного) подчинения:	1. патологоанатомические отделения (в том числе централизованные) лечебно-профилактических учреждений 2. региональные институты патологии 3. патологоанатомические отделы (отделения, лаборатории) диагностических центров 4. республиканские, краевые, городские, муниципальные патологоанатомические бюро	2, 4
1287	1	4	Б2.Б.1	Набор помещений патологоанатомического отделения включает в себя:	1. секционную и хранилище трупов 2. зал прощания с комнатой для ожидания 3. кабинеты врачей 4. лаборатории с подсобными помещениями	1, 2, 3, 4
1288	1	5	Б2.В.1	Набор помещений для гистологической лаборатории включает:	1. комнату для приема и вырезки биопсийного материала 2. гистологическую лабораторию 3. фиксационную и моечную комнаты 4. комнату для хранения гистологического архива	1, 2, 3, 4
1289	1	6	Б2.Б.1	В табель оборудования патологоанатомического отделения включают:	1. аппараты и приборы 2. медицинский инструментарий 3. реактивы, краски, химикаты, посуда 4. мебель и оборудование	1, 2, 3, 4
1290	1	7	Б1.Б.1	Основные задачи патологоанатомической службы:	1. прижизненная диагностика заболеваний на основе морфологических исследований биопсийного, операционного материалов, последствий 2. посмертная диагностика заболеваний на материалах патологоанатомических вскрытий с установлением причин и механизмов смерти 3. экспертиза качества лечебно-диагностической работы на основе клинимоρφологических сопоставлений 4. обеспечение достоверной информацией органов государственной статистики, органов управления здравоохранения о структуре заболеваемости, смертности населения по материалам патологоанатомических исследований	1, 2, 3, 4
1291	1	8	Б1.Б.1	Основные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя:	1. определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале 2. установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания 3. анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов	1, 2, 3

1292	1	9	Б1.Б.1	В должностные обязанности врача-патологоанатома входят	1. оценка предварительной информации и подготовка к проведению морфологического исследования 2. вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала 3. забор секционного материала для специальных исследований 4. микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала 5. в случае необходимости, привлечение консультантов и использование дополнительных методов исследования	1, 2, 3, 4
1293	1	10	Б1.Б.1	Должностные обязанности врача-патологоанатома:	1. вырезка совместно с лаборантом биопсийного, операционного и аутопсийного материала 2. дача указаний лаборанту о способах обработки и окраски вырезанного материала 3. микроскопическое исследование гистологических препаратов 4. анализ результатов дополнительных исследований 5. проведение бактериологического исследования	1, 2, 3, 4
1294	1	11	Б1.Б.1	В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:	1. оформление протокола патологоанатомического исследования и медицинской карты умершего, заключения о причине смерти и запись во врачебном свидетельстве о смерти 2. составление клинико-патологоанатомического эпикриза, констатация совпадения или расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов 3. выявление недостатков в диагностике и лечении больного 4. беседа с родственниками умершего с учетом требований этики и деонтологии	1, 2, 3, 4
1295	1	12	Б1.Б.1	В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:	1. заполнение врачебного свидетельства о смерти в соответствии с требованиями МКБ 2. выполнение производственных поручений заведующего отделением 3. оказывать консультативную помощь врачам других подразделений медицинской организации по своей специальности 4. дежурство по лечебному учреждению	1, 2, 3
1296	1	13	Б1.Б.1	Этапы коллегиального анализа летальных исходов в учреждениях здравоохранения:	1. проведение клинико-морфологических сопоставлений, анализа качества оказания медицинской помощи с участием лечащего врача у секционного стола 2. обсуждение случаев смерти больных в учреждении здравоохранения на заседаниях комиссии по исследованию летальных исходов 3. углублённый разбор наиболее сложных и спорных случаев на клинико-анатомических конференциях 4. контроль заведующего патологоанатомическим отделением за соблюдением стандартов патологоанатомической диагностики и экспертизы врачами отделения	1, 2, 3

1297	1	14	Б1.Б.1	При оформлении «Медицинского свидетельства о смерти» для определения причин смерти может использоваться:	1. вскрытие трупа 2. осмотр трупа 3. записи в медицинской документации 4. предшествующее наблюдение за больным	1, 3, 4
1298	1	15	Б1.Б.1	Установить причину смерти и оформить «Медицинское свидетельство о смерти» может:	1. врач, лечивший больного 2. фельдшер 3. патологоанатом 4. судебно-медицинский эксперт	1, 2, 3, 4
1299	1	16	Б1.Б.1	В случаях выявления злокачественных новообразований, инфекционных заболеваний, заболеваний, требующих гормональной, лучевой, цитостатической терапии и хирургических вмешательств, патогистологическое заключение подписывает:	1. врач-патологоанатом 2. зав. патологоанатомическим отделением 3. главный врач больницы 4. онколог	1, 2
1300	1	17	Б1.Б.1	Обязательному морфологическому исследованию подлежат органы и ткани	1. только в неясных случаях 2. для уточнения динамики болезни 3. для уточнения характера и тяжести поражения 4. удаленные во время хирургических операций	1, 2, 3, 4
1301	1	18	Б2.Б.1	Документация патологоанатомического отделения:	1. журналы для регистрации патологоанатомических вскрытий и выдачи трупов 2. протокол (карта) патологоанатомического исследования 3. бланки медицинских свидетельств о смерти 4. карта стационарного больного 5. карта амбулаторного больного	1, 2, 3
1302	1	19	Б2.Б.1	Документация секционного раздела работы патологоанатомического отделения включает в себя:	1. книга регистрации патологоанатомических вскрытий 2. протокол патологоанатомического исследования 3. врачебное свидетельство о смерти 4. книга выдачи трупов	1, 2, 3, 4
1303	1	20	Б2.В.1	Документация биопсийного и отчетного раздела работы патологоанатомического отделения включает в себя:	1. бланк направления на гистологическое исследование 2. алфавитную книгу биопсий 3. отчет о деятельности патологоанатомического отделения (количество вскрытий и биопсий) 4. протокол патологоанатомического исследования	1, 2, 3
1304	1	21	Б1.Б.1	Годовая нагрузка секционной работы на одну штатную должность врача-патологоанатома общесоматического профиля:	1. 100 вскрытий 1 категории сложности 2. 140 вскрытий 1 категории сложности 3. 150 вскрытий 1 категории сложности	4

				тического лечебно-профилактического учреждения составляет:	4. 200 вскрытий 1 категории сложности	
1305	1	22	Б2.В.1	Годовая нагрузка врача-патологоанатома, выполняющего только исследования биопсий, составляет:	1. 1000 биопсий 1 категории сложности 2. 2000 биопсий 1 категории сложности 3. 3000 биопсий 1 категории сложности 4. 4000 биопсий 1 категории сложности	1
1306	1	23	Б1.Б.1	Кто в лечебно-профилактическом учреждении принимает решение о проведении или отмене проведения патологоанатомического вскрытия?	1. лечащий врач 2. заведующий патологоанатомическим отделением 3. главный врач 4. заведующий клиническим отделением	3
1307	1	24	Б1.Б.1	Отмена вскрытия не разрешается в случаях:	1. пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток 2. подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний 3. неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) 4. после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного	1, 2, 3, 4
1308	1	25	Б1.Б.1	На выбор способа и порядка проведения патологоанатомического вскрытия влияют требования:	1. эффективной и безопасной работы сотрудников патологоанатомического отделения 2. исключение загрязнения окружающей среды 3. исключение действий, ведущих к обезображиванию трупа 4. полноценность исследования органов и систем умершего 5. просьбы родственников умершего	1, 2, 3, 4
1309	1	26	Б1.Б.1	Разрешение на выдачу без вскрытия тела умершего в стационаре может дать:	1. главный врач учреждения здравоохранения 2. заместитель главного врача учреждения здравоохранения по лечебной работе 3. дежурный врач больницы при отсутствии зам. главного врача по лечебной работе 4. заведующий патологоанатомическим отделением учреждения здравоохранения	1, 2, 3
1310	1	27	Б1.Б.1	Тело умершего направляется на судебно-медицинское исследование, если смерть последовала от:	1. механических повреждений и асфиксии 2. отравлений 3. искусственного аборта и насильственных причин 4. действия крайних температур и электричества 5. подозрении на ятрогенную патологию	1, 2, 3, 4
1311	1	28	Б1.Б.1	Имеют право присутствовать на вскрытии:	1. родственники умершего, либо их доверенное лицо 2. врач-патологоанатом, приглашенный родственниками умершего 3. лечащие врачи 4. врачи отделения, где умер больной заведующий отделением, где умер больной	2, 3, 4, 5

