

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
**«Федеральный исследовательский центр фундаментальной и
трансляционной медицины»**

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФИЦ ФТМ

_____ М.И. Воевода

02 июня 2023 г.

**ПРОГРАММА ПРАКТИКИ
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ(КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА»**

Специальность:

31.08.07 Патологическая анатомия

Уровень высшего образования:

подготовка кадров высшей квалификации

Новосибирск

2023 г.

Программа практики «Производственная (клиническая) практика» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 110

Разработчики программы:

- 1.Бакарев М.А., доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории клинической морфологии важнейших заболеваний ИМПМ ФИЦ ФТМ
- 2.Лушникова Е.Л., доктор биологических наук, профессор, директор ИМПМ ФИЦ ФТМ
- 3.Лапий Г.А., доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории общей патологии и патоморфологии

Рабочая программа дисциплины рассмотрена и одобрена на заседании Ученого совета ФИЦ ФТМ (протокол № 6 от 01 июня 2023 г.)

1.Цели и задачи практики

Цель практики:

Целью производственной (клинической) практики является закрепление и углубление теоретической подготовки обучающегося, приобретение им практических навыков и компетенций в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия, а также опыта самостоятельной профессиональной деятельности в соответствии с профессиональным стандартом «Врач-патологоанатом».

Производственная (клиническая) практика проводится в базовых лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения под контролем специалистов клинической базы и ФИЦ ФТМ.

Задачи практики:

1. формирование и совершенствование системы общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах специальности 31.08.07 «Патологическая анатомия», смежных специальностях, организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии; овладеть ведением и использованием документации, принятой в здравоохранении РФ;

2. подготовка врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности, умеющего провести морфологическую дифференциальную диагностику различных видов патологии, провести исследование аутопсийного, биопсийного и операционного материала, составить и оформить заключительный патологоанатомический и патогистологический диагноз, способного успешно решать свои профессиональные задачи;

3. формирование и совершенствование профессиональной подготовки врача-патологоанатома, обладающего клинико-морфологическим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин;

4. овладение способностью и готовностью соблюдать правила медицинской этики и деонтологии, правовые аспекты медицинской деятельности; правила внутреннего трудового распорядка медицинских организаций; правила по охране труда и пожарной безопасности, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией;

5. воспитание у обучающегося способности и готовности использовать методы управления, организовывать работу исполнителей в рамках своих профессиональных компетенций на основе знаний организационной структуры и анализа управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов.

Вид практики, способ и форма ее проведения

Вид практики: производственная (клиническая)

Способ проведения: стационарная, выездная

Форма проведения: очная, дискретная в течение всего периода обучения по ОПОП ВО специальности 31.08.07 Патологическая анатомия

Место практики в структуре образовательной программы

Производственная (клиническая) практика по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия относится к обязательной части Блока 2 «Практика», является промежуточной для изучения большинства дисциплин основной образовательной программы и заключительной для дисциплины «Патологическая анатомия», относится к модулям, формирующим основы клинического мышления будущего врача-патологоанатома.

Выполнение задач производственной (клинической) практики обеспечивается и поддерживается дисциплинами, входящими в основную часть и часть, формируемая участниками образовательных отношений программы ординатуры. Основные знания, умения, владения в сфере профессиональных компетенций, полученные в процессе освоения образовательной программы и необходимые для прохождения производственной (клинической) практики, формируются в цикле дисциплин: «Общественное здоровье и здравоохранение», «Патологическая анатомия», «Патология».

Производственная (клиническая) практика по специальности, как элемент изучения дисциплины, направлена на формирование и закрепление у ординаторов способности и готовности выполнять в профессиональной деятельности **трудовые функции/действия**, согласно профессиональному стандарту «Врач-патологоанатом»:

А/01.8 – проведение прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала.

6. изучение выписки из медицинской документации пациента, получение разъяснений у врачей-специалистов, принимающих (принимавших) участие в обследовании и лечении пациента;

7. проведение макроскопического изучения и вырезки из биопсийного (операционного) материала, формулирование описания маркировки объектов исследования;

8. назначение при необходимости дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) или дополнительных методов микроскопии в целях уточнения диагноза заболевания;

9. проведение микроскопического изучения биопсийного (операционного) материала, формулирование микроскопического описания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

10. проведение консультации материалов прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала.

А/02.8 - Проведение посмертных патологоанатомических исследований (патологоанатомических вскрытий).

11. изучение выписки из медицинской документации пациента, получение разъяснений у врачей-специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пациента;

12. проведение наружного осмотра тела, формулирование описания наружного осмотра тела;

13. проведение вскрытия и изучения полостей тела, формулирование описания вскрытия и изучения полостей тела;

14. проведение макроскопического изучения органов и тканей, формулирование макроскопического описания органов и тканей;

15. проведение взятия биологического материала для гистологического изучения и использования, при наличии медицинских показаний, других дополнительных специальных методов; назначение при необходимости дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) или дополнительных методов микроскопии в целях уточнения диагноза заболевания;

16. проведение микроскопического изучения биологического материала, формулирование микроскопического описания;

17. проведение консультации материалов посмертного патологоанатомического исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.

А/03.8 – проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

18. ведение протоколов и иной документации, в том числе в электронном виде, о прижизненном патологоанатомическом исследовании биопсийного (операционного) материала,

патологоанатомическом вскрытии, патологоанатомическом вскрытии плода, мертворожденного, новорожденного;

19. контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении средним медицинским персоналом;

20. проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Требования к результатам освоения

Формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций у обучающихся в ходе прохождения практики осуществляется за счет выполнения обучающимися всех видов учебной деятельности соответствующего периода учебного плана, предусматривающих теоретическую подготовку и приобретение практических навыков в объеме, позволяющем выполнять определенные виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью.

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1. Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать:	- профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; - основные закономерности общепатологических процессов; - современные методы морфологической диагностики
	Уметь:	- анализировать изменения основных показателей состояния организма при патологических процессах; - анализировать характер течения патологического процесса и его клинические проявления - интерпретировать правильно результаты проведенных исследований - сопоставлять данные морфологических и клинико- лабораторных исследований
	Владеть:	- навыками формулирования различных изменений основных показателей состояния организма при развитии патологических процессов; - методами современной морфологической диагностики различных патологических процессов - навыками формулировки, сопоставления и анализа диагнозов заболеваний с учетом наличия коморбидной патологии
УК-1.2. Определяет возможности и способы	Знать:	- методы абстрактного мышления при установлении истины,

применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		– методы научного исследования путем мысленного расчленения объекта и путем изучения предмета в его целостности, единстве его частей
	Уметь:	- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских задач и оценивать перспективность реализации этих вариантов
	Владеть:	- навыком использования абстрактного мышления при решении проблем, возникающих при выполнении исследовательских работ, навыками отстаивания своей точки зрения
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению		
УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации	Знать:	- принципы работы в мультидисциплинарной команде
	Уметь:	- решать практические задачи по формированию профессионального общения врача с коллегами и руководством; – эффективно взаимодействовать с другими членами команды, в том числе в процессе обмена информацией, знаниями и опытом, и проведения презентации результатов работы команды
	Владеть:	разными видами коммуникации (учебная, деловая, неформальная и др.); – навыком работы в мультидисциплинарной команде;
УК-3.2. Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений	Знать:	- факторы эффективности использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет свою роль в команде - профессиональные и должностные обязанности врача- патологоанатома, среднего и младшего медицинского персонала; – информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
	Уметь:	- организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности; – брать на себя ответственность за работу подчиненных, за результат выполнения заданий;

	Владеть:	- навыками эффективного взаимодействия с другими членами команды, презентации результатов работы команды; - навыком организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности; – навыком применения информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности;
УК-3.3. Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Знать:	- основные теории лидерства и стили руководства; – факторы эффективности использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет свою роль в команде;
	Уметь:	- участвовать в обмене информацией и опытом с другими членами команды; – осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала
	Владеть:	- навыками руководства работниками медицинской организации; – навыками контроля выполнения должностных обязанностей подчиненным персоналом медицинской организации

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-4.1. Выбирает и использует стиль общения в зависимости от цели и условий партнерства; адаптирует речь, стиль общения и язык жестов к ситуациям взаимодействия	Знать:	- основные понятия: «общение», «взаимодействие», «социальная коммуникация», «конфликт»; - структуру, виды, формы, механизмы общения как процесса коммуникации; – источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов
	Уметь:	- определять стратегии взаимодействия; - планировать и корректировать свою деятельность в команде; - применять полученные знания и навыки коммуникативного общения в практической деятельности;

		- находить пути решения противоречий, недовольств и конфликтов между медицинским персоналом и пациентами или их родственниками, возникающих при оказании медицинской помощи; – использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения
	Владеть:	-способами взаимодействия в конфликтных ситуациях с целью повышения эффективности профессиональной деятельности; - механизмами работы с манипуляцией, навыками оценки невербальных проявлений; - навыками устранения противоречий, недовольств и конфликтов между медицинским персоналом и пациентами или их родственниками, возникающих при оказании медицинской помощи; – навыками саморегуляции поведения в процессе межличностного общения
	Уметь:	- выбирать коммуникативно приемлемые стили делового общения и невербальные средства взаимодействия с партнерами; - использовать информационно-Коммуникационные технологии при поиске необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач - вести коммуникативно и культурно приемлемо устные деловые разговоры; – вести деловую переписку, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции на государственном и иностранном (-ых) языках;
	Владеть:	- навыками устных деловых разговоров на государственном и иностранном (-ых) языках; – деловой перепиской, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции;
	Знать:	- особенности деловой коммуникации в устной и письменной формах

УК-4.3. Публично выступает, строит свое выступление с учетом аудитории и цели общения	Уметь:	- представить свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
	Владеть:	- навыками устных деловых переговоров; - навыками публичных выступлений; – навыками разработки эффективных презентаций
ОПК-4. Способен к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов		
ОПК-4.1. Применяет патологоанатомические методы диагностики	Знать:	- законодательные требования и нормативы проведению биопсийной и аутопсийной работы; - противопоказания и осложнения проведения прижизненных морфологических исследований; - терминологию, используемую в патоморфологии; - основные методы исследования в патологической анатомии; - технику патологоанатомического вскрытия; - технику проведения макроскопического изучения органов и тканей; - технику проведения макроскопического и микроскопического изучения биопсийного (операционного) материала; - правила забора материала для гистологического исследования при различных патологических процессах; - назначение специальных окрасок и дополнительных методов исследования с учетом поставленной цели; приготовление препаратов; - основы микроскопического исследования биологического материала; - основы макроскопического исследования биологического материала; - сроки выполнения прижизненных патологоанатомических исследований;
	Уметь:	- проводить макроскопическое и микроскопическое изучения биопсийного материала;

		- проводить макроскопического изучения органов и тканей; - проводить патологоанатомическое вскрытие; - назначать дополнительные методы исследования
	Владеть:	- навыками проведения вскрытия и изучения полостей тела, формулирование описания вскрытия и изучения полостей тела; - навыками проведения макроскопического изучения органов и тканей, формулирование макроскопического описания органов и тканей; - навыками проведения микроскопического изучения биологического материала, формулирование микроскопического описания; - навыками проведения макроскопическое и микроскопическое изучения биопсийного материала;
ОПК-4.2. Интерпретирует результаты патологоанатомических методов диагностики	Знать:	-учение о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом, синдромологическом и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе, учение о диагнозе; - правила формулировки патологоанатомического диагноза; - унифицированные требования по технологии проведения прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью цитологических исследований пункционного биопсийного, эксфолиативного и иного материала, в том числе интраоперационного
	Уметь:	-анализировать и интерпретировать результаты макроскопического и микроскопического изучения биопсийного материала; - анализировать и интерпретировать результаты патологоанатомического вскрытия; - устанавливать диагноз заболевания (состояния) или характер патологического процесса при

		патологоанатомическом исследовании биопсийного (операционного) материала, формулировать диагноз заболевания (состояния) в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), или описательное заключение, когда нозологическая трактовка невозможна
	Владеть:	- навыками анализа и интерпретации результатов макроскопического и микроскопического изучения биопсийного материала; - навыками анализа и интерпретации результатов проведения микроскопического и макроскопического изучения биологического материала; - навыками анализа и интерпретации результатов патологоанатомического вскрытия
ОПК-5. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-5.1. Определяет объем медицинской экспертизы	Знать:	- сущность и основные закономерности общепатологических процессов, процессов приспособления и компенсации; - основы учения о нозологии, принципы классификации болезней; - характерные структурные и функциональные изменения внутренних органов при важнейших, в том числе и социально значимых заболеваниях человека; - основы клинико-анатомического анализа;
	Уметь:	- определять морфофункциональные проявления при основных типовых патологических процессах по результатам клинико-биохимических анализов и функционально-диагностических проб; - диагностировать типовые морфологические проявления общепатологических процессов;
	Владеть:	- технологией параклинического обследования пациента, основываясь на знаниях общепатологических процессов – общепатологической и патологоанатомической терминологией в части описания и клиноморфологической диагностики патологических процессов, осложнений, острых

		состояний и основных заболеваний человека
ОПК-5.3 Проводит медицинскую экспертизу	Знать:	- патоморфологические микроскопические изменения в тканях; - микроскопические признаки патологических процессов внутренних органов; - гистологические признаки давности течения патологических процессов;
	Уметь:	- на основании клинико-патологического заключения высказать мнение о характере заболевания, его клинических проявлениях, обосновывать направления патогенетической Терапии; - анализировать изменения основных функционально-морфологических показателей организма при неотложных состояниях, обосновывать направления патогенетической Терапии; – формулировать клинический диагноз и проводить сопоставления с патологоанатомическим диагнозом в соответствии с МКБ;
	Владеть:	- приёмами клинико-функциональных и клинико-анатомических сопоставлений при анализе результатов лабораторного и клинического исследования на разных этапах развития неотложных состояний и основных заболеваний человека; – навыками формулировки клинического и патологоанатомического диагноза;
ОПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-6.2. Ведет медицинскую документацию	Знать:	- перечень медицинской документации патологоанатомического отделения; - трудовое законодательство, требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии в медицинских организациях, осуществляющих производство

		патологоанатомических исследований
	Уметь:	- интерпретировать и анализировать данные медицинской документации пациента; - оформлять медицинское свидетельство о смерти в установленном порядке с учетом действующей МКБ и другие документы;
	Владеть:	- навыками анализа медицинской документации и навыками ее заполнения; - навыками организации медицинского персонала;
ОПК-7. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		
ОПК-7.1. Оценивает состояние пациента, требующего оказания неотложной медицинской помощи	Знать:	- клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
	Уметь:	- распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме
	Владеть:	- распознаванием состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
ОПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать:	- методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека
	Уметь:	- применить в соответствии с выявленными нарушениями те или иные методы оказания неотложной медицинской помощи
	Владеть:	- навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
ПК-1. Способен проводить патологоанатомические исследования		

ПК-1.1. Проводит прижизненные патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала	Знать:	- историю патологической анатомии как науки и как специальности; - основы ресурсного обеспечения деятельности патологоанатомических бюро (отделений); - основы организации и нормативное регулирование работы патологоанатомических бюро (отделений) в Российской Федерации; - требования по оснащению помещений (операционных, манипуляционных, процедурных) для забора биопсийного (операционного) материала с целью прижизненных патологоанатомических исследований - правила взятия, консервации, маркировки, регистрации, хранения и транспортировки биопсийного (операционного) материала на прижизненные патологоанатомические исследования; - технологии приема биопсийного (операционного) материала на прижизненные патологоанатомические исследования в патологоанатомических бюро (отделениях); - тактику и способы получения материала для цитологического исследования; - способы приготовления цитологических препаратов; - унифицированные требования по технологии макроскопического изучения биопсийного (операционного) материала при выполнении прижизненных патологоанатомических исследований; - унифицированные требования по технологии лабораторной обработки биопсийного (операционного) материала при выполнении прижизненных патологоанатомических исследований; - унифицированные требования по технологии микроскопического изучения биопсийного (операционного) материала при выполнении
---	---------------	---

	прижизненных патологоанатомических исследований; - унифицированные требования по технологии архивирования первичных материалов прижизненных патологоанатомических исследований в патологоанатомических бюро (отделениях); - категории сложности прижизненных патологоанатомических исследований; - действующие порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, правила проведения патологоанатомических исследований;
	Уметь: - интерпретировать и анализировать данные медицинской документации пациента; - проводить макроскопическое изучение биопсийного (операционного) материала, интерпретировать и анализировать его результаты в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - проводить вырезку из биопсийного (операционного) материала в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять диагностическую целесообразность назначения дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии исходя из задач прижизненного патологоанатомического исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,

	клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - проводить микроскопическое изучение биопсийного (операционного) материала, в том числе люминесцентной, фазово-контрастной, поляризационной микроскопии с использованием технологий проходящего и (или) отраженного света в светлом и (или) темном поле, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - оценивать и интерпретировать результаты применения дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии;
	Владеть: - навыками изучения выписки из медицинской документации пациента, получение разъяснений у врачей-специалистов, принимающих (принимавших) участие в обследовании и лечении пациента; - навыками проведения макроскопического изучения биопсийного (операционного) материала, формулирование макроскопического описания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения вырезки из биопсийного (операционного) материала, формулирование описания маркировки объектов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

		- навыками проведения при необходимости дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения микроскопического изучения биопсийного (операционного) материала, формулирование микроскопического описания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения консультации материалов прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала
ПК-1.2 Проводит посмертные патологоанатомические исследования (патологоанатомические вскрытия)	Знать:	- унифицированные требования по подготовке тела умершего при направлении его в патологоанатомическое бюро (отделение); - унифицированные требования по технологии приема и регистрации тел умерших в патологоанатомических бюро (отделениях); - унифицированные требования по технологии принятия решения об отмене патологоанатомического вскрытия; - унифицированные требования по технологии лабораторной обработки секционного материала; - унифицированные требования по технологии микроскопического изучения секционного материала; - МКБ, основные правила ее использования при

		посмертной патологоанатомической диагностике, правила выбора причин смерти; - нормативные сроки выполнения посмертных патологоанатомических исследований; - категории сложности посмертных патологоанатомических исследований;
	Уметь:	- интерпретировать и анализировать данные медицинской документации пациента; - проводить вырезку из биологического материала, полученного при патологоанатомическом вскрытии; - определять диагностическую целесообразность использования дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии исходя из задач посмертного патологоанатомического исследования; - проводить микроскопическое изучение биологического материала, полученного при патологоанатомическом вскрытии, в том числе люминесцентной, фазово-контрастной, поляризационной микроскопии с использованием технологий проходящего и (или) отраженного света в светлом и (или) темном поле; - оценивать и интерпретировать результаты использования дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии; - устанавливать причины смерти и диагноз заболевания (состояния) при посмертном патологоанатомическом исследовании (патологоанатомическом вскрытии), формулировать причины смерти в соответствии с правилами выбора МКБ, формулировать диагноз заболевания (состояния) в соответствии с МКБ
	Владеть:	- навыками изучения выписки из медицинской документации пациента, получение разъяснений у врачей-специалистов, принимающих

		(принимавших) участие в обследовании и лечении пациента; - навыками проведения наружного осмотра тела, формулирование описания наружного осмотра тела - навыками проведения взятия биологического материала для гистологического изучения, при наличии медицинских показаний - использования других дополнительных специальных методов, назначение при необходимости применения дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения консультации материалов посмертного патологоанатомического исследования (патологоанатомического вскрытия) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
ПК-1.3 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	Знать:	- методику сбора жалоб и анамнеза у пациента (истории болезни и жизни); - методику физикального исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; - правила проведения базовой сердечно-легочной Реанимации;
	Уметь:	-оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациенту, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций

		организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме
	Владеть:	- навыками оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме; - навыками оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме
ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-2.2. Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Знать:	- требования по оформлению и ведению медицинской документации в соответствии с правилами проведения патологоанатомических исследований; - правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
	Уметь:	- заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; - использовать при проведении патологоанатомических исследований персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; - использовать в своей работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"
	Владеть:	- навыками ведения протоколов и иной документации, в том числе в электронном виде, о

		прижизненном патологоанатомическом исследовании биопсийного (операционного) материала, патологоанатомическом вскрытии, патологоанатомическом вскрытии плода, мертворожденного, новорожденного
ПК-2.3. Организует и контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать:	- квалификационные требования и должностные обязанности медицинского персонала патологоанатомического бюро (отделения)
	Уметь:	- осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении средним медицинским персоналом
	Владеть:	- контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении средним медицинским персоналом; - проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

3. Объем практики и ее трудоемкость

Общая трудоемкость производственной (клинической) практики по специальности составляет 68 зачетных единиц (далее – з.е.), 2448 академических часа (далее – часы).

Распределение трудоемкости и виды работы

Вид работы	Всего	
	З. е.	Часы
Практическая работа	54	1944
Самостоятельная работа	14	504
Работа с нормативно-технической документацией	5	180
Работа с литературными и электронными ресурсами, подготовка докладов, выступлений, написание рефератов	7	252
Подготовка отчета по практике	2	72
Промежуточная аттестация	Зачет	
ИТОГО:	68	2448

3.1. Обучающий симуляционный курс

Расширенная сердечно-легочная реанимация

Типы симуляторов: манекен для сердечно-легочной реанимации с интерактивным имитатором; мешок для ИВЛ типа Амбу, тренажеры для введения назогастрального зонда, коникотомии; фантомы для отработки интубации, освоения навыков венепункции, отработки процедуры катетеризации центральных вен; дефибриллятор учебный.

Этапы и виды работы	Компетенции	Часы
1 - й семестр		
1. Подготовительный этап		
Инструктаж по охране труда на рабочем месте, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания	УК-3.1 УК-3.2	0,5
2. Основной этап		
Тройной прием Сафара, установка воздуховода, аспирация рвотных масс из ротоглотки, установка ларингеальной маски, установка комбитьюба, ИВЛ методов рот в рот и с помощью мешка Амбу, оротрахеальная и назотрахеальная интубация, установка диагноза «остановка сердца» на симуляторе, непрямой массаж сердца, проведение электрической дефибрилляции, выполнение полного алгоритма сердечно-легочной реанимации, пункция подключичной вены, выполнение пункционной коникотомии, выполнение плевральной пункции.	ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.3	16,5
<i>Диагностика на симуляторе:</i> кардиогенный шок при инфаркте миокарда, кардиогенный шок при нарушениях ритма, дыхательная недостаточность при бронхиальной обструкции, острая обструкция верхних дыхательных путей, дыхательная недостаточность при пневмонии, острый пневмоторакс, внезапная остановка сердца.	ОПК-7.1 ОПК-7.2 ПК-1.3	7
3. Самостоятельная работа по практике		
Работа с нормативной и технической документацией	ОПК-6.2 ПК-2.2	2
Работа с литературными и электронными ресурсами; подготовка докладов; компьютерное моделирование ситуационных задач для тренажера	ОПК-6.2 ПК-2.2	8
Подготовка отчета по практике	ОПК-6.2 ПК-2.2	2
Формы текущего контроля: опрос, тестирование, оценка выполнения манипуляции, процедуры, проверка отчета.		
Общая трудоемкость:		36
Самостоятельная работа:		12

3.2. Специальные профессиональные умения и навыки

Тип симулятора: моделирование профессиональной деятельности в процессе обучения

Темы	Симулятор	Формируемые умения и навыки	Компетенции	Часы
1 - й семестр				
1. Подготовительный этап				
Инструктаж по охране труда на рабочем месте, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания			УК-3.1 УК-3.2	1
2. Посмертная диагностика заболеваний				
1. Аутопсия	муляж протокола вскрытия	Алгоритм проведения аутопсии и написания протокола вскрытия	УК-1.1 УК-1.2 ПК-1.2	4

2. Формулирование диагноза	муляж протокола вскрытия	Правила формулирования моно- и поликаузального патологоанатомического диагноза	УК-1.1 УК-1.2 ПК-1.2	3
3. Документация	муляж свидетельства о смерти	Правила оформления свидетельства о смерти	УК-1.1 УК-1.2 ПК-1.2 ПК-2.2	3
4. Эпидемиология в патологической анатомии	моделирование профессиональной деятельности	Тактика поведения при выявлении у умершего туберкулеза, ВИЧ-инфекции, гепатита и других эпидемиологически-значимых инфекций	УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 УК-4.3 ПК-2.3	3
5. Гистологическое исследование аутопсийного материала	биологические материалы	Правила забора материала на гистологическое исследование	УК-1.1 УК-1.2 ПК-1.2	3
3. Прижизненная диагностика заболеваний				
1. Основы приема и обработки материала	биологический материал	Правила приема, фиксации материала на гистологическое исследование	УК-1.1 УК-1.2 ПК-1.1	2
2. Плановые биопсии	биологический материал	Стадии обработки материала и изготовления гистологических срезов	УК-1.1 УК-1.2 ПК-1.1	4
3. Срочные биопсии	ролевая игра	Тактика поведения при срочных биопсиях	УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 УК-4.3 ПК-2.3	3
4. Обязанности вырезающего	биологический материал	Правила вырезки операционного материала	УК-1.1 УК-1.2 ПК-1.1	2
5. Микроскопирование	учебные микропрепараты	Алгоритм гистологического описания патологических процессов	УК-1.1 УК-1.2 ПК-1.1	8
6. Дифференциальная диагностика	учебные микропрепарат	Алгоритм дифференциальной диагностики морфологических	УК-1.1	8

	ы	изменений при различной патологии	УК-1.2 ПК-1.1	
4. Этикодеонтологические аспекты специальности				
1. Этические аспекты	ролевая игра	Правила общения с родственниками умершего	УК-4.1	2
2. Деонтологические аспекты	ролевая игра	Решение конфликтных ситуаций в коллективе	УК-4.1	2
5. Самостоятельная работа по практике				
Работа с нормативной и технической документацией			ОПК-6.2 ПК-2.2	3
Работа с литературными и электронными ресурсами; изучение видеоматериалов по технологиям выполнения морфологических исследований			ОПК-6.2 ПК-2.2	18
Подготовка отчета по практике			ОПК-6.2 ПК-2.2	3
Формы текущего контроля: опрос, тестирование, оценка процедуры и результата выполнения, проверка отчета.			Общая трудоемкость: Самостоятельная работа:	
			72 24	

3.3. Производственная (клиническая) практика (основной курс)

Разделы практики и виды работы	Компетенции	Часы
1 - й семестр		
3.3.1. Патоморфологическая диагностика общепатологических процессов. Практика в гистологической лаборатории		144
Инструктаж по охране труда на рабочем месте, знакомство с правилами внутреннего распорядка базы практики, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания	УК-3.1 УК-3.2	2
Патоморфологическая диагностика обратимых и необратимых патологических процессов, расстройств кровообращения, различных форм воспаления, процессов компенсации и приспособления, опухолевого роста и опухолей различного гистогенетического происхождения.	ОПК-4.1 ОПК-4.2	24
Дежурства в гистологической лаборатории. Прием, сортировка и документальное оформление биоматериала. Макроскопическое изучение, вырезка биопсийного и операционного материала.	ОПК-4.1 ОПК-4.2	88
Отработка алгоритма микроскопической диагностики секционного и биопсийно-операционного материала, в том числе интраоперационных (срочных) биопсий. Просмотр гистологических препаратов с оформлением заключения. Ведение медицинской и фотодокументации.	ОПК-4.1 ОПК-4.2	
Применение и интерпретация результатов современных методов гистологического исследования: люминесцентная микроскопия, иммуногистохимия.	ОПК-4.1 ОПК-4.2	
Самостоятельная работа		30
2 - й семестр		
3.3.2. Посмертная диагностика заболеваний (аутопсийный раздел)		528
Инструктаж по охране труда на рабочем месте, знакомство с правилами внутреннего распорядка базы практики, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания	УК-3.1 УК-3.2	4
Порядок и общие технические приемы вскрытия. Особые приемы вскрытия: вскрытие придаточных пазух носа, спинного мозга, раздельное взвешивание сердца, вскрытие сердца по Г.Г.Автандилову, вскрытие по Шору.	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ПК-1.2	140

Специальные методы диагностики у секционного стола: пробы на воздушную и жировую эмболии, на пневмоторакс, на амилоид, на ишемию миокарда. Вскрытие при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии, при подозрении на сепсис.		
Забор материала для гистологического и дополнительных методов исследования (бактериологического, цитологического, биохимического и др.).	ОПК-4.1	
Протоколирование вскрытий с внесением результатов гистологического исследования. Оформление патологоанатомического диагноза, клинко-анатомического эпикриза. Кодировка заболеваний с помощью МКБ. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов с определением причин диагностических ошибок. Оформление медицинского свидетельства о смерти.	ОПК-5.1 ОПК-5.3 ПК-1.2 ПК-2.2	
Вскрытие трупов и патоморфологическая диагностика при заболеваниях терапевтического, хирургического профиля (болезнях системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, лимфатической и кроветворной систем, ревматических болезнях). Особенности формулировки и кодирования патологоанатомического диагноза при заболеваниях различных органов и систем.	УК-1.1. УК-1.2 ОПК-5.1 ОПК-5.3 ПК-1.2 ПК-2.2	282
Самостоятельная работа		102
3.3.3. Прижизненная диагностика (биопсийный раздел)		408
Инструктаж по охране труда на рабочем месте, знакомство с правилами внутреннего распорядка базы практики, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания	УК-3.1 УК-3.2	4
Процедуры преаналитического, аналитического и постаналитического этапов исследования при заболеваниях различных органов и систем. Контроль качества аналитического этапа. Интерпретация результатов обследования пациента с учетом данных истории болезни, амбулаторной карты, мнения лечащего врача. Особенности формулировки патогистологического заключения.	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.3 ПК-1.1	28
Патоморфологическая диагностика: доброкачественных и злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, ревматических болезней, болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения, болезней лимфатической и кроветворной систем.	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ПК-1.1	284
Самостоятельная работа		92
3-й семестр		
3.3.4. Посмертная диагностика заболеваний (аутопсийный раздел)		324
Инструктаж по охране труда на рабочем месте, знакомство с правилами внутреннего распорядка базы практики, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания	УК-3.1 УК-3.2	4
Особенности методик вскрытия, в том числе при карантинных и особо опасных инфекциях с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, дезинфекционных средств, забора материала. Освоение специальных методов в патологической анатомии и морфометрических методов.	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ПК-1.2	46
Вскрытие трупов и патоморфологическая диагностика при инфекционных заболеваниях, болезнях эндокринной системы, почек и мочевыводящих путей, ЦНС. Особенности формулировки и кодирования патологоанатомического диагноза.	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ПК-1.2	219
Самостоятельная работа		55
3.3.5. Прижизненная диагностика (биопсийный раздел)		228

Инструктаж по охране труда на рабочем месте, знакомство с правилами внутреннего распорядка базы практики, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания	УК-3.1 УК-3.2	2
Процедуры преаналитического, аналитического и постаналитического этапов исследования при заболеваниях различных органов и систем. Контроль качества аналитического этапа. Интерпретация результатов обследования пациента. Особенности формулировки патогистологического заключения.	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ПК-1.1	30
<i>Патоморфологическая диагностика:</i> инфекционных и паразитарных болезней, болезней эндокринной системы и нарушений обмена веществ, болезней почек и мочевыводящих путей, болезней ЦНС и периферических нервов, заболеваний других органов и систем	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ПК-1.1	145
Самостоятельная работа		51
4 - й семестр		
3.3.6. Посмертная диагностика заболеваний (аутопсийный раздел)		426
Инструктаж по охране труда на рабочем месте, знакомство с правилами внутреннего распорядка базы практики, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания	УК-3.1 УК-3.2	4
Особенности методик вскрытия, в том числе трупов новорожденных, мертворожденных и плодов. Вырезка, макроскопическое исследование плацент. Особенности оформления документации после детского вскрытия. Изучение организации работы КИЛИ, ЛКК, КАК. Составление отчетной документации (годовой и полугодовой отчеты). Оформление и хранение документации.	ПК-1.2 ПК-2.2	48
Вскрытие трупов и патоморфологическая диагностика при заболеваниях различного профиля, в том числе болезнях половых органов и молочной железы, патологии беременности, родов и перинатального периода. Особенности формулировки и кодирования патологоанатомического диагноза.	ПК-1.2 ПК-2.2	298
Самостоятельная работа		76
3.3.7. Прижизненная диагностика (биопсийный раздел)		282
Инструктаж по охране труда на рабочем месте, знакомство с правилами внутреннего распорядка базы практики, получение учебно-методических материалов, программы и дневника практики, индивидуального задания	УК-3.1 УК-3.2	2
Процедуры преаналитического, аналитического и постаналитического этапов исследования при заболеваниях различных органов и систем. Контроль качества аналитического этапа. Интерпретация результатов обследования пациента. Особенности формулировки патогистологического заключения.	ПК-1.1 ПК-2.2	22
<i>Патоморфологическая диагностика:</i> болезней половых органов и молочной железы, патологии беременности, родов и перинатального периода, заболеваний, вызванных факторами окружающей среды; ятрогений, заболеваний других органов и систем	ПК-1.1 ПК-2.2	196
Самостоятельная работа		62
Формы текущего контроля: опрос, тестирование, наблюдение на рабочем месте, оценка выполнения, дневник.	Общая трудоемкость: 68 з.е. в т.ч. самостоятельная работа: 14 з.е.	2448 504

Клиническая практика является разделом программы ординатуры и представляет собой вид учебной работы, непосредственно ориентированной на практическую подготовку обучающихся в соответствии с видом(ами) деятельности, на который направлена программа ординатуры.

Практическая подготовка осуществляется на базе медицинской организации, судебно-экспертного учреждения или иной организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья граждан в

Российской Федерации на основании договора (далее вместе – клиническая база).

Прохождение клинической практики включает дежурства (суточные, в ночное время, в выходные или праздничные дни в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и графиком дежурств той клинической базы, на которой ординатор проходит практику).

Обучающиеся в период прохождения практики:

- ведут дневники практики;
- соблюдают правила внутреннего трудового распорядка;
- соблюдают правила охраны труда, техники безопасности, в т.ч. пожарной;
- готовят отчет о прохождении практики.

В процессе прохождения практики обучающийся руководствуется данной программой производственной практики.

4. Формы отчетности по практике

Ежедневно ординаторами ведутся дневники учета выполненной работы по утвержденному образцу. В дневнике регистрируется весь объем работы, проделанный за день, описываются методики врачебных манипуляций, в выполнении которых ординаторы принимали участие.

Правильность ведения дневника систематически контролируется руководителем практики с внесением в дневник соответствующей записи, содержащей замечания, предложения и рекомендации.

По окончании практики ординатор составляет сводный отчет о выполненных практических навыках и манипуляциях и отчет по санитарно-просветительной работе и педагогической деятельности.

Текущий контроль сформированности компетенций осуществляется на во время прохождения практики (опросы, текущее тестирование, практические навыки и т.п.), в рамках самостоятельной работы в формах, предусмотренных программой.

Промежуточная аттестация по производственной (клинической) практике проводится в конце каждого семестра на основании оценки степени сформированности необходимых компетенций и трудовых функций, с учетом оформленных обучающимся дневников практики, результатов тестирования в ходе практических занятий, отчета по практике и отзыва руководителя практики от клинической базы. Форма контроля – зачет. Зачет проводится в форме тестирования, устного собеседования (решение ситуационной задачи, ответ на контрольный вопрос), демонстрации практических навыков.

Деятельность ординаторов оценивается с учетом эффективности самостоятельной работы, творческого подхода к практике, уровня аналитической и рефлексивной деятельности, качества отчетной документации и трудовой дисциплины.

5. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по практике

Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по итогам прохождения практики представлены в Приложении 1 и являются неотъемлемой частью настоящей программы.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

7.1. Основная литература

- Патологическая анатомия [Электронный ресурс]: национальное руководство / гл. ред. М.А. Пальцев, Л.В. Кактурский, О.В. Зайратьянц – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – (Серия Национальные руководства). – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431542.html>
- Патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учеб. пособие / под ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432693.html>
- Патологическая анатомия. Атлас [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. О. В. Зайратьянца – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420072.html>
- Патология [Электронный ресурс]: руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2369.html>
- Сумин, С.А. Основы реаниматологии [Электронный ресурс]: учебник / Сумин С.А., Окунская Т.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с. – ISBN 978-5-9704-2424-7 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424247.html>
- Цыбульский Э.К., Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбульский Э.К. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 160 с. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417416.html>
- Долина О.А. Анестезиология и реаниматология: учебник / – М.: – 569 с, УМО. ГОЭТАР-Медиа, 2009.
- Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. 2013. – 800 с.
- Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации пересмотр 2015 г.: Обзор основных изменений [Электронный ресурс] <http://www.rusnrc.com>

7.2. Дополнительная литература

- Абрикосов, А.И. Техника патологоанатомических вскрытий трупов / А.И. Абрикосов. – М.: Медгиз, 1948. – 167 с.
- Автандилов, Г.Г. Морфометрия в патологии / Г.Г. Автандилов. – М., 1973.
 - Автандилов, Г.Г. Основы количественной патологической анатомии: Учебное пособие / Г.Г. Автандилов. – М.: Медицина, 2002. – 240 с.
 - Автандилов, Г.Г. Основы патологоанатомической практики. Руководство (2-е издание) / Г.Г. Автандилов. – Москва. – Изд-во РМАПО. – 1998. – 505 с.
 - Бабиченко, И.И. Руководство к лабораторным занятиям по патологической анатомии / И.И. Бабиченко, А.Л. Владимирцева, В.А. Ковязин, Н.М. Харченко. – М.: РУДН, 2008. – 249 с.
 - Венедиктова, М.Г. Трофобластическая болезнь [Электронный ресурс] / Венедиктова М.Г., Доброхотова Ю.Э., Морозова К.В., Тер-Ованесов М.Д. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 64 с. – ISBN 978-5-9704-4824-3. – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448243.html>
 - Зайратьянц, О.В. Инструкция по порядку учета, категориям сложности, срокам хранения,

выдачи, утилизации материалов патологоанатомических исследований / О.В. Зайратьянц, Н.И. Полянко, Л.В. Кактурский, Е.Л. Никонов, М.А. Пальцев. – Москва. – Изд-во МГМСУ. – 2007. – 28 с.

- Зайратьянц, О.В. Формулировка диагноза при ятрогенных патологических процессах (проект предварительного стандарта) / О.В. Зайратьянц, Н.И. Полянко. – М.: МГМСУ, 2005.

- Зайратьянц, О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Справочник / Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2011. – 576 с.

- Зиновьев, А.С. Клиническая патология орофациальной области и шеи / А.С. Зиновьев, А.В. Кононов, Л.Д. Костерино. – Омск, 1999 – 151 с.

- Калитиевский, П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов / П.Ф. Калитиевский. – 2-е изд. – М.: Миклош, 1993. – 384 с.

- Калитиевский, П.Ф. Краткое пособие для клинического патолога / П.Ф. Калитиевский. – М.: Медицина, 1979. – 184 с.

- Клиническая патология: руководство для врачей [Электронный ресурс] / под ред. В.С. Паукова. – М.: Литтерра, 2018. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/04-COS-0324v1.html>

- Коваленко, В.Л. Терминология, принципы диагностики, оформления диагноза при алкогольной болезни: Клинико-организационное руководство / В.Л. Коваленко, В.В. Горбач, В.Б. Патрушева. – Челябинск, 2005.

- Колесников, Л.Л. Анатомия человека: атлас: в 3 т. Т. 1. Остеология, артросиндесмология, миология [Электронный ресурс] / Л.Л. Колесников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 480 с. – ISBN 978-5-9704-4925-7. – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449257.html>

- Коржевский, Д.Э. Морфологическая диагностика. Учебное пособие / Д.Э. Коржевский. – Издатель СпецЛит. – 2013. – 128 с.

- Медведев, И.И. Основы патологоанатомической техники / И.И. Медведев. – М.: Медицина, 1969. – 288 с.

- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр: В 3 т. / ВОЗ. – Женева, 1995. – Т. 1, Часть 1. – 698 с.

- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр: В 3 т. / ВОЗ. – Женева, 1995. – Т. 1, Часть 2. – 633 с.

- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр: В 3 т. / ВОЗ. – Женева, 1995. – Т. 2. Сборник инструкций. – 179 с.

- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр: В 3 т. / ВОЗ. – Женева, 1998. – Т. 3, Алфавитный указатель. – 923 с.

- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр: Обновления 1998–2012. – доступ: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>.

- Методическое пособие МЗ РФ. Патологоанатомическая диагностика основных форм туберкулеза, его осложнений и исходов. – М., 2001.

- Микроскопическая техника: Руководство / под ред. Д.С. Саркисова, Ю.Л. Перова. – М.: Медицина, 1996. – 544 с.

- Морфологическая диагностика. Подготовка материала для гистологического исследования и электронной микроскопии: руководство / под ред. Д.Э. Коржевского. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 127 с.

- Пальцев, М.А. Патологическая анатомия: в 2 т. / Пальцев М.А., Аничков Н.М. – М.: Медицина, 2001. – 526 с. (т. I); 736 с. (т. II, ч. 1); 680 с. (т. II, ч. 2).

- Пальцев, М.А. Руководство к практическим занятиям по патологической анатомии: учеб. пособие / М.А. Пальцев. – М.: Медицина, 2002. – 896 с.

- Пальцев, М.А. Межклеточные взаимодействия / М.А. Пальцев, А.А. Иванов, С.Е. Северин. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2003. – 288 с.

- Пальцев, М.А. Руководство по биопсийно-секционному курсу: учеб. пособие / М.А. Пальцев, В.Л. Коваленко, Н.М. Аничков. – 2-е изд., стереотип. – М.: Медицина, 2004. – 256 с.
- Пальцев, М.А. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас) / М.А. Пальцев, П.И. Потекаев, И.А. Казанцева. – М.: Медицина, 2004. – 428 с.
- Патологическая анатомия болезней плода и ребенка: Руководство для врачей в 2 т. / Под ред. Т.Е. Ивановской, Л.В. Леоновой. – М.: Медицина, 1989.
- Патология органов дыхания [Электронный ресурс] / Е.А. Коган, Г.Г. Кругликов, В.С. Пауков, И.А. Соколова, С.С. Целуйко. – М.: Литтерра, 2013. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500764.html>
- Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2 томах / под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смоляникова, Д.С. Саркисова. – М.: Медицина, 1993.
- Повзун, С.А. Патологическая анатомия в вопросах и ответах: учебное пособие / С.А.Повзун. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 176 с.
- Порядок оформления «Медицинских свидетельств о смерти» в случаях смерти от некоторых болезней системы кровообращения / Методические рекомендации. – М.: ЦНИИОИЗ, 2013. – 16 с.
- Ревелл, П.А. Патология кости: Пер. с англ. / П.А. Ревелл. – М.: Медицина, 1993. – 368 с.
- Сапожников, А.Г. Гистологическая и микроскопическая техника: Руководство / А.Г.Сапожников, А.Е.Доросевич. – Смоленск: САУ, 2000. – 476 с.
- Справочник по диагностическим тестам: пер. с англ. / Д. Николь, С.Дж. МакФИ, М. Пиньон, Ч.М. Лу. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медпрактика-М, 2011. – 560 с.
- Хмельницкий, О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. / О.К. Хмельницкий. – СПб: СОТИС, 1994. – 478 с.
- Цинзерлинг, А.В. Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза: Руководство / А.В. Цинзерлинг, В.А. Цинзерлинг. – СПб.: СОТИС, 2002. – 346 с.
- Частная патологическая анатомия руководство к практическим занятиям для лечебных факультетов: учебное пособие / под ред. О.В.Зайратьянца, Л.Б.Тарасовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 404 с.
- Шабалова, И.П. Основы клинической цитологической диагностики: учебное пособие / И.П. Шабалова, Н.Ю. Полонская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 144 с.
- Морган Дж. Клиническая анестезиология в 3 томах / Дж. Морган, Эдвард Мл. – М: Бином, 2009.
- Нагнибеда, А.Н. Неотложная синдромология скорая медицинская помощь [Электронный ресурс]: – Электрон. дан. – СПб. СпецЛит, 2010. – 352 с. <https://e.lanbook.com/book/60142>
- Анестезиология [Электронный ресурс] : национальное руководство : краткое издание / под ред. А.А. Бунятяна, В.М. Мизикова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439531.html>
- Асимов М.А., Нурмагамбетова С.А., Игнатъев Ю.В. Коммуникативные навыки: учебник. – Алматы: Эверо, 2001. – 264 с.
- Асимов М.А., Дошанов Д.Х. Сообщение плохих новостей: учебное пособие. – Алматы: Эверо, 2014. – 100 с.
- Гринберг М.П., Архипов А.Н., Кузнецова Т.А. Коммуникативная компетентность врача. Симуляционное обучение. Методика «стандартизированный пациент». – М.: Литерра, 2015. – 176 с.

7.3. Интернет-ресурсы:

21. Springer Journals [Электронный ресурс]: база данных – Режим доступа: <https://link.springer.com/> – Доступ открыт со всех компьютеров сети Центра.

22. Федеральная электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система (ЭБС) / ЦНМБ Первого Московского государственного медицинского Центра им. И.М.Сеченова. – Режим доступа: <http://feml.scsml.rssi.ru/feml> – Свободный доступ.

23. eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]: электронная библиотека / Науч. электрон. б-ка. – URL: <http://www.elibrary.ru/>. – Доступ к подписке журналов открыт со всех компьютеров сети Центра; к журналам открытого доступа – свободный доступ после регистрации на сайте elibrary.ru.

24. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://www.rsl.ru> – Свободный доступ.

25. Consilium Medicum [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/> – Свободный доступ.

26. PubMed: US National Library of Medicine National Institutes of Health [Электронный ресурс]: сайт. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> – Свободный доступ.

27. ScienceDirect. Ресурсы открытого доступа [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://www.sciencedirect.com/science/jrnallbooks/open-access>.

28. КиберЛенинка: научная электронная библиотека [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/> – Свободный доступ.

7.4. Перечень законодательных и нормативно-правовых документов

Федеральный Закон Российской Федерации от 21 декабря 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции Федеральных Законов от 25.06.2012 № 89-ФЗ, от 25.06.2012 № 93-ФЗ, от 02.07.2013 №167-ФЗ, от 02.07.2013 № 185-ФЗ, от 23.07.2013 № 205-ФЗ, от 27.09.2013 № 253-ФЗ, от 25.11.2013 № 317-ФЗ).

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Патологическая анатомия» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 апреля 2013 г., регистрационный N 28163).

- Приказ Минздрава России от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный № 30612).

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 г. № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2008 г., регистрационный № 13055) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 марта 2012 г., регистрационный № 23490).

- О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти / Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178.

- Об особенностях кодирования некоторых заболеваний из класса IX МКБ-10 / Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.04.2011 №14-9/10/2-4150.
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1049 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г. №707н (ред. от 15.06.2017 г.) «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 131н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-патологоанатом».
- СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09 декабря 2010 г. № 163, зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 17 февраля 2011 г., регистрационный № 19871).

8. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса по практике

Теоретическая и практическая подготовка ординаторов осуществляется в структурных подразделениях Центра (учебные и лекционные аудитории, компьютерные классы, лаборатории) и на клинических базах учреждений здравоохранения г. Новосибирска.

Учебные аудитории, расположенные в Центре и на территории клинических баз, оснащены мультимедийным оборудованием, обеспечивающим возможность демонстрации презентаций, учебных видеофильмов, позволяющим использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Клинические базы в соответствии с профилем программы ординатуры обеспечивают возможность работы ординаторов в диагностических, секционных и биопсийных подразделениях, оборудованных в соответствии с требованиями ФГОС по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия. В ординаторских комнатах предусмотрена возможность доступа к информационной среде лечебного учреждения, доступ к сети интернет.

Перечень материально-технического обеспечения прохождения практики на клинической базе может меняться, в зависимости от особенностей профессиональной деятельности.