1312	2	29	Б1.Б.2	С какими дисциплинами не связана система наук о труде и персонале?	1. экономика труда 2. транспортные системы 3. психология 4. физиология труда 5. социология труда	2
1313	2	30	Б1.Б.2	Должностная инструкция работника разрабатывается с целью:	1. определение определенных квалификационных требований, обязанностей, прав и ответственности персонала предприятия 2. найма работника на предприятие 3. отбора персонала для занимания определенной должности 4. согласно действующему законодательству 5. достижения стратегических целей предприятия.	1
1314	2	31	Б1.Б.2	Функции управления персоналом представляют собой:	1. комплекс направлений и подходов работы в с кадрами, ориентированный на удовлетворение производственных и социальных потребностей предприятия 2. комплекс направлений и подходов по повышению эффективности функционирования предприятия 3. комплекс направлений и подходов по увеличению уставного фонда организации 4. комплекс направлений и подходов по совершенствованию стратегии предприятия 5. комплекс направлений и мероприятий по снижению себестоимости продукции	1
1315	2	32	Б1.Б.2	Потенциал специалиста – это:	1. совокупность возможностей, знаний, опыта, устремлений и потребностей 2. здоровье человека 3. способность адаптироваться к новым условиям 4. способность повышать квалификацию без отрыва от производства 5. способность человека производить продукцию	1
1316	2	33	Б1.Б.2	Горизонтальное перемещение сотрудника предусматривает такую ситуацию:	1. переводение с одной работы на другую с изменением заработной платы или уровня ответственности 2. переводение с одной работы на другую без изменения заработной ты или уровня ответственности 3. освобождение рабочего 4. понижение рабочего в должности 5. повышение рабочего в должности	1

1317	2	34	Б1.Б.2	Какой раздел не содержит должностная инструкция?	1. общие положения 2. основные задачи 3. должностные обязанности 4. управленческие полномочия 5. выводы	5
1318	2	35	Б1.Б.2	Сущность социально-психологического аспекта управления персоналом состоит в следующем:	1. отражает уровень развития конкретного производственного процесса, особенности используемых в нем технологии и др. 2. отражает вопросы социально-психологического обеспечения управления персоналом, внедрения различных социологических и психологических процедур в практику кадровой работы 3. содержит вопросы, связанные с планированием численности и состава персонала, их материального стимулирования, использованием рабочего времени, организации делопроизводства 4. включает вопросы соблюдения трудового законодательства в кадровой работе	2
1319	2	36	Б1.Б.2	Сущность организационно-экономического аспекта управления персоналом	1. содержит вопросы, связанные с планированием численности и состава персонала, их материального стимулирования, использованием рабочего времени, организации делопроизводства 2. предусматривает решение вопросов, связанных с воспитанием кадров, наставничеством 3. включает вопросы соблюдения трудового законодательства в кадровой работе 4. отражает уровень развития конкретного производства, особенности используемых в нем техники и технологии, производственные условия и др.	1
1320	2	37	Б1.Б.2	Физически развитая часть населения, обладающая умственными способностями и знаниями, которые необходимы для работы:	1. рабочая сила 2. трудовые ресурсы 3. трудовой потенциал 4. персонал	2
1321	2	38	Б1.Б.2	Работники предприятия, работающих по найму и имеющих трудовые отношения с работодателем:	1. трудовые ресурсы 2. человеческие ресурсы 3. персонал 4. трудовой потенциал	3
1322	2	39	Б1.Б.2	Процесс усовершенствования моральных, психологических, социальных, профессиональных и физических качеств личности в их единстве:	1. духовное развитие личности 2. нравственное развитие личности 3. гармоничное развитие личности 4. профессиональное развитие личности.	3

1323	2	40	Б1.Б.2	При участии в процессе производства и управления персонал делится на:	1. руководителей и специалистов 2. основной и обслуживающий персонал 3. основной, вспомогательный и обслуживающий персонал 4. производственный и управленческий персонал	4
1324	2	41	Б1.Б.2	Основными функциями системы управления	1. анализ, планирование, мотивация и контроль 2. учет, аудит, планирование, прогнозирование, контроль 3. планирование, организация, мотивация, контроль, регулирование 4. планирование, прогнозирование, организация, мониторинг, контроль.	3
1325	2	42	Б1.Б.2	По содержанию оказания влияния на исполнителей методы управления персоналом подразделяются	1. организационные, экономические, психологические 2. экономические, распорядительные, социальные 3. административные, организационные, социально-психологические 4. административные, экономические, социально-психологические.	4
1326	2	43	Б1.Б.2	К общим принципам управления персоналом относятся:	1. научность, непрерывность, нормативность, экономичность 2. комплексность, плановость, заинтересованность, ответственность 3. научность, системность, непрерывность, нормативность 4. все вышеперечисленные.	4
1327	2	44	Б1.Б.2	В историческом развитии в управлении персоналом можно выделить последовательную смену следующих современных концепций и подходов:	1. управление трудовыми ресурсами, управление персоналом, управление человеческими ресурсами, управление трудовым потенциалом, управления человеческим капиталом 2. управление персоналом, управление кадрами, управление человеком 3. менеджмент персонала, управление трудовыми ресурсами, управление человеческими ресурсами, управление человеком 4. управление кадрами, управление персоналом.	1
1328	2	45	Б1.Б.2	Группа качеств работника в которую входят: честность, образованность, ответственность, порядочность, уважение к людям:	1. личностная 2. социальная 3. адаптационная 4. культурная.	1
1329	2	46	Б1.Б.2	Группа качеств работника, в которую входят: сообразительность, способность к быстрой адаптации, стрессоустойчивость, обучаемость:	1. личностная 2. социальная 3. адаптационная 4. культурная.	3
1330	2	47	Б1.Б.2	Факторами формирования организационного поведения личности, которые определяют поведение в зависимости от взаимоотношений индивидов, являются:	1. культурологические 2. социально-психологические 3. биопсихологических 4. демографические.	2

1331	2	48	Б1.Б.2	Социальная структура персонала – это:	1. совокупность групп, классифицированных по уровню образования, стажу работы, полу, возрасту, национальности, семейному положению, направлением мотивации и т.д. 2. количественно-профессиональный состав персонала, размеры оплаты труда и фонд заработной платы работников 3. состав и распределение творческих, коммуникативных и поведенческих ролей между отдельными работниками 4. классификация работников в зависимости от выполняемых функций.	1
1332	2	49	Б1.Б.2	Штатная структура персонала – это:	1. состав и распределение творческих, коммуникативных и поведенческих ролей между отдельными работниками 2. совокупность групп классифицированных по уровню образования, стажу работы, полу, возрасту, национальности, семейному положению, направлением мотивации и т.д. 3. количественно-профессиональный состав персонала, размеры оплаты труда и фонд заработной платы работников 4. классификация работников в зависимости от выполняемых функций	3

1333	1	50	Б1.Б.1	В современных социально-экономических условиях в России, как и в других развитых странах, стало неизбежным реформирование системы охраны здоровья населения, введение страховой медицины при сохранении и развитии лучших традиций отечественного здравоохранения. В связи с этим возросла роль патологоанатомической службы, деятельность которой направлена на обеспечение качества диагностики, а также на улучшение лечебно-диагностической работы. 1. В чем состоит диагностическая и экспертная роль патологоанатомической службы? 2. Что входит в понятие «информационно-статистическая функция патологоанатомической службы»? 3. Каким путем решаются учебно-педагогические и научно-исследовательские задачи в рамках патологоанатомической службы? 4. Что является основой деятельности патологоанатомической службы?	1. Прижизненная диагностика заболеваний и патологических процессов с помощью морфологических исследований биоптатов, операционного материала и последов; контроль за эффективностью лечения путем производства повторных прижизненных морфологических исследований; учет результатов окончательной диагностики заболеваний и патологических процессов по материалам вскрытий с установлением причин и механизмов смерти; экспертиза качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений. 2. Анализ структуры заболеваемости и причин смерти населения по материалам вскрытий; обеспечение достоверной информацией органов управления здравоохранением о структуре заболеваемости и причин смерти.	
------	---	----	--------	--	--	--

					3. Представления материалов патологоанатомических исследований для обучения врачей и средних медицинских работников; совершенствование профессионального мастерства и развития клинического мышления врачей различных специальностей на основе клинко-анатомических сопоставлений; научная разработка материалов патологоанатомических исследований. 4. Основой деятельности патологоанатомической службы является определение морфологического субстрата конкретных болезней человека, т.е. нозологических единиц, в том числе и все более возрастающая их прижизненная диагностика.
1334	1	51		Ключевой фигурой в патологоанатомической службе является врач-патологоанатом. Эффективность работы патологоанатома зависит от его профессиональных и личных качеств: высокого профессионализма, исполнительской дисциплины, инициативы, организаторских способностей и умения общаться с людьми, соблюдение врачебной этики, гуманности, воспитания. 1. В чем заключается подготовка врача-патологоанатома к морфологическим исследованиям? 2. Что должен делать патологоанатом при гистологическом исследовании препаратов? 3. Правила постановки патологоанатомического диагноза?	1. Проконтролировать готовность помещения и оборудования, подготовить к проведению исследования необходимые инструменты, аппараты, составить план целенаправленного морфологического исследования и определить порядок его осуществления. 2. Составить макроскопическое описание органов и тканей, вырезать из присланного материала кусочки для последующего гистологического исследования, выбрать методы фиксации, обработки и окраски материала, определить число гистологических препаратов. 3. Выставить диагноз с учетом требований МКБ-10, определить основное заболевание, выявить наличие осложнений основного заболевания, установить диагнозы сопутствующих заболеваний, выявить непосредственную причину смерти.

Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-8)

Модули:

Б1.Б.1. Патологическая анатомия

Б1.Б.6. Судебно-медицинская экспертиза

№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
1335	2	1	Б1.Б.1	К ятрогениям следует относить те патологические процессы, которые возникли:	1. как результат действия правильно, своевременно и по показаниям проведенных медицинских мероприятий (диагностических, лечебных и др.) 2. в результате высказывания медицинскими работниками, обладающими прямыми распорядительными и исполнительными функциями, в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей 3. как результат действия ошибочных, проведенных с дефектами медицинских мероприятий (диагностических, лечебных и др.) 4. в результате недостаточно проверенного или чрезмерно радикального метода лечения 5. вследствие недоступности необходимых для данного диагноза дополнительных обследований 6. вследствие отсутствия необходимого лекарственного препарата	1, 2, 3, 4
1336	2	2	Б1.Б.1	Термины «ятрогения» или «ятрогенное осложнение» используются:	1. в заключении о причине смерти 2. в клинко-анатомическом эпикризе протокола патологоанатомического исследования (как запись личного мнения врача-патологоанатома) 3. в карте экспертной оценки летального исхода на основании результатов патологоанатомического вскрытия 4. в медицинском свидетельстве о смерти 5. в медицинских документах клинко-экспертных комиссий 6. в отчетных формах патологоанатомических и иных медицинских учреждений	2, 3, 5, 6
1337	2	3	Б1.Б.1	Какие специалисты квалифицируют ятрогенный процесс, выявленный на вскрытии или в результате биопсийного исследования:	1. врач-патологоанатом, производивший исследование 2. врач-патологоанатом совместно с заведующим патологоанатомическим отделением 3. главный врач медицинского учреждения после консультации с приглашенными внештатными консультантами высшей категории;	4

					4. члены клинико-экспертной комиссии медицинского учреждения 5. в результате судебного разбирательства	
1338	2	4	Б1.Б.1	Какая формулировка наиболее полно характеризует термин «врачебная (медицинская) ошибка»?	1. является ятрогенией, это тождественные понятия 2. не является ятрогенией; но может служить причиной дальнейшего развития ятрогении 3. это устаревшее понятие, которое в настоящее время обозначают термином «ятрогения» 4. не может служить причиной дальнейшего развития ятрогении 5. это пример небрежности медицинских работников и фармацевтов	2
1339	2	5	Б1.Б.1	К постреанимационным осложнениям у оживленных относят:	1. postanоксическую энцефалопатию 2. кардио-пульмональный синдром 3. печеночно-почечный синдром 4. перелом ребер	1, 2, 3, 4
1340	2	6	Б1.Б.1	Осложнения интенсивной терапии и реанимации делят на:	1. травматические 2. трансфузионные и перфузионные 3. детоксикационные	1, 2, 3
1341	2	7	Б1.Б.1	В патологоанатомическом диагнозе проявления реанимационной патологии вносятся:	1. в основное заболевание и осложнение 2. в сопутствующие заболевания 3. в отдельную строку диагноза, после сопутствующих заболеваний	1
1342	2	8	Б1.Б.1	При лекарственной болезни учитывается в качестве основного заболевания и первоначальной причины смерти:	1. передозировка правильно назначенного лекарства 2. выдача по ошибке неназначенного врачом лекарства 3. неблагоприятные последствия правильно назначенного лекарства 4. отказ от приема лекарства	1, 2, 3
1343	2	9	Б1.Б.1	К случайному нанесению вреда больному при выполнении медицинской процедуры относят:	1. выполнение несоответствующей показаниям операции 2. дефект введения или удаления инструмента 3. дефект, связанный с наложением швов	1, 2, 3
1344	2	10	Б1.Б.1	К случайному нанесению вреда больному при выполнении медицинской процедуры относят:	1. ранение, прокол или прободение органа 2. несовместимость группы крови при переливании 3. передозировку при лучевой терапии 4. насильное кормление	1, 2, 3
1345	2	11	Б1.Б.6	За рамки компетенции судебно-медицинской экспертной комиссии выходит вопрос о	1. правильности лечения 2. виновности врача 3. причине смерти больного 4. наличии причинной связи между лечением и наступлением смерти 5. полноте объема обследования	2

1346	2	12	Б1.Б.6	Обстоятельство, исключаящее уголовную ответственность врача за неоказание медицинской помощи	1. окончание рабочего дня 2. болезнь врача 3. выходной день у врача 4. несовпадение профиля болезни со специализацией врача 5. проживание больного на другом участке	2
1347	2	13	Б1.Б.6	К должностным преступлениям относят:	1. халатность 2. незаконное помещение в психиатрический стационар 3. оставление в опасности 4. хищение наркотических средств 5. заражение ВИЧ-инфекцией	1
1348	2	14	Б1.Б.6	Халатность	1. явление, не наносящее вред обществу в целом 2. умышленное преступление 3. невыполнение должностным лицом своих обязанностей 4. добросовестное заблуждение врача 5. невозможность предвидеть последствия	3
1349	2	15	Б1.Б.6	Врачебная ошибка	1. явление, не наносящее вред обществу в целом 2. умышленное преступление 3. невыполнение должностным лицом своих обязанностей 4. добросовестное заблуждение врача 5. невозможность предвидеть последствия	4
1350	2	16	Б1.Б.6	Несчастный случай	1. явление, не наносящее вред обществу в целом 2. умышленное преступление 3. невыполнение должностным лицом своих обязанностей 4. добросовестное заблуждение врача 5. невозможность предвидеть последствия	5
1351	2	17	Б1.Б.6	Врачебной ошибкой считается:	1. искреннее заблуждение врача, обусловленное несовершенством медицинской науки 2. ошибочное действие медицинского персонала, являющееся нарушением действующих инструкций 3. нарушение лечебно-диагностического процесса из-за незнания врача 4. неправильное оказание медицинской помощи при отсутствии умысла причинить вред больному	1
1352	2	18	Б1.Б.6	Какие врачебные ошибки могут быть обнаружены при производстве СМЭ по «врачебным делам»?	1. диагностические 2. лечебные 3. организационные 4. по оформлению медицинской документации	1, 2, 3, 4