Приложение 1

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ
«Производственная (клиническая) практика (базовая)»**

**ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ
В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.07 «Патологическая анатомия»**

Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения программы дисциплины

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1. Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать:	- профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; - основные закономерности общепатологических процессов; - современные методы морфологической диагностики
	Уметь:	- анализировать изменения основных показателей состояния организма при патологических процессах; - анализировать характер течения патологического процесса и его клинические проявления - интерпретировать правильно результаты проведенных исследований - сопоставлять данные морфологических и клиничко- лабораторных исследований
	Владеть:	- навыками формулирования различных изменений основных показателей состояния организма при развитии патологических процессов; - методами современной морфологической диагностики различных патологических процессов - навыками формулировки, сопоставления и анализа диагнозов заболеваний с учетом наличия коморбидной патологии
УК-1.2. Определяет возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать:	- методы абстрактного мышления при установлении истины, – методы научного исследования путем мысленного расчленения объекта и путем изучения предмета в его целостности, единстве его частей
	Уметь:	- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских задач и оценивать перспективность реализации этих вариантов
	Владеть:	- навыком использования абстрактного мышления при решении проблем, возникающих при выполнении исследовательских работ, навыками отстаивания своей точки зрения

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению		
УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации	Знать:	- принципы работы в мультидисциплинарной команде
	Уметь:	- решать практические задачи по формированию профессионального общения врача с коллегами и руководством; – эффективно взаимодействовать с другими членами команды, в том числе в процессе обмена информацией, знаниями и опытом, и проведения презентации результатов работы команды
	Владеть:	разными видами коммуникации (учебная, деловая, неформальная и др.); – навыком работы в мультидисциплинарной команде;
УК-3.2. Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений	Знать:	- факторы эффективности использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет свою роль в команде - профессиональные и должностные обязанности врача- патологоанатома, среднего и младшего медицинского персонала; – информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
	Уметь:	- организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности; – брать на себя ответственность за работу подчиненных, за результат выполнения заданий;
	Владеть:	- навыками эффективного взаимодействия с другими членами команды, презентации результатов работы команды; - навыком организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда, инфекционной и противопожарной безопасности; – навыком применения информационно-

		коммуникационных технологий в профессиональной деятельности;
УК-3.3. Распределяет поручения и делегирует полномочия членам команды, определяет пошаговый алгоритм по оказанию медицинской помощи населению	Знать:	- основные теории лидерства и стили руководства; – факторы эффективности использования стратегии сотрудничества для достижения поставленной цели, определяет свою роль в команде;
	Уметь:	- участвовать в обмене информацией и опытом с другими членами команды; – осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала
	Владеть:	- навыками руководства работниками медицинской организации; – навыками контроля выполнения должностных обязанностей подчиненным персоналом медицинской организации

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-4.1. Выбирает и использует стиль общения в зависимости от цели и условий партнерства; адаптирует речь, стиль общения и язык жестов к ситуациям взаимодействия	Знать:	- основные понятия: «общение», «взаимодействие», «социальная коммуникация», «конфликт»; - структуру, виды, формы, механизмы общения как процесса коммуникации; – источники, причины, виды и способы разрешения конфликтов
	Уметь:	- определять стратегии взаимодействия; - планировать и корректировать свою деятельность в команде; - применять полученные знания и навыки коммуникативного общения в практической деятельности; - находить пути решения противоречий, недовольств и конфликтов между медицинским персоналом и пациентами или их родственниками, возникающих при оказании медицинской помощи; – использовать приемы саморегуляции поведения в процессе межличностного общения

	Владеть:	-способами взаимодействия в конфликтных ситуациях с целью повышения эффективности профессиональной деятельности; - механизмами работы с манипуляцией, навыками оценки невербальных проявлений; - навыками устранения противоречий, недовольств и конфликтов между медицинским персоналом и пациентами или их родственниками, возникающих при оказании медицинской помощи; – навыками саморегуляции поведения в процессе межличностного общения
	Уметь:	- выбирать коммуникативно приемлемые стили делового общения и невербальные средства взаимодействия с партнерами; - использовать информационно-Коммуникационные технологии при поиске необходимой информации в процессе решения различных коммуникативных задач - вести коммуникативно и культурно приемлемо устные деловые разговоры; – вести деловую переписку, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции на государственном и иностранном (-ых) языках;
	Владеть:	- навыками устных деловых разговоров на государственном и иностранном (-ых) языках; – деловой перепиской, учитывая особенности стилистики официальных и неофициальных писем, социокультурные различия в формате корреспонденции;
УК-4.3. Публично выступает, строит свое выступление с учетом аудитории и цели общения	Знать:	- особенности деловой коммуникации в устной и письменной формах
	Уметь:	- представить свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
	Владеть:	- навыками устных деловых переговоров; - навыками публичных выступлений; – навыками разработки эффективных презентаций

ОПК-4. Способен к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов		
ОПК-4.1. Применяет патологоанатомические методы диагностики	Знать:	- законодательные требования и нормативы проведению биопсийной и аутопсийной работы; - противопоказания и осложнения проведения прижизненных морфологических исследований; - терминологию, используемую в патоморфологии; - основные методы исследования в патологической анатомии; - технику патологоанатомического вскрытия; - технику проведения макроскопического изучения органов и тканей; - технику проведения макроскопического и микроскопического изучения биопсийного (операционного) материала; - правила забора материала для гистологического исследования при различных патологических процессах; - назначение специальных окрасок и дополнительных методов исследования с учетом поставленной цели; приготовление препаратов; - основы микроскопического исследования биологического материала; - основы макроскопического исследования биологического материала; - сроки выполнения прижизненных патологоанатомических исследований;
	Уметь:	- проводить макроскопическое и микроскопическое изучения биопсийного материала; - проводить макроскопического изучения органов и тканей; - проводить патологоанатомическое вскрытие; - назначать дополнительные методы исследования
	Владеть:	- навыками проведения вскрытия и изучения полостей тела, формулирование описания вскрытия и изучения полостей тела;

		- навыками проведения макроскопического изучения органов и тканей, формулирование макроскопического описания органов и тканей; - навыками проведения микроскопического изучения биологического материала, формулирование микроскопического описания; - навыками проведения макроскопическое и микроскопическое изучения биопсийного материала;
ОПК-4.2. Интерпретирует результаты патологоанатомических методов диагностики	Знать:	-учение о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом, синдромологическом и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе, учение о диагнозе; - правила формулировки патологоанатомического диагноза; - унифицированные требования по технологии проведения прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью цитологических исследований пункционного биопсийного, эксфолиативного и иного материала, в том числе интраоперационного
	Уметь:	-анализировать и интерпретировать результаты макроскопического и микроскопического изучения биопсийного материала; - анализировать и интерпретировать результаты патологоанатомического вскрытия; - устанавливать диагноз заболевания (состояния) или характер патологического процесса при патологоанатомическом исследовании биопсийного (операционного) материала, формулировать диагноз заболевания (состояния) в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), или описательное заключение, когда нозологическая трактовка невозможна
	Владеть:	- навыками анализа и интерпретации результатов

		макроскопического и микроскопического изучения биопсийного материала; - навыками анализа и интерпретации результатов проведения микроскопического и макроскопического изучения биологического материала; - навыками анализа и интерпретации результатов патологоанатомического вскрытия
ОПК-5. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-5.1. Определяет объем медицинской экспертизы	Знать:	- сущность и основные закономерности общепатологических процессов, процессов приспособления и компенсации; - основы учения о нозологии, принципы классификации болезней; - характерные структурные и функциональные изменения внутренних органов при важнейших, в том числе и социально значимых заболеваниях человека; - основы клинико-анатомического анализа;
	Уметь:	- определять морфофункциональные проявления при основных типовых патологических процессах по результатам клинико-биохимических анализов и функционально-диагностических проб; - диагностировать типовые морфологические проявления общепатологических процессов;
	Владеть:	- технологией параклинического обследования пациента, основываясь на знаниях общепатологических процессов – общепатологической и патологоанатомической терминологией в части описания и клиноморфологической диагностики патологических процессов, осложнений, острых состояний и основных заболеваний человека
ОПК-5.3 Проводит медицинскую экспертизу	Знать:	- патоморфологические микроскопические изменения в тканях; - микроскопические признаки патологических процессов внутренних органов; - гистологические признаки давности течения

		патологических процессов;
	Уметь:	- на основании клинико-патологического заключения высказать мнение о характере заболевания, его клинических проявлениях, обосновывать направления патогенетической Терапии; - анализировать изменения основных функционально-морфологических показателей организма при неотложных состояниях, обосновывать направления патогенетической Терапии; – формулировать клинический диагноз и проводить сопоставления с патологоанатомическим диагнозом в соответствии с МКБ;
	Владеть:	- приёмами клинико-функциональных и клинико-анатомических сопоставлений при анализе результатов лабораторного и клинического исследования на разных этапах развития неотложных состояний и основных заболеваний человека; – навыками формулировки клинического и патологоанатомического диагноза;
ОПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-6.2. Ведет медицинскую документацию	Знать:	- перечень медицинской документации патологоанатомического отделения; - трудовое законодательство, требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии в медицинских организациях, осуществляющих производство патологоанатомических исследований
	Уметь:	- интерпретировать и анализировать данные медицинской документации пациента; - оформлять медицинское свидетельство о смерти в установленном порядке с учетом действующей МКБ и другие документы;

	Владеть:	- навыками анализа медицинской документации и навыками ее заполнения; - навыками организации медицинского персонала;
ОПК-7. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		
ОПК-7.1. Оценивает состояние пациента, требующего оказания неотложной медицинской помощи	Знать:	-клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
	Уметь:	- распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме
	Владеть:	- распознаванием состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
ОПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать:	- методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека
	Уметь:	- применить в соответствии с выявленными нарушениями те или иные методы оказания неотложной медицинской помощи
	Владеть:	- навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
ПК-1. Способен проводить патологоанатомические исследования		
ПК-1.1. Проводит прижизненные патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала	Знать:	- историю патологической анатомии как науки и как специальности; - основы ресурсного обеспечения деятельности патологоанатомических бюро (отделений);

		-основы организации и нормативное регулирование работы патологоанатомических бюро (отделений) в Российской Федерации; - требования по оснащению помещений (операционных, манипуляционных, процедурных) для забора биопсийного (операционного) материала с целью прижизненных патологоанатомических исследований - правила взятия, консервации, маркировки, регистрации, хранения и транспортировки биопсийного (операционного) материала на прижизненные патологоанатомические исследования; - технологии приема биопсийного (операционного) материала на прижизненные патологоанатомические исследования в патологоанатомических бюро (отделениях); - тактику и способы получения материала для цитологического исследования; - способы приготовления цитологических препаратов; - унифицированные требования по технологии макроскопического изучения биопсийного (операционного) материала при выполнении прижизненных патологоанатомических исследований; - унифицированные требования по технологии лабораторной обработки биопсийного (операционного) материала при выполнении прижизненных патологоанатомических исследований; - унифицированные требования по технологии микроскопического изучения биопсийного (операционного) материала при выполнении прижизненных патологоанатомических исследований; - унифицированные требования по технологии
--	--	--

	архивирования первичных материалов прижизненных патологоанатомических исследований в патологоанатомических бюро (отделениях); - категории сложности прижизненных патологоанатомических исследований; - действующие порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, правила проведения патологоанатомических исследований;
	Уметь: - интерпретировать и анализировать данные медицинской документации пациента; - проводить макроскопическое изучение биопсийного (операционного) материала, интерпретировать и анализировать его результаты в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - проводить вырезку из биопсийного (операционного) материала в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять диагностическую целесообразность назначения дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии исходя из задач прижизненного патологоанатомического исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

	- проводить микроскопическое изучение биопсийного (операционного) материала, в том числе люминесцентной, фазово-контрастной, поляризационной микроскопии с использованием технологий проходящего и (или) отраженного света в светлом и (или) темном поле, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - оценивать и интерпретировать результаты применения дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии;
	Владеть: - навыками изучения выписки из медицинской документации пациента, получение разъяснений у врачей-специалистов, принимающих (принимавших) участие в обследовании и лечении пациента; - навыками проведения макроскопического изучения биопсийного (операционного) материала, формулирование макроскопического описания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения вырезки из биопсийного (операционного) материала, формулирование описания маркировки объектов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения при необходимости

		дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения микроскопического изучения биопсийного (операционного) материала, формулирование микроскопического описания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения консультации материалов прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала
ПК-1.2 Проводит посмертные патологоанатомические исследования (патологоанатомические вскрытия)	Знать:	- унифицированные требования по подготовке тела умершего при направлении его в патологоанатомическое бюро (отделение); - унифицированные требования по технологии приема и регистрации тел умерших в патологоанатомических бюро (отделениях); - унифицированные требования по технологии принятия решения об отмене патологоанатомического вскрытия; - унифицированные требования по технологии лабораторной обработки секционного материала; - унифицированные требования по технологии микроскопического изучения секционного материала; - МКБ, основные правила ее использования при посмертной патологоанатомической диагностике, правила выбора причин смерти;

		- нормативные сроки выполнения посмертных патологоанатомических исследований; - категории сложности посмертных патологоанатомических исследований;
	Уметь:	- интерпретировать и анализировать данные медицинской документации пациента; - проводить вырезку из биологического материала, полученного при патологоанатомическом вскрытии; - определять диагностическую целесообразность использования дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии исходя из задач посмертного патологоанатомического исследования; - проводить микроскопическое изучение биологического материала, полученного при патологоанатомическом вскрытии, в том числе люминесцентной, фазово-контрастной, поляризационной микроскопии с использованием технологий проходящего и (или) отраженного света в светлом и (или) темном поле; - оценивать и интерпретировать результаты использования дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии; - устанавливать причины смерти и диагноз заболевания (состояния) при посмертном патологоанатомическом исследовании (патологоанатомическом вскрытии), формулировать причины смерти в соответствии с правилами выбора МКБ, формулировать диагноз заболевания (состояния) в соответствии с МКБ
	Владеть:	- навыками изучения выписки из медицинской документации пациента, получение разъяснений у врачей-специалистов, принимающих (принимавших) участие в обследовании и лечении пациента;

		- навыками проведения наружного осмотра тела, формулирование описания наружного осмотра тела - навыками проведения взятия биологического материала для гистологического изучения, при наличии медицинских показаний - использования других дополнительных специальных методов, назначение при необходимости применения дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительных методов микроскопии в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения консультации материалов посмертного патологоанатомического исследования (патологоанатомического вскрытия) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
ПК-1.3 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	Знать:	- методику сбора жалоб и анамнеза у пациента (истории болезни и жизни); - методику физикального исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; - правила проведения базовой сердечно-легочной Реанимации;
	Уметь:	-оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациенту, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания);

		- выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме
	Владеть:	- навыками оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме; - навыками оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); - навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме
ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-2.2. Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Знать:	- требования по оформлению и ведению медицинской документации в соответствии с правилами проведения патологоанатомических исследований; - правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
	Уметь:	- заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; - использовать при проведении патологоанатомических исследований персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; - использовать в своей работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"
	Владеть:	- навыками ведения протоколов и иной документации, в том числе в электронном виде, о прижизненном патологоанатомическом

		исследовании биопсийного (операционного) материала, патологоанатомическом вскрытии, патологоанатомическом вскрытии плода, мертворожденного, новорожденного
ПК-2.3. Организует и контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать:	- квалификационные требования и должностные обязанности медицинского персонала патологоанатомического бюро (отделения)
	Уметь:	- осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении средним медицинским персоналом
	Владеть:	- контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении средним медицинским персоналом; - проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

ОПИСАНИЕ ШКАЛ КРИТЕРИЕВ И ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Вид оценочного средства: контрольные вопросы по темам/разделам

Шкалы и критерии оценивания

Критерии: полнота и точность воспроизведения информации, последовательность и логичность изложения, понимание причинно-следственных связей, синтез

Характеристика ответа	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Объем информации, предусмотренный программой (полный), формулировки понятий точные, изложение последовательное и логичное, демонстрирует понимание причинно-следственных связей, аргументирует собственные выводы и суждения на основе междисциплинарных знаний	90-100	отлично
Объем информации, предусмотренный программой, с упущением малозначимых элементов, формулировки понятий точные, не во всем ответе последовательное и логичное изложение, демонстрирует понимание причинно-следственных связей	80-89	хорошо
Объем информации не полный, формулировки части понятий точные, изложение последовательное и логичное, демонстрирует понимание причинно-следственных связей	70-69	удовлетворительно
Отдельные элементы информации предусмотренные программой, формулировки понятий неточные, изложение не последовательное и	< 70	неудовлетворительно

нелогичное, не демонстрирует понимания причинно-следственных связей		
---	--	--

Процедура оценивания: индивидуальное собеседование (перечень вопросов, обучающийся ознакомлен с вопросом в установленный срок до собеседования, время подготовки ответа не более 30 минут); преподаватель выслушивает устный ответ обучающегося на вопрос, возможны дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя, преподаватель выставляет оценку на основе своего мнения.

Вид оценочного средства: ситуационные задачи по темам/разделам

Шкалы и критерии оценивания

Критерии: соответствие ответа на задачу эталону

Критерий	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Решение правильное и полное, включающее ответы на все элементы задачи соответствуют эталону	90-100	отлично
Решение правильное, в ответах на отдельные элементы задачи есть неточности	80-89	хорошо
Правильные ответы даны на большую часть элементов задачи	70-79	удовлетворительно
Отсутствуют правильные ответы на большую часть элементов задачи	< 70	неудовлетворительно

Процедура оценивания: индивидуальное собеседование (вопросы сформулированы по отдельным элементам задачи, обучающийся ознакомлен с аналогичной задачей в установленный срок до собеседования, время подготовки ответа не более 30 минут); преподаватель выслушивает устный ответ обучающегося на вопросы по отдельным элементам задачи, возможны дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя.

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий

Шкалы и критерии оценивания

Критерии: соответствие ответа на тестовое задание эталону

Характеристика выполнения теста	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Ответы на 90-100% тестовых заданий соответствуют эталону	90-100	отлично
Ответы на 70-89% тестовых заданий соответствуют эталону	80-89	хорошо
Ответы на 50-69% тестовых заданий соответствуют эталону	70-79	удовлетворительно
Ответы менее чем на 50% тестовых заданий соответствуют эталону	< 70	неудовлетворительно

Процедура оценивания: Тестирование; время выполнения тестового задания не более 1 минуты, тестовое задание считается выполненным только при правильном выборе (вводе) всех (одного или нескольких) ответов, предполагаемых тестовым заданием.

Вид оценочного средства: перечень практических навыков и умений для демонстрации на зачете по производственной (клинической) практике

Уровни усвоения:

- I – имеет представление, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентирован, знает показания к ее проведению;
- II – участие в выполнении манипуляции (исследовании, процедуре);
- III – выполнение манипуляции под контролем преподавателя (медицинского персонала);
- IV – самостоятельное выполнение манипуляции.

Критерии оценки приема практических умений и навыков:

Оценка процедуры и результата выполнения	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Ординатор обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений	90-100	отлично
Ординатор обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет	80-89	хорошо
Ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем	70-69	удовлетворительно
Ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки	< 70	неудовлетворительно

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ

Оценочные средства к разделу 1. Обучающий симуляционный курс

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий к разделу 1

№	Вопрос	Варианты ответов	Эталон
1.	Реаниматология изучает вопросы	1. диагностики клинической смерти; 2. лечения постреанимационной болезни; 3. профилактики экстремальных состояний; 4. функционирования основных жизненных систем.	1, 2
2.	Реанимация – это процесс	1. замещения функции дыхания; 2. защиты пациента от операционной травмы; 3. лечения терминальных состояний; 4. оживления организма.	4
3.	К методам интенсивной терапии не относится	1. ИВЛ; 2. СЛР; 3. гемодиализ; 4. парентеральное питание.	2
4.	Терминальное состояние	1. глубокое нарушение жизненно важных функций;	1, 2

	расценивается как	2. пограничное состояние между жизнью и смертью; 3. пограничное состояние между нормой и патологией; 4. состояние нарушенного сознания.	
5.	К терминальным состояниям относится	1. биологическая смерть; 2. период агонии; 3. постреанимационная болезнь; 4. продромальный период.	2
6.	Редкие, глубокие, короткие судорожные дыхательные движения характерны для дыхания	1. Биота; 2. Куссмауля; 3. Чейн-Стокса; 4. агонального.	1
7.	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
8.	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
9.	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 6. выраженные нарушения водно-электролитного баланса	5
10.	В основе внезапной коронарной смерти лежит	1. артериальная гипертензия; 2. гипертрофия желудочков; 3. фибрилляция желудочков; 4. централизация кровообращения.	3
11.	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
12.	Достоверный признак остановки сердца	1. апноэ; 2. отсутствие пульса на сонной артерии; 3. отсутствие сознания; 4. широкий зрачок без реакции на свет.	2
13.	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
14.	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	3, 4, 5, 6, 7, 8

		6. непроизвольные акты мочеиспускания и дефекации 7. клонико-тонические судороги 8. остановка дыхания	
15.	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
16.	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
17.	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
18.	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
19.	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
20.	Искусственное поддержание гемодинамики – это	1. второй этап; 2. первый этап; 3. приоритетный этап; 4. третий этап.	2
21.	Первый этап реанимационных мероприятий	1. «тройной прием Сафара»; 2. ИВЛ; 3. непрямой массаж сердца; 4. обеспечение проходимости дыхательных путей.	3
22.	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
23.	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
24.	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
25.	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
26.	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
27.	Оптимальная частота	1. 40-60 4. около 100	5

	компрессий грудной клетки в минуту при проведении непрямого массажа сердца:	2. 60 3. 60-80 5. 110-120	
28.	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
29.	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
30.	Эффективность ИВЛ у пациента визуально при ОДН оценивается	1. бледность кожных покровов; 2. исчезновение потливости; 3. нормализация окраски кожи; 4. расширение зрачков.	2, 3
31.	Наличие у больного дыхания при проведении СЛР определяют	1. наклоном щекой к лицу больного; 2. подсчетом дыхательных движений; 3. приемом Геймлиха; 4. спирометрией.	1
32.	Тройной прием Сафара обеспечивает	1. адекватное кровообращение; 2. адекватный уровень АД; 3. проходимость дыхательных путей; 4. устойчивое положение туловища.	3
33.	«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
34.	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
35.	Закрытие вдоха в гортань корнем языка предупреждает	1. введение воздуховода; 2. поворот головы на бок; 3. положение полусидя; 4. прием Геймлиха.	1
36.	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
37.	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
38.	Самый частый ЭКГ-признак внезапной смерти	1. асистолия; 2. полная атриовентрикулярная блокада; 3. фибрилляция желудочков; 4. экстремальная синусовая брадикардия.	3

39.	Фибрилляция желудочков приводит	1. к аритмии и атриовентрикулярной блокаде; 2. к остановке сердечной деятельности; 3. к отеку легких; 4. к тампонаде сердца.	2
40.	Состояние, при котором используют дефибрилляцию	1. асистолия; 2. атриовентрикулярная блокада; 3. фибрилляция; 4. электромеханическая диссоциация.	3
41.	При фибрилляции желудочков используется:	1. электрическая дефибрилляция 2. введение солей калия 3. введение солей кальция 4. введение солей магния 5. электрокардиостимуляция	1
42.	Электрическая дефибрилляция неэффективна при:	1. фибрилляции желудочков 2. асистолии 3. идиовентрикулярном ритме 4. фибрилляции предсердий	2
43.	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
44.	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
45.	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
46.	О смерти мозга свидетельствуют результаты	1. ЭКГ; 2. спирографии; 3. фонокардиографии; 4. электроэнцефалограммы.	4
47.	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
48.	Признак биологической смерти	1. арефлексия; 2. максимальное расширение зрачка; 3. симптом «кошачьего зрачка»; 4. фибрилляция желудочков.	3

49.	Признаки биологической смерти	1. наличие трупных пятен, помутнение роговицы; 2. отсутствие пульса, дыхания, АД; 3. отсутствие рефлексов роговицы; 4. отсутствие сознания.	1
50.	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
51.	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
52.	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
53.	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
54.	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
55.	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
56.	Интенсивная терапия при кардиогенном отеке легких включает все, кроме:	1. внутривенного введения дыхательных analeptиков 2. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения 3. кислородотерапии, искусственной вентиляции легких 4. введения мочегонных и глюкокортикоидов 5. введения морфина и венозных дилататоров	1
57.	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
58.	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	4

		оболочки гортани 5. ранняя интубация трахеи	
59.	Показанием к открытому массажу сердца является:	1. ожирение 2. множественные переломы ребер 3. деформация шейного отдела позвоночника 4. пневмоторакс 5. гемоторакс	2
60.	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
61.	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
62.	Для раннего постреанимационного периода характерен:	1. метаболический алкалоз 2. метаболический ацидоз 3. респираторный алкалоз 4. респираторный ацидоз 5. смешанный алкалоз	2
63.	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
64.	Отек головного мозга развивается при:	1. клинической смерти 2. черепно-мозговой травме 3. гипервентиляции 4. задержка натрия и хлоридов	2
65.	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
66.	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
67.	Если после восстановления деятельности сердца больной остается длительно без сознания – это говорит:	1. о синдроме постгипоксической энцефалопатии 2. об отеке головного мозга 3. о декорткации	1
68.	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
69.	Препараты первого ряда для лечения анафилактического	1. адреналин 2. антигистаминные средства	1

	шока?	3. глюкокортикоиды 4. хлористый кальций 5. эуфиллин	
70.	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
71.	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
72.	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
73.	При вскрытии трупа используют разрезы кожи:	1. прямой 2. воротниковый 3. игрекообразный 4. косой 5. треугольный	1, 2, 3
74.	Разрез кожных покровов трупа, проходящий от подбородка или нижнего края щитовидного хряща до лобковой области, называют:	1. по Абrikосову 2. по Лешке 3. срединным 4. по Фишеру 5. по Самсонову	3
75.	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
76.	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
77.	При вскрытии трупа могут	1. отдельных органов (по Вирхову)	1, 2, 3

	быть использованы методы извлечения:	2. органов по системам (по Абрикосову) 3. всего органокомплекса (полная эвисцерария по Шору)	
78.	Извлечение при вскрытии всего органокомплекса характерно для метода	1. Абрикосова 2. Вирхова 3. Шора	3
79.	Извлечение отдельных органов при вскрытии характерно для метода	1. Абрикосова 2. Вирхова 3. Шора	2
80.	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
81.	При исследовании сердца могут быть использованы методы вскрытия:	1. по току крови (по Абрикосову) 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
82.	Распил костей мозгового черепа умершего взрослого производят:	1. прямым циркулярным 2. с сохранением целостности лобной кости 3. с сохранением целостности затылочной кости 4. косым циркулярным	1, 2, 3
83.	Вскрытие черепа мертворожденного и умершего новорожденного производят:	1. по Фишеру 2. по Дально 3. "корзиночкой" по Хрущевски и Шприль-Зейфридовой 4. по Шору	1, 2, 3
84.	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
85.	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
86.	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
87.	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 эвисцерария по Шору	1, 2, 3, 4
88.	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	1, 2, 3

		4. распоряжениями главного врача 5. распоряжениями заведующего патологоанатомическим отделением	
89.	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
90.	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
91.	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
92.	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
93.	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
94.	Результаты аутопсии патологоанатом заносит в	1. протокол вскрытия 2. свидетельство о смерти 3. выписку из истории болезни 4. докладную записку на имя главврача	1
95.	В клинко-патологическом эпикризе отражаются:	1. обоснование патологоанатомического диагноза (всех его рубрик) с привлечением всего комплекса клинко-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
96.	Компонентом ответа морфолога при изучении операционного материала не является	1. макроскопическое описание 2. описание способа фиксации 3. гистологическое описание 4. заключение (диагноз)	2
97.	Клинко-патологоанатомический	1. анамнестические и клинические 2. лабораторные и рентгенологические	1, 2, 3, 4

	эпикриз включает в себя следующие основные данные:	3. патологоанатомические и гистологические 4. заключение о причине смерти больного	
98.	В клиничко-патологоанатомическом эпикризе отражают:	1. клиничко-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
99.	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 клиничко-патологоанатомический эпикриз 4. анамнез жизни	1, 2, 3
100.	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
101.	Структура патологоанатомического диагноза включает в себя:	1. основное заболевание (первоначальная причина смерти) 2. осложнения 3. сопутствующие заболевания	1, 2, 3
102.	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
103.	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
104.	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 клиничко-морфологическая картина 4. тяжесть процесса	1, 3, 4
105.	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
106.	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
107.	Непосредственная причина	1. нозологическая единица (синдром, травма), за которой	1

	смерти:	последовала биологическая смерть 2. нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного 3. проявления механизма наступления смерти	
108.	С учетом числа обнаруженных при вскрытии трупа заболеваний патологоанатомический диагноз может быть:	1. монокаузальным 2. биказуальным 3. полипатическим	1, 2, 3
109.	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

Оценочные средства к разделу 2. Патоморфологическая диагностика общепатологических процессов. Практика в гистологической лаборатории

Вид оценочного средства: ситуационные задачи к разделу 2

	Оценочное средство	Эталон ответа
1.	Больной 37 лет обратился по поводу желтушности кожных покровов, ему 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.
2.	В биоптате почки у пациента 25-летнего возраста с диагнозом «гломерулонефрит» в эпителии извитых канальцев почки определяются мелкие эозинофильные включения. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Назовите ультраструктурные изменения эпителиа извитых канальцев почек. 3. Укажите исход данного патологического процесса.	1. Паренхиматозная белковая дистрофия (зернистая). 2. Гиперплазированные и гипертрофированные ультраструктуры клеток. 3. Обратима, либо переходит в гиалиново-капельную или гидропическую дистрофию.
3.	В биоптате почки у пациента 29-летнего возраста с диагнозом: «гломерулонефрит» в эпителии извитых канальцев почки определяются мелкие вакуоли, заполненные цитоплазматической жидкостью. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Перечислите органы, в которых возможно развитие данного вида дистрофий. 3. Укажите исход данного патологического процесса.	1. Паренхиматозная белковая дистрофия (гидропическая). 2. В эпителии кожи, почечных канальцев, в гепатоцитах, мышечных и нервных клетках, в клетках коры надпочечников. 3. Неблагоприятный, завершается фокальным либо тотальным колликационным некрозом клетки.
4.	На вскрытии пациента 54 лет обнаружена	1. Паренхиматозная жировая дистрофия

	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.	печени при углеводной дистрофии, связанной с нарушением обмена гликогена (при сахарном диабете). 2. Нарушение обмена гликогена (при сахарном диабете). 3. Гликогенная инфильтрация эпителия канальцев, эпителий при этом становится высоким, со светлой пенистой цитоплазмой.
5.	У пациентки 29 лет при кольпоскопии на влажалищной части шейки матки определяется пятно овальной формы, размерами до 0,8 см, белого цвета. 1. Вид дистрофии (по локализации и виду обмена). 2. Название данного вида дистрофии, развивающегося в эпидермисе кожи. 3. Возможные причины развития данных дистрофий.	1. Паренхиматозная белковая дистрофия (роговая). 2. Гиперкератоз. 3. Нарушение развития кожи, хроническое воспаление, вирусные инфекции, авитаминозы.
6.	Больной 40 лет, в течение 5 месяцев болел быстро прогрессирующим гломерулонефритом. В клинике выявлены отеки, массивная протеинурия и гипоальбулемия. 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.
7.	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. Паренхиматозная жировая дистрофия («гусиная печень»). 2. Жировая дистрофия печени связана с: а) избыточным поступлением жирных кислот и триглицеридов в клетку при

	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?	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.
8.	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).
9.	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.
10.	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.
11.	У умершего от гипертонического криза в сосудах почечного клубочка обнаруживается гомогенизация пучков коллагеновых волокон с резко ШИК-положительной реакцией, феномен метахромазии выражен слабо. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса	1. Стромально-сосудистый диспротеиноз (фибриноидное набухание). 2. Стромально-сосудистый диспротеиноз (мукоидное набухание). 3. Развитие фибриноидного некроза, замещение соединительной тканью

	и виду нарушенного обмена). 2. Укажите вид дистрофии, который предшествовал выявленным изменениям. 3. Возможные исходы данного процесса.	(склероз), гиалиноз.
12.	При исследовании селезеночной артерии пациента, страдавшего длительное время артериальной гипертензией, отмечено утолщение стенок с сужением просвета и потерей эластичности, при этом сосуд имеет вид «полупрозрачной стеклянной трубочки». 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Механизм развития данного патологического процесса. 3. Назовите вещество, которое накапливается в стенке сосуда, классификация его по составу.	1. Стромально-сосудистый диспротеиноз (гиалиноз). 2. Повреждение эндотелия, базальной мембраны и гладкомышечных клеток кровеносного сосуда с пропитыванием стенки плазмой крови. 3. Накапливается вещество преимущественно гематогенной природы – сосудистый гиалин. По составу он делится на простой, сложный и липогиалин.
13.	У пациента 65 лет, длительно страдающего туберкулезом легких, начала прогрессивно развиваться полиорганная недостаточность. Ему была проведена буккальная биопсия (биопсия слизистой оболочки щеки), в которой при окраске конго красным определяются аморфные, гомогенные массы красно-розового цвета. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Перечислите заболевания, при которых может развиваться данный вид дистрофии как осложнение. 3. Классификация вещества, окрашиваемого конго красным, по составу.	1. Стромально-сосудистый диспротеиноз (амилоидоз). 2. Хронические инфекции, болезни, характеризующиеся гнойнодеструктивными процессами (хронические неспецифические воспалительные заболевания легких, остеомиелит, хроническое нагноение ран), ревматические болезни (ревматоидный артрит), злокачественные новообразования (миеломная болезнь). 3. AA-, AL-, AF-, ASC ₁ -, AE-, AD-амилоид и др.
14.	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-, ASC ₁ -, AE-, AD-амилоид и др.
15.	У умершего от рака желудка с метастазами при аутопсии обнаружен резко выраженный дефицит массы тела. 1. Укажите вид дистрофии, (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Макроскопические изменения органов при данной дистрофии. 3. Назовите антипод данного состояния.	1. Жировая стромально-сосудистая дистрофия – общее истощение. 2. Внутренние органы уменьшены в размерах, бурого цвета (за счет накопления липофусцина). 3. Общее ожирение.
16.	На аутопсии больного 54 лет, умершего от сердечной декомпенсации, выявлены следующие изменения в тканях и органах: толщина подкожной жировой клетчатки на уровне пупка 12 см, длина тела – 175 см, масса тела – 130 кг; сердце массой 620 г, с массивными желтоватыми субэпикардальными разрастаниями, практически	1. Стромально-сосудистая жировая дистрофия. 2. Жир; выявляют с помощью судана III, судана IV, шарлаха, осмиевой кислоты, сульфата нильского голубого. 3. Гипертрофическое и гиперпластическое ожирение.

	полностью замещающими функциональный слой миокарда. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Назовите вещество, которое накапливается в тканях, методы его определения. 3. Морфологическая разновидность данной дистрофии.	
17.	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 специфические 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.
18.	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 гемоглобиногенных пигментов). 2. Вторичный гемохроматоз. 3. Образование берлинской лазури (реакция Перлса), турнбулевой сини (обработка срезов сульфидом аммония, а затем железосинеродистым калием и хлористоводородной кислотой).
19.	На аутопсии умершего от малярии обнаружены ржаво-коричневого цвета селезенка, печень, костный мозг и лимфатические узлы. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Назовите вещество, обуславливающее ржаво-коричневое прокрашивание. 3. Назовите характерные реакции для выявления данного вещества.	1. Смешанная дистрофия (нарушение обмена гемоглобиногенных пигментов). 2. Гемосидерин. 3. Образование берлинской лазури (реакция Перлса), турнбулевой сини (обработка срезов сульфидом аммония, а затем железосинеродистым калием и хлористоводородной кислотой).
20.	При гистологическом исследовании препаратов легкого и 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.	1. Смешанная дистрофия (нарушение обмена гемоглобиногенных пигментов, местный гемосидероз). 2. Гемосидерин. 3. Хронический венозный застой в легких ведет к множественным диапедезным кровоизлияниям (экстравазкулярный гемолиз), в связи с чем в межальвеолярных перегородках, альвеолах, лимфатических сосудах и узлах появляется большое количество нагруженных гемосидерином клеток.
21.	Больная 36 лет длительно страдала ревматическим пороком сердца (преобладание стеноза левого	1. В дне эрозий и язв образуется солянокислый гематин, окрашивающийся в

	атриовентрикулярного 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 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?	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 междольковых 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 – ошелачивание 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. 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.
22.	У пациента, умершего от желудочного кровотечения, на аутопсии в просвете желудка и тонкого кишечника обнаружено буро-черное жидкое содержимое. 1. Какой пигмент образовался в данном случае? 2. Группа веществ, к которой он относится. 3. Механизм образования данного вещества.	1. Солянокислый гематин (гемин). 2. Гемоглибиногенные пигменты (гематины). 3. Под воздействием на гемоглобин ферментов желудочного сока и хлористоводородной кислоты.
23.	На аутопсии умершего от малярии обнаружены изменения окраски селезенки, печени, костного мозга и лимфатических узлов в аспидно-серый цвет. 1. Какой пигмент образовался в данном случае? 2. Группа веществ, к которой он относится. 3. Механизм образования данного вещества.	1. Гемомеланин (малярийный пигмент). 2. Гемоглибиногенные пигменты (гематины). 3. Под влиянием плазмодиев малярии на простетическую часть гемоглобина.
24.	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	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

	выявления билирубина?	билирубин дает сначала зеленое, а затем синее или пурпурное окрашивание).
25.	У пациента, умершего от острой печеночной недостаточности, на аутопсии выявляется резкая желтушность видимых слизистых и кожных покровов. При гистологическом исследовании печени – дистрофические изменения гепатоцитов и явления внутрипеченочного холестаза. 1. Укажите вид дистрофии (по локализации процесса и виду нарушенного обмена). 2. Назовите вещество, накапливающееся в тканях. 3. Морфогенетические механизмы данных дистрофий.	1. Смешанная дистрофия (нарушение обмена гемоглобиновых пигментов) – желтуха. 2. Билирубин. 3. Различают надпеченочную (гемолитическую), печеночную (паренхиматозную) и подпеченочную (механическую) желтухи.
26.	У пациента с симптомами желтухи определяется интенсивно-темная окраска мочи, кал цвета белой глины, в анализе крови повышено содержание прямого билирубина. 1. Назовите вид желтухи. 2. Назовите возможные заболевания, при которых она развивается. 3. Какой метод окраски можно использовать для выявления билирубина?	1. Подпеченочная (механическая) желтуха. 2. Желчнокаменная болезнь, рак желчных путей, рак головки поджелудочной железы и сосочка двенадцатиперстной кишки, атрезии (гипоплазии) желчных путей, метастазы рака в перипортальные лимфатические узлы и печень. 3. Реакция Гмелина (под воздействием концентрированной азотной кислоты билирубин дает сначала зеленое, а затем синее или пурпурное окрашивание).
27.	У умершего от рака головки поджелудочной железы выявлены вторичные изменения в печени в виде эктазии желчных протоков с образованием «озер желчи». 1. Назовите вид желтухи с учетом механизма развития. 2. Назовите возможные заболевания, при которых она развивается. 3. Перечислите изменения в моче, кале и крови.	1. Подпеченочная (механическая) желтуха; 2. Желчнокаменная болезнь, рак желчных путей, рак сосочка двенадцатиперстной кишки, атрезии (гипоплазии) желчных путей, метастазы рака в перипортальные лимфатические узлы и печень. 3. В крови – увеличение содержания билирубина, прежде всего за счет прямого, наличие желчных кислот; в моче – определяется конъюгированный билирубин (моча интенсивной окраски); стеркобилин в кале не определяется, в результате чего кал будет ахоличный (цвета белой глины).
28.	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).
29.	У пациента 72 лет, умершего от сердечной декомпенсации, при гистологическом исследовании микропрепаратов сердца, в кардиомиоцитах определяются зерна золотистого цвета. 1. Назовите вещество, накапливающееся в кардиомиоцитах. 2. К какой группе веществ оно относится? 3. Какие пигменты относятся к данной группе?	1. Липофусцин. 2. Липидогенные пигменты (липопигменты). 3. Пигмент недостаточности витамина Е, цероид и липохромы

30.	На гистологическое исследование доставлено подкожное образование плотной консистенции, с мелкозернистой крошковатого вида поверхностью. Клинически выставлен диагноз: фиброма области I-го плюснефалангового сустава. При микроскопическом исследовании обнаружены аморфные эозинофильные массы в виде кристаллов с перифокальной гранулематозной гигантоклеточной реакцией. 1. Дайте название данному образованию. 2. Назовите заболевание. 3. Укажите, нарушение обмена каких веществ привело к развитию данного заболевания?	1. Подагрическая шишка (tophi urici). 2. Подагра. 3. Нарушение обмена нуклеопротеидов.
31.	У пациента с гормонально активной аденомой паращитовидной железы в слизистой оболочке желудка, чашечно-лоханочной системе почек, в легких и сердце выявлены образования беловатого 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.
32.	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.
33.	У пациента, страдающего сахарным диабетом, на правой голени определяются изменения кожных покровов в виде пятен серо-черного цвета, резко отграниченные от неизмененной кожи, на уровне верхней трети. Изменённая ткань на ощупь суховата. 1. Назовите данные изменения в тканях. 2. Механизм развития данной патологии. 3. Вещество, обуславливающее черный цвет измененных тканей, и механизм его образования.	1. Сухая гангрена. 2. Некроз тканей, соприкасающихся с внешней средой. 3. Превращение кровяных пигментов в сульфид железа.
34.	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.
35.	У умершего 45 лет, направленного для проведения аутопсии с клиническим диагнозом: острая пневмония справа, обнаружено зловонное, черного цвета легкое. 1. Перечислите микроорганизмы, которые можно	1. Гнилостные микроорганизмы. 2. Влажная гангрена. 3. Превращение кровяных пигментов в сульфид железа.

	отнести к разряду возбудителей данной патологии. 2. Назовите патологический процесс. 3. Назовите вещество, обуславливающее черный цвет измененных тканей, и механизм его образования.	
36.	У пациента 45 лет, длительно находящегося в стационаре в коматозном состоянии, в области крестца и остистых отростков позвонков возникло омертвление поверхностных участков тела. 1. Какой вид некроза в данном случае развился? 2. Механизм его развития.	1. Трофоневротический некроз (пролежень). 2. Омертвление поверхностных участков тела, подвергающихся длительному давлению, у тяжелобольных пациентов.
37.	У пациента после перелома костей голени развился остеомиелит с формированием свищевого хода, открытого наружу. В отделяемом из свища были обнаружены участки мертвой ткани, не подвергшиеся аутолизу. 1. Укажите вид некроза, развившийся в данном случае. 2. Назовите, в каких органах возможно развитие данного вида некроза?	1. Секвестр. 2. В костях, редко в легком.
38.	На аутопсии умершего от ревматического порока сердца в селезенке обнаружен участок клиновидной формы, белого цвета, «сухой» консистенции. В просвете селезеночной артерии обнаружен обтурирующий тромб. 1. Назовите данные изменения в тканях. 2. Механизм развития данной патологии. 3. Условия образования формы и цвета пораженного участка.	1. Клиновидный белый (ишемический) инфаркт селезенки. 2. Сосудистый некроз в результате развития тромбоэмболического синдрома. 3. Особенности кровоснабжения органа: магистральное ветвление сосудов, слабое развитие сосудистых анастомозов.
39.	На аутопсии умершей от сердечной декомпенсации и длительно страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, в легком обнаружены участки клиновидной формы, красного цвета, основанием обращенные к висцеральной плевре, вершиной – к корню легкого. 1. Назовите данные изменения в тканях. 2. Назовите патологическое образование, которое можно обнаружить в области «вершины» данного участка. 3. Условия образования формы и цвета пораженного участка.	1. Клиновидный красный (геморрагический) инфаркт легкого. 2. Тромб или эмбол в ветви легочной артерии. 3. Особенности кровоснабжения органа: магистральное ветвление сосудов, наличие анастомозов между системами легочной и бронхиальных артерий.
40.	У умершего, длительное время страдающего от ишемической болезни сердца, при проведении аутопсии в миокарде левого желудочка обнаружен обширный участок белого цвета с демаркационной линией темно-красного цвета. 1. Назовите данные изменения в тканях 2. Изменения, которые могут наблюдаться со стороны эндокарда и перикарда в области поражения. 3. Условия образования формы и цвета пораженного участка.	1. Белый инфаркт с геморрагическим венчиком 2. Со стороны эндокарда определяются тромботические наложения, со стороны перикарда – фибринозные. 3. Особенности кровоснабжения органа: преобладает не магистральный, а рассыпной (смешанный) тип ветвления сосудов; спазм сосудов по периферии инфаркта сменяется паретическим их расширением и развитием кровоизлияний.
41.	У больной 24 лет с хроническим остеомиелитом в период обострения произошел разрыв пораженной надкостницы с образованием свищевого хода, через который стали выделяться погибшие фрагменты	1. Секвестры. 2. Секвестр – это участок мертвой ткани, который: а) не подвергается аутолизу;

	кости. 1. Как называются погибшие фрагменты кости? 2. Перечислите особенности этого вида некроза: а)..., б)..., в)... 3. Какой вид некроза мягких тканей может сопровождаться образованием подобных фрагментов? В каких органах и при каком заболевании?	б) не замещается соединительной тканью; в) свободно располагается среди живых тканей. 3. Секвестрации подвергаются очаги казеозного некроза в легком, в лимфатических узлах при туберкулезе.
42.	На вскрытии умершего больного с хронической аневризмой левого желудочка сердца, которая осложнилась образованием пристеночного тромба, обнаружены инфаркты в головном мозге, в селезенке и в почке. 1. С чем связано образование инфарктов в органах? 2. Перечислите характерные морфологические признаки инфарктов: а) головного мозга б) селезенки в) почек 3. Каковы исходы инфарктов в этих органах?	1. Образование инфарктов связано с тромбоэмболией. 2. а) В головном мозге инфаркт может быть белым (серое размягчение) и красным на фоне венозного застоя (красное размягчение), форма инфаркта неправильная из-за рассыпного типа ветвления мозговых сосудов. Консистенция дряблая (влажный некроз). б) В селезенке инфаркт белого цвета, суховатый, плотной консистенции, треугольной формы, верхушкой обращен к воротам селезенки, основанием - к капсуле, выбухает над капсулой; капсула в области инфаркта шероховата, покрыта фибринозными наложениями. в) В почке инфаркт треугольной формы, плотный, сухой, основанием обращен к капсуле, инфаркт окружен темно-красным венчиком. Красный венчик формируется в зоне демаркационного воспаления из-за паретического расширения сосудов и диапедезного кровоизлияния. 3. В исходе инфаркта головного мозга образуется киста, инфаркты селезенки и почек замещаются соединительной тканью.
43.	Больная 67 лет, длительно страдавшая атеросклерозом мезентериальных сосудов, поступила в хирургическое отделение с симптомами острого живота. При лапаротомии обнаружены гангрена петель тонкой кишки. 1. Какой процесс развился в тонкой кишке? 2. Наиболее вероятная причина этого процесса? 3. Опишите макропрепарат тонкой кишки. 4. Какой вид гангрены развился в кишке? 5. С чем связано развитие этого вида гангрены в кишке?	1. Некроз. 2. Тромбоз или тромбоэмболия мезентериальных артерий. 3. Стенка кишки набухшая, багрово-черного цвета, на серозной оболочке – фибринозные наложения. 4. Влажная гангрена. 5. С наличием в просвете кишки гнилостной флоры.
44.	У умершего, длительное время страдающего от ИБС, при аутопсии обнаружена увеличенная, плотная, с закругленным краем печень, на разрезе имеющая серо-желтый цвет с красным крапом. 1. Назовите процесс, возникший в печени. 2. Образное название печени при данной патологии. 3. Укажите заболевания, сопровождающиеся развитием таких изменений в печени. 4. Укажите исход данного процесса. 5. Перечислите микроскопические изменения, которые можно обнаружить при исследовании гистологических препаратов печени.	1. Хроническое венозное полнокровие. 2. «Мускатная» печень. 3. Облитерирующий тромбофлебит печеночных вен – болезнь (синдром) Бадда-Киари. 4. Застойный (мускатный) цирроз печени. 5. Полнокровие центральных отделов долек с разрушением центролобулярных гепатоцитов, жировая дистрофия гепатоцитов на периферии печеночной дольки.