1353	2	19	Б1.Б.6	Под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей понимается:	1. сознательное нарушение правил предосторожности, влекущее смерть пациента 2. несоответствие психофизиологических особенностей врача требованиям специальности 3. любые отступления от заданных законом условий 4. совершение деяний, не отвечающих официальным требованиям	4
1354	2	20	Б1.Б.6	Медицинская деонтология это:	1. раздел психологии, изучающий особенности общения медицинского персонала и пациентов 2. учение о приемах диагностики заболеваний на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи 3. раздел судебной медицины, изучающий особенности построения экспертных выводов 4. учение о способах оценки качества оказания медицинской помощи 5. учение о должном поведении врача, направленном на оказание медицинской помощи	5
1355	2	21	Б1.Б.6	В каких случаях действия врача расцениваются как врачебная ошибка:	1. объективные трудности диагностики 2. недостаточный опыт врача 3. неоказание помощи больному 4. индивидуальная особенность течения болезни 5. отсутствие средств диагностики и лечения	1, 2, 4
1356	2	22	Б1.Б.6	В основе врачебных ошибок НЕ может лежать:	1. объективная трудность диагностики 2. недостаточный опыт врача 3. неоказание помощи больному 4. индивидуальные особенности течения болезни 5. отсутствие средств диагностики и лечения	3
1357	2	23	Б1.Б.6	Обстоятельства, исключаящие гражданскую ответственность за причинение вреда при оказании медицинской помощи (услуги):	1. вред, возникший вследствие грубой неосторожности самого потерпевшего, 2. вред, возникший вследствие врачебной ошибки 3. вред, возникший вследствие непреодолимой силы 4. вред, возникший вследствие недобросовестного отношения медицинского работника к своим профессиональным обязанностям.	1, 3
1358	2	24	Б1.Б.6	Какую из ниже перечисленных причин неоказания медицинской помощи можно рассматривать как уважительную?	1. отсутствие доступа к больному 2. отсутствие у медицинского работника специальной подготовки 3. болезнь медицинского работника, требующая постельного режима 4. занятость лечением другого более тяжело больного человека	1, 3, 4
1359	2	25	Б1.Б.6	Причиной врачебной ошибки может служить:	1. неполноценное обследование больного 2. несовершенство современных представлений об этиологии и патогенезе заболевания	2, 4

					3. халатность врача 4. атипичность течения заболевания	
1360	2	26	Б1.Б.6	Врач может быть привлечен к уголовной ответственности, если:	1. неблагоприятный исход болезни был обусловлен некачественным обследованием больного 2. неблагоприятный исход болезни был обусловлен дефектами в лечении больного 3. смерть больного обусловлена ненадлежащим выполнением врачом своих профессиональных обязанностей 4. смерть больного наступила из-за несчастного случая	1, 2, 3
1361	2	27	Б1.Б.6	Уважительной причиной отказа в оказании неотложной медицинской помощи обычно признают:	1. болезнь медицинского работника; 2. оказание медицинским работником помощи другому, более тяжелому больному 3. отсутствие транспортного средства; 4. некомпетентность медицинского работника.	1, 2
1362	2	28	Б1.Б.6	В соответствии с ФЗ № 323 Об основах охраны здоровья граждан в РФ, качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, включающих:	1. отсутствие жалоб со стороны пациента на качество оказания медицинской помощи 2. своевременность оказания медицинской помощи 3. правильность выбора методов диагностики, профилактики, лечения, реабилитации 4. соответствие материально-технического обеспечения ЛПУ современным достижениям медицинской науки 5. степень достижения результата оказания медицинской помощи	2, 3, 5
1363	2	29	Б1.Б.6	Реанимационные мероприятия не проводятся (в соответствии с ФЗ № 323, Правилами определения момента смерти человека, Правилами прекращения реанимационных мероприятий):	1. в случае наступления клинической смерти 2. в случае наступления биологической смерти 3. в случае достоверно установленных неизлечимых заболеваний, травм, несовместимых с жизнью 4. при наличии ориентирующих признаков наступления смерти	2, 3
1364	2	30	Б1.Б.6	Обоснованный риск медицинского вмешательства отвечает следующим условиям:	1. возможность достижения полезной цели доказана опытными данными 2. полезная цель не может быть достигнута другими методами 3. наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно 4. согласие пациента на медицинское вмешательство 5. извещение руководство лечебного учреждения о планируемом вмешательстве	1, 2, 3, 4
1365	2	31	Б1.Б.6	Что лежит в основе врачебной ошибки:	1. несовершенство современных методов исследования 2. объективные внешние условия 3. недостаточный опыт врача 4. заблуждение, основанное на невежестве врача	1, 2, 3

1366	2	32	Б1.Б.6	Перечислите основные вопросы, решаемые судебно-медицинской экспертизой по уголовным делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников:	1. правильно и своевременно ли диагностировано имевшееся у пациента повреждение или заболевание? 2. правильно, своевременно и эффективно ли осуществлялось лечение пациента? 3. кто конкретно из медицинских работников несет ответственность за неблагоприятный исход лечения? 4. имеются ли в действиях медицинских работников признаки профессионального преступления?	1, 2
1367	2	33	Б1.Б.6	В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии при оценке качества оказания медицинской помощи входит определение:	1. дефектов при оказании медицинской помощи 2. виновности конкретных медицинских работников в наступлении неблагоприятного исхода лечения 3. халатность в действиях врача или среднего медицинского работника при оказании помощи пациенту 4. причинно-следственной связи дефекта медицинской помощи и неблагоприятного исхода	1, 4
1368	2	34	Б1.Б.6	К объективным трудностям при оказании медицинской помощи относят:	1. бессознательное состояние пациента 2. позднее обращение за медицинской помощью 3. отсутствие необходимых диагностических средств 4. недостаточная квалификация медицинского работника	1, 2, 3
1369	2	35	Б1.Б.6	Врачебные ошибки могут быть:	1. организационными 2. диагностическими 3. тактическими 4. техническими 5. лечебными	1, 2, 3, 4, 5
1370	2	36	Б1.Б.6	Судебно-медицинская экспертная комиссия при разборе так называемых врачебных дел решает следующие вопросы:	1. какова причина смерти больного 2. правильно ли было проведено обследование и лечение больного 3. какие упущения были допущены при лечении больного 4. виновен ли медицинский персонал в допущенных ошибках, и если да, то кто именно	1, 2, 3
1371	2	37	Б1.Б.6	Врач будет привлечен к уголовной ответственности в следующих случаях:	1. неблагоприятный исход обусловлен несовершенством методов диагностики и атипичностью заболевания 2. смерть больного обусловлена профессиональным невежеством врача 3. врач не мог предвидеть неблагоприятный исход назначенного лечения 4. смерть больного обусловлена ненадлежащим выполнением врачом своих профессиональных обязанностей	2, 4

Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-9)						
Модули:						
Б2.Б.1. Производственная (клиническая) практика (базовая)						
Б1.Б.4. Медицина чрезвычайных ситуаций						
№	Год обучения	по компетенции	Модуль	Тестовое задание		Эталон ответа
				Вопрос	Варианты ответов	
1372	1	1	Б2.Б.1	Реаниматология изучает вопросы	1. диагностики клинической смерти; 2. лечения постреанимационной болезни; 3. профилактики экстремальных состояний; 4. функционирования основных жизненных систем.	1, 2
1373	1	2	Б2.Б.1	Реанимация – это процесс	1. замещения функции дыхания; 2. защиты пациента от операционной травмы; 3. лечения терминальных состояний; 4. оживления организма.	4
1374	1	3	Б2.Б.1	К методам интенсивной терапии не относится	1. ИВЛ; 2. СЛР; 3. гемодиализ; 4. парентеральное питание.	2
1375	1	4	Б2.Б.1	Терминальное состояние расценивается как	1. глубокое нарушение жизненно важных функций; 2. пограничное состояние между жизнью и смертью; 3. пограничное состояние между нормой и патологией; 4. состояние нарушенного сознания.	1, 2
1376	1	5	Б2.Б.1	К терминальным состояниям относится	1. биологическая смерть; 2. период агонии; 3. постреанимационная болезнь; 4. продромальный период.	2
1377	1	6	Б2.Б.1	Редкие, глубокие, короткие судорожные дыхательные движения характерны для дыхания	1. Биота; 2. Куссмауля; 3. Чейн-Стокса; 4. агонального.	1

1378	1	7	Б2.Б.1	Стадия терминального состояния, для которой характерны спутанность сознания, низкое АД или его отсутствие, бледность или цианоз, частое и поверхностное дыхание	1. агония; 2. клиническая смерть; 3. предагония; 4. терминальная пауза.	3
1379	1	8	Б2.Б.1	Состояние, при котором необходимо приступить к сердечно-легочной реанимации	1. биологическая смерть; 2. клиническая смерть; 3. повреждения, не совместимые с жизнью; 4. терминальная стадия.	2
1380	1	9	Б2.Б.1	Укажите основную причину остановки сердечной деятельности у взрослых пациентов:	1. нейрорефлекторная 2. нарушения центральной регуляции сердечной деятельности 3. шоки 4. декомпенсация кислотно-щелочного состояния 5. ИБС	5
1381	1	10	Б2.Б.1	В основе внезапной коронарной смерти лежит	1. артериальная гипертензия; 2. гипертрофия желудочков; 3. фибрилляция желудочков; 4. централизация кровообращения.	3
1382	1	11	Б2.Б.1	Достоверные признаки клинической смерти	1. отсутствие дыхания, отсутствие сердцебиения, отсутствие сознания, расширенные зрачки без реакции на свет; 2. поверхностное и учащенное дыхание, узкие зрачки без реакции на свет, нитевидный пульс; 3. судороги, холодные конечности, тахипноэ, гипотензия; 4. фибрилляция желудочков, пульс малого наполнения, диспноэ, цианоз.	1
1383	1	12	Б2.Б.1	Достоверный признак остановки сердца	1. апноэ; 2. отсутствие пульса на сонной артерии; 3. отсутствие сознания; 4. широкий зрачок без реакции на свет.	2
1384	1	13	Б2.Б.1	Выберите клинические симптомы остановки сердца и временную последовательность их возникновения:	1. диффузный цианоз 2. артериальная гипотония, нитевидный пульс 3. отсутствие пульса в проекции сонных артерий 4. потеря сознания 5. расширение зрачков 6. непроизвольные акты мочеиспускания и дефекации 7. клонико-тонические судороги 8. остановка дыхания	3, 4, 5, 6, 7, 8

1385	1	14	Б2.Б.1	Основными признаками остановки кровообращения являются:	1. отсутствие самостоятельного дыхания 2. отсутствие пульса на сонной артерии 3. отсутствие сознания 4. расширение зрачков 5. все ответы правильные	5
1386	1	15	Б2.Б.1	Основные признаки клинической смерти	1. нитевидный пульс на сонной артерии; 2. отсутствие пульса на лучевой артерии; 3. отсутствие пульса на сонной артерии; 4. расширение зрачков.	3, 4
1387	1	16	Б2.Б.1	Продолжительность клинической смерти у взрослого человека в обычных условиях внешней среды	1. 1 – 2 мин; 2. 10 – 15 мин; 3. 20 мин; 4. 3 – 5 мин.	4
1388	1	17	Б2.Б.1	Показания для сердечно-легочной реанимации	1. агония и предагональное состояние; 2. все внезапно развившиеся терминальные состояния; 3. клиническая смерть; 4. клиническая смерть и биологическая смерть.	3
1389	1	18	Б2.Б.1	Основные мероприятия при выведении из клинической смерти	1. дать понюхать нашатырный спирт; 2. проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ); 3. проведение непрямого массажа сердца и ИВЛ; 4. разгибание головы.	3
1390	1	19	Б2.Б.1	Что следует сделать немедленно при остановке сердечной деятельности из перечисленного?	1. записать ЭКГ 2. начать непрямой массаж сердца и искусственное дыхание 3. внутрисердечно ввести адреналин 1 мл 0,1% р-ра 4. выполнить интубацию трахеи 5. обеспечить венозный доступ	2
1391	1	20	Б2.Б.1	Искусственное поддержание гемодинамики – это	1. второй этап; 2. первый этап; 3. приоритетный этап; 4. третий этап.	2
1392	1	21	Б2.Б.1	Первый этап реанимационных мероприятий	1. «тройной прием Сафара»; 2. ИВЛ; 3. непрямой массаж сердца; 4. обеспечение проходимости дыхательных путей.	3

1393	1	22	Б2.Б.1	Непрямой массаж сердца проводится в положении	1. лежа на деревянном щите; 2. лежа на спине на твердой поверхности; 3. произвольном; 4. с опущенной вниз головой.	2
1394	1	23	Б2.Б.1	При проведении непрямого массажа сердца компрессию на грудину взрослого человека производят	1. всей ладонью; 2. одним пальцем; 3. проксимальной частью ладони; 4. тремя пальцами.	3
1395	1	24	Б2.Б.1	Расположение ладони при проведении непрямого массажа сердца	1. в 5-ом межреберном промежутке слева; 2. на границе верхней и средней трети грудины; 3. на нижней трети грудины; 4. на середине грудины.	4
1396	1	25	Б2.Б.1	Смещаемость грудины к позвоночнику при непрямом массаже сердца у взрослого человека	1. 1,5 – 2 см; 2. 2 – 4 см; 3. 5 см; 4. 7 – 8 см.	3
1397	1	26	Б2.Б.1	Соотношение компрессий на грудину и дыханий при проведении реанимации взрослому человеку	1. на 15 компрессий – 2 вдоха; 2. на 30 компрессий – 2 вдоха; 3. на 4 компрессии – 2 вдох; 4. на 5 компрессий – 1 вдох.	2
1398	1	27	Б2.Б.1	Оптимальная частота компрессий грудной клетки в минуту при проведении непрямого массажа сердца:	1. 40-60 4. около 100 2. 60 5. 110-120 3. 60-80	5
1399	1	28	Б2.Б.1	Об эффективности компрессий грудной клетки свидетельствуют:	1. наличие пульса на сонной артерии и сужение зрачков 2. уменьшение цианоза 3. сухие склеры глазных яблок 4. восстановление сознания 5. восстановление самостоятельного дыхания	2
1400	1	29	Б2.Б.1	Признак эффективности реанимационных мероприятий	1. зрачки широкие; 2. отсутствие пульсовой волны на сонной артерии; 3. отсутствие экскурсий грудной клетки; 4. появление самостоятельного дыхания, сужение зрачков	4
1401	1	30	Б2.Б.1	Эффективность ИВЛ у пациента визуально при ОДН оценивается	1. бледность кожных покровов; 2. исчезновение потливости;	2, 3

					3. нормализация окраски кожи; 4. расширение зрачков.	
1402	1	31	Б2.Б.1	Наличие у больного дыхания при проведении СЛР определяют	1. наклоном щекой к лицу больного; 2. подсчетом дыхательных движений; 3. приемом Геймлиха; 4. спирометрией.	1
1403	1	32	Б2.Б.1	Тройной прием Сафара обеспечивает	1. адекватное кровообращение; 2. адекватный уровень АД; 3. проходимость дыхательных путей; 4. устойчивое положение туловища.	3
1404	1	33	Б2.Б.1	«Тройной прием Сафара» для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей включает	1. голова отогнута кзади, нижняя челюсть выдвинута вперед, ротовая полость открыта; 2. положение на спине, голова повернута на бок, нижняя челюсть выдвинута вперед; 3. положение на спине, голова согнута кпереди, нижняя челюсть прижата к верхней; 4. положение на спине, под лопатки подложен валик, нижняя челюсть прижата к верхней.	1
1405	1	34	Б2.Б.1	При неэффективной вентиляции следует:	1. запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжить реанимационные мероприятия 2. опустить головной конец 3. приподнять головной конец 4. позвать другого анестезиолога	1
1406	1	35	Б2.Б.1	Закрытие вдоха в гортань корнем языка предупреждает	1. введение воздуховода; 2. поворот головы на бок; 3. положение полусидя; 4. прием Геймлиха.	1
1407	1	36	Б2.Б.1	ИВЛ при остановке сердца может производиться	1. изо рта в рот 2. изо рта в нос 3. с помощью мешка Амбу 4. через воздуховод 5. через интубационную трубку	1, 2, 3, 4, 5
1408	1	37	Б2.Б.1	Самый эффективный метод ИВЛ при проведении реанимационных мероприятий	1. с помощью дыхательных усилий реаниматора 2. масочная ИВЛ 3. через ларингеальную маску, combitube 4. аппаратная ИВЛ через интубационную трубку	4