45.	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 междольковых перегородок (возникает капиллярно-паренхиматозный блок, замыкающий порочный круг в морфогенезе бурой индурации легких). 3. Происходит накопление гемосидерина.
46.	У умершего от инфаркта миокарда обнаружены тяжелые, увеличенные в размерах легкие, тестоватой консистенции, с поверхности разреза выделяется большое количество пенистой жидкости розового цвета. 1. Назовите процесс, возникший в легких. 2. Изменения, которые можно обнаружить при исследовании гистологических препаратов легких.	1. Альвеолярный отек легких. 2. Скопление отечной жидкости в межтканевой ткани легкого и в просветах альвеол, диафизные кровоизлияния.
47.	Пациенту с диагнозом «портальный цирроз печени» был проведен лапароцентез с удалением 5 литров асцитической жидкости. После проведенной манипуляции у него развилось обморочное состояние. 1. Назовите дисциркуляторный патологический процесс, возникший в головном мозге. 2. Укажите вид нарушения кровообращения, который развился в органах брюшной полости.	1. Малокровие (ишемия) в результате перераспределения крови. 2. Постанемическое артериальное полнокровие (гиперемия после анемии).
48.	У пациента с системным васкулитом на коже появились мелкие, точечные пятна красного цвета. 1. Укажите причину данных кровоизлияний. 2. Название данных изменений. 3. Классификация кровотечений по причинному фактору. 4. Отличие кровотечений от кровоизлияний.	1. Повреждение сосудистой стенки с развитием повышенной сосудистой проницаемости. 2. Петехиальная геморрагическая сыпь. 3. Кровотечения вследствие разрыва, разъедания и повышения проницаемости стенки сосуда. 4. Кровотечение – выход крови из просвета сосуда или полости сердца в окружающую среду или в полости тела. Кровоизлияние – частный вид кровотечения, когда кровь накапливается в тканях.
49.	На аутопсии умершего от инфаркта миокарда в полости сердечной сорочки обнаружено большое количество крови. На передней стенке левого желудочка определяется дефект сердечной мышцы неправильной щелевидной формы. 1. Укажите причину данного кровотечения. 2. Классификация кровотечений по причинному фактору.	1. Разрыв стенки левого желудочка в результате инфаркта миокарда. 2. Кровотечения в результате разрыва, разъедания и повышения проницаемости стенки сосуда (сердца).
50.	При тромбозе коронарной артерии ткань миокарда по периферии очага ишемии приобретает интенсивное темно-красное прокрашивание. При проведении микроскопического исследования определяется выраженное полнокровие сосудов. 1. Дайте название нарушению кровообращения в данном случае. 2. Значение данного процесса.	1. Коллатеральное артериальное полнокровие. 2. Компенсаторный процесс, обеспечивающий кровоснабжение дистальных участков конечности при закрытии магистральной артерии.
51.	На аутопсии умершего от сердечной	1. Данное образование является

	недостаточности в полости левого предсердия обнаружено красно-желтого цвета плотное образование, имеющее форму шара, не связанное со стенками. 1. Чем является это образование? 2. Механизм его формирования.	шаровидным смешанным тромбом. 2. Растущий тромб левого предсердия оторвался от эндокарда и, находясь свободно в полости левого предсердия, «отшлифовался» движениями крови.
52.	На аутопсии умершего, длительное время страдавшего варикозным расширением вен нижних конечностей, в просвете венозных сосудов обнаружены плотные образования красного цвета, прикрепленные к стенке. 1. Чем являются эти образования? 2. Классификация их в зависимости от состава. 3. Укажите части, которые можно определить в данном образовании.	1. Красный тромб. 2. Белый, красный, смешанный (слоистый) и гиалиновый тромбы. 3. Головку, тело и хвост.
53.	При исследовании гистологических микропрепаратов печени умершего от сепсиса в просвете сосудов микроциркуляторного русла обнаружены аморфные стекловидные массы, состоящие из разрушенных клеточных элементов и белков плазмы. 1. Чем являются эти образования? 2. Содержат ли они фибрин?	1. Гиалиновыми тромбами. 2. Гиалиновый тромб редко содержит фибрин, состоит из разрушенных эритроцитов, тромбоцитов, преципитирующих плазменных белков.
54.	У умершей от атонического послеродового кровотечения в сосудах микроциркуляторного русла внутренних органов обнаружены фибринные, эритроцитарные и гиалиновые тромбы. 1. Патологический синдром, для которого характерно наличие данного морфологического субстрата. 2. Перечислите стадии данного патологического процесса.	1. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром). 2. I стадия – гиперкоагуляция и агрегация форменных элементов крови; II стадия – переходная, с нарастающей коагулопатией потребления и тромбоцитопенией; III стадия – гипокоагуляция; IV стадия – восстановительная, либо исходов и осложнений.
55.	На рентгеновском снимке грудной клетки у пациента обнаружена «конусовидная» тень в S2 правого легкого. Проведена торакотомия с резекцией сегмента легкого. При исследовании операционного материала определяется участок легкого с конусовидным, плотным, буро-красного цвета очагом, основанием обращенным к плевре. 1. Назовите патологический процесс, развившийся в данном участке. 2. Чем обусловлен цвет поражённого участка? 3. Исходы.	1. Клиновидный геморрагический инфаркт легкого. 2. Особенности кровоснабжения органа: наличие анастомозов между системами легочной и бронхиальных артерий. 3. Организация, обызвествление, оссификация; гнойное расплавление.
56.	На аутопсии умершего обнаружены: инфаркт головного мозга, гангрена кишечника, инфаркты обеих почек. 1. Возможный источник данного генерализованного поражения. 2. Назовите данный патологический процесс.	1. Тромбы створок клапанов левой половины сердца; тромбы, расположенные между трабекулярными мышцами левого желудочка, в ушке левого предсердия или аневризме сердца, в аорте. 2. Тромбоэмболический синдром.
57.	У пациента в раннем послеоперационном периоде наступила внезапная остановка дыхательной и сердечной деятельности. При аутопсии в просвете легочного ствола обнаружены «суховатой» консистенции, гофрированного вида, буроватого	1. Тромбоэмбол. 2. Венозная система большого круга кровообращения: вены клетчатки малого таза, вены нижних конечностей. 3. Пульмонокоронарный рефлекс

	цвета массы, имеющие форму цилиндра длиной 7–8 см и диаметром 12 мм. 1. Назовите образование обнаруженное в просвете легочного ствола. 2. Возможное происхождение данного субстрата. 3. Название рефлекса, развивающегося при данной патологии.	(рефлекторный спазм бронхиального дерева, ветвей легочной артерии и венечных артерий).
58.	При гистологическом исследовании микропрепаратов легких у умершего после политравмы (с множественными переломами и массивным размождением тканей) в сосудах микроциркуляторного русла определяются включения, окрашивающиеся суданом III в оранжевый цвет. 1. Назовите вид эмболии. 2. Источники эмболии. 3. Перечислите другие причины, которые могут вызвать данный вид эмболии.	1. Жировая эмболия. 2. Желтый костный мозг диафизов длинных трубчатых костей, разможенная жировая клетчатка. 3. Внутривенное введение лекарственных препаратов на жировой основе.
59.	У пациентки в раннем послеродовом периоде на фоне гипотонуса сократительной активности матки развилась остановка сердечной деятельности. При проведении аутопсии выявлено резкое расширение правых отделов сердца; при заполнении водой полости сердечной сумки и последующем проколе правого желудочка обнаружены пузыри воздуха. 1. Назовите вид эмболии. 2. Источники эмболии. 3. Перечислите другие причины, которые могут вызвать данный вид эмболии.	1. Воздушная эмболия. 2. Зияющие вены внутренней поверхности матки. 3. Ранение вен шеи, повреждение склерозированного легкого, при наложении пневмоторакса, при проведении операций на открытом сердце, при случайном введении воздуха в вену вместе с лекарственными веществами.
60.	При сепсисе (септикопиемии) в просвете сосудов обнаруживаются колонии микроорганизмов. 1. Назовите данный патологический процесс. 2. Классификация данного патологического процесса.	1. Эмболия (микробная). 2. В зависимости от природы эмболов: тромбоземболия жировая, воздушная, газовая, тканевая (клеточная), микробная и эмболия инородными телами.
61.	При пункции плевральной полости было извлечено 100 мл мутноватой жидкости с небольшим количеством белка и клеточных элементов. 1. Укажите разновидность экссудативного воспаления, который развился в плевральной полости. 2. Перечислите другие локализации данного вида воспаления. 3. Исход данного вида воспаления.	1. Серозное воспаление. 2. В серозных полостях, слизистых и мозговых оболочках, во внутренних органах, коже. 3. Исход серозного воспаления обычно благоприятный. Даже значительное количество экссудата может рассасываться. При хроническом течении серозного воспаления во внутренних органах развивается склероз.
62.	У умершего от гриппа при исследовании гистологических микропрепаратов обнаружено скопление жидкости с небольшим содержанием клеточных элементов в миокарде (между кардиомиоцитами), в почках (в просвете клубочковой капсулы), в печени (в перисинусоидальных пространствах). 1. Разновидность экссудативного воспаления. 2. Другие локализации данного вида воспаления. 3. Исход данного вида воспаления.	1. Серозное воспаление. 2. В серозных полостях, слизистых и мозговых оболочках, во внутренних органах, коже. 3. Исход серозного воспаления обычно благоприятный. Даже значительное количество экссудата может рассасываться. При хроническом течении серозного воспаления во внутренних органах развивается склероз.
63.	У умершего от сибирской язвы при вскрытии	1. Геморрагическое воспаление.

	полости черепа обнаружено образование в виде «чепчика» на конвексительной поверхности головного мозга ярко красного цвета. 1. Укажите характер экссудативного воспаления. 2. Другие инфекционные процессы, при которых может встречаться данная разновидность воспаления?	2. При сибирской язве, чуме, натуральной оспе, гриппе.
64.	У ребенка температура выше 38°C, сухой лающий кашель. Слизистая оболочка гортани отечна, гиперемирована со снимающейся сероватой пленкой. 1. Какой вид воспаления возник в гортани? 2. Как называется патологический процесс в гортани? 3. При каком заболевании он возникает и к чему может привести? 4. Почему в гортани пленка снимается легко?	1. В гортани развилось острое экссудативное фибринозное воспаление. 2. Крупозный трахеит. 3. При дифтерии, может привести к асфиксии. 4. Гортань покрыта цилиндрическим эпителием, рыхло связанным с подлежащими тканями.
65.	На аутопсии умершего от вторичного туберкулеза обнаружены шероховатые (как бы покрытые волосатым покровом) листки перикарда. 1. Укажите характер экссудативного воспаления, который развился в полости перикарда. 2. Классификация данной разновидности воспаления. 3. Исход данного вида воспаления.	1. Фибринозное воспаление. 2. Крупозное и дифтеритическое воспаление. 3. При отторжении пленок остаются разной глубины дефекты: язвы (при дифтеритическом воспалении) и поверхностные эрозии (при крупозном), на месте которых происходит разрастание соединительной ткани (склероз) с развитием облитерации (серозной полости).
66.	У больной 38 лет с хроническим гломерулонефритом развилась хроническая почечная недостаточность. При аускультации – шум трения перикарда и плевры. Больная умерла. На вскрытии листки сердечной сорочки утолщены, тусклые, шероховатые, с множеством нитевидных наложений беловато-сероватого цвета, наложения легко снимаются. Плевральные листки обоих легких полнокровные, с петехиями, тусклые за счет легко снимаемых сероватых пленок. На вскрытии складки желудка утолщены, покрыты большим количеством вязкой слизи. 1. Какой вид экссудативного воспаления развился на листках сердечной сорочки и плевре? 2. Какая разновидность этого воспаления развилась на перикарде и плевре? 3. Каков состав экссудата? 4. Какой вид экссудативного воспаления развился в желудке? 5. Какая разновидность этого воспаления имеет место?	1. На листках сердечной сорочки и плевре развилось фибринозное воспаление. 2. На перикарде и плевре развилось крупозное воспаление. 3. Состав экссудата при крупозном воспалении: фибрин, полиморфно-ядерные лейкоциты. 4. На слизистой оболочке желудка развилось катаральное воспаление. 5. Разновидность катарального воспаления на слизистой оболочке желудка – слизистый катар.
67.	У больной субфебрильная температура, охриплость голоса, насморк, кашель с мокротой. Слизистая оболочка гортани и трахеи тусклая, полнокровная, покрыта мутными слизистыми массами. 1. Ваш диагноз? 2. Морфологические особенности воспаления, развившегося в гортани и трахее. 3. Что можно обнаружить в составе экссудата при микроскопическом исследовании? 4. Что происходит со слизистыми при хроническом течении этого воспаления?	1. Катаральный ларинготрахеит. 2. а) катаральное воспаление возникает только на слизистых оболочках; б) характеризуется большим количеством экссудата, который стекает; в) отличительной особенностью является примесь слизи к любому экссудату, кроме фибринозного (серозному, гнойному, геморрагическому). 3. В составе экссудата под микроскопом определяются слизь, лейкоциты, слущенные клетки покровного эпителия и слизистых

		желез. 4. Атрофия (атрофический катар) или гипертрофия (гипертрофический катар).
68.	При пункции плевральной полости было извлечено 100 мл мутной, густой жидкости желто-зеленого цвета с большим количеством нейтрофилов. 1. Укажите характер экссудативного воспаления, который развился в плевральной полости. 2. Классификация данной разновидности воспаления. 3. Исход данного вида воспаления.	1. Гнойное воспаление (эмпиема плевры). 2. Абсцесс, флегмона, эмпиема (при скоплении гнойного экссудата в полостях тела и полых органах). 3. При благоприятном течении очаг гнойного воспаления подвергается организации (склерозу), при неблагоприятном – может наступить генерализация процесса с развитием сепсиса. Длительно протекающее гнойное воспаление часто приводит к развитию вторичного АА-амилоидоза.
69.	У больной 70 лет в месте внутримышечных инъекций появились признаки воспаления. Лихорадка 38,5°C. Назначены антибиотикотерапия и компрессы местно. После курса лечения температура нормализовалась, но уплотнение в ягодичной области сохранилось. Внезапно произошло ухудшение состояния: озноб, резкая боль внизу живота, лихорадка до 39°C. Объективно: болезненность при пальпации в нижней части живота, лейкоциты крови $20 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ 30 мм/ч. При вскрытии очага уплотнения выделилось содержимое сливкообразной консистенции, образовалась полость. 1. Какие местные и общие признаки воспаления были на протяжении развития заболевания? 2. Какой вид экссудативного воспаления развился? 3. Какая разновидность этого воспаления? 4. Каков состав экссудата? 5. Почему после эвакуации образовалась полость? 6. Причины и механизмы развития воспаления мягких тканей ягодичной области, его осложнения? 7. Что такое пиогенная мембрана?	1. Местные признаки воспаления: краснота, отек, боль, припухлость, нарушение функции; общие – лихорадка, повышение СОЭ, лейкоцитоз, слабость. 2. Экссудативное гнойное воспаление. 3. Абсцесс. 4. Полиморфноядерные лейкоциты (нейтрофилы). 5. Гнойное воспаление ведет к расплавлению тканей (гистолизу) под влиянием медиаторов воспаления, образующихся при участии нейтрофилов. 6. Внутримышечная инъекция (возможно, с нарушением правил асептики) на фоне вторичного иммунодефицита (возраст 70 лет) → воспаление в зоне инъекции → образование абсцесса, окруженного пиогенной мембраной → прорыв абсцесса в полость малого таза с развитием перитонита. 7. Пиогенная мембрана – это оболочка абсцесса, продуцирующая гной.
70.	У больной желчнокаменная болезнь. На операции желчный пузырь увеличен, серозный покров тусклый. Стенка пузыря утолщена. В его полости располагается мутная, густая жидкость желтовато-зеленого цвета. В области шейки желчного пузыря обнаружен мелкий холестериновый конкремент. 1. Какой вид экссудативного воспаления развился в желчном пузыре? 2. Какая разновидность этого воспаления? 3. Что способствовало возникновению данного вида воспаления в желчном пузыре? 4. В каких органах может возникать эта разновидность воспаления?	1. Гнойное воспаление. 2. Эмпиема. 3. Эмпиема полых органов развивается при нарушении оттока гноя при гнойном воспалении. Нарушение оттока гноя из желчного пузыря вызвано закрытием просвета его шейки камнем. 4. Эмпиема может образоваться в червеобразном отростке, в маточной трубе, в суставе, в плевральной области.
71.	При исследовании гистологических микропрепаратов умершего от декомпенсации сердечной деятельности на фоне ревматического порока сердца в строме миокарда определяется клеточный инфильтрат, состоящий преимущественно из гистиоцитов, моноцитов и	1. Межуточное (интерстициальное) воспаление. 2. В строме миокарда, печени, почек, легких. 3. Прогрессирование межуточного воспаления приводит к развитию зрелой волокнистой соединительной ткани

	лимфоцитов. 1. Укажите характер воспаления в миокарде. 2. Перечислите органы, в которых можно встретить данную разновидность воспаления. 3. Исход данного вида воспаления.	(склерозу).
72.	На аутопсии умершего от сердечной декомпенсации, 49 лет, в правой доле печени обнаружено округлое образование 1 см в диаметре, на разрезе содержащее клееподобные массы. При гистологическом исследовании в нем определяется обширный очаг некроза, отграниченный инфильтратом из лимфоцитов, плазмочитов и эпителиоидных клеток, с разрастанием соединительной ткани, с обилием сосудов с пролиферирующим эндотелием. 1. Дайте название данных образований. 2. Укажите этиологию данного процесса. 3. Назовите вид воспаления.	1. Сифилитическая гранулема (гумма). 2. Бледная трепонема. 3. Продуктивное гранулематозное воспаление.
73.	При гистологическом исследовании микропрепаратов легкого обнаружено множество округлых образований, имеющих следующее строение: в центре очаг некроза, по периферии вал из эпителиоидных клеток и лимфоцитов с примесью макрофагов; между эпителиоидными клетками и лимфоцитами располагаются гигантские многоядерные клетки. 1. Дайте название данных образований. 2. Укажите этиологию данного процесса. 3. Укажите типы гигантских многоядерных клеток.	1. Гранулемы (гигантоклеточные гранулемы). 2. Микобактерии туберкулеза. 3. Клетки инородных тел и клетки Пирогова – Лангханса.
74.	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 деградации – эозинофильных телец Русселя. Специфические клетки склеромной гранулемы – очень крупные одноядерные 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.
75.	В биоптате слизистой оболочки носа обнаружено образование в виде грануляционной ткани, состоящее из плазматических и эпителиоидных клеток с наличием большого количества гиалиновых шаров и крупных макрофагов со светлой цитоплазмой. 1. Дайте название обнаруженным макрофагам. 2. Укажите этиологию данного процесса. 3. Исходы данного образования.	1. Клетки Микулича. 2. Палочка Волковича – Фриша (склерома). 3. Рубцевание (склероз и гиалиноз грануляционной ткани).
76.	При гистологическом исследовании биоптата кожи	1. Лепрозные клетки Вирхова.

	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.	2. Микобактерия лепры. 3. Продуктивное гранулематозное воспаление.
77.	При гистологическом исследовании биоптата кожи предплечья обнаружены узелки, состоящие из грануляционной ткани, макрофагов, эпителиоидных клеток с примесью нейтрофилов. Некоторые из узелков некротизированы, в них определяется гнойное воспаление. Из клинических данных известно, что пациент работает фермером. 1. Дайте название данным образованиям. 2. Укажите этиологию данного процесса. 3. Назовите вид воспаления.	1. Гранулема. 2. Палочка сапа. 3. Продуктивное гранулематозное воспаление.
78.	При гистологическом исследовании биоптата образования большой половой губы у пациентки 32 лет обнаружено разрастание многослойного плоского эпителия и подлежащей стромы с наличием вирус-индуцированных изменений в клетках эпителия. 1. Назовите данное образование. 2. Укажите этиологию данного процесса. 3. Назовите вид воспаления.	1. Остроконечная кондилома. 2. Папилломавирус (ВПЧ, вирус папилломы человека). 3. Продуктивное воспаление с образованием полипов и остроконечных кондилом.
79.	При повторном внутримышечном введении инъекционного препарата резко развилась гиперемия кожных покровов в месте инъекции. При гистологическом исследовании иссеченного кожного лоскута обнаружены альтеративно-экссудативные изменения. 1. Укажите, к какому типу гиперчувствительных реакций относится данный процесс? 2. Назовите дистрофические изменения в очаге поражения. 3. Дайте название данному феномену.	1. Реакция гиперчувствительности немедленного типа. 2. Мукоидное, фибриноидное набухание, фибриноидный некроз стенок сосудов. 3. Феномен Артюса.
80.	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.
81.	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,	1. Аутоиммунная гемолитическая анемия. 2. С реакцией гиперчувствительности II типа. 3. При этой реакции аутоантитела, реагируя с антигенами, расположенными на поверхности эритроцитов, приводят в

	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?	действие мембраноатакующий комплекс, который «продырявливает» липидный слой мембран эритроцитов – это прямое цитотоксическое действие. 4. Переливание крови несовместимого донора, тромбоцитопения, агранулоцитоз, эритробластоз плода.
83.	В исходе инфаркта миокарда происходит разрастание соединительной ткани (организация) с гипертрофией кардиомиоцитов по периферии рубца. 1. Укажите вид регенерации в миокарде. 2. Назовите процесс, восстанавливающий сократительную функцию сердца.	1. Неполная репаративная регенерация (субституция). 2. Гипертрофия кардиомиоцитов по периферии рубца.
84.	К хирургу поликлиники по месту жительства обратился пациент с наличием раны в области правого плечевого сустава. Дно раны при осмотре с мелкозернистой поверхностью красно-розового цвета. 1. Назовите ткань, образовавшуюся в дне раны. 2. Перечислите слои этой ткани. 3. Назовите вид регенерации, который развивается в данном случае.	1. Грануляционная ткань. 2. Поверхностный лейкоцитарно-некротический слой, поверхностный слой сосудистых петель, слой вертикальных сосудов, созревающий слой, слой горизонтально расположенных фибробластов, фиброзный слой. 3. Неполная репаративная регенерация (субституция).
85.	При гистологическом исследовании резектата (объекта резекции) кости в месте «старого» перелома обнаружена костная ткань с беспорядочным расположением костных перекладин. 1. Назовите данный вид костной мозоли. 2. Перечислите стадии регенерации костной ткани при неосложненном переломе. 3. Укажите отличия регенерации костной ткани при осложненном и неосложненном переломах.	1. Окончательная костная мозоль. 2. При неосложненном переломе возникает первичное костное сращение: предварительная соединительнотканная мозоль – предварительная костная мозоль – окончательная костная мозоль. 3. При осложненном переломе возникает вторичное костное сращение, для которого характерно образование предварительной костнохрящевой мозоли.
86.	На аутопсии умершего от явлений хронической почечной недостаточности обнаружена одна почка размерами 15×10×10 см, лоханка которой растянута, заполнена мочой, толщина вещества почки 0,5 см. 1. Назовите данный патологический процесс. 2. Укажите, к какому приспособительному процессу он относится? 3. Классификация данного приспособительного процесса.	1. Атрофия почки от сдавления (гидронефроз). 2. Местная патологическая атрофия. 3. Дисфункциональная (атрофия от бездействия); вызванная недостаточностью кровоснабжения; от сдавления; нейротическая атрофия и атрофия, возникающая под воздействием физических и химических факторов.
87.	При полиомиелите происходит атрофия скелетной мускулатуры. 1. Назовите вид атрофии, которая развивается при полиомиелите. 2. Укажите виды атрофии.	1. Нейротическая атрофия. 2. Дисфункциональная (от бездействия); вызванная недостаточностью кровоснабжения; от сдавления; нейротическая атрофия и атрофия вследствие воздействия физических и химических факторов.
88.	На аутопсии умершего от рака желудка, 49 лет, обнаружено резкое исхудание, снижение толщины подкожной жировой клетчатки, атрофия мышц, сухая и дряблая кожа. Внутренние органы	1. Общая патологическая атрофия (кахексия). 2. Недостаточность питания, злокачественные новообразования,

	уменьшены в размерах. При микроскопическом исследовании в паренхиматозных клетках внутренних органов обнаружено большое количество липофусцина. 1. Укажите вид атрофии, который развился в данном случае. 2. Причины данного вида атрофии. 3. Укажите виды атрофии.	гипофизарная недостаточность, истощение при поражении гипоталамуса, истощение при других хронических заболеваниях (туберкулез, хроническая дизентерия, бруцеллез). 3. Местная и общая; патологическая и физиологическая атрофия. Виды местной патологической атрофии: дисфункциональная (от бездействия); вызванная недостаточностью кровоснабжения; от сдавления; нейротическая атрофия и атрофия вследствие воздействия физических и химических факторов.
89.	При морфологическом исследовании биоптата слизистой оболочки желудка пациента 56 лет обнаружены железы, выстланные эпителием толстокишечного типа. 1. Назовите приспособительный процесс, который развился в слизистой оболочке желудка. 2. Укажите, при каком виде регенерации возникает данный патологический процесс?	1. Метаплазия. 2. При патологической регенерации.
90.	При морфологическом исследовании биоптата слизистой влагалищной части шейки матки пациентки 34 лет обнаружены следующие изменения многослойного плоского эпителия: потеря полярности эпителия при сохраненной базальной мембране, полиморфизм клеток с гиперхромией ядер и наличием большого числа митозов. 1. Дайте название данному патологическому процессу. 2. Назовите стадии данного патологического процесса.	1. Дисплазия 2. Стадии (степени) дисплазии: I – легкая, II – умеренная, III – тяжелая.
91.	На аутопсии умершего, длительное время страдавшего артериальной гипертензией, обнаружено увеличенное сердце, массой 415 г, с увеличением толщины стенки левого желудочка до 1,5 см. 1. Дайте название данному процессу. 2. Классификация данного патологического процесса.	1. Компенсаторная гипертрофия миокарда. 2. Различают два вида компенсаторной гипертрофии: рабочая (компенсаторная) и викарная (заместительная).
92.	При микроскопическом исследовании образования кожи правого предплечья пациента 37 лет обнаружено сосочкового вида разрастание многослойного плоского эпителия с увеличением количества его слоев, с разрастанием подлежащей ткани. В эпителии сохраняется полярность расположения клеток, комплексность, базальная мембрана. 1. Назовите данное образование. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Простая плоскоклеточная папиллома кожи. 2. Доброкачественные органонеспецифические эпителиальные опухоли. 3. Аденома, переходноклеточная папиллома.

93.	Больной 60 лет обратился к врачу с жалобами на появление крови в моче в конце мочеиспускания. При обследовании в мочевом пузыре обнаружен узел опухоли, имеющей сосочковое строение, кровоточащий. При патогистологическом исследовании биоптата выявлены мелкие сосочковые разрастания, покрытые переходным эпителием, частично некротизированные. Строма сосочков полнокровна, с воспалительным инфильтратом. 1. Назовите вид опухоли. 2. Определите группу международной классификации, к которой относится опухоль. 3. Какие вторичные спонтанные изменения развились в опухолевой ткани? 4. Опишите изменения в моче больного. дифференцировки.	1. Папиллома 2. Эпителиальная органонеспецифическая 3. Некроз, воспаление, кровотечение 4. Гематурия
94.	При микроскопическом исследовании хорошо отграниченного узла молочной железы мягкой консистенции пациентки 27 лет обнаружено образование, состоящее из желез, выстланных кубическим эпителием без явлений цитологической атипии и выраженным разрастанием соединительной ткани. 1. Назовите данное образование. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Фиброаденома молочной железы. 2. Доброкачественные органонеспецифические эпителиальные опухоли. 3. Папиллома (плоскоклеточная и переходноклеточная).
95.	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 у больной в молочной железе? Дайте ее микроскопическую характеристику. Какой еще гистологический вариант данной опухоли известен? 2. Есть ли связь между возникновением у больной 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 – внутريدольковая 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 – это 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 белозеленых разрастаний в виде сосочков.

		Опухоль четко отграничена от оставшейся ткани яичника. 5. Эпителий, выстилающий полость цистаденомы, образует многочисленные выросты в виде сосочков и сохраняет при этом базальную мембрану и полярность.
96.	У больного при гастроскопическом исследовании в области малой кривизны желудка обнаружено опухолевидное образование диаметром 1,5 см на ножке. Удаленная опухоль хорошо отграничена, на разрезе серо-розового цвета. 1. Назовите вид опухоли. 2. Каковы особенности роста этой опухоли? 3. Определите возможную гистологическую разновидность этой опухоли. 4. Перечислите другие гистологические варианты этой опухоли? 5. Определите группу международной классификации, к которой относится опухоль.	1. Аденома 2. Экзофитный 3. Полип 4. Папиллярная, тубулярная, трабекулярная, аденокистома 5. Эпителиальные органонеспецифические
97.	При микроскопическом исследовании биоптата из участка изъязвления нижней трети пищевода обнаружены тяжёлые атипичные эпителиальные клетки, разрушающих подлежащую ткань. При детальном исследовании определяются округлые эозинофильные образования (в виде «жемчужин»). 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Плоскоклеточный ороговевающий рак. 2. Злокачественные органонеспецифические эпителиальные опухоли. 3. Рак на месте (carcinoma in situ), плоскоклеточный неороговевающий рак, аденокарцинома, слизистый (коллоидный), солидный (трабекулярный), мелкоклеточный, фиброзный (скирр) и медулярный рак.
98.	При микроскопическом исследовании субплеврального узлового образования правого легкого мягко-эластической консистенции без четких контуров выявлены хаотично расположенные железистые структуры различной формы и величины с явлениями клеточной атипичности и полиморфизма. 1. Назовите данную опухоль. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Периферический рак легкого (аденокарцинома). 2. Злокачественные органонеспецифические эпителиальные опухоли. 3. Рак на месте (carcinoma in situ), плоскоклеточный ороговевающий и неороговевающий рак, слизистый (коллоидный), солидный (трабекулярный), мелкоклеточный, фиброзный (скирр) и медулярный рак.
99.	У больного хроническим бронхитом обнаружена опухоль легкого. Удаленная опухоль представлена округлым серо-белым образованием до 4 см в диаметре с нечеткими границами, исходит из стенки бронха. При микроскопическом исследовании обнаружены пласты атипичного плоского эпителия среди хорошо развитой стромы. 1. Дайте название опухоли. 2. Назовите виды опухоли в зависимости от способности эпителия к образованию кератина. 3. К какой группе опухолей в зависимости от особенностей течения и прогноза она относится? 4. Какой процесс предшествовал развитию опухоли?	1. Плоскоклеточный рак 2. Ороговевающий, неороговевающий 3. Злокачественная 4. Метоплазия (дисплазия) 5. Регионарные лимфоузлы (перибронхиальные, бифуркации трахеи)

	5. Где будут обнаружены первые метастазы?	
100.	Больной 65 лет, поступил в больницу с явлениями кишечной непроходимости. При обследовании обнаружена опухоль нисходящего отдела ободочной кишки, суживающая ее просвет. В плановом порядке больной был прооперирован. При гистологическом исследовании операционного материала: опухоль состоит из разрастаний ветвящихся желез, состоящих из клеток различной величины и формы с полиморфными, гиперхромными ядрами. Комплексы опухолевых клеток проникают в мышечный слой стенки кишки. В двух лимфатических узлах, расположенных вблизи опухоли, метастазы аналогичного строения. 1. Клинико-анатомический вид опухоли? Обоснуйте. 2. Назовите гистологический тип опухоли. 3. Назовите осложнения, которые могут быть связаны с местным ростом этой опухоли. 4. Где следует искать первые метастазы? 5. Стадирование опухоли по системе TNM.	1. Злокачественная, о чем свидетельствует ее микроскопическая характеристика: опухоль состоит из разрастаний ветвящихся желез, состоящих из клеток различной величины и формы с полиморфными, гиперхромными ядрами (тканевой и клеточный атипизм), комплексы опухолевых клеток проникают вплоть до мышечного слоя стенки кишки (инвазивный тип роста), обнаружены метастазы в лимфатических узлах. 2. Аденокарцинома (толстой кишки). 3. Острая толстокишечная непроходимость, связанная с экзофитным ростом опухоли и обструкцией просвета кишки; изъязвление, кровотечение и перфорация кишки, связанные с деструктивными изменениями ее стенки. 4. В регионарных лимфатических узлах. 5. T3N1M0.
101.	В гинекологическое отделение больницы поступила женщина 62 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. При диагностическом исследовании соскоба эндометрия обнаружено разрастание атипичных желез с выраженным полиморфизмом клеток и их ядер, обилием митозов. 1. Диагностируйте патологический процесс. 2. Укажите его разновидность. 3. На фоне каких изменений эндометрия наиболее часто развивается этот процесс. 4. Назовите вид биопсии.	1. Злокачественная опухоль 2. Аденокарцинома 3. а) Железистая гиперплазия; б) Дисплазия 4. Инцизионная
102.	При гистологическом исследовании взбухающего образования кожи туловища темного цвета в дерме определяются группы («гнезда») округлых клеток, содержащие пигмент темно-коричневого цвета, с наличием многоядерных гигантских клеток. 1. Назовите данное образование. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Внутридермальный невус. 2. Опухоли меланинообразующей ткани. 3. Невусы (пограничный, внутридермальный, сложный, эпителиоидный, голубой), меланома.
103.	К онкологу обратилась пациентка Д., 37 лет, у которой начало быстро увеличиваться и темнеть взбухающее родимое пятно на задней поверхности шеи. При гистологическом исследовании биоптата определяется образование, состоящее из веретенообразных, уродливых клеток с большим количеством пигмента, наличием митозов (в том числе и патологических). 1. Назовите данное образование. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование.	1. Меланома 2. Опухоли меланинообразующей ткани (злокачественные)
104.	При микроскопическом исследовании округлого плотного подкожного образования правого плеча	1. Фиброзная гистиоцитома (дерматофиброма).

	обнаружена структура, состоящая из множества капилляров с межсосудистыми ритмичными соединительнотканными структурами, содержащими клетки типа фибробластов и гистиоцитов. В образовании определяются крупные многоядерные клетки, содержащие липиды и гемосидерин. 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	2. Доброкачественные мезенхимальные опухоли из соединительной (фиброзной) ткани. 3. Фиброма и десмоид.
105.	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.
106.	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. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Кавернозная гемангиома. 2. Доброкачественные мезенхимальные опухоли сосудистого происхождения. 3. Капиллярная гемангиома, венозная гемангиома, доброкачественная гемангиоперицитомы, гломус-ангиома
107.	На плече пациента 37 лет определяется плотный узел, белесоватого цвета, плотной консистенции. При его микроскопическом исследовании видны пучки из веретеноподобных клеток, формирующие ритмичные структуры (определяется чередование участков параллельно лежащих ядер с участками, состоящими из волокон). 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Неврилеммома (шваннома). 2. Опухоли периферической нервной системы. 3. Нейрофиброма, злокачественная шваннома (злокачественная опухоль оболочки периферического нерва).
108.	У больного в коже определяется множество округлых узлов. Один из них был удален и прислан для гистологического исследования. При микроскопировании обнаружена опухоль, построенная из соединительной ткани с примесью нервных волокон. 1. Назовите опухоль (диагноз)? 2. Как называется рост опухоли с образованием множественных узлов? 3. Каков гистиогенез этой опухоли? 4. Как эта опухоль растет в коже?	1. Нейрофиброма. 2. Мультицентрический рост. 3. Нейрофиброма – доброкачественная опухоль, развивается из фибробластов эндо- и периневрия. 4. Кожная нейрофиброма растет инфильтративно и не образует капсулу.

109.	При гистологическом исследовании округлого образования (белесоватого цвета, волокнистого строения на разрезе) тела матки обнаружена опухоль пучково-волокнистого строения с прослойками соединительной ткани и толстостенными сосудами. 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Простая лейомиома матки. 2. Мезенхимальные гладкомышечные опухоли. 3. Лейомиосаркома.
110.	Больной 42 лет, страдавший менометроррагиями, произведена надвлагалищная ампутация матки. При макроскопическом исследовании обнаружены множественные интрамуральные и субмукозные плотные узлы в капсуле размерами от 1 до 5 см, на разрезе белесоватого цвета, волокнистого строения. 1. Ваш диагноз по макроскопической картине. 2. Каков гистиогенез этой опухоли? 3. Как растет эта опухоль в матке и что об этом свидетельствует? 4. Какой атипизм характерен для этой опухоли и чем он проявляется?	1. Множественная лейомиома. 2. Лейомиома – доброкачественная опухоль из гладкомышечной ткани. 3. Лейомиома растет экспансивно. Об этом свидетельствуют четкие границы узлов и наличие капсулы. 4. Характерен тканевой атипизм: опухоль представлена пучками гладкомышечных клеток, расположенных хаотично.
111.	Больному А. 14 лет поставлен диагноз фибросаркомы мягких тканей бедра, подтвержденный морфологически. Проведена операция удаления опухоли, рентгенохимиотерапия. В течение года развился рецидив опухоли с распространенными метастазами 1. Опишите макропрепарат удаленной опухоли. 2. Опишите микропрепарат удаленной опухоли. 3. В каких органах обычно локализуются метастазы фибросаркомы бедра? 4. Чем представлена строма в фибросаркоме и механизмы ее образования?	1. Опухоль крупных размеров, не имеет четких границ. На разрезе ткань белозарового цвета, напоминает «рыбье мясо», имеет очаги желто-коричневого цвета, некроза и кровоизлияния. 2. Опухоль состоит из клеток с выраженными признаками клеточного атипизма в виде клеточного и ядерного полиморфизма, гиперхромии ядер, содержащих крупные ядрышки, гигантских многоядерных клеток, большого количества фигур патологических митозов. Строма слабо развита и представлена тонкими пучками коллагеновых волокон и тонкостенными сосудами капиллярного типа. 3. Метастазы распространяются гематогенным путем и могут располагаться в легких, печени, костях и других органах. 4. Строма представлена сосудами капиллярного типа и внеклеточным матриксом. Сосуды формируются за счет неоангиогенеза под влиянием фактора роста фибробластов и др. из сосудов прилежащих нормальных тканей. Внеклеточный матрикс, в основном, синтезируется клетками самой саркомы и частично клетками сосудов опухоли
112.	В травматологическое отделение доставлен мальчик 10 лет с переломом бедренной кости. В области перелома костная ткань диффузно замещена кровотокающей опухолевой тканью красноватого цвета. При гистологическом	1. Ангиосаркома (злокачественная гемангиоэндотелиома) 2. Мезенхимальные 3. Инфильтрирующий 4. Кровеносные сосуды

	исследовании опухоль построена из атипичных сосудистых образований с гиперхромным эндотелием, множеством митозов. 1. Диагностируйте опухолевый процесс. 2. Назовите группу опухолей по международной классификации. 3. Определите тип роста опухоли. 4. Уточните источник развития опухоли. 5. Укажите преобладающий путь метастазирования таких опухолей.	5. Гематогенный
113.	При микроскопическом исследовании округлого образования правой доли печени размерами 6×8 см обнаружено, что оно построено из атипичных гепатоцитов, образующих тубулярно-ацинарные структуры со скудными прослойками соединительной ткани и тонкостенными кровеносными сосудами. 1. Назовите данную опухоль. 2. Укажите гистогенетический вариант, к которому она относится.	1. Печеночно-клеточный (гепатоцеллюлярный) рак. 2. Опухоли экзо- и эндокринных желез, а также эпителиальных покровов (органоспецифические).
114.	При гистологическом исследовании кистозного образования щитовидной железы выявлено, что оно состоит из сосочков, выстланных атипичным эпителием, с врастанием сосочков в стенку полости, очаговыми кальцинатами. 1. Дайте название данному образованию. 2. Укажите гистогенетический вариант, к которому она относится.	1. Папиллярный рак щитовидной железы. 2. Опухоли экзо- и эндокринных желез, а также эпителиальных покровов (органоспецифические).

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий к разделу 2

№	Вопрос	Варианты ответов	Эталон
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
2.	Колликативный некроз характерен для	1. миокарда 2. селезенки 3. почек 4. головного мозга 5. скелетных мышц	4
3.	Восковидный некроз характерен для	1. миокарда 2. селезенки 3. почек 4. головного мозга 5. скелетных мышц	5
4.	Образование кисты характеризует исход некроза	1. коагуляционного 2. фибриноидного 3. колликативного 4. токсического 5. аллергического	3
5.	Примеры коагуляционного некроза:	1. творожистый некроз при туберкулезе 2. гангрена кишечника 3. инфаркт головного мозга 4. восковидный некроз мышц при брюшном тифе	1, 4, 5

		5. инфаркт миокарда	
6.	Образование секвестра характерно для некроза в	1. сердце 2. почках 3. головном мозге 4. костях 5. кишечнике	4
7.	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
8.	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
9.	<i>Влажная гангрена ноги чаще развивается у больных</i>	<i>1. васкулитом 2. панкреатитом 3. атеросклерозом 4. сахарным диабетом 5. гипертонической болезнью</i>	4
10.	Сухая гангрена ноги чаще развивается у больного	1. пневмонией 2. панкреатитом 3. атеросклерозом 4. сахарным диабетом 5. гипертонической болезнью	3
11.	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
12.	Инфаркт конусовидной (на разрезе органа – треугольной) формы характерен для	1. почек, селезенки, сердца 2. головного мозга, почек, легких 3. печени, сердца, легких 4. кишечника, головного мозга, легких 5. почек, селезенки, легких	5
13.	Для инфаркта селезенки характерен	1. белый цвет 2. красный цвет 3. красный цвет с белым венчиком 4. неправильная форма 5. клиновидная форма	1, 5
14.	Красный (геморрагический) инфаркт развивается в результате	1. тромбоза коронарной артерии 2. тромбоэмболии ветви легочной артерии 3. тромбоэмболии артерии почки 4. тромбоза артерии головного мозга 5. тромбоза портальной вены	2
15.	Необратимое повреждение кардиомиоцитов при ишемии миокарда	1. включения липидов в цитоплазме 2. исчезновение гликогена из цитоплазмы 3. набухание клеток 4. гипертрофия клеток 5. линии пересокращения в цитоплазме	5
16.	Гистохимическое выявление контрактурных повреждений миокарда - это окраска:	1. van Gieson 2. Congo rot 3. Sudan III-IV 4. Gomori 5. Lie	5

17.	При инфаркте миокарда воспалительный инфильтрат определяется в зоне	1. некроза 2. демаркации 3. сохранной ткани	2
18.	Геометрическая форма инфаркта миокарда	1. круглая 2. овальная 3. треугольная 4. клиновидная 5. неправильная	5
19.	Изменения кардиомиоцитов при декомпенсации гипертрофированного миокарда при постинфарктном (крупноочаговом) кардиосклерозе	1. склероз 2. жировая дистрофия 3. липофусциноз 4. фибриноидный некроз 5. атрофия	2, 3
20.	Исходы инфаркта миокарда	1. крупноочаговый кардиосклероз 2. реституция 3. неполная репаративная регенерация 4. субституция 5. инкапсуляция	1, 3, 4
21.	На эпикарде над зоной некроза можно обнаружить	1. фиброзные спайки 2. фибриновые пленки	2
22.	При белковой и гидropической дистрофии эпителия проксимальных извитых канальцев почек развивается клинический синдром	1. гемолитико-уремический 2. отечный 3. портальной гипертензии 4. нефритический 5. нефротический	5
23.	Гидропическая дистрофия гепатоцитов характерна для	1. вирусного гепатита 2. алкогольного гепатита 3. алкогольного цирроза печени 4. мускатной печени 5. "гусиной" печени	1
24.	Избирательная окраска на липиды гистологических препаратов	1. конго-красным 2. по Фельгену 3. толуидиновым синим 4. суданом III 5. пикрофуксином по ван Гизону	4
25.	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
26.	Образное название печени при ее стеатозе	1. "глазурная" 2. "мускатная" 3. "саговая" 4. "сальная" 5. "гусиная"	5
27.	Жировая дистрофия гепатоцитов бывает	1. нитевидной 2. пылевидной 3. мелкокапельной 4. крупнокапельной 5. отрубевидной	2, 3, 4

28.	Образное название сердца при жировой дистрофии миокарда	1. "волосатое" 2. "жирное" 3. "бычье"	4. "тигровое" 5. "гусиное"	4
29.	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
30.	При атеросклерозе холестерин обнаруживают в клетках стенки артерий	1. фибробластах и макрофагах 2. липоцитах и липофибробластах 3. макрофагах и липоцитах 4. пенистых и перстневидных 5. гладкомышечных и макрофагах		5
31.	При атеросклерозе поражаются:	1. артериолы 2. артерии мышечного типа 3. артерии эластического типа 4. артерии мышечного и эластического типа 5. артерии и вены		4
32.	Обратимое повреждение соединительной ткани и стенок сосудов	1. гиалиноз 2. фибриноидное набухание 3. первичный амилоидоз 4. мукоидное набухание 5. вторичный амилоидоз		4
33.	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
34.	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
35.	Гемосидерин в тканях выявляет химическая реакция	1. ШИК 2. Вассермана 3. Браше	4. Фёльгена 5. Перлса	5
36.	Гиперкальциемия развивается при	1. гиперпаратиреозе, множественной миеломе, иммобилизации 2. туберкулезе, вирусных гепатитах, малярии 3. гиперспленизме, гиперпаратиреозе, саркоидозе 4. синдроме застойной сердечной недостаточности, множественной миеломе 5. гипотиреозе, аддисоновой болезни, болезни Кушинга		1
37.	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
38.	Для механической (подпеченочной) желтухи характерно	1. внедольковый холестаз 2. лестничные некрозы 3. мостовидные септы 4. баллонная дистрофия гепатоцитов 5. наличие телец Каунсильмена		1
39.	Паренхиматозная желтуха	1. острым воспалением общего желчного протока		2, 4

	может быть обусловлена	2. поражением гепатоцитов 3. гемолизом эритроцитов 4. острым гепатитом 5. опухолью головки поджелудочной железы	
40.	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
41.	Название печени при хроническом венозном полнокровии	1. "большая бугристая" 2. "глазурная" 3. "сальная" 4. "большая пёстрая" 5. "мускатная"	5
42.	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
43.	Почка при хроническом венозном полнокровии носит название:	1. большая пестрая почка 2. цианотическая индурация почки 3. большая сальная почка 4. сморщенная почка 5. диабетическая почка	2
44.	Хронический венозный застой в лёгких ведет к развитию в них	1. бурой атрофии 2. только гемосидероза 3. бурой индурации 4. только пневмосклероза 5. эмфиземы	3
45.	С внутренней лимфореей связано развитие	1. мускатной печени 2. бурой индурации легких 3. хилезного асцита 4. хилоторакса 5. гемоторакса	3, 4
46.	Хронический застой лимфы может привести к	1. слоновости 2. гипоксии тканей 3. гемомеланозу 4. склерозу 5. амилоидозу	1, 2, 4
47.	В зависимости от строения и внешнего вида различают тромбы:	1. пристеночный 2. белый 3. красный 4. обтурирующий 5. гиалиновый	2, 3, 5
48.	Что не выделяется как морфологическая разновидность тромба	1. красный тромб 2. белый с геморрагическим венчиком 3. белый 4. гиалиновый 5. смешанный	2
49.	Красные тромбы чаще образуются в	1. венах 2. полости сердца 3. артериях 4. аорте 5. капиллярах	1
50.	Белые тромбы чаще образуются в	1. венах 2. полости аневризмы 3. артериях	3

		4. капиллярах	
51.	Гиалиновые тромбы образуются в	1. венах 2. полостях сердца 3. артериях 4. сосудах микроциркуляторного русла 5. аорте	4
52.	В смешанном тромбе различают	1. головку, которая имеет строение белого тромба 2. шейку, которая имеет строение смешанного тромба 3. тело, которое имеет строение слоистого тромба 4. головку, которая имеет строение красного тромба 5. хвост, который имеет строение красного тромба	1, 3, 5
53.	Тромб, в котором содержится большое количество фибрина и лейкоцитов, называется	1. красный 4. гиалиновый 2. слоистый 5. смешанный 3. белый	3
54.	Для внешнего вида тромба характерно	1. шероховатая поверхность 2. скреплен со стенкой сосуда 3. гофрированная поверхность 4. тусклый вид поверхности	1, 2, 3, 4
55.	Шаровидный тромб образуется в	1. полости левого предсердия 2. полости аневризмы артерии головного мозга 3. аорте 4. венах нижних конечностей 5. артериолах и капиллярах	1
56.	По отношению к просвету сосуда или полостям сердца тромб может быть	1. периваскулярным 2. пристеночным 3. обтурирующим 4. закупоривающим 5. трансмуральным	2, 3, 4
57.	Обтурирующий тромб артерии может привести к	1. венозному полнокровию 2. тромбоэмболии 3. артериальному полнокровию 4. атрофии 5. инфаркту	5
58.	Обтурирующий тромб вены может привести к	1. венозному полнокровию 2. петрификации 3. артериальному полнокровию 4. тромбоэмболии 5. инфаркту	1
59.	К благоприятным исходам тромбоза относятся	1. асептический аутолиз 2. гнойное расплавление тромба 3. канализация тромба 4. васкуляризация тромба 5. организация тромба	3, 4, 5
60.	Неблагоприятные исходы тромбоза:	1. организация тромба 2. васкуляризация тромба 3. тромбоэмболия 4. септическое расплавление тромба 5. канализация тромба	3, 4
61.	Флеболит - это	1. кишечный камень 2. обызвествлённый тромб в вене 3. обызвествлённый тромб в полости левого предсердия 4. обызвествлённый тромб в аорте 5. камень желчного пузыря	2
62.	При обтурации тромбом	1. ишемия	1, 4

	бедренной артерии в стопе возникает	2. венозная гиперемия 3. влажный некроз 4. гангрена 5. лимфорея	
63.	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
64.	Локализация тромбов при тромбоэмболии 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
65.	Смертельное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей:	1. тромбоэмболия ствола лёгочной артерии 2. гангрена кишечника 3. инфаркт миокарда 4. инфаркт головного мозга 5. гангрена нижних конечностей	1
66.	Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии приводит к	1. пульмокоронарному рефлексу 2. шоку 3. инфаркту легкого 4. ДВС-синдрому 5. ателектазу	3
67.	Тромбоэмболия ствола и крупных ветвей легочной артерии приводит к развитию	1. пульмокоронарного рефлекса 2. шока 3. геморрагического инфаркта 4. ДВС-синдрома 5. ателектаза	1
68.	Локализацией тромбов при тромбоэмболии легочной артерии является	1. артерии большого круга кровообращения 2. клапаны левого сердца 3. вены большого круга кровообращения 4. аорта 5. вены малого круга кровообращения	3
69.	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
70.	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
71.	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
72.	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
73.	Парадоксальная эмболия	1. только межжелудочковой перегородки	3

	встречается при врожденном дефекте	2. только межпредсердной перегородки 3. как той, так и другой перегородок 4. артерий сердца 5. артерий головного мозга	
74.	При гнойном расплавлении тромбов в подключичных венах метастатические гнойники возникают в первую очередь в	1. области шеи 2. легких 3. щитовидной железе 4. миокарде 5. почках	2
75.	Жировая эмболия при переломах длинных трубчатых костей нижних конечностей возникает в сосудах	1. лёгких 2. печени 3. кишечника 4. головного мозга 5. почек	1
76.	Из-за двойного типа кровоснабжения более устойчива к ишемии ткань	1. почек и печени 2. почек и селезёнки 3. миокарда и лёгких 4. лёгких и печени 5. головного мозга и миокарда	4
77.	К компонентам демаркационной зоны при инфаркте не относится	1. полнокровие сосудов 2. кровоизлияния 3. лейкоцитарная и макрофагальная инфильтрация 4. отёк 5. склероз (рубец)	5
78.	Основные клетки в очаге экссудативного воспаления	1. лимфоциты 2. фибробласты 3. макрофаги 4. нейтрофильные лейкоциты 5. плазмоциты	4
79.	Фагоцитоз при воспалении характерен для фазы	1. альтерации 2. экссудации 3. пролиферации 4. конечной 5. начальной	2
80.	Укажите один неверный ответ. В фагоцитозе принимают участие	1. нейтрофильные лейкоциты 2. макрофаги 3. эпителиоидные клетки 4. гистиоциты 5. лимфоциты	5
81.	Длительно протекающее гнойное воспаление может привести к	1. гемосидерозу 2. вторичному амилоидозу 3. известковым метастазам 4. первичному амилоидозу 5. петрификации	2
82.	Эмболический гнойный нефрит характерен для	1. старческого амилоидоза 2. септицемии 3. септикопиемии 4. туберкулёза 5. сифилиса	3
83.	Эмпиема может развиваться в полостях	1. плевральной и желудка 2. желудка и желчного пузыря 3. желчного пузыря и плевральной 4. желудка и кишечника 5. сердца и сосудов	3
84.	Виды фибринозного	1. крупозное, дифтеритическое	1

	воспаления	2. крупозное, катаральное 3. крупозное, смешанное 4. серозное, катаральное 5. фибринозно-геморрагическое, гнойное	
85.	Кроме фибрина в состав плёнки при крупозном воспалении входят	1. лейкоциты 2. тканевой детрит и лейкоциты 3. тканевой детрит, макрофаги и лейкоциты 4. тканевой детрит, эритроциты и лейкоциты 5. лейкоциты, макрофаги и эритроциты	1
86.	Кроме фибрина в состав плёнки при дифтеритическом воспалении входят	1. лейкоциты 2. тканевой детрит и лейкоциты 3. тканевой детрит, макрофаги и лейкоциты 4. тканевой детрит, эритроциты и лейкоциты 5. лейкоциты, макрофаги и эритроциты	2
87.	Название сердца при фибринозном (крупозном) воспалении перикарда	1. "висячее" 2. "волосатое" 3. "глазурное" 4. "панцирное" 5. "лежащее"	2
88.	Форма фибринозного воспаления в толстой кишке при дизентерии	1. катаральное 2. крупозное 3. дифтеритическое 4. дифтерийное 5. некротическое	3
89.	Для катарального воспаления характерно	1. отсутствие слизи в экссудате 2. наличие слизи в экссудате 3. поражение только брюшины 4. наличие плёнки на слизистой оболочке 5. поражение всех серозных оболочек	2
90.	В перикарде при уремии развивается воспаление	1. гнойное 2. гнилостное 3. катаральное 4. фибринозное 5. геморрагическое	4
91.	Продуктивное воспаление характеризуется преобладанием	1. экссудации 2. пролиферации 3. альтерации 4. гистолиза 5. отёка	2
92.	Прогрессирующее межуточное воспаление обычно заканчивается	1. некрозом 2. склерозом 3. отёком 4. амилоидозом 5. ишемией	2
93.	Виды продуктивного воспаления	1. катаральное, фибринозное 2. межуточное, гнойное 3. гнойное, гранулематозное 4. серозное, гранулематозное 5. межуточное, гранулематозное	5
94.	В клеточный состав очага воспаления при межуточном миокардите не входят	1. лимфоциты 2. макрофаги 3. моноциты 4. фибробласты 5. ретикулоциты	5
95.	Солитарная гумма –	1. раннего врожденного	5

	морфологическое проявление сифилиса	2. позднего врожденного 3. первичного 4. вторичного 5. третичного	
96.	Благоприятные исходы гранулематозного воспаления	1. ослизнение, нагноение 2. канализация, васкуляризация 3. склероз, петрификация 4. васкуляризация, нагноение 5. нагноение, рубцевание	3
97.	Органы, поражаемые при вторичном амилоидозе	1. сердце, легкие, почки 2. легкие, печень, головной мозг 3. головной мозг, сердце 4. головной мозг, легкие 5. почки, печень, селезенка	5
98.	Заболевание, при котором может развиваться вторичный амилоидоз типа AL	1. туберкулез 2. бронхоэктатическая болезнь 3. цирроз печени 4. миеломная болезнь 5. рак почки	4
99.	Название селезенки при амилоидозе	1. "глазурная" 2. "блуждающая" 3. "порфиновая" 4. "пятнистая" 5. "саговая"	5
100.	При подозрении на диагноз "амилоидоз" проще всего взять биопсию	1. печени 2. почки 3. десны 4. бронха 5. кожи	3
101.	Специальная окраска для выявления амилоида в гистологических препаратах	1. судан III 2. конго-красный 3. по Фельгену 4. реакция Перлса 5. ШИК-реакция	2
102.	"Саговая" и "сальная" селезенка - это проявления	1. углеводной дистрофии 2. жировой дистрофии 3. амилоидоза 4. мукоидного набухания 5. фибриноидного набухания	3
103.	Укажите один неверный ответ. Характерная локализация амилоида при вторичном амилоидозе	1. периколлагеново 2. периретикулярно 3. в адвентиции сосудов 4. по ходу эластических волокон 5. внутриклеточно	5
104.	Укажите один неверный ответ. Периретикулярно при амилоидозе поражаются	1. интима сосудов 2. селезенка 3. кожа 3. почки 4. печень	3
105.	Укажите один неверный ответ. Периколлагеново при амилоидозе поражаются	1. миокард 2. кожа 3. адвентиция сосудов 4. интима сосудов 5. скелетные мышцы	4
106.	При амилоидозе печени амилоидные массы откладываются	1. по ходу синусоидов 2. в гепатоцитах 3. по ходу ретикулярной стромы долек	1, 3, 5

		4. в ретикуло-эндотелиальных клетках Купфера 5. в стенках сосудов и протоков	
107.	Характерная причина смерти при вторичном амилоидозе	1. почечная недостаточность 2. печеночная недостаточность 3. сердечная недостаточность 4. ДВС-синдром 5. геморрагический шок	1
108.	Грануляционная ткань – это субстрат регенерации ткани	1. жировой 2. соединительной 3. нервной 4. эпителиальной 5. мышечной	2
109.	По классификации И.В.Давыдовского различают следующие виды заживления ран	1. под струпом и вторичным натяжением 2. вторичным и первичным натяжением 3. первичным и вторичным натяжением и под струпом 4. под струпом 5. первичным натяжением	3
110.	Если в ране появляется грануляционная ткань, то говорят о	1. первичном натяжении 2. вторичном натяжении 3. заживлении под струпом 4. гипорегенерации 5. саркоме	2
111.	Истощение – это	1. местная атрофия 2. местная дистрофия 3. общая атрофия 4. общая дистрофия 5. общая дисплазия	3
112.	Цирроз – это	1. разрастание в органе соединительной ткани с его деформацией 2. деформация органа с его перестройкой 3. перестройка органа с его деформацией в связи с разрастанием в нем соединительной ткани и дистрофией паренхимы 4. склероз стромы органа и дистрофия его паренхимы 5. вид компенсаторных процессов	3
113.	Инкапсуляция – это обрастание соединительной тканью	1. животных паразитов и омертвевших масс 2. омертвевших масс и инородных тел 3. инородных тел, животных паразитов и омертвевших масс 4. тромбов и эмболов 5. камней почек, желчного пузыря	3
114.	Коллатеральное кровообращение – это пример	1. гипертрофии 2. перестройки тканей 3. регенерации 4. организации 5. дисплазии	2
115.	Викарная гипертрофия – это гипертрофия	1. левого желудочка сердца при артериальной гипертензии 2. стенки желудка выше рубцового сужения его просвета 3. одного парного органа после хирургического удаления другого 4. ткани печени после удаления ее части 5. стенки мочевого пузыря при стенозе уретры	3
116.	При компенсированной гипертрофии миокарда наблюдается:	1. миогенная дилатация полостей 2. тоногенная дилатация полостей 3. жировая дистрофия миокарда 4. крупноочаговый кардиосклероз	1

		5. диффузный мелкоочаговый кардиосклероз	
117.	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
118.	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
119.	Гистологические признаки дисплазии эпителия	1. элонгация ядер 2. атрофия клеток 3. очаговый клеточный полиморфизм 4. нарушение комплексности эпителия 5. диффузный клеточный полиморфизм	1, 3, 4
120.	Доброкачественные опухоли характеризуются	1. тканевым атипизмом и быстрым ростом 2. быстрым ростом и клеточным атипизмом 3. экспансивным ростом и тканевым атипизмом 4. инвазивным, медленным ростом 5. клеточным атипизмом и медленным ростом	3
121.	Злокачественные опухоли характеризуются	1. только тканевым атипизмом и быстрым ростом 2. только клеточным атипизмом и медленным ростом 3. инвазивным, медленным ростом 4. экспансивным, быстрым ростом 5. клеточным и тканевым атипизмом	5
122.	Морфологические признаки рака	1. экспансивный рост 2. клеточный атипизм 3. нарушение полярности эпителия 4. разрушение базальной мембраны	1, 2, 3, 4
123.	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
124.	Основной ранний признак инфильтрирующего рака	1. выраженная дисплазия 2. рост опухоли в сосуды 3. прорастание капсулы органа 4. разрушение базальной мембраны 5. метастазы в регионарные лимфатические узлы	4
125.	Характеристика клеточного атипизма	1. гиперхромия ядер 2. полиморфизм клеток 3. мономорфизм клеток и ядер 4. ядерно-цитоплазматический индекс сдвинут в сторону ядра 5. ядерно-цитоплазматический индекс сдвинут в сторону цитоплазмы	1, 2, 4
126.	В опухолях для клеточного	1. укрупнение ядра	5

	атипизма не характерно	2. полиморфизм 3. анеуплоидия 4. полиплоидия 5. гипохромия ядер	
127.	Для злокачественной опухоли наиболее характерен рост	1. аппозиционный 2. экспансивный быстрый 3. экзофитный 4. инвазивный 5. эндофитный медленный	4
128.	Для доброкачественной опухоли наиболее характерен рост	1. аппозиционный 2. экспансивный медленный 3. экзофитный быстрый 4. инвазивный 5. эндофитный медленный	2
129.	Рост опухоли в толщу стенки полого органа называют	1. аппозиционным 2. экспансивным 3. экзофитным 4. инвазивным 5. эндофитным	5
130.	Рост опухоли в просвет полого органа называют	1. аппозиционным 2. экспансивным 3. экзофитным 4. инвазивным 5. эндофитным	3
131.	Опухоли с местнодеструктивным ростом	1. рецидивируют и метастазируют 2. обладают клеточным атипизмом и метастазируют 3. обладают инфильтрирующим ростом и не рецидивируют 4. обладают инфильтрирующим ростом, но не метастазируют 5. метастазируют и обладают тканевым атипизмом	4
132.	Низкодифференцированные опухоли обладают	1. медленным ростом 2. резко выраженным клеточным атипизмом 3. экспансивным ростом 4. несущественным влиянием на организм 5. слабо выраженным клеточным атипизмом	2
133.	Важнейшее значение при метастазировании эпителиальной опухоли играет	1. клеточный атипизм 2. прорастание базальной мембраны 3. экспансивный рост 4. тканевой атипизм 5. темп роста	2
134.	Особенность органоидных опухолей	1. хорошо развитая паренхима 2. плохо развитая паренхима 3. хорошо развитая строма 4. плохо развитая строма	3
135.	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
136.	К нарушениям гемостаза при опухолях относят	1. сдавление соседних органов 2. гематогенное метастазирование 3. тромбоз в сосудах опухоли и в других органах 4. анемию 5. остеопороз	3
137.	К системным воздействиям	1. сдавление соседних органов и анемии	2

	при опухолях относят	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	
138.	Наиболее частые злокачественные опухоли	1. мезенхимальные 4. периферических нервов 2. системы крови 5. параганглиев 3. эпителиальные	3
139.	К вторичным изменениям в опухолях не относится	1. кровоизлияние 2. ослизнение 3. некроз 4. воспаление 5. дисплазия 6. петрификация	5
140.	Развитие кровотечения у онкологических больных может быть связано с	1. тканевым атипизмом и сдавлением органов 2. клеточным атипизмом и медленным ростом 3. инвазивным ростом и деструкцией тканей 4. экспансивным, быстрым ростом 5. клеточным и тканевым атипизмом	3
141.	Папиллома – это опухоль из	1. покровного эпителия 2. железистого эпителия 3. мезенхимы 4. участков метаплазии 5. меланинообразующей ткани	1
142.	Аденома – это опухоль из	1. покровного эпителия 2. железистого эпителия 3. мезенхимы 4. участков метаплазии 5. меланинообразующей ткани	2
143.	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
144.	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
145.	К органоспецифическим опухолям относят	1. меланому 4. ангиосаркому 2. семиному 5. невриному 3. лимфому	2
146.	Фиброаденома – это опухоль из	1. покровного эпителия с выраженной стромой 2. покровного эпителия со слабо выраженной стромой 3. железистого эпителия с преобладанием железистого компонента 4. железистого эпителия с выраженной стромой 5. мезенхимы	4
147.	К аденогенным ракам относят	1. плоскоклеточный рак 2. аденокарциному 3. переходноклеточный рак 4. фиброаденому 5. аденолимфому	2

148.	Наиболее частая локализация полипов	1. бронхи 2. желудок 3. пищевод 4. тонкий кишечник 5. толстый кишечник	1, 5
149.	Роговая дистрофия встречается в	1. плоскоклеточном раке 2. аденокарциноме 3. трабекулярной аденоме 4. недифференцированной саркоме 5. неврилеммме	1
150.	Скиррозный рак – это	1. рак с выраженным слизееобразованием 2. редкий вариант саркомы 3. рак с преобладанием паренхимы над стромой 4. рак с преобладанием стромы над паренхимой 5. рак с отсутствием стромы	4
151.	"Раковые жемчужины" встречаются в	1. остеосаркоме 2. фиброме 3. плоскоклеточном раке 4. мозговидном раке 5. скирре	3
152.	Медуллярный (мозговидный) рак – это	1. рак спинного мозга 2. редкий вариант саркомы 3. рак с преобладанием паренхимы над стромой 4. рак с преобладанием стромы над паренхимой 5. рак с отсутствием стромы	3
153.	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
154.	Виды рака из покровного эпителия	1. слизистый 2. трабекулярный 3. плоскоклеточный 4. переходноклеточный 5. полиморфноклеточный 6. перстневидноклеточный	3, 4
155.	Укажите один неверный ответ. Плоскоклеточный рак встречается в	1. лёгком 2. вилочковой железе 3. тонкой кишке 4. пищеводе 5. влагалище	3
156.	Укажите один неверный ответ. Карцинома может развиваться в	1. головном мозге 2. молочной железе 3. коже 4. матке 5. пищеводе	1
157.	К гистологическим разновидностям рака относится	1. саркома 2. тератома 3. меланома 4. глиобластома 5. аденокарцинома	5
158.	Укажите один неверный ответ. Рак может развиваться в	1. головном мозге 2. челюстных костях 3. коже 4. матке 5. тимусе	1
159.	Укажите один неверный	1. саркома	1

	ответ. Гистологические разновидности рака	2. скирр 3. аденокарцинома 4. плоскоклеточный 5. медуллярный	
160.	Саркома может возникнуть из	1. многослойного плоского эпителия 2. жировой ткани 3. железистого эпителия 4. меланинообразующей ткани 5. переходного эпителия	2
161.	Гистологические варианты аденокарциномы	1. солидная 2. ацинарная 3. тубулярная 4. папиллярная 5. светлоклеточная 6. переходноклеточная	2, 3, 4
162.	Лейомиома чаще локализуется в	1. желудке 2. кишке 3. матке 4. коже 5. пищеводе	3
163.	Фибромиома матки может вызывать наружное кровотечение, если она локализуется	1. субсерозно 2. интрамурально 3. субсерозно-интрамурально 4. субмукозно	4
164.	Меланома - это опухоль	1. доброкачественная нервной системы 2. злокачественная кожи любого гистогенеза 3. злокачественная из меланинообразующей ткани 4. доброкачественная из меланинообразующей ткани 5. любая доброкачественная опухоль кожи	3
165.	Опухоль периферической нервной системы	1. астроцитомы 2. ганглионеврома 3. скирр 4. миелома 5. шваннома	5
166.	Для узловой липомы характерен	1. клеточный атипизм 2. тканевой атипизм 3. гиперхромия ядер 4. клеточный полиморфизм 5. инвазивный тип роста	2
167.	К мезенхимальным опухолям относят	1. папиллому 2. семиному 3. фиброзный рак 4. ангиосаркому 5. астроцитому	4
168.	К нейрогенным опухолям относят	1. хорионэпителиому 2. семиному 3. сириногоаденому 4. пинеалому 5. астроцитому	5
169.	Подтвердить соединительнотканное происхождение опухоли можно при помощи следующей окраски	1. гематоксилин-эозин 2. пикрофуксином 3. суданом III 4. толуидиновым синим 5. реакцией Перлса	2
170.	Первые гематогенные	1. печени	3

	метастазы саркомы бедра локализируются в	2. почках 3. легких 4. головном мозге 5. лимфатических узлах	
171.	Полиморфизм и клеточный атипизм характерен для	1. липомы 2. ангиосаркомы 3. фибромиомы 4. гемангиомы 5. лейомиомы	2
172.	Иммуногистохимическая реакция с виментином используется для диагностики	1. липосаркомы 2. ангиосаркомы 3. фибросаркомы 4. злокачественной шванномы 5. миосаркомы	3
173.	Опухоли центральной нервной системы метастазируют в	1. печень 2. лимфатические узлы 3. легкие 4. кости 5. центральную нервную систему	5
174.	Нарушение оттока ликвора при опухолях головного мозга может приводить к	1. ишемическому инфаркту мозга 2. гидроцефалии 3. геморрагическому инфаркту головного мозга 4. энцефалиту 5. менингоэнцефалиту	2
175.	Иммуногистохимическая реакция с десмином используется для диагностики	1. липосаркомы 2. ангиосаркомы 3. фибросаркомы 4. злокачественной шванномы 5. миосаркомы	5
176.	Тератома – это опухоль из	1. мягкой мозговой оболочки 2. твердой мозговой оболочки 3. многослойного плоского эпителия 4. производных нескольких зародышевых листков 5. оболочек периферических нервов	4
177.	Саркомой является	1. фиброзный рак 2. остеома 3. аденокарцинома 4. гломус-ангиома 5. злокачественная гистиоцитома	5
178.	Саркомой является	1. злокачественная мезотелиома 2. озлокачествленный пигментный невус 3. фиброзный рак 4. рабдомиома 5. злокачественная кортикально-клеточная тимома	1
181.	Укажите один неверный ответ. К злокачественным опухолям относят	1. аденокарциному 2. семиному 3. папиллому 4. ангиосаркому 5. лимфосаркому	3
183.	Укажите один неверный ответ. Мезенхимальные опухоли развиваются из ткани	1. костной 2. нервной 3. жировой 4. сосудистой 5. фиброзной	2
184.	Лейкемическим провалом	1. анемии	2

	характеризуются	2. острые лейкозы 3. любые хронические лейкозы 4. любые лимфомы 5. только болезни Рустицкого-Калера и Ходжкина	
185.	Укажите один неверный ответ. Миеломная болезнь проявляется в	1. челюстях 2. лимфоузлах 3. головном мозге 4. селезенке 5. печени	3
186.	В группу лимфом не входит	1. лимфаденит 2. лимфосаркома 3. грибовидный микоз 4. ретикулосаркома 5. лимфогрануломатоз	1
187.	К опухолям кроветворной ткани не относится	1. острый недифференцированный лейкоз 2. лимфома Беркитта 3. лимфангиосаркома 4. лимфогрануломатоз 5. хронический миелолейкоз	3
188.	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
189.	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
191.	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
192.	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
193.	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
194.	Сроки хранения влажного архива, блоков и стёкол в патологоанатомическом отделении при часто встречающейся патологии:	1. 10 лет 2. пожизненно 3. 2 года 4. 6 месяцев 5. 1 год	5
195.	Универсальная широко применяемая фиксирующая жидкость:	1. дистиллированная вода 2. 10% раствор нейтрального формалина 3. 96-100% этиловый спирт 4. жидкость Карнуа	2
196.	Оптимальный для предотвращения аутолиза в объектах исследования	1. в 10–20 раз превышает объем объекта 2. в 2 раза превышает объем объекта 3. равен объему объекта	1

	(биоптаты, кусочки ткани) объем фиксирующей жидкости:	4. жидкость покрывает поверхность объекта	
197.	Фиксировать ткань – значит:	1. сохранить прижизненную структуру 2. вызвать коагуляцию клеточного содержимого 3. сделать ткань хрупкой, ломкой 4. способствовать сморщиванию или набуханию ткани	1
198.	Процент раствора формалина, применяемого для фиксации материала:	1. 40% 2. 30% 3. 10% 4. 5%	3
199.	Для первичной гистологической диагностики обычно используют универсальную окраску срезов:	1. суданом III 2. гематоксилином и эозином 3. пикрофуксинов по ван Гизону	2
200.	Изучение микропрепарата в световом микроскопе начинается:	1. под иммерсией 2. в поляризованном свете 3. под малым увеличением 4. под большим увеличением	3
201.	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
202.	Наиболее чувствительный иммунопероксидазный метод	1. авидин-биотиновый 2. пероксидазно-антипероксидазный	1
203.	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

Вид оценочного средства: перечень практических навыков и умений для демонстрации на зачете к разделам 1 – 2

№	Практический навык, умение	Уровень усвоения
Расширенная сердечно-легочная реанимация		
1.	Тройной прием Сафара	IV
2.	Установка воздуховода	IV
3.	Аспирация рвотных масс из ротоглотки	IV
4.	Установка ларингеальной маски	IV
5.	Установка комбитьюба	IV
6.	ИВЛ методом рот в рот и с помощью мешка Амбу	IV
7.	Оротрахеальная и назотрахеальная интубация трахеи	IV
8.	Установка диагноза «остановка сердца» на симуляторе	IV
9.	Непрямой массаж сердца	IV
10.	Проведение электрической дефибрилляции	IV
11.	Выполнение полного алгоритма сердечно-легочной реанимации	IV
12.	Пункция подключичной вены	IV

13.	Выполнение пункционной коникотомии	IV
14.	Выполнение плевральной пункции	IV
Специальные профессиональные умения и навыки		
15.	Оценка предварительной информации об исследуемых объектах	IV
16.	Осмотр и вскрытие трупа методами Шора и Абрикосова	I
17.	Вскрытие спинного мозга, придаточных пазух, костного мозга, суставов	I
18.	Вскрытие новорожденных и мертворожденных, учитывая связь пре- и постнатальной патологии с течением беременности и родов у матери	I
19.	Вскрытия при карантинных и особо опасных инфекциях с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, забора материала	I
20.	Вскрытие при подозрении на сепсис	I
21.	Вскрытия при различных соматических и инфекционных заболеваниях	I
22.	<i>Специальные методы диагностики у секционного стола:</i>	I
	- проба на воздушную эмболию	I
	- проба на жировую эмболию	I
	- проба на наличие воздуха в плевральных полостях	I
	- проба на амилоид	I
	- теллуритовая проба на ишемию	I
	- раздельное взвешивание сердца (определение сердечного индекса)	I
23.	Макроскопическая оценка и описание изменений в органах и тканях трупа	I
24.	Макро- и микроизмерения линейных размеров объектов (морфометрия), расстояний между объектами; измерения массы объектов	I
25.	Выбор и вырезка участков органов и тканей для гистологического исследования	I
26.	Выбор оптимальных методов фиксации, обработки, окраски материала, определение необходимого для диагностики числа гистологических препаратов	IV
27.	Забор секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических, биохимических и других видов исследований	IV
28.	Проведение процедур преаналитического этапа (прием и сортировка биоматериала, приготовление биоматериала для светооптической диагностики)	IV
29.	Приготовление, фиксация и окраска мазков-отпечатков	IV
30.	Исследование гистологических препаратов (секционный, операционный и биопсийный материал)	IV
	<i>Патоморфологическая диагностика:</i>	
31.	- обратимых и необратимых патологических процессов	IV
32.	- различных видов расстройств кровообращения	IV
33.	- различных форм воспаления	IV
34.	- иммунопатологических процессов	IV
35.	- процессов компенсации и приспособления	IV
36.	- доброкачественных и злокачественных новообразований	I
37.	- инфекционных и паразитарных заболеваний	I
38.	- болезней системы кровообращения	I
39.	- ревматических болезней	I
40.	- болезней органов дыхания	I
41.	- болезней органов пищеварения	I
42.	- болезней лимфатической и кроветворной систем	I
43.	- болезней эндокринной системы и нарушений обмена веществ	I
44.	- болезней почек и мочевыводящих путей	I
45.	- болезней половых органов и молочной железы	I
46.	- болезней центральной нервной системы и периферических нервов	I
47.	- болезней органов зрения и слуха	I
48.	- болезней кожи и подкожной клетчатки	I
49.	- болезней костно-мышечной системы	I

50.	- болезней зубочелюстной системы и полости рта	I
51.	- патологии беременности, родов и перинатального периода	I
52.	- заболеваний, вызванные факторами окружающей среды, ятрогений	I
53.	Отбор участков препарата для фотосъемки, изготовление микрофотографий	IV
54.	Контроль качества аналитического этапа исследований	IV
55.	Интерпретация результатов обследования пациента с учетом данных истории болезни, амбулаторной карты, мнения лечащего врача	IV
56.	Проведение дифференциальной диагностики со сходными по морфологическим проявлениям заболеваниями	I
57.	Оформление протокола вскрытия, карты вскрытия, свидетельства о смерти, заключения о причине смерти	I
58.	Оформление патологоанатомического (патогистологического) диагноза	I
59.	Формулировка клинико-анатомического эпикриза	I
60.	Заполнение медицинского свидетельства о смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти	I
61.	Руководить деятельностью медицинского персонала	I

Уровни усвоения:

I – имеет представление, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентирован, знает показания к ее проведению;

II – участие в выполнении манипуляции (исследовании, процедуре);

III – выполнение манипуляции под контролем преподавателя (медицинского персонала);

IV – самостоятельное выполнение манипуляции.

Оценочные средства к разделам

3. Посмертная диагностика заболеваний (аутопсийный раздел)

4. Прижизненная диагностика (биопсийный раздел)

Вид оценочного средства: ситуационные задачи к разделам 3 и 4

	Оценочное средство	Эталон ответа
1.	У умершего, 70 лет, при вскрытии в передней стенке левого желудочка трансмурально определяется участок с тусклой поверхностью белесоватого цвета и перифокальным геморрагическим венчиком. 1. Назовите данный патологический процесс. 2. Укажите микроскопические изменения в пораженном участке. 3. Исходы данного состояния.	1. Трансмуральный инфаркт миокарда. 2. Некротизированная ткань миокарда с сохранением периваскулярных «островков» сохранных кардиомиоцитов. Область некроза отграничена от сохранившегося миокарда зоной полнокровия и лейкоцитарной инфильтрации (демаркационная линия). 3. Благоприятный исход: организация с образованием рубца, возможно развитие петрификации и оссификации. Неблагоприятный исход: гнойное расплавление очага некроза.
2.	Больной В., 54 лет, госпитализирован с диагнозом «трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка», получал интенсивную тромболитическую терапию. На 4-е сутки внезапно потерял сознание, пульс перестал прощупываться, на ЭКГ – волны фибрилляции при полном отсутствии желудочковых зубцов. Реанимационные мероприятия оказались безрезультатными, больной умер. 1. Какой отдел сердечной мышцы захватывает трансмуральный инфаркт? 2. Каковы его макроскопические проявления? 3. Какое осложнение инфаркта миокарда возникло у больного? 4. Могла ли интенсивная терапия, предшествующая осложнению, способствовать осложнению? Обоснуйте. 5. Каковы микроскопические проявления инфаркта миокарда на 4 сутки от начала развития ишемии?	1. Трансмуральный инфаркт захватывает всю толщу сердечной мышцы. 2. Трансмуральный инфаркт миокарда на 4-е сутки после развития приступа ишемии имеет неправильную форму, желтовато-беловатого цвета, дряблой консистенции, западает на разрезе. 3. Фибрилляция желудочков. 4. Реперфузия крупного очага ишемии благодаря тромболитической терапии почти в 100% случаев вызывает тот или иной вид аритмий, в том числе фибрилляцию желудочков с полной утратой ими насосной функции. 5. Микроскопически в очаге инфаркта можно выделить следующие зоны: некроза, демаркационного воспаления и сравнительно сохрannую зону миокарда по сравнению с очагом некротизированных мышечных клеток.
3.	На вскрытии пациента 77 лет, умершего от сердечной декомпенсации, в передне-боковой стенках левого желудочка обнаружены плотные обширные белесоватого цвета рубцы. Просветы венечных артерий сужены полулунными кашицеобразными массами. 1. Укажите название данной нозологии. 2. Назовите изменения, выявляемые во внутренних органах при данном заболевании.	1. Крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз. 2. Хроническое общее венозное полнокровие (морфологическое проявление хронической сердечно-сосудистой недостаточности).
4.	Больная Н., 70 лет, долгое время страдала гипертонической болезнью, лечилась от случая к случаю, в основном, при резких скачках АД. Скончалась от уремии. 1. Как называются почки в этом случае? 2. Каковы микроскопические изменения артериол,	1. Первично-сморщенные почки (артериолосклеротический нефросклероз). 2. Гиалиноз и склероз артериол и клубочков, атрофия канальцев. 3. Поверхность мелкозернистая, обусловлена гипертрофией сохранившихся нефронов.

	клубочков и канальцев в таких почках? 3. Состояние поверхности почек. 4. Вид почки на разрезе. 5. Для какой формы течения гипертонической болезни характерны такие почки?	4. Истончение коркового и мозгового слоев и разрастание жировой клетчатки вокруг лоханки. 5. Артериоло-склеротический нефросклероз развивается при доброкачественном течении гипертонической болезни.
5.	В анамнезе у умершего больного в течение многих лет стойкое повышение артериального давления. Смерть наступила от сердечной декомпенсации. 1. О каком заболевании идет речь? 2. Опишите возможные макроскопические изменения в сердце, характерные для декомпенсации? 3. Как было изменено сердце до декомпенсации? 4. Какие изменения были обнаружены в артериолах и артериях мышечного типа при гистологическом исследовании? 5. Опишите изменения аорты, крупных и средних артерий при этом заболевании.	1. Гипертоническая болезнь. 2. Сердце увеличено в размерах, дряблой консистенции, стенка левого желудочка утолщена, полости расширены (эксцентрическая или миогенная гипертрофия сердца). Миокард на разрезе желто-коричневого цвета. 3. Размеры и масса сердца увеличены, толщина стенки левого желудочка больше нормы в 1.5 – 2 раза. Длинник сердца увеличен за счет выносящего тракта (компенсаторное или тоногенное расширение полости левого желудочка). 4. В артериолах и в мелких артериях мышечного типа гистологически обнаружены: спазм, плазматическое пропитывание, гипертрофия гладкомышечных клеток, гиалиноз и склероз. 5. В аорте, крупных и средних артериях наблюдается гиперэластоз, фиброэластоз, изменения, характерные для атеросклероза
6.	На вскрытии пациента, 75 лет, обнаружено кровоизлияние в головной мозг с прорывом в боковые желудочки. Масса сердца 800 г, масса головного мозга 1320 г. Мягкая мозговая оболочка утолщена. 1. Назовите клинико-анатомическую форму болезни. 2. Укажите микроскопические изменения, которые можно выявить в сердце при данной болезни.	1. Артериальная гипертензия, мозговая форма. 2. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, дистрофические изменения кардиомиоцитов, гипертрофия кардиомиоцитов.
7.	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, артериолосклероз; 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.
8.	42-летний мужчина, страдавший в течение 1.5 лет гипертонической болезнью с практически постоянным повышением артериального давления до 220/130 мм рт. ст., госпитализирован по поводу внезапно развившейся острой почечной недостаточности. Несмотря на начатое лечение,	1. Злокачественная. 2. Злокачественный нефросклероз Фара. 3. Инфаркты и кровоизлияния. 4. Некроз, кровоизлияния. 5. Спазм артериол, плазматическое пропитывание, фибриноидный некроз,

	наступила смерть. 1. Форма течения гипертонической болезни? 2. Как называются изменения почек при таком течении? 3. Острые изменения в почках на вскрытии? 4. Какие изменения почечных клубочков будут обнаружены при гистологическом исследовании? 5. Какие микроскопические признаки характерны для гипертонического криза со стороны артериол?	диapedезные периваскулярные кровоизлияния, тромбоз.
9.	Больной 62 лет длительно страдал гипертонической болезнью. Умер от хронической сердечной недостаточности. На секции сердце дряблой консистенции массой 760 г, толщина миокарда левого желудочка 3 см, правого 1 см, полости желудочка расширены. 1. Как образно называется такое сердце? 2. Как называется гипертрофия сердца с расширением полостей? 3. Какие изменения в миокарде были обнаружены при гистологическом исследовании? 4. Какой стадии гипертонической болезни соответствуют обнаруженные изменения? 5. Морфогенез этой стадии.	1. «Бычье сердце». 2. Эксцентрическая или миогенная гипертрофия сердца. 3. Жировая дистрофия и диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. 4. III стадия - декомпенсация. 5. Стадия декомпенсации – это стадия энергетического истощения, характеризуется преобладанием процессов распада внутриклеточных структур над их ресинтезом.
10.	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.
11.	При исследовании биоптата почки пациентки 50 лет выявлено отложение белковых масс в стенках артериол, изменение клубочкового аппарата в виде атрофии и плазматического пропитывания капиллярных петель. Определяются участки с гиалинозом клубочков. 1. Клинико-анатомическая форма болезни. 2. Как называется почка с такими изменениями? 3. Возможные исходы и осложнения данной патологии	1. Артериальная гипертензия, почечная форма. 2. Артериолосклеротический нефросклероз (первично-сморщенная почка). 3. Хроническая почечная недостаточность с уремией.
12.	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	1. Ашофф-талалаевские гранулемы. 2. Ревматизм, кардиоваскулярная форма. 3. Кардиосклероз.

	заболевание с учетом локализации поражения. 3. Исходы данного патологического процесса.	
13.	Пациенту 40 лет, страдавшему сердечной декомпенсацией, проведено протезирование митрального клапана. При гистологическом исследовании операционного материала выявлены мукоидное, фибриноидное набухание и некроз соединительной основы эндокарда, клеточная пролиферация в толще эндокарда с явлениями тромбообразования на поверхности. 1. Назовите данный патологический процесс. 2. Укажите, какими органными осложнениями может сопровождаться данная патология?	1. Острый бородавчатый эндокардит (ревматизм, кардиоваскулярная форма). 2. Тромбоэмболические осложнения с развитием инфарктов внутренних органов, приобретенные пороки сердца с развитием сердечной недостаточности.
14.	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 клетки сердечных пороков (гемосидерофаги).
15.	На вскрытии пациента 42 лет обнаружены очаги серого размягчения в головном мозге, белесоватые очаги клиновидной формы в почках и селезенке. Полость сердечной сорочки облитерирована, перикард хрящевидной плотности. Створки митрального клапана деформированы, с бородавчатыми наложениями; просвет фиброзного кольца сужен. 1. Дайте названия изменениям в сердце. 2. Охарактеризуйте изменения, выявленные в головном мозге, почках и селезенке.	1. Возвратно-бородавчатый эндокардит, панцирное сердце. 2. Инфаркты.
16.	При морфологическом исследовании биоптата капсулы коленного сустава пациента 44 лет, предъявлявшего жалобы на боли и ограничение подвижности, обнаружены явления артериита, мукоидного набухания и фибриноидного некроза с перифокальными клеточными реакциями. 1. Дайте названия этих очагов. 2. Укажите заболевание, при которых обнаруживаются описанные изменения. 3. Осложнения данного заболевания.	1. Ревматоидные узлы. 2. Ревматоидный артрит. 3. Подвывихи и вывихи мелких суставов, ограничение подвижности, фиброзные и костные анкилозы, остеопороз; нефропатический амилоидоз.
17.	Больная 51 года в течение восьми лет страдала ревматоидным артритом. В последнее время присоединилось поражение коленных суставов. 1. Опишите изменения, характерные для I стадии поражения суставов.	1. Экссудативно-некротический синовит («рисовые» тельца) 2. Разрастание грануляционной ткани (паннус) 3. Фиброзно-костный анкилоз

	2. Перечислите изменения, характерные для II стадии поражения суставов. 3. Назовите финальный процесс в суставах. 4. Объясните характер необратимых изменений в суставах.	4. Облитерация полости сустава
18.	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.
19.	При наружном осмотре трупа пациента 60 лет, умершего от полиорганной недостаточности, на коже лица и переносицы выявлена гиперемия с четкими контурами характерного вида. При исследовании внутренних органов – деформация и уплотнение створок аортального клапана с бородавчатыми вегетациями. В селезенке периартериально – разрастания соединительной ткани. Серозные полости содержат экссудат, серозные оболочки тусклые, утолщенные. 1. Назовите данное заболевание. 2. Дайте названия органных изменений. 3. Причины смерти, характерные для заболевания.	1. Системная красная волчанка. 2. Дерматит, абактериальный бородавчатый эндокардит Либмана и Сакса, периартериальный «луковичный» склероз в селезенке, полисерозит. 3. Хроническая почечная недостаточность, инфекции (сепсис, туберкулез).
20.	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
21.	На вскрытии пациента 65 лет, умершего при явлениях полиорганной недостаточности, при бактериологическом исследовании в крови обнаружен золотистый стафилококк. Ткань обоих легких в верхне-средних отделах маловоздушная, пестрого вида на разрезе. В просветах бронхов – гной. 1. Назовите данную патологию. 2. Укажите микроскопические изменения в ткани легкого, характерные для данной патологии. 3. Причина смерти.	1. Двусторонняя полисегментарная бронхопневмония. 2. Очаги нагноения и некроза в стенках бронхов и в паренхиме легкого (с наличием геморрагического компонента). 3. Развитие сепсиса и полиорганной недостаточности.

22.	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 медиастинит и перикардит, перитонит, метастатические гнойники в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный или полипозно-язвенный эндокардит, гнойный артрит.
23.	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.
24.	При эндоскопическом исследовании бронхов строителя (с жалобами на кашель с мокротой и подъем температуры тела), выявлена полнокровная и набухшая слизистая с мелкими кровоизлияниями. В просветах бронхов большое количество слизи. Взята биопсия слизистой правого промежуточного бронха. 1. Характерные изменения слизистой оболочки при гистологическом исследовании биоптата? 2. Как называется данное заболевание? 3. Осложнения и исходы.	1. Полнокровие кровеносных сосудов, кровоизлияния, отек слизистой оболочки, инфильтрация клетками воспаления. 2. Острый бронхит. 3. Осложнения: бронхопневмония, межуточная пневмония. Исходы зависят от глубины поражения бронха: серозный и слизистый катары бронхов обратимы, деструкция стенки бронха (гнойный катар, деструктивный бронхит) способствует развитию пневмонии.
25.	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 слизисто-гнойного 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 медиастинит и перикардит, перитонит, метастатические гнойники в головном мозге, гнойный менингит, острый язвенный или полипозно-язвенный эндокардит, гнойный артрит.
26.	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
27.	У пациента 65 лет, на протяжении нескольких лет предъявляющего жалобы на кашель, затруднение дыхания, при эндоскопическом исследовании бронхов выявлена атрофичная, деформированная слизистая. В просветах – небольшое количество вязкого слизисто-гнойного секрета. 1. Назовите данное заболевание. 2. Характерные морфологические изменения в биоптате слизистой оболочки бронха. 3. Перечислите осложнения.	1. Деформирующий хронический бронхит. 2. Атрофия слизистой оболочки бронхов, кистозное превращение желез, метаплазия призматического эпителия в многослойный плоский, увеличение числа бокаловидных клеток, клеточная воспалительная инфильтрация, разрастание соединительной ткани. 3. Ателектаз, обструктивная эмфизема, хроническая пневмония, пневмофиброз; легочное сердце, амилоидоз.
28.	При исследовании резецированной доли легкого пациента 36 лет, обнаружена деформация респираторной паренхимы из-за чередования прослоек плотной белесоватой ткани, выраженного расширения просветов бронхов с утолщением стенок. В просветах гнойное содержимое. 1. Назовите патологический процесс в легком. 2. Механизм развития данных изменений. 3. Перечислите осложнения.	1. Приобретенные бронхоэктазы. 2. Бронхитогенный механизм. 3. Ателектаз, обструктивная эмфизема, хроническая пневмония, пневмофиброз; легочное сердце, амилоидоз.
29.	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.
30.	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 лаброцитами, 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 эффекторных клеток биологически активных веществ, вызывающих в бронхах сосудисто-экссудативную реакцию, спазм мускулатуры, усиление секреции слизи, что приводит к нарушению их проходимости.
31.	Мужчина 40 лет обратился с жалобами на кашель с	1. Злокачественная эпителиальная опухоль

	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.	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.
32.	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.
33.	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. Назовите гистологический вид опухоли. 3. Перечислите гистологические виды аденокарцином, чем они различаются. 4. Какой патологический процесс явился фоновым для развития заболевания. 5. Дайте определение пневмокониозам.	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. 5. Пневмокониозы – хронические профессиональные заболевания легких, развивающиеся от вдыхания пыли и сопровождающиеся стойкой соединительнотканной реакцией легочной ткани, узелкового или интерстициального типа.

34. 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. Гистологические варианты данной патологии. 4. Перечислите отличительные признаки данной патологии 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.
35. 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.
36. 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.

37.	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.
38.	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: фибринозный экссудат, фибриноидный некроз, грануляционная ткань, грубоволокнистая рубцовая ткань. 3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация.
39.	У мужчины, длительно злоупотреблявшего алкоголем, появились боли в эпигастриальной 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.
40.	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.
41.	Больная 65 лет поступила с жалобами на потерю массы тела, слабость, периодические боли в эпигастрии, изменение цвета кала. По данным рентгенологического исследования и гастроскопии на	1. Блюдцеобразный. 2. Экзофитный. 3. Аденокарцинома. 4. Так как в них располагаются регионарные

	малой кривизне желудка – образование размером 6х4 см, с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. При исследовании биоптатов выявлена картина рака. Проведена операция резекции желудка, большого и малого сальников. 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Характер роста по отношению к просвету? 3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка? 4. Почему вместе с желудком удалены большой и малый сальники? 5. Где еще можно искать лимфогенные метастазы? 6. Почему изменился цвет кала, о каких осложнениях рака это свидетельствует?	лимфатические узлы, в которые, в первую очередь, метастазирует рак желудка. 5. В отдаленных лимфатических узлах. Кроме того, рак желудка может давать метастазы ретроградным лимфогенным путем в оба яичника (крукенберговские метастазы), в параректальную клетчатку (шницлеровские метастазы), и в левый надключичный лимфатический узел (вирховская железа). 6. Цвет кала мог измениться в связи с кровотечением из изъязвленной опухоли. Хроническое кровотечение и нарушение всасывания пищи приводит к развитию железодефицитной анемии.
42.	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 слой, 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.
43.	При морфологическом исследовании биоптата илеоцекального угла, в слизисто-подслизистом слое 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.
44.	Труп истощенного мужчины 65 лет. Из истории болезни: опухоль желудка (аденокарцинома), 4 клиническая группа. <i>Вскрытие:</i> в пилорическом отделе опухолевый узел белесовато-серого цвета на разрезе. В воротах печени аналогичная ткань с единичными мелкими округлыми узелками в паренхиме печени. В правом легком очаговые светло-серые уплотнения, с поверхности разреза которых выделяется мутная белесоватая жидкость. <i>Микроскопически</i> в ткани опухолевых узлов желудка и печени картина аденокарциномы. В легких слизистая оболочка бронхов полнокровная, в просвете слизь, гной, слущенные эпителиальные клетки. В просвете альвеол скопление распадающихся нейтрофилов, эритроциты. 1. Назовите основное заболевание. 2. Механизм развития патологического процесса в печени. 3. Отличительные морфологические критерии первичной и вторичной злокачественной опухоли.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль желудка (аденокарцинома). 2. Метастазы рака в печень. Гематогенное распространение опухоли. 3. Первичная злокачественная опухоль – чаще имеет одиночный характер, как правило, характеризуется нечеткостью границ узла, инфильтративным ростом. Вторичная (метастатическая) злокачественная опухоль – множественные узлы различных размеров, с четкими границами, неправильной округлой или овальной формы. 4. Очаговая пневмония.