1409	1	38	Б2.Б.1	Самый частый ЭКГ-признак внезапной смерти	1. асистолия; 2. полная атриовентрикулярная блокада; 3. фибрилляция желудочков; 4. экстремальная синусовая брадикардия.	3
1410	1	39	Б2.Б.1	Фибрилляция желудочков приводит	1. к аритмии и атриовентрикулярной блокаде; 2. к остановке сердечной деятельности; 3. к отеку легких; 4. к тампонаде сердца.	2
1411	1	40	Б2.Б.1	Состояние, при котором используют дефибрилляцию	1. асистолия; 2. атриовентрикулярная блокада; 3. фибрилляция; 4. электромеханическая диссоциация.	3
1412	1	41	Б2.Б.1	При фибрилляции желудочков используется:	1. электрическая дефибрилляция 2. введение солей калия 3. введение солей кальция 4. введение солей магния 5. электрокардиостимуляция	1
1413	1	42	Б2.Б.1	Электрическая дефибрилляция неэффективна при:	1. фибрилляции желудочков 2. асистолии 3. идиовентрикулярном ритме 4. фибрилляции предсердий	2
1414	1	43	Б2.Б.1	При регистрации на ЭКГ фибрилляции желудочков могут быть показаны:	1. проведение электрической дефибрилляции 2. продолжение наружного массажа сердца между разрядами дефибриллятора 3. внутрисердечное введение 2 мг адреналина в разведении 1:10 4. в/в введение 1 мг атропина 5. в/в введение антифибрилляторных средств (кордарона, лидокаина) при неэффективности электрической дефибрилляции	1, 2, 5
1415	1	44	Б2.Б.1	В отношении пароксизма мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий) выберите верные утверждения:	1. пароксизм может быть спровоцирован внутрисосудистой инъекцией местного анестетика, содержащего адреналин в качестве адъюванта 2. для купирования эффективны вагусные пробы 3. пульс аритмичный с частотой 100-200 уд. в мин, может отмечаться дефицит пульса 4. для купирования приступа можно использовать анаприлин, корвалол, панангин 5. для купирования эффективно в/в введение 10 мл 25% раствора сульфата магния	1, 3, 4

1416	1	45	Б2.Б.1	При проведении электрической дефибрилляции рекомендована последовательность разрядов со значениями энергии:	1. 100 Дж – 150 Дж – 200 Дж 2. Все разряды с энергией 200 Дж 3. 200 Дж – 300 Дж – 360 Дж 4. 200 Дж- 250 Дж – 300 Дж 5. все разряды с энергией 300 Дж	3
1417	1	46	Б2.Б.1	О смерти мозга свидетельствуют результаты	1. ЭКГ; 2. спирометрии; 3. фонокардиографии; 4. электроэнцефалограммы.	4
1418	1	47	Б2.Б.1	Противопоказания для проведения сердечно-легочной реанимации	1. алкоголизм, психические заболевания; 2. заведомо неизлечимые заболевания в последней стадии развития; 3. старческий возраст; 4. травмы, не совместимые с жизнью.	2, 4
1419	1	48	Б2.Б.1	Признак биологической смерти	1. арефлексия; 2. максимальное расширение зрачка; 3. симптом «кошачьего зрачка»; 4. фибрилляция желудочков.	3
1420	1	49	Б2.Б.1	Признаки биологической смерти	1. наличие трупных пятен, помутнение роговицы; 2. отсутствие пульса, дыхания, АД; 3. отсутствие рефлексов роговицы; 4. отсутствие сознания.	1
1421	1	50	Б2.Б.1	При остановке сердца применяется сочетание препаратов	1. адреналин, кордарон; 2. атропин, мезатон, гидрокарбонат натрия; 3. кальция хлорид, лидокаин, мезатон; 4. эуфиллин, калия хлорид, гидрокарбонат натрия.	1
1422	1	51	Б2.Б.1	Первая медикаментозная помощь при проведении реанимационных мероприятий:	1. введение 1 мг адреналина 2. введение 10 мг адреналина 3. введение 1 мг атропина 4. инфузия 200 мл 5% р-ра бикарбоната натрия 5. введение 2 мг норадреналина	1
1423	1	52	Б2.Б.1	Какие препараты применяются при остановке кровообращения:	1. атропин, мезатон, гидрокарбонат натрия 2. адреналин, атропин, гидрокарбонат натрия 3. строфантин, кальция хлорид, гидрокарбонат натрия 4. эуфиллин, калия хлорид, гидрокарбонат натрия 5. кальция хлорид, лидокаин, мезатон	2

1424	1	53	Б2.Б.1	Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому	1. 0,5 – 1,0 мл 0,1% раствора; 2. 1,0 – 1,5 мл 0,1% раствора; 3. 2,0 мл 0,1% раствора; 4. до 0,5 мл 0,1% раствора.	1
1425	1	54	Б2.Б.1	При развитии коллапса в условиях поликлиники показано:	1. уложить пациента в горизонтальное положение с подъемом ног 2. произвести венепункцию и ввести в/в 200-400 мл 0,9% хлорида натрия 3. в/м введение 2,0 мл кордиамина 4. вдыхание паров нашатырного спирта 5. в/в или в/м введение 60-90 мг преднизолона	1, 2, 5
1426	1	55	Б2.Б.1	При обмороке показаны все мероприятия, кроме:	1. уложить больного в горизонтальное положение 2. обеспечить проходимость верхних дыхательных путей 3. измерить частоту пульса и уровень артериального давления 4. ввести п/к 1,0 мл 0,1% р-ра адреналина 5. применить кратковременное вдыхание паров нашатырного спирта	2
1427	1	56	Б2.Б.1	Интенсивная терапия при кардиогенном отеке легких включает все, кроме:	1. внутривенного введения дыхательных analeптиков 2. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения 3. кислородотерапии, искусственной вентиляции легких 4. введения мочегонных и глюкокортикоидов 5. введения морфина и венозных дилататоров	1
1428	1	57	Б2.Б.1	При лечении тяжелого анафилактического шока показаны следующие лечебные мероприятия:	1. быстрая в/в инфузия жидкости 2. медленное в/в введение 0,5 мг адреналина в 20 мл 0,9% р-ра хлорида натрия 3. введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов (например 500 мг гидрокортизон) 4. введение фуросемида для ускорения выведения аллергена 5. переливание свежезамороженной плазмы	1, 2, 3
1429	1	58	Б2.Б.1	После введения местного анестетика у больного начал развиваться отек Квинке и отек гортани. Показаны все неотложные мероприятия, кроме:	1. внутривенное введение высоких доз глюкокортикоидных гормонов 2. ингаляции вазопрессоров для уменьшения отека слизистой оболочки гортани 3. внутривенное введение антигистаминных препаратов 4. введение фуросемида для уменьшения отека слизистой оболочки гортани 5. ранняя интубация трахеи	4
1430	1	59	Б2.Б.1	Показанием к открытому массажу сердца является:	1. ожирение 2. множественные переломы ребер 3. деформация шейного отдела позвоночника 4. пневмоторакс 5. гемоторакс	2