	4. Какое осложнение явилось причиной смерти?	
45.	Больной 56 лет обратился по поводу кровавистых выделений из прямой кишки. При ректороманоскопии в верхней трети прямой кишки обнаружено кольцевидное опухолевидное образование, суживающее просвет до 0,5 см. Произведена биопсия опухоли. Диагностирован слизистый рак прямой кишки. 1. Укажите тип роста опухоли. 2. Какие опухолевые клетки могут быть обнаружены в биоптате? 3. Возможные вторичные изменения в опухоли.	1. Инфильтрирующий (эндофитный) 2. Перстневидные клетки 3. Ослизнение, некроз, изъязвление
46.	При гистологическом исследовании удаленного червеобразного отростка обнаружена выраженная лейкоцитарная инфильтрация слизистого и мышечного слоев. 1. Укажите форму аппендицита. 2. Классификация острого аппендицита. 3. Возможные осложнения данного заболевания.	1. Флегмонозный аппендицит. 2. Простой, поверхностный, деструктивные формы. 3. Перфорация с развитием перитонита, эмпиема отростка, периаппендицит, перитифлит, гнойный тромбоз сосудов брыжейки, пилефлебит ворот печени с развитием пилефлебических абсцессов, сепсис.
47.	У пациента, длительно страдающего хронической обструктивной болезнью легких, на аутопсии обнаружена увеличенная в размерах желтого цвета печень с закругленным краем. При морфологическом исследовании в гепатоцитах определяются судан III-положительные «капли» различного размера, отодвигающие ядро клетки на периферию. 1. Назовите патологический процесс в печени. 2. Механизмы развития данного процесса. 3. Возможные исходы данного процесса.	1. Жировой гепатоз (жировая дистрофия печени). 2. В данном случае – нарушение утилизации жирных кислот гепатоцитами из-за гипоксии (фанероз). 3. Развитие фиброза печени, обратное развитие.
48.	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.
49.	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.
50.	У пациента, длительно страдавшего алкогольной болезнью, умершего от пищевода-желудочного	1. Цирроз печени. 2. Жировая дистрофия гепатоцитов,

	кровотечения, на аутопсии обнаружена печень бугристого вида, несколько уменьшенная в размерах, деревянистой плотности. 1. Какой патологический процесс развився в печени? 2. Микроскопическая картина в печени. 3. Какие еще осложнения могли развиваться у пациента? 4. Назовите механизм развития кровотечения.	обильная лимфоплазмочитарная инфильтрация, тельца Маллори, разрастание соединительной ткани с нарушением ангиоархитектоники, формирование ложных долек, узлов-регенератов. 3. Печеночная кома, асцит-перитонит, тромбоз воротной вены, малигнизация. 4. Портальная гипертензия.
51.	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.
52.	Женщина 60 лет с ожирением в последние годы жалуется на периодические боли в правом подреберье, особенно после погрешности в диете, периодические подъемы температуры до 38°C, эпизоды желтухи. При УЗИ увеличение размеров печени, увеличение размеров и утолщение стенки желчного пузыря. В просвете желчного пузыря и холедоха – мелкие камни. 1. О каком заболевании следует думать в данной ситуации? Назовите критерии для постановки диагноза. 2. Какие факторы имелись в данном наблюдении для возникновения этого заболевания? Перечислите предрасполагающие факторы. 3. Дайте макроскопическую характеристику желчного пузыря. 4. Какие камни по химическому составу могут образоваться в желчном пузыре? 5. С чем связано увеличение печени у больной? Опишите внешний вид печени.	1. О хроническом калькулезном холецистите. Критерии диагноза: периодические острые и тупые боли в правом подреберье, особенно после погрешности в диете, подъемы температуры до 38°C, эпизоды желтухи, данные УЗИ. 2. Ожирение, пожилой возраст, женский пол. Предрасполагающие факторы: изменение состава желчи, застой желчи в желчном пузыре, инфекции желчевыводящих путей. 3. Желчный пузырь увеличен, стенка утолщена и уплотнена, слизистая оболочка имеет тяжистый вид, в просвете большое количество мелких плотных темно-коричневых камней с притертыми поверхностями. 4. Холестериновые, пигментные, известковые или комбинированные. 5. С жировой дистрофией. Печень дряблой консистенции, поверхность гладкая, на разрезе паренхима ярко-желтого цвета («гусиная печень»)
53.	Ребенок 6 лет поступил в стационар с жалобами на частые носовые кровотечения, лихорадку. При обследовании в периферической крови установлено увеличение количества лейкоцитов до $72 \times 10^9/\text{л}$ за счет лимфоцитов с преобладанием лимфобластных форм. Выявлены сплено- и гепатомегалия. Смерть наступила при явлениях нарушения мозгового кровообращения. 1. Какое заболевание диагностировано у ребенка? 2. Назовите форму гемобластоза.	1. Гемобластоз. 2. Острый (лимфобластный) лейкоз. 3. Лейкозная инфильтрация стромы. 4. Нейролейкемия с некрозом и кровоизлияниями.

	3. Какие изменения свидетельствуют об увеличении печени? 4. Объясните наиболее вероятные причины возникновения неврологических симптомов у ребенка.	
54.	Женщина 47 лет поступила в хирургическое отделение с желудочным кровотечением. При фиброгастроскопии обнаружены множественные острые язвы желудка. В общем анализе крови – анемия, тромбоцитопения при увеличении количества лейкоцитов до $4,6 \times 10^9/\text{л}$ за счет лимфоцитарных элементов и единичных бластных форм. При обследовании обнаружено увеличение периферических лимфатических узлов, печени и селезенки. После остановки кровотечения больная переведена в гематологическое отделение. 1. Какой метод морфологической диагностики может быть использован при дальнейшем обследовании? 2. Какое заболевание может быть диагностировано? 3. Предположите вариант болезни. 4. Объясните причины возникновения кровотечения из острых эрозий желудка у данной больной.	1. Трепанобиопсия 2. Гемобластоз 3. Хронический лимфолейкоз 4. Тромбоцитопения, лейкозная инфильтрация сосудистой стенки, лейкозная инфильтрация печени
55.	Больная хроническим лейкозом погибла от массивного кишечного кровотечения. При последней гемограмме на фоне зрелых клеточных элементов миелоидного ряда были найдены недифференцированные формы клеток. 1. Назовите острый процесс, меняющий клеточный состав крови. 2. Объясните причины развития геморрагического синдрома. 3. Какой наибольшей массы достигает увеличенная селезенка?	1. Бластный криз 2. Тромбоцитопения, лейкозная инфильтрация сосудистой стенки, лейкозная инфильтрация печени 3. 6–8 килограммов
56.	Больной 60 лет длительное время наблюдался по поводу хронического миелоцитарного лейкоза. Неоднократно проходил курсы цитостатической терапии. Смерть пациента наступила от прогрессирующего малокровия. В костном мозге грудины, бедра выявлено замещение кроветворных элементов жировой и соединительной тканью. 1. Какие изменения в костном мозге могут быть обнаружены до применения цитостатической терапии? 2. Как называются указанные структурные изменения костного мозга? 3. Каков патогенез малокровия? 4. Назовите патоморфоз лейкоза с подавлением всех ростков кроветворения в терминальной стадии.	1. Пилоидный костный мозг 2. Аплазия (гипоплазия) 3. Угнетение красного ростка кроветворения, геморрагии 4. Панмиелофтиз
57.	У больного 70 лет обнаружено увеличение нескольких групп периферических лимфоузлов. Рентгенологически выявлено увеличение лимфоузлов средостения. При исследовании биоптата подмышечного лимфатического узла отмечена выраженная пролиферация лимфоцитов с примесью	1. Региональный лимфогранулематоз (с поражением лимфоузлов выше диафрагмы) 2. С преобладанием лимфоидной ткани 3. Клетки Рида – Березовского – Штернберга 4. Злокачественные лимфомы (Т и В-клеточные)

	лимфобластных элементов со стиранием рисунка лимфоидной ткани. В общем анализе крови существенных изменений не отмечено. Диагностирован лимфогранулематоз. 1. Предположительный вариант заболевания с учетом распространенности поражения? 2. Гистологический вариант с учетом современной классификации? 3. Диагностически значимые клеточные элементы? 4. Какие еще заболевания входят в эту группу гемобластозов? 5. Какие особенности клинического течения болезни нередко отмечаются в терминальном периоде?	5. Генерализация процесса
58.	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
59.	Больная 39 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, боли в костях. При рентгенологическом обследовании обнаружены очаги пазушного рассасывания в ребрах и костях таза. При исследовании трепанобиоптата выявлена массивная пролиферация плазматических клеток. 1. Диагностируйте заболевание. 2. Классифицируйте данный гемобластоз. 3. Определите сущность изменений костной ткани. 4. Назовите наиболее частую причину смерти больных с этой патологией.	1. Плазмоцитома (миеломная болезнь) 2. Зрелая опухоль из лимфоидных клеток (В-клеточный вариант) 3. Остеолизис (остеопороз) 4. Хроническая почечная недостаточность (миеломная нефропатия, амилоидоз)
60.	Мужчина 60 лет поступил в травматологическое отделение с переломом плеча, возникшим при бытовой травме. При рентгенологическом обследовании выявлено изменение плечевой кости, ключицы, позвонков в виде очагов разрушения костной ткани, имеющих вид округлых зон диаметром 1,5–2 см. Диагностирована плазмоцитома. 1. Определите место заболевания в классификации опухолей кроветворного и лимфатического аппарата. 2. Назовите клетки, формирующие узлы опухоли. 3. Опишите особенности гемограммы. 4. Охарактеризуйте изменения белковых фракций плазмы крови. 5. Назовите патологические белки, обнаруживаемые в анализах мочи.	1. Зрелые лимфоцитарные опухоли 2. Миеломные клетки 3. Изменения отсутствуют 4. Гиперпродукция иммуноглобулинов G и A 5. Белок Бенс-Джонса

Вид оценочного средства: тестовые задания к разделам 3 и 4

№	Вопрос	Варианты ответов	Эталон
1.	Клинико-морфологические формы атеросклероза:	1. атеросклероз артерий головного мозга 2. атеросклероз артерий верхних конечностей 3. атеросклероз артерий нижних конечностей 4. атеросклероз артерий почек 5. атеросклероз аорты 6. атеросклероз артерий кишечника	1, 3, 4, 5, 6
2.	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. Какие изменения в органах могли быть обнаружены 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
3.	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 сердечнососудистой недостаточности. Изменения, возможно, обнаруженные 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
4.	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
5.	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
6.	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
7.	Микроскопические методы ранней диагностики очага ишемии	1. окраска гистологических препаратов по Ли и Селье 2. окраска гистологических препаратов по ван Гизону	1, 3, 4, 5

	миокарда	3. PAS-реакция 4. поляризационная микроскопия 5. электронно-микроскопический метод	
8.	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. теллуриг калия	3, 5
9.	Характеристика результатов пробы с теллуриг 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
10.	Необратимое повреждение кардиомиоцитов при ишемии миокарда:	1. включения липидов в цитоплазме 2. исчезновение гликогена из цитоплазмы 3. набухание клеток 4. утрата активности окислительно-восстановительных ферментов 5. линии пересокращения в цитоплазме 6. разрушение митохондрий	2, 4, 6
11.	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
12.	Коморбидные заболевания, которые часто вызывают ишемический дисбаланс при стенозирующем атеросклерозе коронарных артерий сердца и, в результате, развитие инфаркта миокарда типа 2	1. сахарный диабет 2. артериальная гипертензия 3. ХОБЛ 4. пневмония 5. язвенная болезнь желудка с кровотечением	3, 4, 5
13.	Условия морфологической диагностики инфаркта миокарда типа 1	1. спазм коронарной артерии 2. тяжелые коморбидные заболевания 3. осложненная атеросклеротическая бляшка коронарной артерии 4. тромб в области изъязвленной атеросклеротической бляшки коронарной артерии 5. эмболия атероматозными массами дистального отдела коронарной артерии при разрыве покрышки атеросклеротической бляшки	3, 4, 5
14.	Условия морфологической диагностики инфаркта миокарда типа 2	1. спазм коронарной артерии 2. тяжелые коморбидные заболевания 3. осложненная атеросклеротическая бляшка коронарной артерии 4. тромб в области изъязвленной атеросклеротической бляшки коронарной артерии 5. отсутствие осложненной атеросклеротической бляшки коронарной артерии	2, 5
15.	Условия морфологической диагностики инфаркта миокарда типа 4б	1. наличие стента в коронарной артерии 2. тромбоз стента коронарной артерии 3. тромбоз стента коронарной артерии с тромбозом дистального отдела той же артерии 4. тромбоз аорто-коронарного шунта 5. нестабильная атеросклеротическая бляшка	2, 3

		коронарной артерии	
16.	Сроком полной организации инфаркта миокарда, положенным в основу классификации ишемической болезни сердца, является:	1. 2 недели 4. 2 месяца 2. 1 месяц 5. 3 месяца 3. 1,5 месяца	4
17.	Причины смерти больных инфарктом миокарда в ранние сроки:	1. аритмии 2. разрыв левого желудочка 3. острая сердечная недостаточность 4. кардиогенный шок 5. отек легких	1, 2, 3, 4
18.	Наиболее частая причина смерти больных инфарктом миокарда в ранние сроки	1. хроническая аневризма сердца 2. миомаляция и разрыв сердца 3. аритмии 4. отрыв некротизированной сосочковой мышцы 5. отёк легких	3
19.	Некрозы в сердце могут развиваться при заболеваниях:	1. ишемическая болезнь сердца 2. тиреотоксикоз 3. феохромоцитома 4. массивное кровотечение	1, 2, 3, 4
20.	Непосредственные причины смерти при инфаркте миокарда:	1. кардиогенный шок 2. геморрагический инсульт 3. фибрилляция желудочков сердца 4. хроническая сердечная недостаточность	1, 3
21.	Причины смерти больного трансмуральным инфарктом миокарда:	1. разрыв сердца 2. фибрилляция желудочков 3. асистолия 4. кардиогенный шок	1, 2, 3, 4
22.	Назовите осложнения острого инфаркта миокарда:	1. фибринозный перикардит 2. острая аневризма сердца 3. пристеночные тромбы 4. кровоизлияние в головной мозг 5. нарушения ритма сердца	1, 2, 3, 5
23.	Какие изменения в сердце можно обнаружить у больного с повторным инфарктом миокарда, длительно страдавшего стенокардией:	1. очаг некроза 2. диффузный мелкоочаговый кардиосклероз 3. крупноочаговый кардиосклероз 4. гипертрофия миокарда 5. ожирение сердца	1, 2, 3, 4
24.	Рецидивирующим называется инфаркт, развившийся после первичного:	1. в течение первых 2-х дней 2. в течение первого месяца 3. после одного месяца 4. после трех месяцев	2
25.	Повторным называется инфаркт, развившийся после первичного:	1. в течение первых 2-х дней 2. в течение первого месяца 3. после одного месяца 4. после трех месяцев	3
26.	При инфаркте миокарда левого желудочка сердца развивается	1. острое венозное полнокровие большого круга кровообращения 2. острое венозное полнокровие малого круга кровообращения 3. хроническое венозное полнокровие большого круга кровообращения 4. хроническое венозное полнокровие малого круга кровообращения	2

27.	Причины развития коронарогенных некрозов миокарда - инфарктов миокарда, не входящих в группу ИБС	1. аномалии развития коронарных артерий 2. тяжелая анемия 3. тромбоваскулиты 4. склероз стенок коронарных артерий при ревматических заболеваниях 5. тромбоэмболия коронарной артерии	1, 3, 4, 5
28.	Причины развития коронарогенных некрозов миокарда - инфарктов миокарда, не входящих в группу ИБС	1. неатеросклеротические аневризмы коронарных артерий 2. васкулопатии при метаболических нарушениях 3. тяжелая гипоксия 4. нарушение структурной геометрии сердца 5. сдавление коронарной артерии опухолью	1, 2, 4, 5
29.	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
30.	Осложнения хронической аневризмы сердца	1. пристеночные тромбы в сердце 2. тромбоэмболический синдром 3. инфаркт миокарда 4. нарушения ритма сердца 5. хроническая сердечно-сосудистая недостаточность 6. амилоидоз сердца	1, 2, 4, 5
31.	Осложнениями хронической ишемической болезни сердца являются:	1. декомпенсация правого сердца 2. тромбоэмболия легочной артерии 3. тромбоз полостей сердца 4. разрыв сердца	1, 2, 3
32.	К клинико-морфологическим формам гипертонической болезни относятся:	1. сердечная, мозговая, печёночная 2. мозговая, почечная, печёночная 3. почечная, печёночная, селезёночная 4. сердечная, мозговая, почечная 5. сердечная, кишечная, почечная	4
33.	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
34.	При хроническом течении гипертонической болезни изменения артериол носят характер:	1. склероза 2. фибриноидного некроза 3. гиалиноза 4. мукоидного набухания	1, 3
35.	Гипертонический криз характеризуется признаками:	1. плазматическим пропитыванием 2. фибриноидным некрозом 3. диапедезными кровоизлияниями 4. тромбозом	1, 2, 3, 4
36.	Для почечной формы гипертонической болезни характерны следующие морфологические изменения:	1. гидронефроз 2. амилоидоз 3. пиелонефрит 4. артериолосклеротический нефросклероз 5. атеросклеротический нефросклероз	4
37.	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	2

		5. поликистоз	
38.	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
39.	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
40.	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 индурация лёгких 3. мускатная печень, цианотическая индурация почек, бурая индурация лёгких 4. бурая индурация лёгких, общий гемосидероз, мускатная печень 5. мускатная печень, общий гемосидероз, вторично-сморщенные почки	3
41.	Морфологические изменения кардиомиоцитов при декомпенсированном пороке сердца:	1. жировая дистрофия 2. липофусциноз 3. обызвествление 4. гемосидероз 5. некроз	1
42.	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
43.	Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда выявляется при окраске	1. гематоксилином и эозином 2. по ван Гизону 3. суданомЗ 4. толуидиновым синим 5. пикриновой кислотой	3
44.	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 межучточным миокардитом 4. фибринозно-гнойным панкардитом 5. кардиомиопатией	3
45.	Синонимом миокардита Абрамова - Фидлера является:	1. ревматический миокардит 2. идиопатический, инфекционно-аллергический миокардит 3. узелковый (гранулематозный) 4. гуммозный межучточный	2
46.	Синонимом болезни Леффлера является:	1. возвратно-бородавчатый эндокардит 2. полипозно-язвенный эндокардит 3. фибропластический париетальный эндокардит с эозинофилией 4. идиопатический миокардит 5. септический эндокардит	3
47.	Для диффузной симметричной	1. равномерное утолщение стенок левого желудочка	1, 3

	формы гипертрофической кардиомиопатии характерно:	сердца 2. неравномерное утолщение межжелудочковой перегородки 3. равномерное утолщение межжелудочковой перегородки 4. равномерное утолщение стенок левого желудочка сердца	
48.	Основными формами гипертрофической кардиомиопатии являются:	1. диффузная (симметричная) 2. локальная обструктивная 3. дилатационная 4. ишемическая	1, 2
49.	Наиболее признанными синонимами обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии являются:	1. идиопатический гипертрофический (мышечный) субаортальный стеноз 2. асимметричная (локальная) гипертрофическая кардиомиопатия 3. симметричная (диффузная) кардиомиопатия 4. ишемическая кардиомиопатия	1, 2
50.	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
51.	Наиболее частыми причинами смерти больных гипертрофической кардиомиопатией являются:	1. хроническая сердечно-сосудистая недостаточность 2. нарушения ритма 3. тромбоэмболические осложнения 4. инфаркт миокарда	2
52.	При застойной кардиомиопатии в интерстиции сердца преобладают явления:	1. диффузного склероза 2. мелкоочагового склероза 3. крупноочагового склероза 4. ревматического миокардита	1, 2
53.	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
54.	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
55.	Эндокардит при ревматизме встречается в форме:	1. полипозно-язвенного 2. диффузного вальвулита 3. острого бородавчатого 4. возвратно-бородавчатого 5. фибропластического	2, 3, 4, 5
56.	Изменение створок клапанов при ревматическом остром бородавчатом эндокардите:	1. изъязвление клапанов с тромботическими наложениями на них 2. тромботические наложения на тонких створках клапанов 3. склероз и деформация створок 4. перфорация створок 5. гиалиноз створок	2
57.	Характерный признак возвратно-бородавчатого эндокардита:	1. склероз стенок в их изъязвлении 2. перфорация створок клапана 3. периваскулярный кардиосклероз	4

		4. склероз створок с тромботическими наложениями 5. обызвествление створок	
58.	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
59.	При быстро прогрессирующем ревматизме у детей изменения эндокарда характеризуются:	1. изъязвлением клапанов 2. тромботическими наложениями на некротизированные клапаны с бактериями 3. тромботическими наложениями на тонких створках клапана 4. пороком сердца 5. полипозно-язвенным эндокардитом	2
60.	Наиболее частым видом миокардита при ревматизме у детей является:	1. продуктивный очаговый 2. диффузный межленточный экссудативный 3. гранулематозный 4. некротический 5. диффузный продуктивный	2
61.	Возможный исход ревматического миокардита:	1. порок сердца 2. кардиосклероз 3. бурая атрофия 4. облитерация полости перикарда 5. ожирение сердца	2
62.	Исходом ревматического эндокардита может быть:	1. изъязвление клапана 2. фибриноидный некроз 3. мукоидное набухание 4. кардиосклероз 5. порок сердца	5
63.	Наиболее часто поражается при ревматизме:	1. аортальный клапан сердца 2. митральный клапан сердца 3. трикуспидальный клапан сердца 4. клапаны легочной артерии 5. все четыре клапана	2
64.	Ревматический перикардит может быть:	1. гнойным 2. геморрагическим 3. фибринозным 4. гнилостным 5. катаральным	3
65.	При ревматоидном артрите заболевание начинается с поражения	1. суставов стоп 2. коленных суставов 3. пояснично-крестцовой зоны 4. пястно-фаланговых суставов кистей 5. проксимальных межфаланговых суставов кистей	1, 4, 5
66.	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	1, 2, 3, 5
67.	Главные критерии ревматоидного артрита	1. поражение трех или более суставов 2. симметричный характер поражения 3. тугоподвижность суставов по утрам 4. асимметричный характер поражения 5. сывороточный ревматоидный фактор	1, 2, 3, 5

68.	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
69.	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
70.	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
71.	Для третьей стадии ревматоидного артрита характерно:	1. артроз 2. обызвествление 3. разрастание грануляционной ткани 4. фиброзно-костный анкилоз 5. фибриноидное набухание ворсин	4
72.	Исходы изменений в связочном аппарате позвоночника и межпозвонковых дисков при ревматоидном артрите:	1. мукоидное набухание 2. изъязвление 3. гранулематоз 4. обызвествление 5. разрастание грануляционной ткани	4
73.	Крупная синовиальная киста (киста Бейкера) при ревматоидном артрите возникает в суставе	1. пястно-фаланговом 2. межпозвоночном 3. межфаланговом 4. коленном 5. локтевом	4
74.	Частое осложнение ревматоидного артрита:	1. эндомиокардит 2. амилоидоз 3. порок сердца 4. мукоидное набухание 5. абсцесс мозга	2
75.	Характеристика ювенильного ревматоидного артрита	1. поражение мелких суставов 2. поражение крупных суставов 3. олигоартрит 4. первично-системное начало заболевания 5. выявление сывороточного ревматоидного фактора 6. выявление серопозитивных противоядерных антител	2, 3, 4, 6
76.	Проявления первично-системного характера ювенильного артрита	1. серозиты 2. гепатоспленомегалия 3. высокая температура тела 4. гиперемия околосуставной кожи 5. субфебрильная температура тела 6. мигрирующая, транзиторная сыпь	1, 2, 3, 6
77.	Синдром Фелти включает патологические процессы	1. лимфоцитоз 2. нейтропения 3. гепатомегалия 4. спленомегалия	2, 4, 5

		5. ревматоидный артрит 6. ювенильный ревматоидный артрит	
78.	Изменения в коже при системной склеродермии проявляются в виде:	1. гиалиноза 2. обызвествления 3. дерматита 4. нагноения 5. липоидоза	1
79.	Феномен «проволочных петель» в почках развивается при:	1. ревматизме 2. системной красной волчанке 3. атеросклерозе 4. ревматоидном артрите 5. склеродермии	2
80.	При системной красной волчанке развивается эндокардит:	1. возвратно-бородавчатый 2. диффузный 3. фибропластический 4. абактериальный бородавчатый 5. полипозно-язвенный	4
81.	Характерный морфологический признак волчаночного нефрита:	1. гиалиноз стромы 2. амилоидоз клубочков 3. фибриноидный некроз капилляров клубочков 4. гломерулосклероз 5. малокровие клубочков	3
82.	При СКВ наиболее информативно морфологическое исследование:	1. десны 2. почки 3. фасции 4. мышцы 5. слюнной железы	2
83.	Локализация изменений при анкилозирующем спондилоартрите в суставах	1. плечевых 2. запястных 3. апофизарных 4. тазобедренных 5. крестцово-подвздошных	3, 5
84.	Осложнения анкилозирующего спондилоартрита	1. увеит 2. аортит 3. миозит 4. амилоидоз 5. миокардит 6. перикардит	1, 2, 4
85.	Классический вариант синдрома Рейтера включает	1. артрит 2. артроз 3. кератит 4. конъюнктивит 5. иридоциклит 6. негонококковый уретрит или цервицит	1, 4, 6
86.	В первую очередь и наиболее часто при синдроме Рейтера поражаются суставы	1. стоп 2. коленные 3. лучезапястные 4. голеностопные 5. пояснично-крестцовые	1, 2, 4
87.	К ранним и частым проявлениям синдрома Рейтера относят	1. серозиты 2. поясничная боль 3. высокая температура тела 4. тугоподвижность суставов 5. субфебрильная температура тела	2, 4

		6. мигрирующая, транзиторная сыпь	
88.	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
89.	Характерный морфологический признак при узелковом периартериите:	1. артериолосклероз 2. атеросклероз 3. фибриноидный некроз 4. деструктивно-пролиферативный васкулит 5. амилоидоз	4
90.	Исход узелкового периартериита:	1. мукоидное набухание 2. липоидоз 3. склероз 4. атеросклероз 5. атероматоз	3
92.	Синдром дуги аорты может быть при следующих заболеваниях:	1. болезни Такаясу 2. болезни Лериша 3. сифилитического мезоартита 4. расслаивающей аневризмы аорты	1, 3, 4
93.	В качестве основного заболевания в диагнозе у взрослого может фигурировать:	1. очаговая пневмония 2. долевая пневмония 3. интерстициальная пневмония	2
94.	Бронхопневмония может быть основным заболеванием:	1. в раннем детском возрасте 2. во взрослом возрасте 3. в старческом возрасте	1, 3
95.	Преимущественная морфологическая форма банальных бактериальных пневмоний:	1. очаговая 2. долевая 3. интерстициальная 4. аспирационная 5. ИВЛ-ассоциированная	1
96.	Преимущественная морфологическая форма вирусных пневмоний:	1. очаговая 2. долевая 3. интерстициальная 4. аспирационная 5. ИВЛ ассоциированная	3
97.	Преимущественная морфологическая форма пневмококковой пневмонии:	1. очаговая 2. долевая 3. интерстициальная 4. аспирационная	2
98.	Преимущественная морфологическая форма тяжелой гриппозной пневмонии:	1. очаговая гнойная 2. сливная геморрагическая 3. очаговая серозно-десквамативная 4. интерстициальная 5. фибринозно-гнойная	2
99.	В зависимости от распространенности очаговая пневмония может быть:	1. лобарная 2. дольковая 3. ацинарная 4. сегментарная 5. полисегментарная	2, 3, 4, 5
100.	Характерная морфологическая особенность очаговой пневмонии:	1. поражение доли легкого 2. вовлечение в процесс плевры 3. острый бронхит, бронхиолит 4. наличие фибринозного экссудата в просвете	3

		альвеол 5. казеозный некроз экссудата	
101.	При всех очаговых пневмониях наблюдается:	1. эмфизема 2. карнификация 3. острый бронхит, предшествовавший пневмонии 4. пневмосклероз 5. альвеолит	3
102.	К осложнениям бронхопневмонии не относится	1. абсцесс 2. плеврит 3. острая эмфизема 4. карнификация 5. пневмосклероз	3
103.	При классическом течении крупозной пневмонии	1. выделяют 2 стадии 2. выделяют 3 стадии 3. выделяют 4 стадии 4. стадийность отсутствует	3
104.	Характер экссудата при крупозной пневмонии	1. серозный 2. фибринозный 3. фибринозно-гнойный 4. серозно-гнойный 5. геморрагический	3
105.	При крупозной пневмонии на плевре развивается	1. серозное 2. фибринозное 3. катаральное 4. гранулематозное 5. фиброзное	2
106.	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
107.	Карнификация легкого для крупозной пневмонии является:	1. исходом 2. осложнением 3. проявлением 4. нет верного ответа	2
108.	Морфологические признаки неразрешающейся (затяжной) пневмококковой пневмонии	1. абсцедирование 2. экссудативный плеврит 3. организующаяся пневмония (карнификация)	3
109.	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
110.	Внелегочные осложнения крупозной пневмонии, связанные с лимфогенным распространением возбудителя:	1. медиастинит 2. менингит гнойный 3. перикардит 4. перитонит	1, 3
111.	Внелегочные осложнения крупозной пневмонии, связанные с гематогенным распространением возбудителя:	1. менингит гнойный 2. эндокардит полипозно-язвенный 3. перитонит 4. медиастинит	1, 2, 3
112.	Характер экссудата при легионеллезной пневмонии:	1. серозный 2. геморрагический 3. гнойный	3

		4. гнойно-фибринозный 5. ихорозный	
113.	При каком типе пневмоний наиболее часто встречаются абсцессы:	1. стрептококковые пневмонии 2. пневмококковые пневмонии 3. стафилококковые пневмонии 4. вирусные пневмонии 5. синегнойная палочка	3
114.	Пневмония Фридлендера вызывается:	1. нейссерией 2. клебсиеллой 3. пневмококком	2
115.	Генез некрозов при «фридлендеровской» пневмонии:	1. сосудистый 2. токсический 3. метаболический 4. все перечисленное верно	1
116.	Наиболее часто встречающиеся варианты пневмонии у умерших в стационаре:	1. вторичная пневмония 2. внутрибольничная пневмония 3. пневмония при ХОБЛ	1, 2
117.	Какой наиболее частый возбудитель внутрибольничной пневмонии:	1. пневмококк 2. золотистый стафилококк 3. протей 4. стрептококк 5. клебсиелла	2
118.	Острая интерстициальная пневмония характеризуется воспалением	1. в просвете альвеол 2. межальвеолярных перегородок и интерстиция 3. бронхиол и перибронхиальной ткани 4. эндокринного компонента легких	2
119.	Каковы гистологические признаки острой интерстициальной пневмонии?	1. фиброз 2. гиалиновые мембраны 3. мукоидное набухание 4. интерстициальное воспаление	2, 4
120.	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
121.	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
122.	Какой вид биопсии является «золотым стандартом» при диагностике ИИП?	1. трансбронхиальная биопсия 2. бронхобиопсия 3. трансторакальная пункционная биопсия 4. открытая (торакоскопическая) биопсия	4
123.	Липоидная пневмония может иметь:	1. эндогенный путь развития 2. экзогенный путь развития 3. нет верного ответа	1, 2
124.	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
125.	Наиболее характерная	1. верхние доли обоих легких	2

	локализация изменений при аспирационной пневмонии:	2. нижняя доля правого легкого 3. нижняя доля левого легкого 4. существенной разницы в частоте поражения нет	
126.	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
127.	Наиболее часто возбудителями аспирационных пневмоний являются:	1. аэробы 2. анаэробы 3. условно патогенная флора 4. все перечисленное	2
128.	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
129.	Для радиационной пневмонии в хронической стадии развития характерны:	1. серозно-фиброзный альвеолит 2. некроз альвеолярных перегородок 3. фиброз альвеолярных перегородок	3
130.	Радиационная пневмония может развиваться при рентгено-радиевой терапии по поводу:	1. рака матки 2. рака молочной железы 3. рака пищевода	2, 3
131.	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
132.	Клинико-морфологические разновидности диффузного хронического бронхита:	1. деструктивный панбронхит 2. катаральный бронхит 3. слизисто-гнойный обструктивный бронхит 4. фибринозный бронхит	2, 3, 4
133.	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
134.	Макроскопическая характеристика хронического бронхита	1. слизисто-гнойное содержимое в просвете бронхов 2. обтурация мелких бронхов экссудатом 3. гиперплазия бокаловидных клеток 4. гиперемия слизистой оболочки 5. отек слизистой оболочки	2, 3, 5, 6
135.	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
136.	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
137.	В исходе всех хронических	1. каверна	2, 3

	обструктивных болезней легких в тканях последних развивается:	2. эмфизема 3. пневмосклероз 4. абсцесс	
138.	К наиболее часто встречающимся видам эмфиземы относятся:	1. хроническая обструктивная 2. старческая 3. идиопатическая 4. врожденная	1, 2
139.	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
140.	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
141.	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
142.	Тип эмфиземы, при котором формируются субплевральные пузыри	1. викарная 2. буллезная 3. сенильная 4. межуточная 5. обструкционная	2
143.	Тип эмфиземы при разрывах альвеолярных стенок	1. обструкционная 2. межуточная 3. сенильная 4. буллезная 5. викарная	2
144.	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
145.	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
146.	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
147.	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
148.	При бронхоэктатической болезни эпителий бронхов подвергается:	1. атрофии 2. гиперплазии 3. метаплазии 4. дисплазии	1, 3
149.	Наиболее ранней клинической	1. проксимальный диффузный хронический бронхит	1

	симптоматикой бронхоэктазов проявляется:	2. дистальный диффузный хронический бронхит 3. необструктивный диффузный хронический бронхит 4. острый бронхит	
150.	К осложнениям бронхоэктатической болезни не относится	1. хроническая левожелудочковая недостаточность 2. лёгочное кровотечение 3. вторичный амилоидоз 4. хроническое лёгочное сердце	1
151.	Характеристика ткани легкого вне бронхов при бронхоэктатической болезни	1. пневмосклероз 2. петрификация 3. пневмония 4. пневмонит 5. эмфизема	1, 5
152.	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
153.	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
154.	Наиболее частыми разновидностями бронхиальной астмы являются:	1. лекарственная 2. инфекционная (инфекционно-аллергическая) 3. атопическая 4. врожденная	2, 3
155.	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
156.	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
157.	Клинико-морфологическими формами силикоза являются:	1. очаговый 2. узелковый 3. диффузно-склеротический 4. опухолевидный	2, 3, 4
158.	К изменениям бронхов, развивающимся при силикозе, относится:	1. острый деструктивный бронхит 2. хронический бронхит 3. атрофия эпителия бронхов 4. перибронхит	2
159.	В легочной ткани, окружающей силикотические узелки, развиваются следующие изменения:	1. абсцесса 2. воспаления 3. склероза 4. эмфиземы	2, 3, 4
160.	Наиболее часто к силикозу присоединяется:	1. дизентерия 2. грипп 3. туберкулез	3

		4. склерома	
161.	Профессиональная патология рабочих асбестового производства включает:	1. антракоз 2. фиброз легких 3. мезотелиому 4. фиброз плевры 5. бронхогенную карциному 6. новообразования гортани	2, 3, 4, 5, 6
162.	Синдром Каплана - это:	1. хронический плеврит 2. диффузный интерстициальный фиброз 3. ревматоидные узлы легкого с пневмокониозом 4. легочная гипертензия 5. внутрилегочные ревматоидные узлы	3
163.	Легочные геморрагические синдромы:	1. идиопатический легочный гемосидероз 2. Хаммена-Рича 3. Картагенера 4. Гудпасчера 5. Леффлера	1, 4
164.	Изменения внутренних органов, характерные для синдрома Гудпасчера:	1. пролиферативный быстро прогрессирующий гломерулонефрит 2. геморрагический пневмонит 3. геморрагические инфаркты 4. интерстициальный гепатит 5. острый гломерулонефрит	1, 2
165.	Компоненты синдрома Гудпасчера:	1. ателектазы легких 2. хронический пиелонефрит 3. диффузный пневмосклероз 4. пролиферативный гломерулонефрит 5. геморрагический интерстициальный пневмонит	4, 5
166.	Что такое болезнь Хаммена-Рича:	1. протеиноз легких 2. крупозная пневмония 3. острый идиопатический фиброзирующий альвеолит 4. экзогенный аллергический альвеолит 5. саркоидоз	3
167.	При синдроме Хаммена-Рича преобладающим патологическим процессом в легких является:	1. неоплазия 2. атрофия 3. склероз 4. дистрофия 5. стаз	3
168.	Патологический процесс в легких при синдроме Хаммена-Рича имеет характер:	1. диффузный 2. очаговый 3. центральный 4. периферический	1
169.	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
170.	Основные причины смерти больных хроническими обструктивными болезнями легких	1. легочно-сердечная недостаточность 2. анемия 3. почечная недостаточность в связи с амилоидозом 4. печеночная недостаточность	1, 3
171.	При шоке в легких развивается:	1. хроническое венозное полнокровие 2. отек	3

		3. диффузное альвеолярное повреждение 4. эмфизема 5. пневмоторакс	
172.	Особенности мелкоклеточного рака легкого:	1. медленный рост 2. позднее метастазирование 3. единичное метастазирование 4. обширное и раннее метастазирование	4
173.	Гистологическая реакция, уточняющая гистологический диагноз «карциноид легкого»:	1. окраска по ван Гизону 2. окраска по Перлсу 3. окраска по Вейгерту 4. реакция Гримелиуса	4
174.	В какой пункт при стадировании по pTNM рака легкого стоит относить прямое прорастание опухоли в прилежащие лимфатические узлы:	1. pT, так как это влияет на общий размер опухоли 2. pT, так как это влияет на прогноз 3. pN 4. ничего из вышеперечисленного	3
175.	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
176.	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
177.	Какое определение соответствует эпителиальной опухоли лёгкого со стелющимся характером роста, 4 см в наибольшем измерении:	1. атипическая аденоматозная гиперплазия 2. немучинозная аденокарцинома in situ лёгкого 3. микроинвазивная аденокарцинома со стелющимся характером роста 4. инвазивная аденокарцинома со стелющимся характером роста	4
178.	Для синдрома Мэллори-Вейсса характерно:	1. варикозное расширение вен нижней трети пищевода 2. разрывы вен нижней трети пищевода 3. язва пищевода 4. рефлюкс-эзофагит 5. дисплазия эпителия слизистой оболочки пищевода	2
179.	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
180.	Морфологический признак атрофического гастрита:	1. гиперплазия покровно-ямочного эпителия 2. кишечная метаплазия эпителия 3. эрозивно-язвенные дефекты 4. инфильтрация полинуклеарными лейкоцитами 5. инфильтрация моноклеарная	2
181.	Особенности гастрита,	1. наиболее частая форма хронического гастрита	5

	протекающего без иммунных нарушений	2. вызывается <i>Helicobacter pylori</i> 3. чаще поражается фундальный отдел 4. нормальный уровень гастрина 5. в большинстве случаев поражается антральный отдел	
182.	Необходимый минимальный объем взятия биопсии для адекватной морфологической верификации первичного диагноза гастрита:	1. анtrum – 2 кусочка, тело – 1 кусочек 2. анtrum – 1 кусочек, тело – 2 кусочка 3. анtrum – 3 кусочка 4. тело – 3 кусочка 5. анtrum – 1 кусочек, тело – 1 кусочек	1
183.	Необходимый минимальный объем взятия биопсии для адекватного морфологического контроля эффективности лечения гастрита:	1. анtrum – 2 кусочка, тело – 1 кусочек 2. анtrum – 1 кусочек, тело – 2 кусочка 3. анtrum – 3 кусочка 4. тело – 3 кусочка 5. анtrum – 1 кусочек, тело – 1 кусочек	2
184.	Назовите морфологический признак глубокого кистозного гастрита:	1. паразитарная киста желудка 2. выраженная атрофия слизистой оболочки желудка с кишечной метаплазией 3. выраженная атрофия с кистозным расширением желез глубоких отделов слизистой оболочки 4. внутрислизистая киста желудка 5. эктопия ткани поджелудочной железы в стенку желудка	3
185.	Критерии оценки воспаления по Сиднейской системе:	1. внутриэпителиальные лейкоциты 2. мононуклеарная инфильтрация 3. нейтрофильная инфильтрация 4. лимфоидные фолликулы 5. эозинофильная инфильтрация	2
186.	Показатель оценки активности процесса по Сиднейской системе:	1. внутриэпителиальные лейкоциты 2. мононуклеарная инфильтрация 3. нейтрофильная инфильтрация 4. лимфоидные фолликулы 5. эозинофильная инфильтрация	3
187.	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
188.	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
189.	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
190.	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

191.	Морфологическое выражение язвенной болезни желудка	1. острая язва 2. хроническая язва 3. множественные общие эрозии 4. хроническая рецидивирующая язва	4
192.	Макроскопическая характеристика хронической язвы желудка ВНЕ обострения	1. локализация на малой кривизне и в привратнике 2. расположена в любом отделе желудка 3. в дне – солянокислый гематин 4. края плотные, омозолелые 5. края мягкие, ровные	1, 4
193.	В период обострения в дне хронической язвы различают слои	1. серозный 2. рубцовый 3. мышечный 4. грануляционной ткани 5. фибриноидного некроза 6. фибринозно-гнойного экссудата	2, 4, 5, 6
194.	Для обострения язвы желудка характерным является	1. гиалиноз 2. энтеролизация 3. регенерация 4. лимфоплазмочитарная инфильтрация 5. фибриноидный некроз	5
195.	Дно хронической язвы желудка в период ремиссии представлено	1. мышечной тканью 2. серозной оболочкой 3. гнойно-некротическим экссудатом 4. рубцовой тканью, покрытой эпителием	4
196.	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
197.	Язвенно-деструктивные осложнения язвенной болезни желудка	1. пенетрация 2. перфорация 3. кровотечение 4. стеноз привратника 5. гастрит, перигастрит	1, 2, 3
198.	Хроническая язва желудка при обострении может пенетрировать в	1. почку 2. селезенку 3. ободочную кишку 4. левую долю печени 5. поджелудочную железу	3, 4, 5
199.	Наиболее опасной является пенетрация хронической язвы в	1. сальник 2. головку поджелудочной железы 3. печень 4. селезенку 5. чревный ствол	2
200.	Для синдрома Золлингера-Эллисона характерны	1. множественные полипы желудка и кишечника 2. дивертикулы желудка и кишечника 3. пептические гастродуоденальные язвы 4. рефлюкс-гастрит 5. гипертрофическая гастропатия	3
201.	Наибольший риск развития рака желудка существует при:	1. хроническом поверхностном гастрите 2. рецидивирующем остром эрозивном гастрите 3. гипертрофической гастропатии Менетрие	4

		4. хроническом атрофическом гастрите с кишечной метаплазией и дисплазией эпителия 5. аденоматозном полипе желудка	
202.	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
203.	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
204.	Для уточнения диагноза "перстневидноклеточный рак" желудка следует провести окраску срезов на:	1. жир 2. железо 3. амилоид 4. слизь	4
205.	Характерная локализация ретроградных метастазов рака желудка	1. надключичные лимфоузлы 2. кости 3. почки 4. околоушные слюнные железы 5. матка	1
206.	Укажите наиболее частую локализацию гематогенных метастазов рака желудка	1. печень 2. яичники 3. надпочечники 4. кости	1
207.	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
208.	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
209.	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
210.	Какие из перечисленных ниже морфологических проявлений наиболее типичны для	1. массивные центролобулярные некрозы с многочисленными тельцами Каунсильмена 2. выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация	3

	алкогольного гепатита:	портальных трактов с минимальными повреждениями печеночной долики 3. стеатоз, тельца Маллори, центролобулярный фиброз, инфильтрация долики со значительной примесью полиморфно-ядерных лейкоцитов 4. воспалительный инфильтрат с многочисленными эозинофилами и тельцами Каунсильмена 5. тромбоз печеночных вен с развитием венозного полнокровия	
211.	Основным гистологическим признаком персистирующего гепатита является:	1. четкая граница пограничной пластинки 2. склероз перипортальных трактов 3. гранулематозное воспаление в центрилобулярных зонах 4. перицеллюлярный фиброз	1
212.	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
213.	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
214.	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
215.	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
216.	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
217.	У больного, страдавшего анемией, через 2 мес после переливания крови развилась желтуха, обнаружено увеличение печеночных трансаминаз. Наиболее вероятный диагноз:	1. острый вирусный гепатит А 2. острый вирусный гепатит В 3. острый вирусный гепатит С 4. жировой гепатоз	2
218.	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
219.	Гистологическая оценка стадии вирусного гепатита по Cnode1	1. некрозов гепатоцитов 2. воспалительного инфильтрата	4

	определяется по степени выраженности:	3. мультипликации желчных протоков 4. фиброза 5. дистрофических изменений гепатоцитов	
220.	Одним из основных гистологических признаков лекарственного гепатита является:	1. перичеллюлярный фиброз 2. матовостекловидные гепатоциты (орсеин-отрицательные) 3. вакуолизация ядер 4. тельца Маллори 5. перистая дегенерация гепатоцитов	2
221.	К гистологическим признакам регенерации печеночной ткани относится:	1. двоядерные гепатоциты 2. гигантские многоядерные гепатоциты, типа симпластов 3. "розеткоподобные" структуры 4. атрофия гепатоцитов	1, 2, 3
222.	После отравления грибами у больного развились признаки острой печеночной недостаточности, отмечено прогрессирующее уменьшение печени. Какие из перечисленных ниже 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 доли и жировую дистрофию – периферических 4. в исходе заболевания развивается постнекротический цирроз 5. частый исход заболевания – портальный цирроз	1, 2, 3, 4
223.	К признакам I стадии токсической дистрофии печени относятся:	1. печень ярко желтого цвета 2. печень уменьшена в размерах 3. печень плотная склерозированная 4. диффузные кровоизлияния в ткани печени	1
224.	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
225.	Цирроз печени характеризуется следующими признаками:	1. формирование соединительно-тканых септ 2. некроз гепатоцитов 3. нарушение гистоархитектоники печени 4. клеточная атипия	1, 2, 3
226.	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
227.	Микроскопические признаки цирроза печени:	1. мультипликация желчных протоков 2. ложные доли 3. фиброз с образованием porto-портальных септ 4. жировая дистрофия гепатоцитов	2, 3, 4
228.	Макроскопическая форма постнекротического цирроза печени:	1. мелкоузловой 2. крупноузловой 3. диффузный 4. фокальный 5. сегментарный	2
229.	Макроскопическая форма портального цирроза печени:	1. мелкоузловой 2. крупноузловой 3. диффузный	1

		4. фокальный 5. сегментарный	
230.	Макроскопическим признаком печени при вирусном циррозе является:	1. печень мягко-эластичной консистенции 2. печень увеличена 3. печень плотной консистенции 4. печень "мускатного" вида	3
231.	Микроскопическим признаком вирусного цирроза печени является:	1. триады сближены 2. жировая дистрофия 3. тельца Каунсильмена 4. центрилобулярный склероз	1
232.	Характерным микроскопическим признаком начального цирроза печени при алкогольном гепатите являются:	1. мостовидные некрозы 2. перистая дегенерация гепатоцитов 3. перицеллюлярный фиброз 4. тельца Каунсильмена	3
233.	Больной страдает 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
234.	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
235.	Морфологические варианты острого холецистита:	1. катаральный 2. гангренозный 3. флегмонозный 4. апостематозный 5. гранулематозный	1, 2, 3
236.	Осложнения острого холецистита:	1. мукоцеле 2. перфорация 3. самоампутация 4. желчный перитонит 5. эмпиема желчного пузыря	2, 4, 5
237.	При хроническом холецистите в стенке желчного пузыря могут отмечаться:	1. атрофия слизистой оболочки 2. холестероз слизистой оболочки 3. лимфоцитарная инфильтрация 4. склероз всех слоев	1, 2, 3, 4
238.	Осложнения желчнокаменной болезни:	1. панкреатит 2. абсцессы печени 3. рак желчного пузыря 4. холестероз желчного пузыря 5. восходящий холангит 6. подпеченочная желтуха 7. первичный билиарный цирроз	1, 2, 3, 5, 6
239.	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
240.	Какой pT необходимо выставить пациенту с протоковой	1. pT2 2. pT2b	1

	аденокарциномой поджелудочной железы 3,5 см в наибольшем измерении, прорастающей в прилежащую жировую клетчатку и стенку двенадцатиперстной кишки (UICC, 8 редакция):	3. pT3a 4. pT3b	
241.	Определите степень градации нейроэндокринной опухоли хвоста поджелудочной железы размерами 2,0x1,2x0,8 см, с индексом Ki67 = 19%:	1. NET G1 2. NET G2 3. NET G3 4. NEC	2
242.	Характерными признаками острого аппендицита являются все перечисленные, кроме:	1. отек 2. серозный экссудат в слизистой, и мышечной оболочках 3. гиперемия 4. склероз стенки отростка 5. деструкция мышечных волокон	4
243.	Морфологическими формами аппендицита являются все перечисленные, кроме	1. острого гнойного 2. острого поверхностного 3. острого деструктивного 4. хронического 5. крупозного	5
244.	Микроскопическая характеристика острого простого аппендицита	1. фокусы гнойного воспаления в слизистой 2. изъязвления в слизистой оболочке 3. катаральное воспаление 4. крупозное воспаление 5. спазм сосудов	3
245.	Морфологические формы деструктивного аппендицита:	1. поверхностный 2. флегмонозный 3. флегмонозно-язвенный 4. апостематозный 5. гангренозный	2, 3, 4, 5
246.	Выберите процессы, которые могут быть осложнениями деструктивных форм острого аппендицита:	1. перфорация отростка с развитием перитонита 2. самоампутация 3. кишечное кровотечение 4. пилефлебические абсцессы печени 5. парапроктит	1, 2, 3, 4
247.	Характерными признаками хронического аппендицита являются:	1. склероз стенок сосудов и склероза стенки отростка 2. метаплазия эпителия 3. нейтрофильная инфильтрация 4. лимфоплазмочитарной инфильтрации 5. атрофия эпителия	1, 2, 4, 5
248.	Изменения червеобразного отростка, характерные для хронического аппендицита	1. гнойное воспаление 2. фиброз стенки отростка 3. катаральное воспаление 4. атрофия слизистой оболочки 5. атрофия мышечной оболочки	2, 4, 5
249.	Изменения червеобразного отростка, характерные для хронического аппендицита	1. расширение просвета отростка 2. облитерация просвета отростка 3. гипертрофия мышечной оболочки 4. гиперплазия слизистой оболочки 5. разрастание грануляционной ткани	2, 5
250.	Какие существуют требования к взятию биопсий при колоноскопии у больных с	1. по 1 биопсии из каждого отдела толстой кишки 2. по 1 биопсии из наиболее пораженных участков кишки	3, 4

	подозрением на воспалительные заболевания кишечника?	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	
251.	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
252.	Какие виды ремиссии (спонтанной и терапевтически индуцированной) различают при воспалительных заболеваниях кишечника?	1. клиническую 2. рентгенологическую 3. гистологическую 4. эндоскопическую 5. комплексную	1, 3, 4
253.	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
254.	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
255.	Макроскопическая характеристика толстой кишки при язвенном колите	1. гипертрофия слизистой оболочки 2. изъязвления слизистой оболочки 3. гиперемия слизистой оболочки 4. атрофия слизистой оболочки 5. утолщение стенки 6. псевдополипы	2, 3, 4, 6
256.	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
257.	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
258.	Какие внекишечные проявления язвенного колита обусловлены длительным воспалением и метаболическими нарушениями?	1. стеатоз печени 2. холелитиаз 3. вторичный амилоидоз 4. тромбозы и тромбоземболии 5. поражения кожи (узловатая эритема, гангренозная	1, 2, 3, 4

		пиодермия)	
259.	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
260.	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
261.	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
262.	При неспецифическом язвенном колите в гистологических препаратах обнаруживается	1. диффузный полосовидный воспалительный инфильтрат в слизистой оболочке кишки 2. очаговый интрамуральный воспалительный инфильтрат, содержащий многоядерные гигантские клетки 3. фибриноидный некроз 4. глубокие щелевидные изъязвления слизистой оболочки	1
263.	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
264.	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 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
265.	Какие схемы (индексы) применяются для оценки активности язвенного колита при гистологическом исследовании биоптатов кишки?	1. индекс (схема) Мейо 2. индекс Рахмилевича 3. индекс Geboes 4. индекс Riley 5. индекс Robart	3, 4, 5
266.	При малигнизации язвенного колита слизистая оболочка кишки бывает:	1. гладкая 2. полиповидная (зернистая) 3. атрофичная	2
267.	Клинико-морфологические формы (фенотипы) болезни Крона:	1. воспалительная 2. полипозная 3. с образованием стриктур без пенетрации 4. с пенетрацией	1, 3, 4

		5. с перитонитом	
268.	Для каких заболеваний характерно выявление в крови антинейтрофильных цитоплазматических антител (ANCA)?	1. болезни Крона 2. иерсиниоза 3. туберкулеза кишечника 4. язвенного колита 5. коллагенового колита	1, 4
269.	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
270.	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
271.	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
272.	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
273.	Макроскопическая характеристика кишки при неосложненной болезни Крона	1. утолщение брыжейки 2. сужение просвета кишки 3. тусклая серозная оболочка 4. расширение просвета кишки 5. перемежающиеся участки поражения 6. язвенные поражения, расположенные параллельными рядами по длиннику кишки 7. язвенные поражения, ориентированные по поперечнику кишки	1, 2, 3, 5, 6, 7
274.	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
275.	Характерные гистологические признаки болезни Крона:	1. воспалительное поражение всей толщи стенки кишки 2. дисплазия эпителия 3. сегментарный характер поражения 4. базальный плазмцитоз и нарушение структуры крипт 5. эпителиоидноклеточные гранулемы	1, 3, 4, 5
276.	С какими инфекционными поражениями кишечника следует дифференцировать болезнь Крона?	1. иерсиниоз 2. амебиаз 3. туберкулез 4. кампилобактериоз	1, 2, 3, 4

		5. эозинофильный энтероколит	
277.	Укажите виды поражения пищевода и желудка при болезни Крона	1. афтозный эзофагит 2. стриктуры пищевода 3. пищевод Барретта 4. гранулематозный гастрит 5. хронический атрофический гастрит	1, 2, 4
278.	Характерные внекишечные и системные поражения при болезни Крона:	1. артралгии, артриты 2. узловатая эритема, гангренозная пиодермия 3. афтозный стоматит 4. увеит, иридоциклит 5. первичный склерозирующий холангит 6. системный амилоидоз	1, 2, 3, 4, 5, 6
279.	Кишечные осложнения болезни Крона	1. свищи между отделами кишечника 2. непроходимость кишечника 3. безбелковые энтеропатии 4. фиброзные стриктуры 5. язвенные дефекты	1, 3, 4
280.	Укажите виды дисплазии (интраэпителиальной неоплазии) при воспалительных заболеваниях кишечника	1. низкой степени 2. неопределенная 3. высокой степени 4. поверхностная 5. глубокая	1, 2, 3
281.	Варианты хронической ишемической болезни кишечника	1. хронический ишемический колит 2. интрамуральный инфаркт 3. гранулематозный колит 4. стриктуры	1, 4
282.	Микроскопическая характеристика некротизирующего энтероколита	1. отек 2. фиброз 3. гиалиноз 4. инфаркты 5. кровоизлияния 6. образование гранулем	1, 2, 5
283.	Осложнения некротизирующего энтероколита	1. перфорация стенки кишки 2. гангрена кишки 3. малигнизация 4. воспаление 5. стеноз	1, 2
284.	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 необходимо подсчитать количество митозов в 50 полях зрения 3. pT3 4. pT4a	3
285.	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
286.	При радикальной левосторонней гемиколэктомии минимальное количество лимфатических узлов, которое необходимо исследовать, составляет:	1. 8 2. 10 3. 12 4. 20	3
287.	Признаками высокого риска системного рецидива для радикально прооперированного	1. сосудистая и/или периневральная инвазия 2. перфорация кишки в зоне опухоли 3. обнаружено менее 12 лимфатических узлов	1, 2, 3

	рака толстой кишки pT3pN0cM0 являются:		
288.	Независимо от доли железистого компонента аденокарциному толстой кишки не расценивают как опухоль высокой гистологической степени злокачественности (high grade) 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
289.	В зависимости от причин различают следующие виды гемолитических анемий	1. пернициозные 2. токсические 3. инфекционные 4. посттрансфузионные 5. витамин В-12-дефицитные	2, 3, 4
290.	Основными причинами гемолитических анемий с преимущественно внутрисосудистым гемолизом являются:	1. инфекции 2. гемолитические яды 3. гемотрансфузии 4. эритроцитопатии 5. иммунопатологические процессы	1, 2, 3, 5
291.	Видами анемий с преимущественно внесосудистым (внутриклеточным) гемолизом являются:	1. тромбоцитопатии 2. эритроцитопатии 3. гемоглобинопатии (гемоглобинозы) 4. лейкоцитопатии 5. эритроцитоферментопатии	2, 3, 5
292.	Для гемолитической анемии, обусловленной внесосудистым гемолизом, характерны	1. анемия, гепатомегалия, спленомегалия 1. спленомегалия, фуникулярный миелоз, анемия 2. анемия, спленомегалия, желтуха 3. желтуха, гепатомегалия, анемия 4. анемия, фуникулярный миелоз, желтуха	3
293.	В группу гемоглобинопатий (гемоглобинозов) относятся	1. талассемия 2. пернициозная анемия 3. серповидно-клеточная анемия 4. анемия Аддисона-Бирмера	1, 3
294.	Назовите анемии, обусловленные нарушением кроветворения	1. дефицитные 2. постгеморрагические 3. гемолитические 4. гипопластические 5. апластические	1, 4, 5
295.	Развитие дефицитных анемий может быть связано с недостатком	1. железа 2. витамина В-1 3. витамина В-12 4. соляной кислоты 5. фолиевой кислоты	1, 3, 5
296.	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
297.	Железо-дефицитная анемия	1. гипохромная 2. гиперхромная 3. нормохромная 4. пернициозная 5. мегалобластическая	1
298.	Анемия Аддисона-Бирмера	1. изолированным гемосидерозом легких	2, 3, 4

	характеризуется	2. эндогенной недостаточностью витамина В-12 и/или фолиевой кислоты 3. общим гемосидерозом 4. мегалобластическим типом кроветворения 5. гиперпродукцией гастромукопротеина	
299.	Витамин В-12-фолиеводефицитная анемия характеризуется	1. извращенным эритропоэзом 2. развитием гипохромной анемии 3. развитием гиперхромной анемии 4. угнетением функции добавочных клеток фундальных желез желудка 5. гюнтеровским глосситом	1, 3, 4, 5
300.	Пернициозная анемия в слизистой оболочке желудка проявляется:	1. гиперплазией 2. атрофией 3. язвами 4. метаплазией 5. некрозами	2
301.	В клетках и ткани костного мозга при пернициозной анемии развиваются процессы:	1. появление мегалобластов 2. эритрофагия 3. микросфероцитоз 4. гемосидероз	1, 2, 4
302.	При пернициозной анемии в печени и селезенке развивается:	1. атрофия 2. развитие очагов внекостномозгового мегалобластического кроветворения 3. гемосидероз	2, 3
303.	Для пернициозной анемии характерно развитие процессов:	1. атрофического гастрита 2. гюнтеровского глоссита 3. фуникулярного миелоза 4. туберозного склероза	1, 2, 3
304.	Пернициозная анемия не характеризуется	1. обилием гастромукопротеина в желудочном соке 2. мегалобластическим типом кроветворения 3. фуникулярным миелозом 4. недостатком гастромукопротеина в желудочном соке 5. злокачественным течением	1
305.	Костный мозг трубчатых костей имеет вид малинового желе при	1. миелолейкозе 2. позднем хлорозе 3. анемии Аддисона - Бирмера 4. раннем хлорозе 5. лимфолейкозе	3
306.	Гипо- и апластические анемии могут возникнуть при	1. замещении красного костного мозга лейкозными клетками 2. метастазах рака в кости скелета 3. метастазах рака в лимфатические узлы 4. интоксикации барбитуратами 5. разрыве аневризмы аорты	1, 2, 4
307.	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
308.	Гистологически в головном мозге при остром лейкозе можно обнаружить:	1. атеросклероз артерий мозга 2. субдуральные кровоизлияния 3. лейкозные инфильтраты стенок сосудов 4. диапедезные и более крупные кровоизлияния	3, 4
309.	Гистологически в головном мозге	1. гиалиноз артериол	2, 4

	при остром лейкозе можно обнаружить:	2. отек вещества мозга 3. гиперплазию нейронов 4. лейкемические тромбы	
310.	Морфологические признаки недифференцированного острого лейкоза:	1. геморрагический диатез 2. невозможность морфологической идентификации клеток в пунктатах костного мозга 3. некротический гингивит и тонзиллит 4. включения в лейкемические инфильтраты клеток миелоидного ряда	1, 2, 3
311.	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
312.	К проявлениям острых лейкозов во рту и зеве относится все перечисленное, кроме	1. геморрагии 2. язвенно-некротические поражения 3. гипертрофия дёсен 4. лейкоплакия языка 5. некротическая ангина	4
313.	Изменения зева и миндалин при остром лейкозе	1. глубокие некрозы миндалин 2. черный цвет участков некроза 3. воспаление перитонзиллярной ткани 4. фиброз миндалин и прилежащей ткани 5. серо-белые плотные пленки на миндалинах 6. мелкоочечные кровоизлияния в перитонзиллярной ткани	1, 2, 3, 6
314.	Изменения зева и миндалин при остром лейкозе	1. шейный лимфаденит 2. заглоточные абсцессы 3. размер миндалин увеличен 4. глубокие некрозы миндалин 5. черный цвет участков некроза 6. воспаление перитонзиллярной ткани	3, 4, 5, 6
315.	Осложнения лейкозов:	1. сепсис 2. гидроцефалия 3. кровоизлияние в головной мозг 4. лейкозная инфильтрация костного мозга	1, 3
316.	В группу миелоидных новообразований входят	1. миелодиспластические/миелопролиферативные заболевания 2. хронические миелопролиферативные заболевания 3. миелодиспластические синдромы 4. острые миелоидные лейкозы 5. острые лимфолейкозы	1, 2, 3, 4
317.	Злокачественный клон при миелопролиферативных заболеваниях характеризуется	1. способностью к терминальной дифференцировке 2. снижением пролиферативной активности 3. преобладанием миелобластов 4. усиленным ростом 5. унипотентностью	1, 4
318.	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
319.	Костный мозг при хроническом миелоидном лейкозе характеризуется	1. зеленовато-серым цветом на разрезе («пиеидный») 2. видом "малинового желе" 3. ярко-красным цветом	1

		4. фокусами некроза 5. миелофиброзом	
320.	На распилах трубчатых костей костный мозг имеет «пионидный» вид при:	1. хроническом остеомиелите 2. хроническом лимфолейкозе 3. остром миелоидном лейкозе 4. хроническом миелоидном лейкозе 5. остром недифференцированном лейкозе	4
321.	К миелопролиферативным заболеваниям относят	1. идиопатический миелофиброз 2. хронический миелолейкоз 3. панмиелофтиз 4. миеломную болезнь 5. эритремию 6. эссенциальную тромбоцитемию	1, 2, 5, 6
322.	К миелодиспластическим синдромам относят	1. первичную приобретенную сидеробластную анемию 2. хронический миеломоноцитарный лейкоз 3. истинную полицитемию 4. апластическую анемию 5. рефрактерную анемию	1, 2, 5
323.	Стадии течения хронического миелоидного лейкоза	1. распространенных изменений в органах 2. метастазирования 3. бластного криза 4. акселерации 5. хроническая	3, 4, 5
324.	Для миелодиспластических синдромов характерно	1. дефекты созревания клеток костного мозга 2. цитопения в периферической крови 3. цитологические отклонения 4. лейкомоидные реакции 5. эритремия	1, 2, 3
325.	Характеристика миелодиспластических синдромов:	1. неполноценный гемопоэз 2. встречаются после радиотерапии 3. не прогрессируют в острый лейкоз 4. развиваются на уровне стволовых клеток 5. встречаются после лечения цитостатиками	1, 2, 4, 5
326.	Для диагностики миелофиброза используют:	1. трепанобиопсию 2. окраску суданом III 3. аспирационную биопсию 4. хирургическую биопсию костного мозга	1, 4
327.	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
328.	Низкая степень злокачественности характерна для неходжкинских лимфом:	1. Беркитта 2. плазмочитарной 3. центробластной 4. лимфобластной 5. лимфоцитарной 6. лимфоплазмочитарной	2, 5, 6
329.	Промежуточная степень злокачественности характерна для неходжкинских лимфом:	1. Беркитта 2. плазмочитарной 3. центробластной 4. лимфоплазмочитарной 5. иммунобластной полиморфной 6. полиморфной из малых клеток	3, 6
330.	Высокая степень злокачественности характерна для неходжкинских лимфом:	1. Беркитта 2. плазмочитарной 3. лимфобластной 4. лимфоцитарной	1, 3, 6

		5. лимфоплазмочитарной 6. иммунобластной полиморфной	
331.	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
332.	Клетки Рид-Березовского-Штернберга характерны для	1. анемии Аддисона - Бирмера 2. лимфомы Беркитта 3. болезни Рустицкого-Калера 4. болезни Ходжкина 5. болезни Альберса-Шенберга	4
333.	Макроскопическая характеристика селезенки при болезни Ходжкина:	1. размер увеличен 2. консистенция плотная 3. поверхность морщинистая 4. дает обильный соскоб пульпы 5. на разрезе красная с бело-желтыми очагами	1, 2, 5
334.	Морфологическая диагностика болезни Ходжкина основана на	1. биопсии лимфатического узла 2. мазке костного мозга 3. биопсии печени 4. трепанобиопсии	1
335.	В лимфоузлах при лимфогранулематозе не отмечают	1. поля некроза 2. поля склероза 3. пролиферативно-опухолевые клеточные элементы 4. обширные абсцессы 5. клеточный полиморфизм	4
336.	Патогистологические типы болезни Ходжкина:	1. лимфогистиоцитарный 4. круглоклеточный 2. смешанно-клеточный 5. гранулематозный 3. нодулярный склероз	2, 3
337.	Патогистологические типы болезни Ходжкина:	1. с преобладанием лимфоцитов 2. с истощением лимфоцитов 3. лимфогистиоцитарный 4. смешанно-клеточный 5. нодулярный склероз	1, 2, 4, 5
338.	Наиболее распространенный в Европе тип болезни Ходжкина	1. нодулярный склероз 2. смешанно-клеточный 3. лимфоцитарное истощение 4. лимфоцитарное преобладание	1
339.	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
340.	Клетки Березовского-Штернберга бывают:	1. «типичные» 2. лакунарные 3. плеоморфного типа	1, 2, 3
341.	Лакунарные клетки характерны для:	1. болезни Ходжкина с лимфоцитарным преобладанием 2. фолликулярной неходжкинской злокачественной лимфомы 3. болезни Ходжкина с нодулярным склерозом 4. болезни Ходжкина смешанно-клеточного типа	3

		5. болезни Ходжкина с лимфоцитарным истощением	
342.	Для первой стадии болезни Ходжкина характерно вовлечение	1. печени 2. селезенки 3. костного мозга 4. одной группы лимфатических узлов 5. нескольких групп лимфатических узлов 6. лимфатических узлов по одну сторону от диафрагмы	4
343.	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
344.	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
345.	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
346.	Худший прогноз при болезни Ходжкина имеют больные:	1. нодулярным склерозом 2. смешанно-клеточным типом 3. лимфоцитарным истощением 4. лимфоцитарным преобладанием	2, 3
347.	Болезнь Ходжкина заканчивается при неблагоприятном исходе смертью от	1. кахексии и инфекционных осложнений 2. инфекционных осложнений и анемии 3. анемии и хронической почечной недостаточности 4. хронической почечной недостаточности 5. острой печеночной недостаточности	1
348.	Синдром сдавления характерен для	1. В-клеточных опухолей 2. Т-клеточных опухолей 3. хронических анемий 4. лейкозов 5. лимфом	5
349.	Истощение лимфоидной ткани в лимфоузлах без признаков воспаления может наблюдаться при:	1. брюшном тифе 2. инфекционном мононуклеозе 3. бруцеллезе 4. лимфогрануломатозе	4
350.	Ангиофолликулярная гиперплазия типична в лимфатических узлах:	1. подчелюстной области 2. средостения 3. забрюшинного пространства 4. шейных	2
351.	К опухолям из плазматических клеток относят:	1. макроглобулинемию Вальденстрема 2. множественную миелому 3. миелоидный лейкоз 4. болезнь тяжелых цепей 5. плазмоцитому	1, 2, 4, 5
352.	К опухолям из плазматических	1. периферическую Т-клеточную лимфому	2, 3

	клеток относят:	2. лимфоплазмочитарную лимфому 3. болезнь тяжелых цепей 4. синусовый гистиоцитоз 5. миелофиброз	
353.	К группе парапротеинемических гемобластозов относят:	1. миеломную болезнь 2. макроглобулинемию (болезнь Вальденстрема) 3. болезнь тяжелых цепей 4. болезнь легких цепей	1, 2, 3, 4
354.	Миеломная болезнь с дискразией иммуноцитов сопровождается накоплением в тканях	1. АА-амилоида 2. гиалина 3. AL-амилоида 4. гемосидерина 5. липофусцина	3
355.	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
356.	Морфологические признаки множественной миеломы:	1. анкилоз 2. диффузный остеопороз 3. патологические переломы 4. поражение трубчатых костей	2, 3, 4
357.	Гиперспленизм сопровождается:	1. полицитемией 2. панцитопенией 3. компенсаторной гиперплазией костного мозга 4. миелофиброзом 5. накоплением аномальных эритроцитов 6. появление в эритроцитах телец Хауэлла-Джолли	2, 3, 5, 6

№	Оценочное средство	Варианты ответов	Эталон
358.	На вскрытии внезапно умершего мужчины 46 лет в интима брюшного отдела аорты определяются участки желтого цвета, которые не возвышаются над ее поверхностью. Гистологически – в этих участках среди гладкомышечных клеток и макрофагов определяются клетки с пенистой цитоплазмой. При окраске суданом III отмечается их пестро-оранжевая расцветка. Для какой стадии атеросклероза характерна такая картина?	1. Липоидоза 2. Липосклероза 3. Атероматоза 4. Язвы 5. Атерокальциноза	1
359.	При микроскопическом исследовании коронарной артерии умершего выявлено сужение просвета сосуда за счет фиброзной бляшки с примесью липидов. Назовите стадию атеросклероза:	1. Липоидоз 2. Липосклероз 3. Долипидная 4. Атероматоз 5. Атерокальциноз	2
360.	На вскрытии мужчины 63 лет выявлен атеросклероз сосудов головного мозга, тромбоз ветви внутренней сонной артерии и очаг влажного размягчения ткани серого цвета. Какой патологический процесс выявлен в головном мозге?	1. Геморрагическая инфильтрация 2. Гематома 3. Ишемический инфаркт 4. Энцефалит 5. Опухоль мозга	3
361.	Гистологическое исследование стенки аорты выявило большое количество ксантомных клеток, которые расположены преимущественно в интима. При каком заболевании возможна такая картина?	1. Гипертоническая болезнь 2. Атеросклероз 3. Сифилитический мезаортит 4. Неспецифический аортоартериит 5. Нодозный периартериит	2

362.	На вскрытии больного 54 лет, умершего от сердечно-сосудистой недостаточности, найдено хроническое венозное полнокровие органов, гипертрофия левого желудочка сердца с мелкоочаговым кардиосклерозом, объемные желто-белые бляшки в интима аорты с мелкозернистыми массами в центре, которые проникают в толщу стенки. Назовите патологический процесс.	1. Липоидоз 2. Липосклероз 3. Атероматоз 4. Артериолосклероз 5. Кальциноз	3
363.	На вскрытии мужчины 66 лет выявлено: забрюшинная клетчатка пропитана кровью, в брюшном отделе аорты мешковидное выпячивание, в котором определяется дефект с неровным краем, стенка аорты местами каменистой плотности. Осложнение какого заболевания развилось в больного?	1. Гипертонической болезни 2. Системного васкулита 3. Висцерального сифилиса 4. Атеросклероза 5. Болезни Марфана	4
364.	На вскрытии трупа мужчины 65 лет в интима брюшного отдела аорты найдены участки желтого цвета в виде пятен и полос, которые не выступают над поверхностью интимы. При окрашивании суданом III наблюдается оранжевая окраска. Для какой стадии атеросклероза характерны такие изменения?	1. Липоидоза 2. Липосклероза 3. Атероматоза 4. Атерокальциноза 5. Стадия изъязвления	1
365.	При вскрытии трупа женщины 53 лет, умершей от острого инфаркта миокарда, в интима коронарных артерий выявлены многочисленные белые, плотные, выпячивающиеся в и резко суживающие их просвет образования. Для какой стадии атеросклероза характерны такие изменения?	1. Липоидоза 2. Липосклероза 3. Атероматоза 4. Атерокальциноза 5. Стадия изъязвления	2
366.	При гистологическом исследовании аорты выявлено: воспалительная инфильтрация интимы липидами, белками. Липиды пропитывают интиму и накапливаются в миоцитах среднего слоя и макрофагах. Установите стадию атеросклероза.	1. Долипидная стадия 2. Липоидоз 3. Липосклероз 4. Атероматоз 5. Атерокальциноз	2
367.	На вскрытии больного 49 лет, умершего от отека легких, в миокарде найден большой очаг желто-серого цвета, а в коронарной артерии – свежий тромб. Уточните диагноз:	1. Инфаркт миокарда 2. Кардиосклероз 3. Миокардит 4. Амилоидоз 5. Кардиомиопатия	1
368.	Во время вскрытия в миокарде выявлен крупноочаговый, плотный участок серого цвета, который гистологически состоит из грубоволокнистой соединительной ткани, окруженной гипертрофированными мышечными волокнами. Какие изменения возникли в сердце?	1. Ишемическая стадия инфаркта миокарда 2. Некротическая стадия инфаркта миокарда 3. Постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз 4. Мелкоочаговый диффузный кардиосклероз 5. Миокардит	3
369.	На вскрытии мужчины 62 лет с клиническим диагнозом ишемическая болезнь сердца, атеросклероз венечных артерий сердца, гипертоническая болезнь, на разрезе миокард в области верхушки, передней и боковой стенок левого желудочка имеет хорошо отграниченный от окружающей ткани участок бело-желтого цвета, окруженный зоной кровоизлияний. О каком патологическом процессе в сердечной мышце идет речь?	1. Жировая дистрофия миокарда 2. Инфаркт миокарда 3. Постинфарктный кардиосклероз 4. Диффузный кардиосклероз 5. Миокардит	2
370.	Мужчина 32 лет внезапно умер во время эмоционально напряженной работы. На вскрытии выявлено неравномерное кровенаполнение миокарда.	1. Острая ишемия 2. Хроническая ишемия 3. Вакатная артериальная	1

	Гистохимически – снижение содержания гликогена. Электронномикроскопически – деструкция митохондрий, контрактуры миофибрилл. Укажите вероятное расстройство кровообращения?	гиперемия 4. Острая венозная гиперемия 5. Ангioneвротическая артериальная гиперемия	
371.	У мужчины 58 лет, страдавшего гипертонической болезнью, развился длительный приступ загрудинных болей, диагностирован инфаркт миокарда. Больной умер. На вскрытии отмечено: дряблая консистенция и неравномерное кровенаполнение миокарда, а гистологически и гистохимически исчезновение гранул гликогена, снижение активности окислительно-восстановительных ферментов. О какой стадии инфаркта миокарда идет речь?	1. Ишемическая стадия 2. Некротическая стадия. 3. Организация инфаркта 4. Повторный инфаркт 5. Острый рецидивирующий инфаркт	1
372.	При вскрытии умершего 56 лет, страдавшего ИБС с развитием инфаркта миокарда, был обнаружен отек легких. Какие патологические изменения могли обусловить изменения в легких?	1. Острое общее малокровие 2. Острая правожелудочковая недостаточность 3. Острая левожелудочковая недостаточность 4. Ишемия малого круга 5. Стаз крови	3
373.	У мужчины, который перенес инфаркт миокарда, после физической нагрузки отмечаются признаки недостаточности кровообращения: цианоз и отек подкожной клетчатки нижних конечностей. Какие изменения развились на месте инфаркта миокарда у выздоровевшего лица?	1. Внутриклеточная регенерация 2. Митотическое новообразование кардиомиоцитов 3. Миокардит 4. Атрофия миокарда 5. Кардиосклероз	5
374.	Больной 36 лет с острым трансмуральным инфарктом миокарда левого желудочка 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 сердца. 3. Истончение рубцовоизмененной стенки желудка с формированием аневризмы 4. Аутолитические процессы с расплавлением ткани миокарда (миомаляция). 5. Повышение давления в малом круге кровообращения.	4
375.	У больной 64 лет, многие годы страдавшей атеросклерозом и перенесшей ранее инфаркт миокарда, развился приступ загрудинных болей. Больная госпитализирована через 3 дня, умерла на фоне прогрессирующей сердечно сосудистой недостаточности. На вскрытии в области задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки обнаружен участок белого цвета около 3 см в диаметре, волокнистый, западающий, с четкой границей. Оцените эти изменения:	1. Ишемия миокарда 2. Инфаркт миокарда 3. Очаговый кардиосклероз 4. Миокардит 5. Дистрофия миокарда	3
377.	У больного в 7 часов утра появились боли за грудиной, в 8 часов утра в приемном отделении по данным ЭКГ установлен инфаркт миокарда. Через 10 минут больной умер. Какой наиболее достоверный морфологический признак инфаркта миокарда найдут при	1. Вакуольную дистрофию кардиомиоцитов субэндокардиальной зоны 2. Жировую инфильтрацию кардиомиоцитов	3

	гистологическом исследовании после вскрытия трупа?	3. Исчезновение гликогена в кардиомиоцитах 4. Некроз кардиомиоцитов 5. Расслабление миофибрилл кардиомиоцитов	
378.	Больной умер от прогрессирующей сердечной недостаточности. На вскрытии: сердце расширено в поперечнике, дряблое; мышца на разрезе неравномерного кровенаполнения, пестрая. При гистологическом исследовании: в миокарде полнокровие, в строме значительное количество преимущественно мелких одноядерных клеток. Выявленные морфологические изменения свидетельствуют о:	1. Венозном полнокровии 2. Жировой дистрофии миокарда 3. Негнойном межуточном миокардите 4. Кардиосклерозе 5. Инфаркте миокарда	3
379.	Больной 56 лет поступил в отделение с клиникой острого инфаркта миокарда. Диагноз был подтвержден данными ЭКГ и лабораторного исследования. На 5-е сутки состояние ухудшилось, при явлениях нарастающей сердечной недостаточности больной умер. На вскрытии подтвердился диагноз инфаркта миокарда, который осложнился разрывом сердца с гемотампонадой сердечной сумки. Какой процесс развился в зоне инфаркта?	1. Асептический аутолиз 2. Организация 3. Инкапсуляция 4. Септический распад 5. Петрификация	1
376.	Мужчина 52 лет перенес повторный интрамуральный инфаркт миокарда, выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового терапевта. Через 2 года погиб в автомобильной катастрофе. Установите характер патологического процесса в миокарде, который был установлен на вскрытии.	1. Атрофия 2. Некроз 3. Гиперплазия 4. Крупноочаговый кардиосклероз 5. Мелкоочаговый кардиосклероз	4
380.	Мужчина 57 лет, длительное время злоупотреблявший алкоголем, умер при нарастающих явлениях хронической сердечной недостаточности. На вскрытии найдено: масса сердца 580 г, миокард вял, глинистого цвета, с интенсивным диффузным интерстициальным фиброзом. Коронарные артерии интактные. При микроскопическом исследовании наблюдается сочетания гидропической и жировой дистрофии, атрофии и гипертрофии кардиомиоцитов. Встречаются очаги лизиса кардиомиоцитов и склероза. О какой кардиомиопатии идет речь?	1. Гипертрофической 2. Дилатационной 3. Рестриктивной 4. Метаболической 5. Алкогольной	5
381.	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
382.	Мужчина 66 лет, почувствовал сильную боль в области сердца, прием нитроглицерина не дал эффекта, через 5 дней умер в больнице. На вскрытии: гемоперикард, значительное выпячивание передней стенки левого желудочка сердца, которая истончена, вялая, однородная желтая, со сквозным дефектом до 1 см.	1. Миокардит 2. Аневризма сердца 3. Инфаркт миокарда 4. Постинфарктный кардиосклероз 5. Панкардит	3

	Микроскопически: кариолизис, плазмолиз и цитолиз кардиомиоцитов, фибриноидный некроз, демаркационное воспаление. Какое заболевание повлекло смерть?		
383.	При исследовании коронарных артерий обнаружены атеросклеротические бляшки с кальцинозом, закрывающие просвет сосудов на 1/3. В мышце мелкие множественные белесоватые прослойки соединительной ткани. Как называется процесс, обнаруженный в миокарде?	1. Миокардит 2. Инфаркт миокарда 3. Постинфарктный кардиосклероз 4. Диффузный кардиосклероз 5. Тигровое сердце	4
384.	На аутопсии умершего от гриппа мужчины: сердце несколько увеличено в размерах, пастозно, на разрезе миокард тусклый, с крапом. Микроскопически: в миокарде на всём протяжении признаки паренхиматозной жировой и гидропической дистрофии, строма отёчна, со скудной макрофагально-лимфоцитарной инфильтрацией, сосуды полнокровны; периваскулярно петехиальные кровоизлияния. Какой миокардит развился в этом случае?	1. Серозный очаговый 2. Серозный диффузный 3. Гранулематозный 4. Гнойный 5. Промежуточный пролиферативный	2
385.	На аутопсии умершего, у которого при жизни имели место признаки хронической сердечной недостаточности, обнаружили, что участок стенки левого желудочка сердца истончен, взбухает наружу, образовавшаяся полость заполнена тромботическими массами. Микроскопически установлено, что в данном участке стенка представлена рубцовой тканью, в остальном миокарде признаки гипертрофии и паренхиматозной дистрофии кардиомиоцитов, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Как классифицировать патологоанатомические изменения в сердце?	1. Хроническая аневризма сердца 2. Инфаркт миокарда 3. Острая аневризма сердца 4. Ишемическая дистрофия миокарда 5. Миокардит	1
386.	У больного 75-ти лет с атеросклерозом церебральных сосудов, на аутопсии в правой теменно-затылочной области головного мозга выявлен участок неправильной формы, мягкой консистенции, серого цвета. Какая наиболее вероятная причина развития этого процесса?	1. Тромбоз правой передне-мозговой артерии 2. Тромбоз правой задне-мозговой артерии 3. Тромбоз правой средне-мозговой артерии 4. Тромбоз базилярной артерии 5. Тромбоз сосудов мягкой мозговой оболочки	3
387.	Пожилой мужчина в течение 15 лет страдал гипертонической болезнью. Умер от хронической почечной недостаточности. Какой вид имели почки при вскрытии трупа?	1. Большие пестрые 2. Большие красные 3. Большие белые 4. Маленькие, плотные, поверхность мелкозернистая 5. Большие с множественными тонкостенными кистами	4
388.	У мужчины 52 лет, страдающего гипертонической болезнью, развился многочасовой гипертонический криз. Какие патоморфологические изменения в стенках артериол возникли во время гипертонического криза?	1. Фибриноидный некроз 2. Гиалиноз 3. Склероз 4. Амилоидоз 5. Кальциноз	1
389.	Пожилая женщина, на протяжении страдает бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца, повышением артериального давления. Установлена	1. Хроническая ишемия сердечной мышцы 2. Артериальная гипертензия	2

	гипертрофия левого желудочка. Какова причина изменений в сердце?	3. Легочная недостаточность 4. Бронхиальная астма 5. Эмфизема легких	
390.	Пожилой мужчина, 20 лет страдавший гипертонической болезнью, умер при явлениях уремии. На вскрытии обнаружено: гипертрофированное сердце и диффузный кардиосклероз; почки маленькие, плотные, с мелкозернистой поверхностью, капсула снимается с трудом. Гистологически: в почках коллапс артериол клубочков и их склероз, некоторые клубочки замещены однородным эозинофильным веществом, не окрашивающимся конго-рот; каналцы атрофированы. Как следует назвать описанные выше изменения почек?	1. Вторично-сморщенные почки 2. Первично-сморщенные почки 3. Амилоидно-сморщенные почки 4. Хронический гломерулонефрит 5. Хронический пиелонефрит	2
391.	Больной 63 лет страдал гипертонической болезнью и умер от сердечной недостаточности. При вскрытии найдено увеличенное сердце с расширенными полостями. Микроскопически: кардиомициты 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
392.	Больной 64 лет умер от кровоизлияния в мозг. На вскрытии обнаружены резко уменьшенные в размерах почки 6х3х2хсм, весом 60,0 гр, плотные, малокровные с равномерно мелкозернистой поверхностью, на разрезе с равномерно истонченным корковым слоем. Изменения в почках являются проявлением:	1. Вторично-сморщенной почки 2. Атеросклеротического нефросклероза 3. Артериолосклеротического нефросклероза 4. Подагрической почки 5. Амилоидно-сморщенной почки	3
393.	Мужчина 46 лет умер от уремии. На вскрытии обнаружены уменьшенные в размерах почки, вес 50.0, поверхность их мелкозернистая, кора равномерно истончена. При микроскопическом исследовании стенки артериол значительно утолщены вследствие отложения в них гомогенных бесструктурных розового цвета масс, просвет их резко сужен, клубочки уменьшены, склерозированы, каналцы атрофичны. Для какого заболевания характерны описанные изменения?	1. Хронический гломерулонефрит 2. Амилоидоз почек 3. Гипертоническая болезнь 4. Пиелонефрит со сморщиванием почек 5. Острый некротический нефроз	3
394.	Мужчина 65 лет длительное время болел гипертонической болезнью и умер от хронической почечной недостаточности. На вскрытии выявлено, что обе почки значительно уменьшены в размерах, поверхность их мелкозернистая; гистологически большинство клубочков гиалинизированы, часть склерозирована, отдельные гиперплазированы; в строме поля склероза, артериолои артериосклероз, эластофиброз больших ветвей почечных артерий. Назовите выявленные изменения.	1. Атеросклеротический нефросклероз 2. Артериолосклеротический нефросклероз 3. Хронический гломерулонефрит 4. Хронический пиелонефрит 5. Вторично сморщенная почка	2
395.	Больной 48 лет умер от осложнений гипертонической болезни. На вскрытии выявлены маленькие, плотные почки с мелкозернистой поверхностью, паренхима и корковое вещество атрофичны. Дайте название таким почкам.	1. Первично-сморщенные почки 2. Вторично-сморщенные почки 3. Амилоидно-сморщенные почки 4. Пиелонефритически-сморщенные почки	1
396.	У пожилой женщины, которая в течение длительного времени болела гипертонической болезнью, на вскрытии выявлено: почки значительно уменьшены (по	1. Амилоидно-сморщенные почки 2. Вторично-сморщенные почки 3. Первично-сморщенные почки	3

	80 гр), поверхность мелкозернистая, на разрезе кора равномерно истончена. Как можно назвать изменения в почках?	4. Пиелонефритически- сморщенные почки 5. Диабетический нефросклероз	
397.	На вскрытии сердце умершего выявлено утолщение левого желудочка до 2,5 см; почки уменьшены в размере, плотные, поверхность мелкобугристая, корковое вещество утончено; микроскопически артериолосклероз, гломерулосклероз, нефросклероз. В стволе головного мозга – гематома. О каком заболевании идет речь?	1. Атеросклероз 2. Амилоидоз почек 3. Гипертоническая болезнь 4. Ишемическая болезнь сердца Ревматизм	3
398.	При вскрытии тела умершего 56-ти лет в правой височной доле головного мозга найден большой очаг размягченного серого вещества кашицеобразной консистенции, бледно-серого цвета. В артериях основания мозга многочисленные беловато-жёлтые утолщения интимы, которые резко суживают просвет. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Абсцесс мозга 2. Ишемический инсульт 3. Геморрагический инсульт 4. Кровоизлияние 5. Отёк мозга	2
399.	На вскрытии женщины 48 лет выявлено: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность митрального клапана. Гистологически в миокарде – воспалительный кардиосклероз, наличие цветущих гранулем Ашофф-Талалаева. Какой из перечисленных ниже диагнозов наиболее вероятный?	1. Склеродермия 2. Дерматомиозит 3. Ревматизм 4. Узелковый периартериит 5. Системная красная волчанка	3
400.	Женщина 65 лет, длительно страдавшая гипертонической болезнью, умерла при явлениях уремии. На вскрытии выявлено: почки маленькие, плотные, с мелкозернистой поверхностью, капсула снимается с трудом. Гистологически в почках отмечается коллапс артериол клубочков и их склероз. Некоторые клубочки замещены однородным эозинофильным веществом, не окрашивающимся Конго-рот; каналы атрофированы. Какой процесс развивался в почках?	1. Амилоидно-сморщенные почки 2. Первично-сморщенные почки 3. Вторично-сморщенные почки 4. Пиелонефритически- сморщенные почки 5. Диабетический нефросклероз	2
401.	На вскрытии умершего 34 лет от ревматизма выявлено, что поверхность эпикарда ворсинчатая, покрыта пленками серого цвета, которые легко отделяются. После их отделения определяется отечная полнокровная поверхность эпикарда. Поставьте диагноз:	1. Пролиферативный перикардит 2. Фибринозный перикардит 3. Гнойный перикардит 4. Геморрагический перикардит 5. Катаральный перикардит	2
402.	При гистологическом исследовании в створке митрального клапана сердца выявлен: мукоидный отек, повреждение эндотелия, на замыкающем крае тромбы. Какая форма ревматического эндокардита наблюдается?	1. Острый бородавчатый эндокардит 2. Возвратно-бородавчатый эндокардит 3. Диффузный эндокардит 4. Фибропластический эндокардит 5. Полипозно-язвенный эндокардит	1
403.	У мальчика 9 лет на коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов появились плотные, безболезненные узелки размером 1-2 мм. В биоптате узелков крупный очаг фибриноидного некроза соединительной ткани с лимфоцитами и макрофагами по периферии. При каком заболевании наблюдаются такие узелки?	1. Ревматоидный артрит 2. Склеродермия 3. Узелковый периартериит 4. Ревматизм 5. Системная красная волчанка	4
404.	Больная 28-ти лет умерла от уремии. На вскрытии: почки увеличены, пестрые, с ячейками	1. Системная красная волчанка 2. Системная склеродермия	1

	кровоизлияния. Гистологически: гематоксилиновые тельца, капиллярные мембраны клубочков в виде проволочных петель, гиалиновые тромбы и очаги фибриноидного некроза, в сосудах селезенки – «луковичный склероз». Какой наиболее достоверный диагноз?	3. Ревматоидный артрит 4. Ревматический артрит 5. Узелковый периартериит	
405.	У мужчины 56 лет в течение многих лет страдал от ревматической сердечной недостаточности. При обострении заболевания развилась гемиплегия и наступила смерть. При гистологическом исследовании в митральном клапане выявлен выраженный склероз, очаговые клеточные инфильтраты, фибриновые наложения. Для какой формы эндокардита характерны выявленные изменения?	1. Фибропластического 2. Язвенно-полипозного 3. Возвратно-бородавчатого 4. Острого бородавчатого 5. Диффузного	3
406.	При микроскопическом исследовании ушка сердца у больного стенозом митрального клапана выявлены гранулемы Ашофф-Талалаева. О каком генезе сердечной недостаточности свидетельствуют гистологические исследования?	1. Сифилитический 2. Ревматический 3. Атеросклеротический 4. Врожденный 5. Септический	2
409.	У больной 48 лет после переохлаждения развилась деформация суставов, болезненность и ограниченность движений в пальцах конечностей; рядом с суставами появились маленькие плотные узелки. При гистологическом исследовании биопсии из узелков найдены очаги фибриноидного некроза, окруженные гистиоцитами. Ваш диагноз:	1. Ревматизм 2. Подагра 3. Ревматоидный артрит 4. Дерматомиозит 5. Деформирующий артроз	3
407.	Больная 32 лет страдает ревматическим пороком сердца. В клинику поступила с жалобами на одышку, отеки на ногах, асцит, увеличение печени. Смерть наступила от хронической сердечной недостаточности. На вскрытии диагностирован митральный стеноз. Какой из факторов морфогенеза наиболее вероятен?	1. Сращение створок между собой 2. Склероз и утолщение створок 3. Склероз и укорочение створок 4. Укорочение сухожильных нитей 5. Наличие мелких тромбов на поверхности клапана	1
408.	При вскрытии мужчины 61 лет, страдавшего ревматоидным артритом, обнаружены увеличенные в размере почки, очень плотные, желтовато-белые, с восковидным блеском, участками рубцовых западаний на поверхности. При окраске Конго-рот обнаружено отложение гомогенных розовых масс в капиллярных петлях клубочков, в стенках артериол, артерий, в базальной мембране канальцев и в строме. Развитием какого процесса осложнился ревматоидный артрит?	1. Постинфекционный гломерулонефрит 2. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит 3. Острый некротический нефроз 4. Вторичный амилоидоз почек 5. Фибропластический гломерулонефрит	4
410.	На вскрытии тела женщины 40 лет, умершей от уремии, найдено: увеличенные пестрые почки, в почках – утолщение капиллярных мембран клубочков в виде «проволочных петель», фибриноидный некроз их стенок и гиалиновые тромбы в просвете, в ядрах – гематоксилиновые тельца; в сердце – эндокардит Либмана-Сакса. Какое поражение почек наиболее вероятно?	1. Ревматический гломерулонефрит 2. Волчаночный нефрит 3. Холерный гломерулонефрит 4. Склеротическая почка 5. Терминальный гломерулонефрит	2
411.	Женщина 33 лет умерла от хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены множественные рубцы и инфаркты в селезенке, почках. При микроскопическом исследовании выявлены изменения в артериях среднего и мелкого калибра, которые характеризовались склерозом стенок, умеренной пролиферацией эндотелия и выраженной	1. Узелковым периартериитом 2. Атеросклерозом 3. Гипертонической болезнью 4. Болезнью Марфана 5. Висцеральным сифилисом	1

	лимфогистиоцитарной инфильтрацией вокруг. Каким заболеванием могут быть обусловлены данные изменения сосудов?		
412.	На вскрытии женщины 25 лет, умершей от явлений почечной недостаточности, на коже лица обнаружена «красная бабочка», на митральном клапане мелкие до 0.2 см красновато-розовые бородавчатые наложения. В почках очаги фибриноидного некроза, в клубочках утолщение базальных мембран капилляров клубочков в виде «проволочных петель», гематоксилиновые тельца, кариорексис. Какое заболевание развилось у больной?	1. Ревматизм 2. Ревматоидный артрит 3. Системная красная волчанка 4. Узелковый периартериит 5. Системная склеродермия	3
413.	При гистологическом исследовании створок митрального клапана сердца установлено, что эндотелиальные клетки очагово десквамированы, в этих участках на поверхности створки расположены мелкие тромботические наложения, соединительная ткань с явлениями мукоидного набухания с участками склероза и васкуляризации. Диагностируйте вид клапанного эндокардита.	1. Фибропластический 2. Возвратно-бородавчатый 3. Острый бородавчатый 4. Диффузный 5. Полипозно-язвенный	2
414.	У женщины 62 лет была значительную деформацию суставов пальцев рук и стоп. Гистологически: околосуставная соединительная ткань мукоидное набухание, участки фибриноидного некроза, скопление макрофагов, участки склероза; в синовиальной оболочке отек, признаки мукоидного и фибриноидного набухания, в синовиальной полости встречаются одиночные «рисовые тельца». Диагностируйте заболевание.	1. Ревматоидный артрит 2. Ревматизм 3. Болезнь Бехтерева 4. Гематогенный туберкулез 5. Подагра	1
415.	У женщины 44 лет межфаланговые и пястно-пальцевые суставы легко подвергаются вывиху и подвывиху с типичным отклонением пальцев в виде «плавников моржа». При микроскопическом исследовании обнаружено разрастание ворсин синовиальной оболочки, разрушение хряща, формирование паннуса. О каком заболевании идет речь?	1. Ревматический артрит 2. Остеоартроз 3. Ревматоидный артрит 4. Системная красная волчанка	3
416.	Ребенок умер от сердечной недостаточности. На вскрытии выявлено: расширение полостей желудочков сердца. Микроскопически в строме миокарда полнокровие, отек, распространены инфильтраты из гистиоцитов, лимфоцитов, нейтрофилов, эозинофилов. Какой наиболее достоверный диагноз?	1. Диффузный межучасточный экссудативный миокардит 2. Очаговый межучасточный экссудативный миокардит 3. Узелковый продуктивный миокардит 4. Межучасточный продуктивный миокардит 5. Альтеративный миокардит	1
417.	При гистологическом исследовании биоптата из пораженного участка кожи выявлено: незначительно выраженная атрофия эпидермиса, в дерме гиалиноз коллагеновых волокон, незначительные периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, в подлежащих скелетных мышцах выраженный интерстициальный отек, потеря поперечной исчерченности, мелкоочаговые некрозы с петрификацией. Диагностируйте выявленное заболевание.	1. Склеродермия 2. Дерматомиозит 3. Системная красная волчанка 4. Узелковый периартериит 5. Ревматизм	2
418.	На вскрытии умершей девушки 19 лет найдено: бородавчатый эндокардит всех клапанов, очаговое	1. Септический эндокардит 2. Системная красная волчанка	2