1431	1	60	Б2.Б.1	При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть следующие осложнения:	1. ранения внутренней грудной артерии 2. разрыв легкого 3. кровотечение из раны 4. повреждение мышцы сердца 5. кровоизлияние в мышцу сердца	4
1432	1	61	Б2.Б.1	Тяжесть течения постреанимационного периода определяется:	1. продолжительностью периода умирания 2. продолжительностью периода клинической смерти 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии 4. характером основного заболевания 5. возрастом больного	1, 2
1433	1	62	Б2.Б.1	Для раннего постреанимационного периода характерен:	1. метаболический алкалоз 2. метаболический ацидоз 3. респираторный алкалоз 4. респираторный ацидоз 5. смешанный алкалоз	2
1434	1	63	Б2.Б.1	Причинами развития сердечной декомпенсации в постреанимационном периоде являются:	1. падение тонуса сосудов 2. централизация кровообращения 3. снижение сократительной способности миокарда 4. гипоксия миокарда в результате падения коронарного кровотока	4
1435	1	64	Б2.Б.1	Отек головного мозга развивается при:	1. клинической смерти 2. черепно-мозговой травме 3. гипервентиляции 4. задержка натрия и хлоридов	2
1436	1	65	Б2.Б.1	При какой из следующих ситуаций прогноз реанимации наиболее благоприятен:	1. первичная остановка дыхания и кровообращения 2. первичная почечно-печеночная недостаточность 3. первичное поражение ЦНС	1
1437	1	66	Б2.Б.1	Мужчина 30 лет пострадал в автомобильной аварии. Сознание отсутствует, пульс на сонной артерии не пальпируется, дыхания нет. На уровне пояса у пострадавшего широкий кожаный ремень. Какие действия необходимо предпринять:	1. немедленно начать проведение ИВЛ и наружный массаж сердца, не теряя времени на снятие ремня 2. проводить ИВЛ и наружный массаж сердца после предварительного освобождения от ремня во избежание разрыва печени и селезенки 3. повернуть пострадавшего на правый бок 4. не трогать пострадавшего до прибытия работников дорожно-патрульной службы	2
1438	1	67	Б2.Б.1	Если после восстановления деятельности сердца больной остается длительно без сознания – это говорит:	1. о синдроме постгипоксической энцефалопатии 2. об отеке головного мозга 3. о декортикации	1

1439	1	68	Б2.Б.1	Раннее применение электрической дефибрилляции (при наличии дефибриллятора и навыков работы на нём) показано	1. после установки диагноза клинической смерти 2. после выполнения задач этапа экстренной оксигенации 3. в процессе восстановления функции ЦНС	1
1440	1	69	Б2.Б.1	Препараты первого ряда для лечения анафилактического шока?	1. адреналин 2. антигистаминные средства 3. глюкокортикоиды 4. хлористый кальций 5. эуфиллин	1
1441	1	70	Б2.Б.1	При вскрытии брюшной полости произошла остановка сердца. В течение трех циклов СЛР и дефибрилляции эффект не получен. Что следует сделать:	1. ввести адреналин внутривенно 2. приступить к внутриартериальному переливанию крови 3. записать ЭКГ 4. провести электрическую дефибрилляцию сердца	1
1442	1	71	Б2.Б.1	На улице мужчина внезапно упал. Сознание отсутствует. Фотореакции зрачков сохранены. Пульс на сонных артериях сохранен. Дыхательные движения грудной клетки визуально определяются, дыхание слышно. Ваши действия в данной ситуации:	1. немедленно начать сердечно-легочную реанимацию, вызвать бригаду скорой медицинской помощи 2. применить прием Геймлиха, вызвать бригаду скорой медицинской помощи 3. применить «тройной прием», вызвать бригаду скорой медицинской помощи 4. придать физиологическое положение: повернуть пострадавшего на бок, вызвать бригаду скорой медицинской помощи	4
1443	1	72	Б2.Б.1	Реаниматология изучает вопросы	1. диагностики клинической смерти; 2. лечения постреанимационной болезни; 3. профилактики экстремальных состояний; 4. функционирования основных жизненных систем.	1, 2
1444	1	73	Б2.Б.1	Реанимация – это процесс	1. замещения функции дыхания; 2. защиты пациента от операционной травмы; 3. лечения терминальных состояний; 4. оживления организма.	4
1445	1	74	Б2.Б.1	Стадия терминального состояния, для которой характерны спутанность сознания, низкое АД или его отсутствие, бледность или цианоз, частое и поверхностное дыхание	1. агония; 2. клиническая смерть; 3. предагония; 4. терминальная пауза.	3

1446	1	75	Б2.Б.1	К методам интенсивной терапии не относится	1. ИВЛ; 2. СЛР; 3. гемодиализ; 4. парентеральное питание.	2
1447	1	76	Б2.Б.1	Терминальное состояние расценивается как	1. глубокое нарушение жизненно важных функций; 2. пограничное состояние между жизнью и смертью; 3. пограничное состояние между нормой и патологией; 4. состояние нарушенного сознания.	1, 2
1448	1	77	Б2.Б.1	К терминальным состояниям относится	1. биологическая смерть; 2. период агонии; 3. постреанимационная болезнь; 4. продромальный период.	2
1449	1	78	Б2.Б.1	Редкие, глубокие, короткие судорожные дыхательные движения характерны для дыхания	1. Биота; 2. Куссмауля; 3. Чейн-Стокса; 4. агонального.	1

1450	1	79	Б1.Б.4	Силы службы медицины ЧС Российской Федерации представлены	1. органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям 2. бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими и доврачебными бригадами экстренной медицинской помощи, бригадами специализированной медицинской помощи постоянной готовности, автономными выездными медицинскими госпиталями, медицинскими отрядами оперативными группами управления лечебно-профилактических учреждений, органами управления 3. научно-практическими территориальными центрами экстренной медицинской помощи, лечебно-профилактическими учреждениями 4. формированиями службы гражданской обороны	2
1451	1	80	Б1.Б.4	Основными задачами службы медицины катастроф при чрезвычайных ситуациях являются	1. сохранение здоровья населения, своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи с целью спасения жизни пораженным, снижение инвалидности и неоправданных безвозвратных потерь, снижение психо-неврологического и эмоционального воздействия катастроф на население, обеспечение санитарного благополучия в районе чрезвычайных ситуаций, проведение судебно-медицинской экспертизы и др. 2. подготовка медицинских кадров, создание органов управления, медицинских формирований, учреждений, поддержание их в постоянной готовности, материально-техническое обеспечение	1

					3. сохранение здоровья личного состава медицинских формирований, планирование развития сил и средств здравоохранения и поддержание их в постоянной готовности к работе в зонах катастроф, для ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций 4. подготовка населения к чрезвычайным ситуациям	
1452	1	81	Б1.Б.4	заболеваниями, наиболее затрудняющими проведение спасательных работ в зоне ЧС являются	1. простудные заболевания 2. особо опасные инфекции 3. сердечно-сосудистые заболевания 4. заболевания кожи и подкожной клетчатки	2
1453	1	82	Б1.Б.4	Эвакуация населения при чрезвычайных ситуациях осуществляется по	1. показателям общего состояния пострадавших 2. эвакуационно-сортировочным признакам 3. возрастным показателям 4. наличию транспортных средств	2
1454	1	83	Б1.Б.4	Этапом медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях называется	1. время проведения эвакуации пораженного населения из очага в больницы загородной зоны (от первого до последнего транспорта, независимо от его вида) 2. территория (участок, район), на котором оказывается медицинская помощь пораженным в очаге и организуется их вывоз 3. место оказания медицинской помощи пораженному в очаге и медицинское учреждение, в которое эвакуируется пораженный 4. силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации, обеспечивающие прием пораженных, их сортировку, оказание медицинской помощи и лечение, подготовку пораженных к дальнейшей эвакуации	4
1455	1	84	Б1.Б.4	Этап медицинской эвакуации означает	1. участок от места ранения до ближайшего лечебного учреждения 2. все учебные учреждения, расположенные вблизи очага катастрофы 3. участок пути между лечебными учреждениями, в которых оказывается медицинская помощь пострадавшим 4. лечебные учреждения, развернутые и работающие на путях эвакуации	4
1456	1	85	Б1.Б.4	Основным принципом в оказании медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации является	1. преемственность 2. непрерывность 3. своевременность и полнота первой медицинской помощи 4. последовательность	3
1457	1	86	Б1.Б.4	Основными способами защиты населения от оружия массового поражения являются	1. использование защитных сооружений для укрытия населения, рассредоточение и эвакуация населения, использование средств индивидуальной защиты, в том числе медицинской 2. эвакуация из городов	1