	кровоизлияние под эндокард, язвенный стоматит, язвы пищевода, пневмония, нефрит, гиперплазия селезенки с периваскулярным склерозом, васкулит и некроз в зрительном бугре, многочисленные фурункулы. Какое заболевание более вероятно?	3. Ревматизм 4. Ишемическая болезнь сердца 5. Гипертоническая болезнь	
419.	Женщина 45 лет в течение нескольких лет имеет трудности при глотании. Она также отмечает несвободность движений пальцев рук при печатании на компьютерной клавиатуре, суставы не болезненны. У женщины отсутствующие морщины на лице. Биопсия кожи выявила распространенный фиброз дермы без воспалительной инфильтрации. Диагностируйте заболевание по перечисленным клиническим и морфологическим данным.	1. Склеродермия 2. Дискоидная красная волчанка 3. Дерматомиозит 4. Амилоидоз 5. Ревматоидный артрит	1
420.	У больного, умершего от уремии, на вскрытии выявлена деформация позвоночного столба с резким ограничением подвижности. Суставные хрящи мелких суставов позвоночника разрушены, имеются выраженные признаки длительно текущего хронического воспаления в тканях суставов, полости суставов заполнены соединительной тканью, а местами даже костной с формированием анкилозов. В аорте, сердце, легких – хроническое воспаление и очаговый склероз. В почках – амилоидоз. Какой диагноз в данном случае наиболее вероятен?	1. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) 2. Болезнь Педжета (деформирующий остоз) 3. Ревматоидный артрит 4. Паратиреоидная остеодистрофия 5. Остеопетроз (мраморная болезнь)	1
421.	У больного с подозрением на системное заболевание, из участка повышенной плотности и малоподвижности кожи сделана биопсия. При исследовании выявлены все виды дезорганизации волокон соединительной ткани со слабо выраженной клеточной реакцией с переходом в грубый склероз и гиалиноз. Ваш диагноз.	1. Склеродермия 2. Узелковый периартерит 3. Системная красная волчанка 4. Псориаз 5. Дерматомиозит	1
422.	Женщина 43 лет обратилась с жалобами на невозможность движений и боль в суставах кистей рук и ступней ног. В локтевых и коленных суставах симптомы менее выражены. При осмотре кожа над суставами пастозная, частичный анкилоз суставов кистей и стоп, деформация рук в форме «шеи лебедя», вокруг межфаланговых суставов пальцев – одиночные круглые подкожные узлы, диаметром до 1 см. При пункции коленного сустава получена мутная жидкость, содержащая «белые зерна». Иммунофлюоресцентно в жидкости выявлен ревматоидный фактор. Диагностируйте заболевание.	1. Смешанное заболевание соединительной ткани 2. Подагра 3. Ревматический полиартрит 4. Остеоартроз	3
423.	У умершего 58 лет на вскрытии: митральный клапан деформирован, утолщён, смыкается не до конца. Микроскопически: очаги коллагеновых волокон эозинофильные, дают положительную реакцию на фибрин. Наиболее вероятный процесс:	1. Мукоидное набухание 2. Фибриноидное набухание 3. Гиалиноз 4. Фибринозное воспаление 5. Амилоидоз	2
424.	Больной 65 лет умер от острой коронарной недостаточности. При жизни отмечалась припухлость, деформация и боль коленных суставов. При патоморфологическом исследовании деформированных суставов синовиальных оболочек выявлено: гиперемия оболочек с множественными периваскулярными воспалительными инфильтратами из лимфоцитов,	1. Туберкулёзный артрит 2. Анкилозирующий спондилоартрит 3. Ревматоидный артрит 4. Узелковый периартериит 5. Деформирующий артроз	3

	плазмоцитов, макрофагов. Организующийся фибрин покрывает участки синовиальной оболочки и определяется в суставной жидкости в виде рисовых зерен. Ваш диагноз.		
425.	У больного с высоким титром антинуклеарных антител смерть наступила от нарастающей почечной недостаточности. При патологоанатомическом исследовании выявлен мезангиопролиферативный гломерулонефрит, абактериальный бородавчатый эндокардит, в селезенке периартериальный «луковичный» склероз, в коже – продуктивно-пролиферативный васкулит. Ваш диагноз.	1. Нефротический синдром 2. Ревматизм 3. Дерматомиозит 4. Системная красная волчанка 5. Узелковый периартерит	4
426.	При гистологическом исследовании биоптата стенки бронха больного хроническим бронхитом в слизистом слое выявлены разрастания грануляционной ткани, которые выступают над поверхностью слизистого слоя и содержат диффузный воспалительный инфильтрат. Какой вид бронхита наблюдается у больного?	1. Хронический слизисто-гнойный бронхит 2. Хронический слизистый бронхит 3. Хронический гнойный бронхит 4. Хронический полипозный бронхит 5. Хронический деформирующий бронхит	4
427.	Больная 72 лет умерла от тяжелой формы гриппа. На вскрытии «большие пестрые легкие». При микроскопическом исследовании выявлено: резкое полнокровие сосудов, кровоизлияние, отек легочной ткани, в просвете бронхов и альвеол экссудат, который содержит преимущественно эритроциты. О каком характере воспаления легких свидетельствуют эти морфологические признаки?	1. Катаральная бронхопневмония 2. Гнойная бронхопневмония 3. Геморрагическая бронхопневмония 4. Десквамативная бронхопневмония 5. Фибринозная пневмония	3
428.	У больной 52 лет, страдавшей хроническим гломерулонефритом, на фоне хронической почечной недостаточности появился кашель с отхождением слизистой мокроты. При бронхоскопии: слизистая оболочка бронхов полнокровная, набухшая, с мелкими кровоизлияниями. В просвете бронхов много слизи. Установите процесс в бронхах:	1. Первичный острый катаральный бронхит 2. Вторичный острый катаральный бронхит 3. Хронический катаральный бронхит 4. Деструктивно-язвенный бронхит 5. Катарально-гнойный бронхит	2
429.	На вскрытии тела женщины 52 лет, умершей от хронической почечной недостаточности, выявлено: почки уплотнены, уменьшены, пестрые, с участками кровоизлияний. Микроскопически: в ядрах эпителия канальцев гематоксилиновые тельца, утолщение базальных мембран капилляров клубочков, которые имеют вид проволоочных петель, кое-где в капиллярах гиалиновые тромбы и участки фибриноидного некроза. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Системная красная волчанка 2. Ревматизм 3. Артериосклеротический нефросклероз 4. Амилоидоз 5. Атеросклеротический нефросклероз	1
430.	На вскрытии трупа шахтера, проработавшего в шахте более 10 лет, в легком выявлены тяжи белесоватой волокнистой ткани и узелки 0,2-0,3 см в диаметре, При гистологическом исследовании в узелках небольшое количество коричневатой пыли, концентрические разрастания соединительной ткани, бедной клетками, с выраженным гиалинозом. О каком пневмокониозе следует думать в данном случае?	1. Асбестоз 2. Сидероз 3. Силикоз 4. Талькоз 5. Бериллиоз	3
431.	Больной 68 лет, в анамнезе: с детства хроническое воспалительное заболевание легких. Отхаркивание скупое. Попал в больницу с признаками легочной и	1. Гипертрофию и дилатацию левого желудочка 2. Гипертрофию и дилатацию	2

	сердечной недостаточности и при нарастании последней умер. Какие изменения в сердце были найдены на вскрытии?	правого желудочка 3. Гипертрофию обоих желудочков 4. Дилатацию обоих желудочков 5. Сердце без макроскопических изменений	
432.	Больная в течение 10 лет жаловалась на кашель с гнойной мокротой, удушье. Пальцы рук напоминали барабанные палочки. Умерла от явлений легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии бронхи деформированы, с мешковидными выпячиваниями стенки и гнойным воспалением в них. Наиболее вероятно заболевание:	1. Туберкулез 2. Хронический бронхит 3. Абсцесс 4. Острый бронхит 5. Бронхоэктатическая болезнь	5
433.	Больной умер через 3 недели от начала пневмонии. Макроскопически: нижняя доля правого легкого резко увеличена, плотная, безвоздушная, серая, с наложениями фибрина на плевре. При микроскопии во всех альвеолах этой доли выявлен фибрин и сегментоядерные лейкоциты. Ваш диагноз:	1. Очаговая бронхопневмония 2. Гриппозная пневмония 3. Фибринозный плеврит 4. Крупозная пневмония 5. Интерстициальная пневмония	4
434.	У больного 58 лет с клиническим диагнозом хронического бронхита, пневмосклероза, сердечно-легочной недостаточности взята биопсия из подозрительного участка слизистой правого бронха. Гистологически: клеточный и тканевый атипизм, появление структур в виде «раковых жемчужин». Какому патологическому процессу отвечают отмеченные гистологические изменения?	1. Хронический полипозный бронхит 2. Плоскоклеточный рак бронха с ороговением 3. Бронхоэктаз 4. Острый бронхит	2
435.	Мужчина 42 лет болел амилоидозом почек, умер от хронической почечной недостаточности. Патологоанатом в легких обнаружил преимущественно в нижних долях множественные диффузные расширения бронхов, в просветах которых гнойное содержимое. Поверхность разреза легких имеет мелкоячеистый вид, напоминает пчелиные соты. Гистологически в стенке бронхов хроническое воспаление, эластические и мышечные волокна замещены соединительной тканью. Эти изменения в легком расценены как:	1. Хронический бронхит 2. Хроническая пневмония 3. Бронхоэктазы 4. Бронхопневмония 5. Абсцессы легких	3
436.	Микроскопическое исследование биопсии бронха выявило опухоль, которая построена из гнездных скоплений атипичных клеток многослойного плоского эпителия, местами с характерными «жемчужинами». Ваш диагноз?	1. Плоскоклеточный рак с ороговением 2. Плоскоклеточный рак без ороговения 3. Солидный рак 4. Слизистый рак 5. Скирр	1
437.	На вскрытии больного 53 лет, страдавшего хроническим диффузным бронхитом и умершего от легочно-сердечной недостаточности, обнаружены большие, повышенной воздушности легкие, которые своими краями прикрывают средостение, не спадаются, бледно-серого цвета, режутся с хрустом, при надавливании пальцем на поверхности легких остается ямка. Из просвета бронхов выделяется слизисто-гнойный экссудат. Установите диагноз.	1. Хроническая диффузная обструктивная эмфизема легких 2. Хроническая очаговая эмфизема 3. Интерстициальная, межуточная эмфизема 4. Первичная идиопатическая эмфизема 5. Викарная компенсаторная эмфизема	1
438.	На вскрытии мужчины 56 лет выявлено, что легкие увеличены в размерах, бледные, мягкой консистенции,	1. Пневмоторакс 2. Ателектаз	3

	не спадаются, режутся с хрустом. Микроскопически расширение альвеолярных ходов, межальвеолярные перегородки тонкие, есть признаки интракапиллярного склероза. Для какого заболевания легких характерна такая морфологическая картина?	3. Эмфизема 4. Пневмосклероз 5. Пневмония	
439.	У больного в результате обтурации среднедолевого бронха узлом мягких тканей, образовался ателектаз средней доли правого легкого. При бронхобиопсии в зоне обтурации выявлены разрастания железисто-подобного атипичного эпителия с патологическими митозами, который прорастает в подлежащие ткани и хрящ. Какому заболеванию наиболее достовернее отвечают эти данные?	1. Воспалительный полип 2. Дисплазия эпителия бронха 3. Саркома бронха 4. Бронхогенный рак легких 5. Деформирующий бронхит	4
440.	При гистологическом исследовании биоптата легких выявлены атипичные клетки, которые формируют множественные ацинарные структуры и продуцируют слизь. Какая гистологическая форма рака легких имеет место у больного?	1. Высоккодифференцированная аденокарцинома 2. Умеренно дифференцированная аденокарцинома 3. Недифференцированный рак 4. Умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак 5. Железисто-плоскоклеточный рак	1
441.	Мужчина 56 лет, заболел острой нижнедолевой правосторонней стафилококковой пневмонией, умер от явлений нарастающей сердечно-легочной недостаточности. На аутопсии в нижней доле правого легкого обнаружена полость неправильно-округлой формы около 5 см в диаметре, содержащая гной и сообщающаяся с бронхом. Какое осложнение острой пневмонии имеет место у больного?	1. Бронхоэктатическая болезнь 2. Абсцесс легкого 3. Гангрена легкого 4. Тромбоэмболия легочного ствола 5. Острый бронхит	2
442.	Мужчина 48 лет длительно страдал хроническим бронхитом, выражены признаки легочно-сердечной недостаточности, удушье, пальцы в виде барабанных палочек, кашель со значительным количеством слизисто-гнойной мокроты (особенно утром). Поставьте предположительный диагноз.	1. Бронхиальная астма 2. Хронический бронхит 3. Бронхоэктатическая болезнь 4. Бронхопневмония 5. Эмфизема легких	3
443.	Больной 46 лет, умер от крупозной пневмонии. На вскрытии в плевральной полости непрозрачная жидкость, на висцеральной плевре сероватого цвета пленка. Определить вид воспаления на висцеральной плевре.	1. Гнойное 2. Гранулематозное 3. Катаральное 4. Фибринозное 5. Геморрагическое	4
444.	Мужчина 48 лет заболел остро после охлаждения. Заболевание сопровождалось сердечно-дыхательной недостаточностью, от которой он умер. На вскрытии: правое легкое увеличено, печеночной плотности, тяжелое; на плевре — значительные фибриновые наложения. На разрезе легкое серого цвета, зернистое, из поверхности стекает мутная жидкость. При гистологическом исследовании — острое воспаление с наличием в просвете альвеол гнойно-фибринозного экссудата. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Стафилококковая пневмония 2. Крупозная пневмония 3. Очаговая пневмония 4. Интерстициальная межальвеолярная пневмония 5. Идиопатический фиброзирующий альвеолит	2
445.	Мужчина 52 лет остро заболел пневмонией, на 6-й день болезни развился отек легких, который стал причиной	1. Респираторный дистресс-синдром взрослых	3

	смерти. На вскрытии выявлено, что пораженная верхняя часть правого легкого увеличена, плотная, на плевре с фибринозными наслоениями, на разрезе серого цвета, из поверхности разреза стекает мутная жидкость. Микроскопически: в просвете альвеол фибрин, нейтрофилы, макрофаги, гемолизированные эритроциты. Укажите, какая пневмония была у больного?	2. Стафилококковая бронхопневмония 3. Крупозная пневмония 4. Вирусная пневмония 5. Гипостатическая пневмонияб.	
446.	На аутопсии мужчины средних лет, длительно страдавшего бронхоэктатической болезнью, обнаружено, что оба надпочечника резко увеличены в объеме за счет коркового слоя. Надпочечники плотные, бледные, сального вида. Микроскопически по ходу ретикулярной стромы, в стенках сосудов отложение бесструктурных, гомогенных, эозинофильных и конго-роположительных масс. Эти изменения свидетельствуют о развитии:	1. Амилоидоза 2. Мукоидного набухания 3. Фибриноидного набухания 4. Липидоза 5. Гиалиноза	1
447.	На вскрытии выявлено увеличенное в размерах, плотное левое легкое, на висцеральной плевре наложения фибрина, на разрезе серого цвета, из ее поверхности стекает мутная серо-желтая жидкость. О каком заболевании идет речь?	1. Рак легких 2. Крупозная пневмония 3. Очаговая пневмония 4. Интерстициальная пневмония 5. Бронхоэктатическая болезнь	2
448.	У женщины 42 лет, после переохлаждения появился озноб, высокая температура, кашель. Смерть наступила на 5-е сутки. На вскрытии: нижняя доля правого легкого увеличена, плотная, на разрезе серого цвета с зернистой поверхностью, на плевре серого цвета пленчатые наложения. Какое заболевание развилось у больной?	1. Казеозная пневмония 2. Коревая пневмония 3. Крупозная пневмония 4. Гриппозная пневмония 5. Бронхопневмония	3
449.	При гистологическом исследовании удаленного сегмента легкого шахтера найдены многочисленные, округлые узелки, построенные из концентрических гиалинизированных пучков соединительной ткани. Большая часть их расположена периваскулярно и перибронхиально. Наиболее достоверный диагноз:	1. Фиброзирующий альвеолит 2. Туберкулез 3. Силикоз 4. Бронхит 5. Рак легких	3
450.	Мужчина 46 лет в течение многих лет страдал бронхоэктатической болезнью, умер вследствие уремии. На вскрытии обнаружены увеличенные, плотные почки, сального вида на разрезе. Какому заболеванию соответствуют такие изменения?	1. Амилоидоз почек 2. Гломерулонефрит 3. Некротический нефроз 4. Пиелонефрит 5. Артериолосклеротический нефросклероз	1
451.	Больной 54 лет страдал хроническим деструктивным гнойным бронхитом, умер от полиорганной недостаточности. На вскрытии обнаружено: кардиомегалия, сальная почка, саговая селезенка. Какой процесс осложнил течение бронхита?	1. Опухолевидный амилоидоз 2. Первичный амилоидоз 3. Вторичный амилоидоз 4. Старческий амилоидоз 5. Распространенный гиалиноз	3
452.	На вскрытии выявлено: правое легкое увеличено, плотное, на плевре наслоения фибрина, на разрезе ткань серого цвета, с поверхности стекает мутная жидкость. Для какого заболевания легких характерна такая картина?	1. Гангрена легких 2. Крупозная пневмония 3. Очаговая пневмония 4. Интерстициальная пневмония 5. Фиброзирующий альвеолит	2
453.	На вскрытии больного 49 лет, который много лет работал на шахте и умер от хронической легочно-сердечной недостаточности, выявлено, что легкие безвоздушные, значительно плотные, склерозированы, верхушки эмфизематозно изменены, поверхность серо-черного	1. Асбестоз 2. Аллюминоз 3. Антракоз 4. Силикоз 5. Талькоз	3

	цвета, на разрезе ткань легких аспидно-черного цвета. От какой болезни наступила смерть?		
454.	На вскрытии мужчины 47 лет в ткани легкого обнаружены участки повышенной воздушности, с наличием мелких пузырей. Гистологически: истончение и разрыв альвеолярных перегородок с образованием крупных полостей различной формы. Какое заболевание обнаружено в легком?	1. Бронхоэктатическая болезнь 2. Кавернозный туберкулез 3. Хронический бронхит 4. Эмфизема легких 5. Фиброзирующий альвеолит	4
455.	На вскрытии мужчины 54 лет, умершего от хронической легочной недостаточности, обнаружены следующие изменения: легкие увеличены, плотноватые, маловоздушные, на разрезе в них определяется множество диффузно расположенных узелков белесоватого цвета, 2-3 мм в диаметре. Микроскопически узелки представлены концентрически расположенными коллагеновыми волокнами. О каком заболевании идет речь?	1. Милиарный туберкулез легких 2. Фиброзирующий альвеолит 3. Узловая форма силикоза 4. Мелкоочаговая пневмония 5. Метастазы опухоли в легкие	3
456.	На вскрытии больного, который в течение 9 лет, работал шлифовальщиком камня, в легких обнаружены мелкие, округлой формы плотные узелки, состоящие из соединительной ткани. На периферии этих узелков расположены макрофаги. Проявлением какого заболевания являются изменения в легких?	1. Силикоз 2. Острая пневмония 3. Бронхоэктатическая болезнь 4. Хронический бронхит 5. Бронхиальная астма	1
457.	Мужчина со злокачественной опухолью желудка умер от раковой интоксикации. В задненижних отделах легких выявлены плотные серокрасного цвета неправильной формы ячейки, которые выступают над поверхностью разреза. Микроскопически при этом в просвете, стенках мелких бронхов и альвеолах оказывается экссудат, в котором много нейтрофилов. Какое заболевание выявлено в легких?	1. Крупозная пневмония 2. Интерстициальная пневмония 3. Острая серозная бронхопневмония 4. Острая гнойная бронхопневмония 5. Острый бронхит	4
458.	Мужчину 55 лет в течение последних 3 лет беспокоил сухой кашель, нарастала одышка, легочная недостаточность, быстрая потеря веса. На вскрытии установлено легочное сердце. В легких резко выражен фиброз, с наличием полостей создающих картину «медовых сот». Гистологически: интерстициальный фиброз с выраженной инфильтрацией стромы лимфогистиоцитами с примесью нейтрофилов. Установите диагноз?	1. Хроническая буллезная эмфизема 2. Поствоспалительный пневмосклероз 3. Бронхоэктатическая болезнь 4. Фиброзирующий альвеолит 5. Пылевой пневмосклероз	3
459.	На вскрытии больного, умершего от пневмонии, выявлено, что нижняя доля правого легкого плотная, безвоздушная, на разрезе серого цвета, на висцеральной плевро наложения фибрина. Укажите наиболее вероятную этиологию пневмонии.	1. Стафилококковая 2. Стрептококковая 3. Микоплазменная 4. Пневмококковая 5. Вирусная	4
460.	На вскрытии мужчины, который много лет работал на предприятии с высоким уровнем свободной двуокиси кремния в воздухе, найдены увеличенные и плотные в объеме легкие со значительным количеством милиарных и более крупных очагов склероза округлой и овальной формы, серого и серо-черного цвета. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Антракосиликоз 2. Узловатая форма силикоза 3. Диффузно-склеротическая форма силикоза 4. Силикоантракоз 5. Асбестоз	2
461.	У умершего, который свыше 20 лет работал в шахте на добыче каменного угля, при вскрытии найдены плотные легкие серо-черного цвета со значительными участками	1. Антракоз 2. Антракосиликоз 3. Силикоантракоз	1

	новообразованной соединительной ткани и наличием большого количества макрофагов с пигментом черного цвета в цитоплазме. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	4. Талькоз 5. Сидероз	
462.	На вскрытии мужчина 60 лет, который длительное время употреблял значительное количество алкоголя и умер дома. Было найдено: макроскопически правое легкое плотное и увеличено в размерах, ткань на разрезе сероватого цвета однородна, плевра покрыта сероватыми пленочными наложениями; микроскопически полости альвеол содержат нити фибрина, гемолизированные эритроциты. Диагностируйте заболевание.	1. Первичный туберкулез легких 2. Очаговая пневмония 3. Крупозная пневмония 4. Интерстициальная пневмония 5. Казеозная пневмония	3
463.	На вскрытии мужчины 47 лет выявлены следующие изменения: правое легкое умеренно плотно во всех отделах, на разрезе ткань безвоздушна, мелко зернистая, суховатая. Висцеральная плевра с наслоением фибрина серокоричневого цвета. Определите диагноз?	1. Пневмофиброз 2. Крупозная пневмония 3. Туберкулез 4. Бронхопневмония 5. Интерстициальная пневмония	2
464.	Мужчина 44 лет, через час после ощущения недомогания впадает в состояние коллапса, умирает, не приходя в сознание. На вскрытии выявлено: легкие увеличены в объеме, полнокровные, режутся с хрустом. Нижняя часть правого легкого печеночной плотности, поверхность разреза серо-коричневого цвета, плевра тусклая, с незначительными фибринозными наложениями. Какой диагноз наиболее достоверен?	1. Крупозная пневмония 2. Бронхопневмония 3. Острый венозный застой легких 4. Токсический шок 5. Острый инфаркт миокарда	1
465.	При вскрытии трупа мужчины 69 лет, который длительное время болел хроническим бронхитом, выявлено, что легкие увеличены в объеме, не спадаются, бледные, тестовидной консистенции, повышенной воздушности. Микроскопически: во всех участках легких проксимальные отделы ацинусов резко расширены, стенки альвеол утончены, местами разорваны. Какому заболеванию отвечает данная морфологическая картина?	1. Ателектаз легких 2. Бронхоэктатическая болезнь 3. Эмфизема легких 4. Хроническая интерстициальная пневмония 5. Эмпиема плевры	3
466.	На вскрытии тела мужчины, много лет проработавшего на шахте и умершего от легочно-сердечной недостаточности, обнаружено, что лёгкие маловоздушны, значительно уплотнены, склерозированы, верхушки эмфизематозно изменены, поверхность серо-чёрного цвета, на разрезе ткань лёгких аспидно-чёрного цвета. Какая болезнь стала причиной смерти?	1. Аллюминоз 2. Силикоз 3. Талькоз 4. Антракоз 5. Асбестоз	4
467.	На вскрытии умершего шахтера обнаружены изменения в легких: увеличение в объеме, повышенная плотность, значительное количество узелков округлой формы серого и серо-черного цвета по всей поверхности легких. При микроскопии узелки представлены концентрически расположенными гиалинизированными пучками соединительной ткани. Среди пучков имеются макрофаги, содержащие черный пигмент. Назовите заболевание.	1. Милиарный туберкулез легких 2. Бронхоэктатическая болезнь 3. Крупозная пневмония 4. Силикоз, узелковая форма 5. Силикоз: диффузно-склеротическая форма	4
468.	На судебно-медицинской экспертизе находится тело мужчины 58 лет, который длительное время злоупотреблял алкоголем. Умер дома.	1. Казеозная пневмония 2. Очаговая пневмония 3. Крупозная пневмония	3

	Макроскопически: правое лёгкое плотное и увеличено в размерах, ткань на разрезе сероватого цвета, однородная, плевра покрыта сероватыми плёнчатыми наслоениями. Микроскопически полости альвеол содержат нитки фибрина, гемолизированные эритроциты. Диагностируйте заболевание:	4. Интерстициальная пневмония 5. Первичный туберкулёз лёгких	
469.	Больной умер при явлениях лёгочно-сердечной недостаточности. При гистологическом исследовании обнаружено: диффузное поражение лёгких с интерстициальным отёком, инфильтрацией ткани лимфоцитами, макрофагами, плазмócитами; пневмофиброз, панацинарная эмфизема. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Бронхиальная астма 2. Фиброзирующий альвеолит 3. Бронхопневмония 4. Хронический бронхит 5. Ателектаз лёгких	2
470.	Верхняя доля правого лёгкого увеличена, серого цвета, безвоздушна, с поверхности разреза стекает мутная жидкость, на плевре много фибриновых плёнок; микроскопически в альвеолах обнаруживается экссудат с присутствием нейтрофилов, десквамированных альвеолоцитов и нитей фибрина. Стенка бронха интактна. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Гриппозная пневмония 2. Абсцесс лёгких 3. Крупозная пневмония 4. Интерстициальная пневмония 5. Очаговая пневмония	3
471.	Мужчина с 30-летним стажем работы в шахте умер от нарастающей легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии обнаружено: легкие увеличены в размерах, плотной консистенции, на разрезе в них большое количество узелков размерами с просяные зерна и больше, плотных сероватого и серовато-черного цвета, местами узелки сливаются в более крупные участки. Назовите наиболее вероятное заболевание:	1. Антракосиликоз 2. Асбестоз 3. Аллюминоз 4. Берилиоз 5. Сидероз	1
472.	Больному, который находился на лечении в торакальном отделении с жалобами на высокую температуру, отдышку, боль в правой половине грудной клетки, была выполнена плевральная пункция. Во время плевральной пункции удалено 700 мл сливкообразной жидкости желтовато-зеленого цвета. Наиболее вероятный диагноз:	1. Фибринозный плеврит 2. Эмпиема плевры 3. Карциноматоз плевры 4. Серозный плеврит 5. Геморрагический плеврит	2
473.	Во время вскрытия в верхней доле правого легкого выявлен крупный клиновидный очаг темно-красной плотной ткани. При гистологическом исследовании: некроз стенок альвеол, просвет альвеол плотно заполнен эритроцитами. Какой процесс развился в легком?	1. Гангрена легкого 2. Кровоизлияние в легкое 3. Геморрагический инфаркт легкого 4. Карнификация легкого 5. Ателектаз легкого	3
474.	При патоморфологическом исследовании тела умершего шахтера в легких были обнаружены множественные тонкие тяжи соединительной ткани с очагами склероза вокруг бронхов и сосудов легких; разрастание соединительной ткани в альвеолярных перегородках с развитием бронхиолита и бронхоэктазов. Какая форма силикоза наиболее вероятна?	1. Диффузно-склеротическая 2. Узелковая 3. Смешанная 4. Силикотическая кавернозная 5. Силикотуберкулез	1
475.	У мужчины с кровавой рвотой на операции в желудке найдена язва, проникающая в мышечный слой желудка. Края язвы плотные, на дне – кровоточащий сосуд. Какая это язва?	1. Пенетрирующая язва 2. Острая язва с кровотечением 3. Хроническая язва с кровотечением 4. Перфоративная язва 5. Малигнизированная язва	3
476.	В патологоанатомическое отделение прислан удаленный аппендикс. Макроскопически он утолщен, увеличен в размерах, серозная оболочка тусклая, сосуды	1. Простой катаральный аппендицит 2. Поверхностный катаральный	4

	полнокровны, из просвета отростка на разрезе выделяется жидкость желто-зеленого цвета. При какой форме аппендицита развиваются такие изменения?	аппендицит 3. Гангренозный аппендицит 4. Флегмонозный аппендицит 5. Апостематозный аппендицит	
477.	В биоптате толстой кишки определяется поверхностный дефект слизистой оболочки, снижение числа бокаловидных клеток и количества слизи в них, резкая лимфоплазмочитарная инфильтрация с наличием сегментоядерных лейкоцитов, в том числе эозинофилов. Выберите наиболее вероятный диагноз.	1. Болезнь Крона 2. Хронический ишемический колит 3. Неспецифический язвенный колит в фазе обострения 4. Дизентерия в третьей стадии 5. Амебиаз кишечника с формированием язв	3
478.	На вскрытии трупа женщины 43 лет, в прямой и сигмовидной кишке язвенные дефекты слизистой оболочки неправильной формы с неровными контурами, они сливаются между собой, оставляя небольшие островки сохранившейся слизистой оболочки. О какой разновидности колита можно думать?	1. Фолликулярный колит 2. Катаральный колит 3. Язвенный колит 4. Фибринозный колит 5. Гнойный колит	3
479.	При микроскопическом исследовании в аппендиксе во всех слоях найдены в значительном количестве полиморфно-ядерные лейкоциты, полнокровие, стазы. Такая картина является характерной для:	1. Флегмонозного аппендицита 2. Гангренозного аппендицита 3. Поверхностного аппендицита 4. Простого аппендицита 5. Хронического аппендицита	1
480.	Удаленный оперативно червеобразный отросток был утолщен, серозная оболочка его тусклая, полнокровная, с беловатыми, рыхлыми пленчатыми наложениями, в просвете мутная, беловато-желтая вязкая жидкость. Гистологически: диффузная инфильтрация лейкоцитами всех слоев червеобразного отростка. О каком варианте аппендицита можно думать?	1. Гангренозном 2. Простом 3. Поверхностном 4. Флегмонозном 5. Хроническом	4
481.	Удаленный аппендикс утолщен, покрыт фибринозно-гнойным налетом. Все слои отростка инфильтрированы гнойным экссудатом, слизистая оболочка разрушена. Ваш диагноз?	1. Флегмонозный аппендицит 2. Флегмонозно-язвенный аппендицит 3. Простой аппендицит 4. Гангренозный аппендицит 5. Поверхностный аппендицит	2
485.	При гистологическом исследовании гастробиопсии выявлено истончение слизистой оболочки желудка с уменьшением количества желез и значительным разрастанием соединительной ткани, просветы желез расширены; слизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Хронический поверхностный гастрит 2. Хронический умеренный атрофический гастрит 3. Хронический выраженный атрофический гастрит 4. Хронический выраженный атрофический гастрит с кишечной метаплазией 5. Флегмона желудка	3
482.	Умершая 48 лет, в прошлом оперировалась по поводу опухоли желудка. При вскрытии яичник резко увеличен в размерах, плотной консистенции, белого цвета. Гистологически: в препарате крайне атипичные эпителиальные клетки, размещенные среди пластов и тяжей соединительной ткани. Какое заболевание имеет место?	1. Серозная цистаденокарцинома 2. Псевдомуцинозная цисткарцинома 3. Злокачественная текома 4. Крукенберговский рак яичника 5. Злокачественная гранулезоклеточная опухоль	4
483.	Мужчина умер в результате нарастающей анемии, сопровождавшейся рвотой темным желудочным	1. Хроническая язва желудка 2. Хронический атрофический	1

	содержимым. На вскрытии в желудке обнаружено около 1 литра жидкой крови и кровяных сгустков, на малой кривизне единичная язва овальной формы с валикообразными приподнятыми плотными краями и гладким дном. Какое заболевание имеет место?	гастрит 3. Острый гастрит 4. Острая язва желудка 5. Хронический гипертрофический гастрит	
484.	У женщины 48 лет найдены увеличенными надключичные лимфатические узлы. При исследовании биопсии из лимфатического узла выявлен метастаз перстневидно-клеточного рака. Выберите наиболее вероятную локализацию первичной опухоли.	1. Рак пищевода 2. Рак щитовидной железы 3. Рак легких 4. Рак желудка 5. Рак шейки матки	4
486.	При исследовании аппендикса наблюдается диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенки. Назовите разновидность воспаления.	1. Острый простой 2. Острый флегмонозный 3. Некротический 4. Острый поверхностный 5. Гангренозный	2
487.	При гистологическом исследовании удаленной язвы желудка в ее дне найден фибринозно-лейкоцитарный экссудат, зона фибриноидного некроза, ниже расположенные слои грануляционной и фиброзной ткани. Ваш диагноз:	1. Хроническая язва 2. Острая язва 3. Острая эрозия 4. Малигнизированная язва 5. Флегмона желудка	1
488.	Аппендикс длиной 9 см, толщиной 0.9 см. Серозная поверхность тусклая, полнокровная. Микроскопически стенка отечна, стазы в капиллярах и венах, мелкие кровоизлияния; в слизистой и подслизистой оболочках – очаги некроза с лейкоцитарной инфильтрацией вокруг них. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Острый простой аппендицит 2. Острый поверхностный аппендицит 3. Острый флегмонозный аппендицит 4. Острый флегмонозно-язвенный аппендицит 5. Острый гангренозный аппендицит	2
489.	При фиброгастроскопии мужчины 38 лет, с жалобами на боль в эпигастрии после еды, слизистая оболочка желудка гиперемирована, складки ее уменьшены. Микроскопически в гастробииоптате: слизистая оболочка утончена, количество желез уменьшено, разрастание соединительной ткани, инфильтрированы лимфоцитами, плазмócитами. Укажите, какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?	1. Хронический поверхностный гастрит 2. Хронический атрофический гастрит 3. Острый катаральный гастрит 4. Острый гнойный гастрит 5. Гигантский гипертрофический гастрит	2
490.	Мужчина 44 лет, который длительное время болел язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, умер от перитонита. На вскрытии выявлены множественные стеатонекрозы забрюшинной ткани и поджелудочной железы, в 12-ти перстной кишке язвенный дефект диаметром 5 мм и глубиной до 10 мм, в краях некротические массы. Диагностируйте осложнение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки?	1. Перфорация 2. Кровотечение 3. Пенетрация 4. Стеноз 5. Малигнизация	3
491.	При осмотре зева у ребенка 12 лет, больного ангиной, определяется гиперемия слизистой оболочки неба, миндалины увеличены в размерах, красные, на их поверхности заметные мелкие бело-желтые ячейки. Какой клинко-морфологический вариант ангины наиболее вероятный в данном случае?	1. Гнойная 2. Лакунарная 3. Катаральная 4. Фибринозная 5. Некротическая	2
492.	При гистологическом исследовании биоптата из слизистой оболочки желудка женщины 50 лет выявлено: утончение слизистой оболочки, уменьшения количества	1. Хронический атрофический гастрит в активной фазе 2. Хронический атрофический	1

	желез, фокусы кишечной метаплазии; полнокровие, отек и склероз стромы; диффузная лимфоплазмодитарная инфильтрация со значительными примесями полинуклеарных лейкоцитов. Установить диагноз.	гастрит в неактивной фазе 3. Хронический поверхностный гастрит 4. Острый катаральный гастрит 5. Острый фибринозный гастрит	
493.	При макроскопическом исследовании желудка выявлен глубокий дефект стенки с поражением мышечной оболочки, проксимальный край подрыт, дистальный пологий. При микроскопическом исследовании: в дне дефекта оказывается зона некроза, под которой грануляционная ткань с массивным участком рубцовой ткани на месте мышечного слоя. Установить диагноз.	1. Хроническая язва в стадии ремиссии 2. Хроническая язва в стадии обострения 3. Острая язва 4. Эрозия 5. Рак-язва	2
494.	При микроскопическом исследовании удаленного аппендикса отмечался отек, диффузная нейтрофильная инфильтрация стенки и наличием дефекта слизистой оболочки с поражением ее мышечной пластинки. Какая форма аппендицита развилась у больного?	1. Флегмонозная 2. Гангренозная 3. Флегмонозно-язвенная 4. Поверхностная 5. Апостематозная	3
495.	У больного 55 лет при фиброгастроскопии выявлено диффузное набухание, гиперемия, одинокое мелкое кровоизлияние слизистой оболочки желудка, большое количество мутного, вязкого серого экссудата на поверхности. Какой гастрит развился у больного?	1. Геморрагический 2. Фибринозный 3. Катаральный 4. Гнойный 5. Некротический	3
496.	При микроскопическом исследовании пункционной биопсии печени найдена дистрофия некрозы гепатоцитов, склероз с нарушением балочного и дольчатого строения с образованием ложных долек, регенераторных узлов. Выберите наиболее верный диагноз.	1. Прогрессирующий массивный некроз печени 2. Цирроз печени 3. Хронический гепатоз 4. Хронический гепатит 5. Острый гепатит	2
497.	Больной 53 лет, в течение длительного времени страдал хроническим алкоголизмом, были многократные атаки алкогольного гепатита. На вскрытии: печень желтого цвета плотной консистенции, край ее заострен, поверхность печени бугристая, на разрезе с множеством мелких узлов. О каком заболевании идет речь?	1. Рак печени 2. Подострая дистрофия печени 3. Хронический гепатит 4. Цирроз печени 5. Острый гепатит	4
498.	В больного 62 лет, длительно страдавшего желчно-каменной болезнью с признаками холангита и холангиолита, развился цирроз печени. К какому из ниже перечисленных видов цирроза он относится?	1. Билиарный 2. Инфекционный 3. Токсический и токсико-аллергический 4. Обменно-алиментарный 5. Циркуляторный	1
499.	У больного асцит, в два раза увеличенная селезенка, варикозное расширение вен пищевода и прямой кишки. При гистологическом исследовании биоптата печени выявленный микронодулярный цирроз. Какой процесс осложнил цирроз печени?	1. Гепато-лиенальный синдром 2. Печеночно-клеточная недостаточность 3. Синдром портальной гипертензии 4. Сердечная недостаточность	3
500.	Мужчина 63 лет, страдавший хроническим вирусным гепатитом, умер от острой постгеморрагической анемии, которая возникла на фоне кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. На вскрытии печень резко уменьшена в размерах, плотной консистенции, поверхность мелкобугристая. Микроскопическая картина однородная – тонкопетлистая соединительнотканная сетка мелкие ложные узелки. Какой морфогенетический тип цирроза имеет место в	1. Портальный цирроз 2. Постнекротический цирроз 3. Смешанный цирроз 4. Вирусный цирроз 5. Билиарный цирроз	1

	данном случае?		
501.	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
502.	Больной 52 лет отделения жаловался на слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38°C. На 7 сутки – резкая боль в правом подреберье и пожелтение кожи. При микроскопии биоптата печени: нарушение балочного строения, в гепатоцитах – гидропическая и баллонная дистрофия, в некоторых гепатоцитах – некроз, тельца Каунсильмена, на периферии долек – увеличенное количество многоядерных гепатоцитов. Какая форма вирусного гепатита наиболее достоверна?	1. Злокачественная 2. Циклическая желтушная 3. Хроническая 4. Холестатическая 5. Безжелтушная	2
503.	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. Токсичная 4. Паразитарная 5. Грибковая	1
504.	У больного с признаками паренхиматозной желтухи и портальной гипертензии взята биопсия печени. Во время гистологического исследования найдено: балочное строение нарушено, часть гепатоцитов в состоянии жировой дистрофии, образуются porto-портальные соединительнотканые септы с формированием псевдодолек, с наличием перипортальных лимфомакрофагальных инфильтратов. Диагностируйте заболевание	1. Алкогольный гепатит 2. Хронический гепатоз 3. Вирусный гепатит 4. Цирроз печени 5. Токсичная дистрофия	4
505.	На вскрытии мужчины, который длительное время злоупотреблял алкоголем, печень уменьшенных размеров, плотная, мелкобугристая. Микроскопически: псевдодольки мелкие, разграниченные узкими прослойками соединительной ткани с лимфомакрофагальными инфильтратами; гепатоциты в состоянии крупнокапельной жировой дистрофии. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Хронический персистирующий алкогольный гепатит 2. Алкогольный цирроз 3. Хронический активный алкогольный гепатит 4. Токсичная дистрофия печени 5. Жировой гепатоз	2
506.	Больной поступил с симптомами тошноты, отсутствия аппетита, желтухой кожи. Микроскопическое исследование биоптата печени выявило гидропическую и баллонную дистрофию гепатоцитов, некроз отдельных клеток, присутствие телец Каунсильмена в дольках печени, нарушение их структуры, а также	1. Токсическая дистрофия печени 2. Вирусный гепатит 3. Гнойный гепатит 4. Цирроз печени 5. Малярия	2

	лимфоцитарная инфильтрация. Какому заболеванию все это свойственно?		
507.	У мужчины 35 лет диагностирован вирусный гепатит В. Проведенная пункционная биопсия печени показала: нарушение балочного строения с полиморфизмом гепатоцитов и множественными фигур митоза. Гепатоциты увеличены в объеме, цитоплазма заполнена вакуолями, которые содержат прозрачную жидкость. Какой вид дистрофии характерен для данного заболевания?	1. Жировая дистрофия 2. Гиалиново-крапельная дистрофия 3. Углеводная дистрофия 4. Гидропическая дистрофия 5. Зернистая дистрофия	4
508.	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, желтокоричневого цвета. Определите наиболее вероятную патологию, выявленную в печени.	1. Биллиарный цирроз 2. Постнекротический цирроз 3. Портальный цирроз 4. Жировая дистрофия 5. Атрофия	3
509.	Проведена пункционная биопсия печени больному 38 лет с выраженной желтухой, мелкими кровоизлияниями в кожу, общей слабостью, потерей аппетита. Гистологическое исследование обнаружило распространённую дистрофию, некроз гепатоцитов, наличие телец Каунсильмена. По периферии долек значительная инфильтрация лимфоцитами, встречаются отдельные многоядерные гепатоциты. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Токсическая дистрофия печени 2. Вирусный гепатит острый 3. Хронический гепатит 4. Милиарный цирроз печени 5. Алкогольный гепатит острый	2
510.	В пункционном биоптате печени обнаружена дистрофия гепатоцитов с некрозами, а также склероз с нарушением балочного и дольчатого строения, с образованием ложных долек и регенераторных узлов. Выберите наиболее вероятный диагноз:	1. Цирроз печени 2. Прогрессирующий массивный некроз печени 3. Хронический гепатоз 4. Хронический гепатит 5. Острый гепатит	1
511.	При пункционной биопсии печени больного с клиникой печеночноклеточной недостаточностью выявлена вакуольная, баллонная дистрофия гепатоцитов, некроз отдельных клеток, тельца Каунсильмена, инфильтрация портальной и долевой стромы преимущественно лимфоцитами, макрофагами с незначительным количеством полиморфноядерных лейкоцитов. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Хронический персистирующий гепатит С 2. Хронический активный гепатит 3. Острый вирусный гепатит 4. Аутоиммунный гепатит Е 5. Алкогольный гепатит	3
512.	У больного с клинической картиной лейкоза в пунктате грудины наряду с наличием миелоцитов, промегакариоцитов и мегакариоцитов обнаружено преобладание клеток эритробластического ряда: пронормоцитов и нормоцитов. Вероятный диагноз:	1. Лимфолейкоз 2. Миелолейкоз 3. Эритремия 4. Миеломная болезнь 5. Недифференцированный лейкоз	3
513.	Печень и селезенка увеличены. В костном мозге: пролиферация всех трех отростков, увеличение числа ядерных форм красного ряда, большое количество мегакариоцитов, почти полное исчезновение жировых клеток, очаговое рассасывание костных балок. Эта картина наблюдается при:	1. Малярии 2. Симптоматическом эритроцитозе 3. Сепсисе 4. Миеломной болезни 5. Эритремии	5
514.	В лимфатическом узле крупные неправильной формы фолликулы с плеоморфными светлыми клетками, среди которых имеются макрофаги. Большое количество	1. Реактивной фолликулярной гиперплазии 2. Фолликулярной неходжкинской	1

	фигур митоза. Хорошо выражена мантийная зона. Такая картина характерна для:	злокачественной лимфомы 3. Гранулематозного лимфаденита 4. Туберкулезного лимфаденита 5. Инфекционного мононуклеоза	
515.	У больного лимфоузлы резко увеличены, располагаются пакетами, не спаяны между собой, на разрезе серого цвета. Гистологически: мономорфная картина, представленная клетками типа В-лимфоцитов. Эта картина наблюдается при:	1. Хроническом лимфолейкозе 2. Лимфогранулематозе 3. Хроническом миелолейкозе 4. Ретикулосаркоме 5. Хроническом неспецифическом лимфадените	1
516.	У больного 40 лет конгломерат лимфоузлов в подмышечных, надключичных и паховых областях. Температура тела 38°C в течение нескольких недель, потеря массы тела > 10%. При микроскопии в лимфоузле замещение волокнистой фиброзной тканью и отложение аморфного эозинофильного вещества. Клеточных элементов мало. Среди них крупные одноядерные, двоядерные и многоядерные клетки с выраженным ядрышком, а также лимфоциты, плазмциты, эозинофилы. Наиболее вероятно:	1. Болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип 2. Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное истощение 3. Неходжкинская злокачественная лимфома 4. Болезнь Ходжкина, нодулярный склероз 5. Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание	2
517.	У больного 36 лет отмечается шейная лимфаденопатия. Рисунок лимфатического узла стерт, ткань его представлена относительно мономорфными крупными и средней величины клетками с эксцентрично расположенным ядром и выраженной базофильной цитоплазмой. Встречаются двоядерные клетки. Это может быть:	1. Хронический лимфаденит 2. Экстрamedулярная плазмцитомы 3. Миеломная болезнь 4. Болезнь Ходжкина 5. Диффузная злокачественная неходжкинская лимфома из средних и крупных клеток	2
518.	У больного 38 лет одиночный лимфоузел в подключной области. Симптомов интоксикации нет. Рисунок лимфатического узла на большом протяжении стерт, ткань его представлена малыми лимфоцитами, единичными плазмцитами и эозинофилами. В небольшом количестве обнаруживаются крупные одно-, двух- и многоядерные клетки с крупным ядрышком. Ваш диагноз:	1. Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание 2. Диффузная гиперплазия ткани лимфатического узла 3. Болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип 4. Хронический лимфаденит 5. Диффузная злокачественная неходжкинская лимфома	3
519.	Лимфатический узел характеризуется наличием фиброза, располагающегося пальцевидно вокруг узелков гранулематозной ткани. В узелках - различное количество лимфоцитов, плазмцитов, нейтрофилов; имеются диагностические и лакунарные клетки Березовского-Штернберга. Вероятнее всего это:	1. Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное истощение 2. Болезнь Ходжкина, нодулярный склероз 3. Болезнь Ходжкина, смешанный тип 4. Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание 5. Гранулематозный лимфаденит	2
520.	У мужчины 46 лет в подмышечной области пакет спаянных между собой безболезненных лимфатических узлов диаметром до 3 см. Симптомов интоксикации нет. Микроскопически - увеличение числа мелких мономорфных клеток. Макрофагов нет. Мантийная зона не выражена. Ваш диагноз:	1. Фолликулярная гиперплазия 2. Гранулематозный лимфаденит 3. Нодулярная неходжкинская злокачественная лимфома 4. Болезнь Ходжкина 5. Ангиофолликулярная гиперплазия	3

Вид оценочного средства: перечень практических навыков и умений для демонстрации на зачете к разделам 3 – 4

№	Практический навык, умение	Уровень усвоения
Специальные профессиональные умения и навыки		
1.	Оценка предварительной информации об исследуемых объектах	IV
2.	Осмотр и вскрытие трупа методами Шора и Абрикосова	IV
3.	Вскрытие спинного мозга, придаточных пазух, костного мозга, суставов	IV
4.	Вскрытие новорожденных и мертворожденных, учитывая связь пре- и постнатальной патологии с течением беременности и родов у матери	IV
5.	Вскрытия при карантинных и особо опасных инфекциях с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, забора материала	IV
6.	Вскрытие при подозрении на сепсис	IV
7.	Вскрытия при различных соматических и инфекционных заболеваниях	III
8.	<i>Специальные методы диагностики у секционного стола:</i>	IV
	- проба на воздушную эмболию	III
	- проба на жировую эмболию	IV
	- проба на наличие воздуха в плевральных полостях	IV
	- проба на амилоид	IV
	- теллуритовая проба на ишемию	IV
	- раздельное взвешивание сердца (определение сердечного индекса)	IV
9.	Макроскопическая оценка и описание изменений в органах и тканях трупа	IV
10.	Макро- и микроизмерения линейных размеров объектов (морфометрия), расстояний между объектами; измерения массы объектов	IV
11.	Выбор и вырезка участков органов и тканей для гистологического исследования	IV
12.	Выбор оптимальных методов фиксации, обработки, окраски материала, определение необходимого для диагностики числа гистологических препаратов	IV
13.	Забор секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических, биохимических и других видов исследований	IV
14.	Проведение процедур преаналитического этапа (прием и сортировка биоматериала, приготовление биоматериала для светооптической диагностики)	IV
15.	Приготовление, фиксация и окраска мазков-отпечатков	IV
16.	Исследование гистологических препаратов (секционный, операционный и биопсийный материал)	IV
	<i>Патоморфологическая диагностика:</i>	
17.	- обратимых и необратимых патологических процессов	IV
18.	- различных видов расстройств кровообращения	IV
19.	- различных форм воспаления	IV
20.	- иммунопатологических процессов	IV
21.	- процессов компенсации и приспособления	IV
22.	- доброкачественных и злокачественных новообразований	IV
23.	- болезней системы кровообращения	IV
24.	- ревматических болезней	IV
25.	- болезней органов дыхания	IV
26.	- болезней органов пищеварения	IV
27.	- болезней лимфатической и кроветворной систем	IV
28.	Отбор участков препарата для фотосъемки, изготовление микрофотографий	IV
29.	Контроль качества аналитического этапа исследований	IV

30.	Интерпретация результатов обследования пациента с учетом данных истории болезни, амбулаторной карты, мнения лечащего врача	IV
31.	Проведение дифференциальной диагностики со сходными по морфологическим проявлениям заболеваниями	IV
32.	Оформление протокола вскрытия, карты вскрытия, свидетельства о смерти, заключения о причине смерти	IV
33.	Оформление патологоанатомического (патогистологического) диагноза	IV
34.	Формулировка клинико-анатомического эпикриза	IV
35.	Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов с определением причин диагностических ошибок (расхождений диагнозов)	IV
36.	Заполнение медицинского свидетельства о смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти	IV
37.	Проведение санитарно-просветительной работы	II
38.	Руководить деятельностью медицинского персонала	I

Уровни усвоения:

I – имеет представление, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентирован, знает показания к ее проведению;

II – участие в выполнении манипуляции (исследовании, процедуре);

III – выполнение манипуляции под контролем преподавателя (медицинского персонала);

IV – самостоятельное выполнение манипуляции.