				3. оповещение населения об угрозе нападения использование противогазов 4. использование средств индивидуальной защиты и медицинских средств профилактики	
1458	1	87	Б1.Б.4	Аптечка индивидуальная (АИ-2) содержит 1. антидот в шприц-тюбике, противобактериальное средство (хлортетрациклин) 2. антидот против фосфорорганических отравляющих веществ (тарен), противобактериальное средство (сульфатон), радиозащитное средство (цистамин), противорвотное средство (этаперазин) 3. антидот (тарен), противобактериальное средство (сульфадемитоксин), радиозащитное средство (цистамин), противорвотное средство (этаперазин) 4. антидот против фосфорорганических отравляющих веществ, противобактериальные средства, (сульфадемитоксин, хлортетрациклин), радиозащитные средства (цистамин, калий йодистый), противорвотное средство (этаперазин), обезболивающее средство	4
1459	2	88	Б1.Б.4	Организационной основой санитарно-эпидемиологического надзора является: 1. ретроспективный анализ 2. оперативный анализ 3. структура системы противоэпидемической защиты населения 4. теория природной очаговости 5. теория механизма передачи.	3
1460	2	89	Б1.Б.4	Противоэпидемическая деятельность включает: 1. правовые аспекты 2. медицинские аспекты 3. контрольно-надзорные 4. социально-экономические 5. все перечисленные	5
1461	2	90	Б1.Б.4	Противоэпидемические мероприятия в практической деятельности не оцениваются 1 по эпидемиологической эффективности 2. по социальной эффективности 3. по иммунологической эффективности 4. по производственной эффективности	4
1462	2	91	Б1.Б.4	Противоэпидемические мероприятия – это совокупность научно-обоснованных мероприятий, которая не включает: 1 предупреждение инф заболеваний среди населения 2. снижение заболеваемости совокупного нас. инф болезнями 3 снижение заболеваемости совокупного нас. неинф. болезнями 4 ликвидацию отдельных инфекций	3
1463	2	92	Б1.Б.4	В организации и проведении противоэпидемических мероприятий принимают участие: 1 лечебно-профилактические учреждения 2. учреждения Роспотребнадзора 3 коммунальные службы населенного пункта 4 мэрия и муниципалитеты 5 все перечисленные	5

1464	2	93	Б1.Б.4	В перечень противоэпидемических мероприятий, направленных на I звено эпидемического процесса (источник инфекции) не входят:	1 лечебные 2. дезинсекционные 3 клинико-диагностические 4 санитарно-ветеринарные 5 изоляционные	2
1465	2	94	Б1.Б.4	Противоэпидемическим мероприятием, направленным на 2 звено эпидемического процесса (механизм передачи) является:	1. иммунопрофилактика 2. карантин 3. обсервация 4. серодиагностика 5. дезинфекция	5
1466	2	95	Б1.Б.4	К противоэпидемическим мероприятиям, направленным на 3 звено эпидемического процесса (восприимчивый организм) относится:	1. иммунопрофилактика 2. дезинфекция 3. дезинсекция 4. дератизация 5. деноксация	1
1467	2	96	Б1.Б.4	Улучшение показателей здоровья населения в результате проведения противоэпидемических мероприятий свидетельствует об их:	1. экономической эффективности 2. социальной эффективности 3. гигиенической эффективности 4. экологической эффективности 5. биологической эффективности	2
1468	2	97	Б1.Б.4	Методологическую основу санитарно-эпидемиологического надзора составляют:	1. ретроспективный и оперативный анализ 2. структура системы противоэпид. защиты населения 3. теория механизма передачи 4. теория саморегуляции паразитарных систем 5. теория природной очаговости.	1
1469	2	98	Б1.Б.4	Организационной основой санитарно-эпидемиологического надзора является:	1. ретроспективный анализ 2. оперативный анализ 3. структура системы противоэпидемической защиты населения 4. теория природной очаговости 5. теория механизма передачи.	3
1470	2	99	Б1.Б.4	Граждане России имеют право на:	1. благоприятную среду обитания 2. возмещение ущерба, причиненного их здоровью 3. получение сведений о состоянии среды обитания и здоровья населения 4. участие в разработке и принятии решений по обеспечению санэпидблагополучия 5. все перечисленное	5

1471	2	100	Б1.Б.4	Ведущим направлением противо-эпидемической деятельности центров гигиены и эпидемиологии является:	1. оценка уровня инфекционной заболеваемости 2. анализ эпидемической ситуации в районе 3. контроль за выполнением плана профилактических прививок 4. своевременность обследования эпидемических очагов	2
1472	2	101	Б1.Б.4	Государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает государственный учет:	1. инфекционных заболеваний 2. инфекционных и профессиональных заболеваний 3. инф. профессион. и массовых неинф. заболеваний 4. инф., профессион., массовых неинф. заболеваний и отравлений	4
1473	2	102	Б1.Б.4	Принципами санитарно-эпидемиологического надзора являются:	1. государственный характер 2. научно-плановая основа 3. единство текущего и предупредительного надзора 4. единство санитарных и противоэпид. мероприятий 5. все перечисленные	5
1474	2	103	Б1.Б.4	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении» следует направить:	1. в управление здравоохранения 2. в бактериологическую лабораторию 3. в ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии 4. в инфекционную больницу	3
1475	2	104	Б1.Б.4	Санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте РФ не осуществляет:	1. территориальное управление Роспотребнадзора 2. филиалы территориального управления Роспотребнадзора 3. санитарно-эпидемиологические станции 4. ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии 5. филиалы ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии	3
1476	2	105	Б1.Б.4	Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) включает:	1. управление санитарного надзора 2. управление эпидемиологического надзора, санитарной охраны территории 3. управление защиты прав потребителей 4. управление организации службы государственной регистрации и лицензирования 5. все перечисленные	5
1477	2	106	Б1.Б.4	В структуру ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» не входит:	1. эпидемический отдел 2. санитарно-гигиенический отдел 3. микробиологическая лаборатория 4. отделение функциональной диагностики 5. отделение социально-гигиенического мониторинга	4
1478	2	107	Б1.Б.4	Деятельность по установлению причин и условий возникновения заболеваний называется эпидемиологическим (ой):	1. оценкой 2. заключением 3. обследованием 4. расследованием	4

1479	2	108	Б1.Б.4	К мероприятиям, проводимым в отношении источника инфекции, относится:	1. санитарно-эпидемиологический мониторинг 2. своевременное выявл. больных и носителей патоген. микроорганизмов 3. отбор проб из объектов внешней среды для лабораторного исследования 4. запрещение использования инфицированных продуктов	2
1480	2	109	Б1.Б.4	При наличии источника инфекции проводят:	1. заключительную дезинфекцию 2. профилактическую дезинфекцию 3. текущую дезинфекцию 4. общую дезинфекцию	3
1481	2	110	Б1.Б.4	К мероприятиям, направленным на прерывание путей передачи инфекции, относится:	1. текущая и заключительная дезинфекция в очаге 2. санация носителей и больных хроническими формами заболеваний 3. обеспечение ранней диагностики заболеваний 4. активное выявление лиц, находившихся в контакте с источником инф.	1
1482	2	111	Б1.Б.4	Природный очаг, связанный с наличием переносчиков, относящихся лишь к одному биологическому роду, называется:	1. поливекторным 2. моновекторным 3. моногостальным 4. полигостальным	2
1483	2	112	Б1.Б.4	При зоонозах домашних животных наиболее радикальной мерой является:	1. распашка степей 2. мелиорация 3. карантин 4. уничтожение	4
1484	2	113	Б1.Б.4	Особо опасными инфекциями являются:	1. скарлатина и ветряная оспа 2. чума и натуральная оспа 3. колит и бактериальная дизентерия 4. диабет и вирусный гепатит	2
1485	2	114	Б1.Б.4	Дезинфекция считается своевременной, если ее начинают выполнять не позднее чем через:	1. 3 часа с момента выявления больного 2. 24 часа с момента выявления больного 3. 72 часа с момента выявления больного 4. 48 часов с момента выявления больного	1