Оценочные средства к разделам

3. Посмертная диагностика заболеваний (аутопсийный раздел)

4. Прижизненная диагностика (биопсийный раздел)

Вид оценочного средства: ситуационные задачи к разделам 3 и 4 (3-й семестр)

	Оценочное средство	Эталон ответа
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.
2.	Больной свищевой формой остеомиелита умер от хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены увеличенные в размерах «сального» вида почки, уменьшенная в размерах селезенка. Выражены 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.
3.	На вскрытии пациента 35 лет, умершего от острой сердечной недостаточности, обнаружено выраженное полнокровие внутренних органов, в селезенке и почках белесоватого цвета очаги клиновидной формы. Сердце дряблое, с расширенными полостями. На створках аортального клапана и по ходу интимы аорты вегетации в виде полипа. Конъюнктивы глаз с петехиальными кровоизлияниями, кожа и подкожная клетчатка с кровоизлияниями. 1. Охарактеризуйте патологический процесс согласно классификации. 2. Дайте названия патологическим изменениям, выявленным в почках, селезенке, конъюнктиве и коже.	1. Септический (бактериальный) эндокардит. 2. Селезенка и почки – инфаркты. Конъюнктивы глаз – пятна Лукина-Либмана. Кожа и подкожная жировая клетчатка – пятна Джейнуэя.
4.	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	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.

	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.	
5.	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 фибринозной пневмонии. 3. Присоединением вторичной инфекции.
6.	На вскрытии умершего от асфиксии обнаружен резко выраженный отек гортани, острое полнокровие внутренних органов. В легких – острая эмфизема, при гистологическом исследовании – пролиферация трахеобронхиального эпителия с полиморфными клетками с пикнотичными пузырьковидными ядрами, формирующими «подушкообразные» разрастания. 1. Назовите заболевание. 2. Патогенез развития асфиксии. 3. Перечислите, какие еще осложнения могут быть у данного заболевания?	1. Парагрипп. 2. Острый ларингит и отек гортани. 3. Вирусная или вирусно-бактериальная пневмония, генерализация инфекции.
7.	Смерть больного 12 лет наступила в период эпидемии гриппа при проявлениях токсической формы заболевания. На аутопсии диагностирован резко выраженный отёк-набухание головного мозга. 1. Опишите характерные макроскопические изменения головного мозга. 2. Каков механизм наступления смерти? 3. Укажите причины поражения центральной нервной системы при гриппе.	1. Геморрагический лептоменингит, гриппозный энцефалит, отек 2. Дислокация стволового отдела 3. Цитопатическое, вазопаралитическое действие
8.	На вскрытии умершего от острой дыхательной недостаточности выявлено генерализованное поражение верхних дыхательных путей в виде катарального воспаления, поражение легких, головного мозга и внутренних органов в виде гемодинамических расстройств. При гистологическом исследовании органов дыхания определяется лимфогистиоцитарная инфильтрация, выраженная десквамация эпителиальных клеток с фуксинофильными включениями. 1. Назовите заболевание. 2. Назовите диагностические клетки, которые обнаруживаются в пораженных органах. 3. Возможные осложнения и причины смерти.	1. Аденовирусная инфекция. 2. Клетки с фуксинофильными включениями. 3. Отит, синусит, ангина, пневмония. Смерть от пневмонии, от других легочных осложнений, от генерализации процесса.

9.	На аутопсии умершего от полиорганной недостаточности выявлена гиперемия, отек слизистой тонкой кишки с гиперплазией лимфоидного аппарата. В легких, печени и головном мозге множественные мелкие гнойники. В анамнезе – употребление в пищу куриного мяса. 1. Как называется заболевание? 2. Этиология. 3. Клинико-морфологическая форма.	1. Сальмонеллез. 2. Salmonella. 3. Септическая.
10.	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. Salmonella typhi. 3. Некротические изменения брюшнотифозных гранул
11.	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
12.	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. Уточните механизм развития патологических изменений почек (патогенез). 3. Перечислите внепочечные изменения в организме умершей.	1. Алгидный период. 2. Эксикоз, гиповолемический шок, ишемия почек, некроз эпителия канальцев. 3. Пневмония, абсцессы, флегмона, сепсис.
13.	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 невррит. 3. Кориnebacteria (палочка дифтерии).
14.	Смерть ребенка 3 лет наступила на 6-е сутки заболевания, начавшегося с подъема температуры до 39°C, профузного поноса. Бактериологическое исследование позволило выделить из содержимого	1. Дизентерия 2. Тонкая кишка (лимфоидный аппарат) 3. Катарально-фолликулярный, фолликулярно-язвенный энтерит

	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.	4. Прямое действие экзотоксина на эпителий почечных канальцев
15.	На вскрытии умершего от асфиксии обнаружены бледно-серые пленчатые наложения на миндалинах, голосовых складках и гортани. Лимфатические узлы шеи увеличены. Сердце дряблое, «тряпичного» вида. На послойных срезах миокард с чередованием полос буро-красного и желтого цвета. 1. Назовите заболевание. 2. Вид экссудативного воспаления слизистых оболочек. 3. Изменения в сердце при данном заболевании.	1. Дифтерия. 2. Фибринозное. 3. Жировая дистрофия кардиомиоцитов, мелкие очаги миолиза, отек, полнокровие и клеточная инфильтрация интерстиция.
16.	При интраоперационной ревизии брюшной полости у пациента, оперированного по поводу клиники острого живота, на брюшине обнаружены массивные фибринозно-гнойные наложения. При ревизии сигмовидной кишки выявлена перфорация стенки. Произведена резекция с наложением анастомоза. При морфологическом исследовании выявлен глубокий дефект слизистой оболочки с пленчатого вида наложениями. 1. Как называется заболевание? 2. Этиология и стадия процесса. 3. Осложнения и исходы.	1. Дизентерия. 2. Shigella. Стадии: катаральный колит, фибринозный колит, язвенный колит, заживление язв. 3. Перфорация кишки, стеноз кишки, кишечное кровотечение, парапроктит, перитонит, флегмона кишки; бронхопневмония, пиелит и пиелонефрит, артриты, пилефлебические абсцессы печени, амилоидоз, интоксикация, истощение.
17.	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.
18.	У ребенка школьного возраста появились озноб, повышение температуры тела до 39°C, резкая головная боль, возбуждение, двигательное беспокойство, рвота, обильная геморрагическая сыпь, которая на коже нижних конечностей и ягодичной области быстро приобрела вид обширных геморрагий багрово-синюшного вида. Отмечено снижение артериального давления, тахикардия, нитевидный пульс, олигоурия. Смерть наступила от острой надпочечниковой недостаточности. 1. Диагностируйте заболевание. 2. Уточните клинико-анатомическую форму. 3. Какие изменения обнаружены при аутопсии в надпочечниках и почках?	1. Менингококковая инфекция 2. Менингококцемия 3. Кровоизлияния в надпочечники, острая почечная недостаточность 4. Синдром Уотерхауса – Фридериксена

	4. Как называется синдром острой надпочечниковой недостаточности?	
19.	На вскрытии умершего от отека мозга на фоне нарастающей интоксикации обнаружены утолщенные отечные мозговые оболочки зеленоватого цвета, покрывающие ткань мозга в виде чепчика. На эпендиме боковых желудочков зеленоватого цвета наложения вязкой консистенции. 1. Назовите заболевание и форму. 2. Морфологические изменения во внутренних органах. 3. Механизм смерти.	1. Менингококковая инфекция, менингококковый гнойный менингит. 2. Гнойное воспаление оболочек головного мозга. 3. Набухание головного мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
20.	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.
21.	Ребенок 7 лет обратился в поликлинику по поводу крупнопятнистой папулезной сыпи за ушами, на туловище и ногах. На слизистой оболочке щек белесоватого цвета пятна. При исследовании биоптата увеличенного подчелюстного лимфоузла определяются гигантские многоядерные макрофаги. 1. Назовите заболевание. 2. Дайте название изменений на слизистой щек. 3. Осложнения.	1. Корь. 2. Энантема (пятна Бельского – Филатова – Коплика). 3. Поражения бронхов и легких в связи с присоединением вторичной инфекции, влажная гангрена мягких тканей промежности и щек – нома, асфиксия.
22.	Смерть ребенка 6 лет наступила от коревой бронхопневмонии. 1. Каковы ворота инфекции при кори. 2. Определите характерные микроскопические признаки пневмонии указанной этиологии. 3. Перечислите возможные осложнения пневмонии.	1. Конъюнктивит, верхние дыхательные пути 2. Гигантоклеточные симпласты 3. Абцессы, бронхоэктазы
23.	Пациент госпитализирован с жалобами на боли в горле, резкий подъем температуры. При осмотре на кожных покровах мелкоточечная геморрагическая сыпь, бледный носогубный треугольник. Лимфоузлы шеи увеличены, болезненные при пальпации. Клетчатка шеи отечная, кожа гиперемизованная. При явлениях нарастающей интоксикации пациент умер. На вскрытии выявлен заглоточный абсцесс, гиперплазия лимфоидной ткани. При гистологическом исследовании – выраженная лейкоцитарная инфильтрация вещества головного мозга и мягких мозговых оболочек, дистрофические изменения в паренхиматозных органах. 1. Назовите заболевание. 2. Укажите форму болезни, обнаруженную на вскрытии. 3. Охарактеризуйте выявленные осложнения.	1. Скарлатина. 2. Тяжелая (септическая) форма. 3. Выявленные осложнения развиваются из-за присоединения вторичных инфекций.

24.	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.
25.	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.
26.	При гистологическом исследовании биоптата изъязвленного узелка багрово-красного цвета, расположенного на коже голени больного гемофилией, определяется множество новообразованных, хаотично расположенных тонкостенных сосудов и пучков веретенообразных клеток. В строме кровоизлияния и скопления гемосидерина. 1. Назовите данную опухоль. 2. Патологический процесс, для которого она является маркером. 3. Стадия процесса, для которой она характерна.	1. Саркома Капоши. 2. ВИЧ-инфекция. 3. Для стадии СПИДа.
27.	При исследовании аутопсийного материала умершего от кахексии наркомана в легочных альвеолах выявлено большое количество эозинофильных масс с мелкими гиперхромными частицами. На слизистой ротовой полости, пищевода, трахеи и бронхов белесоватые нитевидные наложения. В лимфоузлах картина лимфоидного истощения. 1. Назовите общепатологический процесс. 2. Назовите выявленные поражения органов. 3. Стадия процесса, для которой они характерны.	1. Общая атрофия 2. Легкие – пневмоцистная пневмония; грибковые поражения слизистых оболочек. 3. Для стадии СПИДа.
28.	Больной 7 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, быструю утомляемость. При обследовании выявлены субфебрилитет, увеличение подмышечных, шейных лимфатических узлов. Патогистологическое заключение при биопсии подмышечного лимфатического узла – «казеозный лимфаденит».	1. Первичный туберкулез 2. Первичный аффект 3. Гематогенная генерализация, рост первичного аффекта, лимфогенное прогрессирование

	1. Классифицируйте заболевание. 2. Характерные изменения в лёгочной ткани. 3. Возможные осложнения при неблагоприятном течении.	
29.	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.
30.	Смерть больного 3 лет наступила при клинической картине менингоэнцефалита. Мягкая мозговая оболочка основания мозга при аутопсии утолщена, желеобразная, мутная. В толщине мозговой оболочки – мелкие просовидные бугорки. 1. Опишите возможные микроскопические изменения мягкой мозговой оболочки. 2. Укажите форму туберкулеза. 3. Уточните особенности течения заболевания. 4. Назовите возможные изменения в лёгких ребёнка. 5. Отдаленные последствия перенесенного в детстве менингита при благоприятном исходе заболевания.	1. Серозно-фибринозное воспаление, туберкулезные бугорки 2. Первичный туберкулез 3. Гематогенное прогрессирование 4. Первичный аффект 5. Гидроцефалия
31.	На вскрытии больного 44 лет, умершего от тяжелой общей интоксикации и дыхательной недостаточности, субплеврально в С-2 правого легкого обнаружен очаг творожистого вида, диаметром около 3 см. Бифуркационные и бронхопульмональные лимфоузлы увеличены в размерах, спаяны в виде конгломерата. На поверхности разрезов определяются просовидные очажки творожистого вида. В обоих легких, в печени, селезенке и почках на послойных разрезах видны мелкие белесоватого цвета бугорки. 1. К какой форме заболевания относится описанный патологический процесс? 2. Морфологические изменения при гистологическом исследовании пораженных органов?	1. Гематогенный туберкулез. 2. Туберкулезные гранулемы.
32.	При исследовании биоптата оболочек коленного сустава пациента 50 лет выявлено продуктивное гранулематозное воспаление с некрозом в центре гранулем и гигантскими многоядерными клетками. При окраске препаратов по Циль – Нильсену выявлены кокковые и ветвистые формы возбудителя. 1. Укажите клинико-морфологический вид, к которому относится данный патологический процесс. 2. Назовите микроорганизм, выявленный при помощи дополнительной окраски микропрепаратов. 3. Осложнения данного заболевания.	1. Гематогенный туберкулез с преимущественными внелегочными поражениями. 2. Микобактерия. 3. Омертвление тканей, секвестрация кости, деформация сустава. Возможно распространение специфического процесса на мягкие ткани с развитием натечных абсцессов и свищей.

33.	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 плевре. В С-1 определяются инкапсулированные и частично петрифицированные очаги до 0,7 см в диаметре. В бифуркационных и бронхопульмональных лимфоузлах картина антракотической индурации. 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.
34.	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 Абрикосова). 3. Затухание либо прогрессия процесса.
35.	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.
36.	При рентгенологическом исследовании пациента выявлена круглая тень С-3 правого легкого. При морфологическом исследовании операционного материала – инкапсулированный очаг некроза диаметром 4 см. 1. Дайте название клинико-анатомической форме. 2. Какие изменения можно выявить при гистологическом исследовании? 3. Исходы.	1. Туберкулема. 2. Очаг творожистого некроза в соединительнотканной капсуле. 3. Прогрессия заболевания.
37.	На вскрытии ВИЧ-инфицированного, 37 лет, обнаружена облитерация плевральных полостей, смещение средостения влево. При исследовании легких на фоне грубосетчатого фиброза определяются разновеликие толстостенные полости размерами от 1,5 до 6 см, с гнойно-некротической внутренней выстилкой, бронхо-артериальными швартами и разновеликими фокусами некроза желтовато-серого цвета. В плевро-кортикальных зонах верхних долей легочная ткань в виде мешотчатых вздутий. Масса сердца 470 г, толщина стенки левого желудочка у основания 1,1 см. Паренхима почек и пульпа селезенки на разрезе «сального» вида. 1. Назовите данное заболевание.	1. Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции. 2. Фиброзно-кавернозный туберкулез, легочное сердце, вторичный амилоидоз.

	2. Охарактеризуйте выявленные легочные и внелегочные изменения.	
38.	У больной 35 лет с жалобами на тахикардию, боли в области сердца при обследовании выявлено патологическое 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, звёздчатой формы, которые содержат бледно окрашенный коллоид; определяются участки его резорбции. В строме лимфоплазмочитарная 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 межуточный склероз, тиреотоксический фиброз печени, дистрофические изменения нервных клеток, гиперплазия лимфоидной ткани, атрофия коры надпочечников. Сердечно-сосудистая или острая надпочечниковая недостаточность, присоединение вторичной инфекции, кахексия.
39.	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 интиму. 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.
40.	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 фиброэпителиальной 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 бурокрасными. 4. Патологические переломы, известковые метастазы, нефрокальциноз, нефролитиаз, калькулезный холецистит. Смерть может наступить от уремии или присоединившейся инфекции.
41.	У женщины 50 лет с симптомами тиреотоксикоза обнаружено опухолевидное образование щитовидной железы. Макроскопически: узел 3 см в диаметре неправильной округлой формы с четкими границами,	1. Злокачественная опухоль щитовидной железы. 2. Папиллярный рак. 3. В 4-м издании классификации ВОЗ

	умеренной плотности, на разрезе пестрого вида, серо-желтого цвета, с кровоизлияниями, кистами и петрификатами. <i>При микроскопии</i> ткань щитовидной железы состоит из полостей разного размера, выстланных атипичным кубическим эпителием, образующим сосочковые разрастания. Эпителий гипохромный, «пустые» ядра, лишённые ядрышек, ядра с вдавлениями и эозинофильными включениями инвагинированной цитоплазмы, псаммомные тельца в середине сосочков. Местами сосочки врастают в стенку полостей и капсулу опухоли. 1. Назовите разновидность опухолевого процесса в щитовидной железе. 2. Назовите гистологический вид опухоли. 3. Назовите гистологические варианты данной опухоли. 4. Прогноз заболевания.	выделено 14 гистологических вариантов. Наиболее распространены: классическая папиллярная карцинома, микрокарцинома (вместе ~70% случаев) и фолликулярный вариант папиллярного рака щитовидной железы (20%). Выделяют группу более редких «агрессивных» вариантов, характеризующихся относительно более высокой частотой рецидивов и метастазов – из них чаще встречаются высококлеточный (4–8%), диффузно-склерозирующий и солидный. 4. Прогноз, как правило, хороший (10-летняя выживаемость более 95%). Метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи бывают редко, в единичных случаях выявляют гематогенные метастазы в лёгкие.
42.	При исследовании биоптата почки пациента 40 лет выявлена выраженная пролиферация мезангиоцитов, диффузное утолщение и расщепление мембран капилляров клубочков. 1. Назовите морфологический тип, к которому относится данное заболевание. 2. Механизм развития. 3. Осложнения и исходы.	1. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит. 2. Иммунокомплексный. 3. Хроническая почечная недостаточность.
43.	При микроскопическом исследовании почек умершего 52 лет, страдавшего хроническим гломерулонефритом, обнаружены изменения, типичные для интракапиллярного гломерулонефрита. 1. Назовите его формы. 2. Структурные элементы, участвующие в процессе. 3. Назовите внепочечные симптомы заболевания.	1. Мезангиальный, фибропластический. 2. Мезангиоциты, подоциты, основное вещество мезангия, эндотелий капилляров, базальные мембраны капилляров. 3. Артериальная гипертония, гипертрофия миокарда левого желудочка, отеки, диспротеинемия, азотемия.
44.	На вскрытии умершего от уремии и дыхательной недостаточности, обнаружены увеличенные в объемах печеночной плотности легкие серо-красного 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. Коровый 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.
45.	После приёма суррогатов алкоголя у мужчины 42 лет развился синдром острой почечной недостаточности со смертельным исходом на третьи сутки. 1. Классифицируйте данную нефропатию. 2. Определите стадию заболевания. 3. Дайте макроскопическое описание почек.	1. Острая тубулопатия, некронефроз, острая почечная недостаточность. 2. Олигоанурическая. 3. Почки увеличены, набухшие, отечные, капсула напряжена, легко снимается, на разрезе корковый слой бледно-серого

	4. Опишите характерные микроскопические изменения. 5. Укажите особенности патогенеза.	цвета, широкий, резко отграничен от пирамид, имеющих темно-красный цвет. 4. Клубочки малокровны, нефроциты проксимального отдела в состоянии гидропической дистрофии, некроза, просвет канальцев закрыт детритом, есть очаги тубулорексиса, строма отечна. 5. Воздействие нефротоксического вещества, прямой некроз нефроцитов, шок с развитием спазма сосудов коркового слоя, переключением кровообращения на юкстамедулярный шунт.
46.	Больная 47 лет перенесла операцию удаления нефункционирующей почки. Макроскопически орган увеличен, неравномерно плотной консистенции, деформирован. На разрезе полость лоханки и просвет некоторых чашечек заполнены камнем причудливой формы, матово-желтого цвета. Паренхима почки местами имеет толщину не более 3 мм. Слизистая оболочка лоханки резко гиперемирована, с точечными кровоизлияниями, покрыта зеленоватым налетом. 1. Диагностируйте почечную патологию. 2. Приведите образное название камня по химическому составу, его форме. 3. Классифицируйте процесс в паренхиме почки. 4. Назовите возникшее осложнение заболевания. 5. Какова сущность процесса, развившегося в здоровой почке?	1. Почечно-каменная болезнь – нефролитиаз 2. Урат, «коралловый» камень 3. Атрофия от давления 4. Пиелонефрит 5. Викарная гипертрофия
47.	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.
48.	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 соединительнотканью 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.
49.	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	1. Мукоидное набухание, артериолиты и артерииты, фибриноидный некроз с воспалительными клеточными реакциями и разрастание соединительной ткани с толстостенными сосудами (формирование

	суставов. В легких и сердце определяются очаги склероза. 1. Перечислите морфологические изменения, которые можно выявить в околосуставной ткани. 2. Охарактеризуйте изменения, выявленные в почках.	ревматоидных узлов). 2. Нефропатический амилоидоз.
50.	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, отеки 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 сального 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
51.	При исследовании биоптата почки пациента 70 лет, предъявляющего жалобы на боли и ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника, получена положительная реакция ткани на окраску конго-красным. 1. Дайте определение обнаруженной патологии почек. 2. Для какой болезни характерна совокупность данных патологических изменений? 3. Функции, каких еще органов могут нарушаться при данном заболевании?	1. Нефропатический амилоидоз. 2. Болезнь Штрюмпелля – Бехтерева – Мари. 3. Сердца, легких, аорты.
52.	У больной с миеломной болезнью прогрессировало поражение почек, ставшее непосредственной причиной гибели. Лабораторно при жизни выявлена парапротеинемия. На секции – значительное увеличение размеров обеих почек, имеющих плотную консистенцию и корковое вещество серо-белого цвета. 1. Назовите данную нефропатию. 2. Образное название почек. 3. Стадия заболевания. 4. Микроскопические изменения. 5. Элективный метод окраски срезов.	1. Гломерулопатия – амилоидоз почек 2. Большая белая амилоидная почка 3. Нефротическая 4. Отложения амилоида в строме пирамид, мезангиуме, по ходу базальных мембран капилляров клубочков, сосудов, канальцев 5. Выявление амилоида конго-красным
53.	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 тяжей клеток с овальным и круглым ядром, в центре которых формируются трубочки, напоминающие почечные канальцы; имеются образования, сходные с почечными	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. Морфологический критерий: недифференцированная опухолевая ткань или нефрогенные структуры, имеющие разную степень дифференцировки

	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.	(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.
54.	На вскрытии умершего от отека мозга на фоне нарастающей интоксикации обнаружены утолщенные отечные мозговые оболочки зеленоватого цвета, покрывающие ткань мозга в виде чепчика. На эпендиме боковых желудочков зеленоватого цвета наложения вязкой консистенции. 1. Назовите заболевание и форму. 2. Морфологические изменения во внутренних органах. 3. Механизм смерти.	1. Менингококковая инфекция, менингококковый гнойный менингит. 2. Гнойное воспаление оболочек головного мозга. 3. Набухание головного мозга с вклинением миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
55.	Больная 45 лет, неоднократно госпитализировалась в неврологическую клинику по поводу повторных внутримозговых кровоизлияний в левой височно-теменной области. Больная погибла от отека головного мозга с вклинением миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие после очередного внутримозгового кровоизлияния. После аутопсии поставлен диагноз мультиформной глиобластомы головного мозга с кровоизлиянием в ткань опухоли. 1. Вид опухоли головного мозга 2. Гистогенетический тип опухоли 3. Возможные пути метастазирования 4. Где будут локализоваться метастазы 5. С какими другими глиальными опухолями следует проводить дифференциальный диагноз?	1. Злокачественная 2. Нейроэктодермальная 3. Ликворогенный, имплантационный 4. Головной мозг 5. Астроцитомы, олигодендроглиомы
56.	У больного в коже множество округлых узлов. Один из них удален и прислан для гистологического исследования. При микроскопии: опухоль из соединительной ткани с примесью нервных волокон. 1. Назовите опухоль (диагноз)? 2. Как называется рост опухоли с образованием множественных узлов? 3. Каков гистогенез этой опухоли? 4. Как эта опухоль растет в коже?	1. Нейрофиброма. 2. Мультицентрический рост. 3. Нейрофиброма – доброкачественная опухоль, развивается из фибробластов эндо- и периневрия. 4. Кожная нейрофиброма растет инфильтративно и не образует капсулу.
57.	На плече пациента 37 лет определяется плотный узел, белесоватого цвета, плотной консистенции. При микроскопии видны пучки из веретеноподобных клеток, формирующие ритмичные структуры (чередование участков параллельно лежащих ядер с участками, состоящими из волокон). 1. Дайте название данной опухоли. 2. К какой группе опухолей она относится? 3. Какие еще опухоли относятся к данной группе?	1. Неврилеммома (шваннома). 2. Опухоли периферической нервной системы. 3. Нейрофиброма, злокачественная шваннома (злокачественная опухоль оболочки периферического нерва).
58.	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. Гистологически в базальном слое	1. Внутридермальный невус. 2. Пигментный невус; пограничный (юнкциональный) невус; внутридермальный невус;

	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.	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 меланокитарные новообразования.
59.	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 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.
60.	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 тяжей многослойного плоского эпителия, разрастающегося до уровня потовых желез. В акантотических тяжях 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. Наиболее частая локализация данного	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.

	новообразования. 4. Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию. 5. Назовите разновидность данной опухоли, более неблагоприятную в прогностическом отношении.	
61.	При микроскопическом исследовании округлого плотного подкожного образования правого плеча обнаружена структура, состоящая из множества капилляров с межсосудистыми ритмичными соединительнотканными структурами, содержащими клетки типа фибробластов и гистиоцитов. В образовании определяются крупные многоядерные клетки, содержащие липиды и гемосидерин. 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Какие еще образования относятся к этой группе?	1. Фиброзная гистиоцитома (дерматофиброма). 2. Доброкачественные мезенхимальные опухоли из соединительной (фиброзной) ткани. 3. Фиброма и десмоид.
62.	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, 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)
63.	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.
64.	Больному А. 14 лет поставлен диагноз фибросаркомы мягких тканей бедра, подтвержденный морфологически. Проведена операция удаления опухоли, рентгено-химиотерапия. В течение года развился рецидив опухоли с распространенными метастазами 1. Опишите макропрепарат удаленной опухоли.	1. Опухоль крупных размеров, не имеет четких границ. На разрезе ткань белозатого цвета, напоминает «рыбье мясо», имеет очаги желто-коричневого цвета, некроза и кровоизлияния. 2. Опухоль состоит из клеток с выраженными признаками клеточного

	2. Опишите микропрепарат удаленной опухоли. 3. В каких органах обычно локализуются метастазы фибросаркомы бедра? 4. Чем представлена строма в фибросаркоме и механизмы ее образования?	атипизма: клеточный и ядерный полиморфизм, гиперхромия ядер, крупные ядрышки, гигантские многоядерные клетки, большое количество фигур патологических митозов. Строма слабо развита и представлена тонкими пучками коллагеновых волокон и тонкостенными сосудами капиллярного типа. 3. Метастазы распространяются гематогенным путем и могут располагаться в легких, печени, костях и других органах. 4. Строма представлена сосудами капиллярного типа и внеклеточным матриксом. Сосуды формируются за счет неоангиогенеза под влиянием ангиогенных факторов из сосудов прилежащих нормальных тканей. Внеклеточный матрикс синтезируется клетками самой саркомы и, частично, клетками сосудов опухоли
65.	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 гемангиоперицитомы, гломус-ангиома
66.	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
67.	У мужчины 28 лет, ВИЧ-инфицированный, на коже дистальных отделов конечностей возле поверхностных вен, а также на лице и туловище, появились множественные симметричные узловатости красновато-синюшного цвета с буроватым оттенком. В области очагов поражения кожа уплотнена и отекает. <i>Гистологически</i> в очагах поражения большое количество предрасполагающих и новообразованных сосудов: капилляры, артериолы, венулы и лимфатические щели на разных стадиях дифференцировки. Многие тонкостенные сосуды резко расширены и переполнены кровью, образуют лакуны типа «кровавых озер». Видны очаги	1. Саркома Капоши. Злокачественная опухоль сосудистого происхождения. 2. Этиопатогенетические факторы в развитии данной патологии: - герпесвирус человека типа 8, вызывающий иммуносупрессивный и онкогенный эффект, - ЦМВ, его тропность к эндотелиальным клеткам и онкогенный потенциал, - Т-лимфотропный вирус (HTLV- III), - эндогенная секреция специфического фактора роста опухолей (TGF). 3. Морфологические варианты саркомы

кровоизлияний и отложения гемосидерина, а также периваскулярные пролифераты разных размеров из округлых клеток с крупными ядрами, среди которых лимфоидные элементы, плазмциты, гистиоциты и веретенообразные клетки, расположенные в виде переплетающихся в различных направлениях тяжей. 1. Поставьте гистологический диагноз, определите гистогенез и дифференцировку. 2. Этиопатогенетические факторы в развитии данной патологии. 3. Морфологические варианты данной патологии. 4. Клинико-морфологические типы данной патологии.	Капоши: - ангиоматозный, - фибробластический - смешанный. 4. Выделяют четыре типа саркомы Капоши: - классический, - эндемический (в некоторых странах Африки), - иммуносупрессивный, - эпидемический (при СПИДе).
--	--

Вид оценочного средства: тестовые задания к разделам 3 и 4 (3-й семестр)

№	Вопрос	Варианты ответов	Эталон
1.	Компоненты септического очага	1. интерстициальный миокардит 2. очаг гнойного воспаления 3. гнойный тромбоз 4. гиперплазия селезенки 5. гнойный лимфангит	2, 3, 5
2.	Общие изменения при сепсисе	1. интерстициальное воспаление паренхиматозных органов 2. гиперплазия лимфоидной ткани 3. продуктивный лимфаденит 4. гнойный тромбоз 5. васкулиты	1, 2, 5
3.	Характерные изменения паренхиматозных органов при септицемии	1. колликативные некрозы 2. аллергические васкулиты 3. межуточное воспаление 4. септические инфаркты 5. гиперплазия эпителия	2, 3
4.	При септикопиемии в паренхиматозных органах можно обнаружить	1. абсцессы 2. фибринозное воспаление 3. продуктивное воспаление 4. интерстициальное воспаление 5. патологические внутриклеточные накопления	1, 4, 5
5.	Изменения кожи при сепсисе	1. петехии 2. желтуха 3. пустулы 4. витилиго 5. лейкодерма	1, 2
6.	Какой процесс развивается в желтом костном мозге трубчатых костей при сепсисе	1. дисплазия 2. гипоплазия 3. гиперплазия 4. миелоидная метаплазия	3, 4
7.	Для септической селезенки характерно:	1. увеличение 2. дряблая консистенция 3. гиперплазия пульпы 4. обильный соскоб пульпы	1, 2, 3, 4
8.	Бактериальный эндокардит считается острым при продолжительности:	1. до 2-х недель 2. до 4-х недель 3. до 3-х месяцев	1

9.	Бактериальный эндокардит считается затяжным (хроническим) при продолжительности:	1. до 3-х месяцев 2. свыше 3-х месяцев 3. свыше 6-ти месяцев	4
10.	Бактериальный эндокардит считается подострым при продолжительности:	1. до 4-х недель 2. до 3-х месяцев 3. свыше 3-х месяцев	3
11.	Характерные изменения в почках при затяжном септическом эндокардите:	1. пиелонефрит 2. диффузный гломерулонефрит 3. кровоизлияния 4. инфаркты разной давности	2, 4
12.	Морфологическим проявлением септического эндокардита является:	1. диффузный эндокардит 2. острый бородавчатый эндокардит 3. полипозно-язвенный эндокардит 4. фибропластический эндокардит 5. возвратно-бородавчатый эндокардит	3
13.	Группы осложнений при инфекционном эндокардите	1. эмболические 4. почечные 2. системные 5. местные 3. сердечные	1, 3, 4
14.	Сердечные осложнения инфекционного эндокардита	1. перфорация аорты или стенки сердца 2. подклапанные абсцессы миокарда 3. изъязвление фиброзных бляшек 4. приобретенный порок сердца 5. гнойный перикардит	1, 2, 4, 5
15.	Осложнения полипозно-язвенного эндокардита	1. острый пиелонефрит 2. инфаркты селезенки 3. инфаркты почек 4. инфаркт печени 5. гангрена кишки	2, 3, 5
16.	Осложнения полипозно-язвенного эндокардита с поражением аортального и трехстворчатого клапанов	1. менингит 2. абсцессы почек 3. бронхопневмония 4. абсцессы легких 5. крупозная пневмония 6. абсцессы головного мозга	1, 2, 3, 4, 6
17.	Изменения створок клапанов при инфекционном эндокардите	1. изъязвление и некроз 2. колонии микробов в ткани клапана 3. массивные тромботические наложения 4. эпителиоидно-клеточные казеозные гранулемы 5. многочисленные многоядерные гигантские клетки	1, 2, 3
18.	Тетрада повреждений, характерная для септического эндокардита	1. васкулит 2. клапанный эндокардит 3. поражение печени и селезенки 4. поражение почек и селезенки 5. тромбоэмболический синдром	1, 2, 4, 5
19.	В селезенке при затяжном септическом эндокардите возникают:	1. острая гиперплазия пульпы 2. подострая гиперплазия пульпы 3. кровоизлияние 4. инфаркты разной давности	2, 4
20.	Макроскопическая характеристика селезенки при инфекционном эндокардите	1. размер увеличен 2. морщинистая капсула 3. консистенция дряблая 4. треугольные инфаркты	1, 4
21.	Макроскопическая характеристика почки при	1. плотная 2. серая кора	2, 4

	инфекционном эндокардите	3. маленькая 4. множество точечных кровоизлияний	
22.	Реакция ретикулоэндотелиальной системы на интоксикацию при сепсисе	1. мускатная печень 2. пилонидный костный мозг 3. большая септическая селезенка 4. гиперплазия лимфатических узлов	3, 4
23.	Особенности современного патоморфоза инфекционного эндокардита:	1. рост заболеваемости 2. сохранение высоких показателей летальности 3. рост числа эндокардитов у инъекционных наркоманов и больных ВИЧ-инфекцией 4. уменьшение возраста больных 5. рост частоты эндокардитов после операций на сердце и трансплантации органов 6. снижение частоты инфекционного эндокардита после хирургических вмешательств	1, 2, 3, 5
24.	Варианты инфекционного эндокардита по его этиологической классификации:	1. стрептококковый 2. с положительными культурами крови 3. с отрицательными культурами крови из-за предварительного лечения антибиотиками 4. ассоциированные с негативными культурами крови 5. связанные с постоянно негативными культурами крови 6. микотический	2, 3, 4, 5
25.	Формы инфекционного эндокардита с учетом локализации поражения	1. левосторонний нативного клапана 2. левосторонний протезированного клапана 3. правосторонний 4. связанный с внутрисердечными устройствами 5. аортального и митрального клапанов 6. пристеночный	1, 2, 3, 4
26.	Какой вид инфекционного эндокардита принято называть «болезнь Черногоубова»?	1. вторичный инфекционный эндокардит 2. первичный левосторонний инфекционный эндокардит 3. первичный правосторонний инфекционный эндокардит 4. правосторонний инфекционный эндокардит 5. микотический инфекционный эндокардит	2, 3
27.	Виды инфекционного эндокардита в зависимости от причин его развития:	1. первичный и вторичный 2. обусловленный оказанием медицинской помощи 3. нозокомиальный и незокомиальный 4. внебольничный 5. инфекционный эндокардит у наркоманов 6. инфекционный эндокардит у ВИЧ-инфицированных	2, 3, 4, 5
28.	На фоне каких изменений клапанов, эндокарда и крупных сосудов сердца развивается вторичный инфекционный эндокардит?	1. пороки сердца (врожденные и приобретенные) 2. пролапс митрального клапана 3. эндокардит Леффлера 4. артериовенозные аневризмы 5. постинфарктные аневризмы	1, 2, 4, 5
29.	На фоне каких изменений клапанов, эндокарда и крупных сосудов сердца развивается вторичный инфекционный эндокардит?	1. атеросклероз коронарных артерий сердца 2. миокардит 3. постинфарктные аневризмы 4. шунты при хроническом гемодиализе 5. состояния после операции на сердце и крупных сосудах	3, 4, 5
30.	В каких ситуациях характерно развитие острого инфекционного эндокардита?	1. у инъекционных наркоманов 2. при пороках сердца 3. при сепсисе 4. при осложнениях катетеризации вен	1, 4, 5

		5. при протезировании клапанов сердца	
31.	Критерии активности инфекционного эндокардита:	1. сердечная недостаточность 2. морфологические признаки активного воспаления, обнаруженные при операции 3. патогистологические доказательства активного инфекционного эндокардита 4. почечная недостаточность 5. персистирующая лихорадка и позитивная культура крови	2, 3, 5
32.	Для какого инфекционного эндокардита характерны иммунокомплексные системные поражения?	1. острый инфекционный эндокардит 2. подострый и затяжной инфекционный эндокардит 3. стафилококковый инфекционный эндокардит 4. стрептококковый инфекционный эндокардит 5. героиновый эндокардит	2, 4
33.	Проявления реакции гиперчувствительности немедленного типа (циркулирующих токсических иммунных комплексов) при инфекционном эндокардите	1. септикопиемия 2. васкулиты 3. гломерулонефрит 4. поражения суставов, мышц и кожи 5. тромбоз эмболический синдром	2, 3, 4
34.	Макроскопические признаки инфекционного эндокардита	1. полиповидные тромботические наложения на клапане – полипозно-язвенный эндокардит 2. мелкие множественные тромботические наложения на клапане – бородавчатый эндокардит 3. тромботические наложения легко крошатся, сформированы на язвенном дефекте 4. отложения солей кальция в тромботических массах 5. мелкие единичные тромботические наложения, легко снимаются, под ними неизмененный эндокард	1, 3, 4
35.	Укажите характерные гистологические признаки острого или терминальной стадии подострого инфекционного эндокардита	1. лейкоцитарная инфильтрация створки клапана 2. формирование абсцесса в створке клапана 3. отложения солей кальция в тромботических массах 4. лимфо-макрофагальная инфильтрация	1, 2
36.	Характерные гистологические признаки подострого инфекционного эндокардита	1. очаги фибриноидного некроза 2. колонии микроорганизмов в тромботических массах 3. примесь гигантских клеток Пирогова-Лангханса в инфильтрате 4. отложения солей кальция в тромботических массах 5. лимфо-макрофагальная инфильтрация с примесью лейкоцитов 6. формирование гранул	1, 2, 4, 5
37.	Периферические знаки подострого и затяжного инфекционного эндокардита	1. пятна Джейнуэя 2. пятна Лукина-Либмана 3. узелки Ослера 4. «барабанные палочки» 5. желтуха	1, 2, 3, 4, 5
38.	Местные осложнения инфекционного эндокардита с поражением клапанов сердца	1. перфорация створок клапана 2. острая сердечная недостаточность 3. отрыв створок клапана 4. разрыв сухожильных хорд 5. склероз, деформация створок с формированием порока сердца	1, 3, 4, 5
39.	Изменения надпочечников при синдроме Уотерхауса-	1. аденома 2. атрофия	4

	Фридериксена	3. гнойное воспаление 4. геморрагический некроз 5. гиалиноз	
40.	Морфологическое проявление поражения слизистой оболочки верхних дыхательных путей при легкой форме гриппа	1. гнойный трахеит 2. серозно-геморрагический трахеит 3. катаральный ларинго-трахеобронхит 4. слизисто-гнойный бронхит 5. геморрагический бронхит	3
41.	Перечислите формы течения гриппа:	1. легкая 2. abortивная 3. средней тяжести 4. тяжелая	1, 3, 4
42.	Микроскопические изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей при легкой форме гриппа:	1. лимфоидно-клеточная инфильтрация 2. дистрофия и десквамация клеток эпителия 3. фуксинофильные включения в цитоплазме эпителиальных клеток 4. гиперсекреция желез слизистой оболочки	1, 2, 3, 4
43.	Морфологическая характеристика гриппа средней тяжести:	1. серозно-геморрагический трахеит 2. серозно-геморрагический бронхит 3. некротический трахеит 4. хронический бронхит	1, 2, 3
44.	Возможные причины смерти больных гриппом с общей интоксикацией организма:	1. асфиксия 2. токсический геморрагический отек легких, кровоизлияния в жизненно важные центры головного мозга 3. инфаркт миокарда 4. почечная недостаточность 5. уремия	2
45.	Перечислите характерные изменения гортани и трахеи при тяжелой форме гриппа:	1. катаральное воспаление 2. серозное воспаление 3. крупозное воспаление 4. фибринозно-геморрагическое воспаление, некрозы слизистой оболочки	4
46.	Укажите характерное изменение бронхов при тяжелой форме гриппа	1. катаральное воспаление 2. эндобронхит 3. деструктивный панbronхит 4. полипозный бронхит	3
47.	Тяжелая форма гриппа с легочными осложнениями обусловлена:	1. присоединением вторичной инфекции 2. развитием очаговой пневмонии 3. развитием крупозной пневмонии 4. катаральным экссудатом	1, 2
48.	Укажите название легкого при тяжелой форме гриппа с легочными осложнениями	1. красное 2. большое красное 3. большое пестрое 4. зернистое 5. большое сотовое	3
49.	Характерный вид легкого при гриппе обусловлен всем перечисленным, за исключением	1. воспаление 2. кровоизлияния 3. очаги ателектаза 4. пневмосклероз 5. участки некроза и абсцедирования	4
50.	Перечислите возможные осложнения очаговой пневмонии при гриппе:	1. эмпиема плевры 2. гнойный артрит 3. гнойный перикардит	1, 3, 4

		4. гнойный медиастинит	
51.	К легочным осложнениям гриппа можно отнести	1. бронхолит 2. пневмофиброз 3. антракоз 4. бактериальную пневмонию 5. рак легкого	1, 2, 4
52.	К легочным осложнениям гриппа можно отнести	1. карнификацию экссудата 2. пневмоторакс 3. профузное легочное кровотечение 4. бронхоэктазы 5. силикоз	1, 4
53.	К изменениям головного мозга при тяжелой форме гриппа относят все перечисленное, кроме:	1. серозный менингит 2. острое набухание мозга 3. гидроцефалия 4. кровоизлияния 5. дистрофические изменения нейронов	3
54.	Смерть при гриппе обычно наступает от	1. сердечно-легочной недостаточности 2. пневмонии 3. желудочно-кишечного кровотечения 4. инфаркта миокарда	1, 2
55.	Для респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей характерны следующие изменения в органах дыхания:	1. десквамация эпителия дыхательной трубки 2. пролиферативный процесс в эпителии 3. многоядерные гигантские клетки-симпласты 4. одноядерные гигантские клетки с резко увеличенным гиперхромным ядром	2
56.	Характерные изменения в эпителиоцитах при ДНК-вирусных инфекциях:	1. вакуолизация цитоплазмы 2. внутриядерные включения 3. парциальный некроз цитоплазмы 4. жировая дистрофия	1, 2
57.	Макроскопическая характеристика легких при COVID-19:	1. увеличение массы легких 2. масса легких в пределах нормы 3. плотная консистенция легких 4. легкие на разрезе – безвоздушные, темно-вишневого цвета 5. легкие на разрезе – воздушные, светло-серые	1, 3, 4
58.	При гистологическом исследовании легких при COVID-19 выявляется:	1. сохраненная структура альвеол 2. внутриальвеолярный отек 3. гиалиновые мембраны 4. десквамированные пласты уродливых клеток альвеолярного эпителия	2, 3, 4
59.	Возбудитель брюшного тифа микроскопически и цитологически обнаруживается главным образом в:	1. клетках типа макрофагов 2. эпителиоцитах 3. ретикулярных клетках 4. эритроцитах	1
60.	В развернутую стадию брюшного тифа во внутренних органах могут наблюдаться очаговые скопления:	1. гигантских многоядерных клеток 2. клеток типа макрофагов и эпителиоидных клеток 3. плазмочитов	2
61.	Для постановки диагноза брюшного тифа на первой неделе заболевания используют	1. посев каловых масс 2. реакцию Видаля 3. гемокультуру (посев крови) 4. ничего из перечисленного	3
62.	Для постановки диагноза брюшного тифа на 3-5 неделе заболевания используют следующие методы исследования:	1. реакция Видаля 2. гемокультура 3. посев каловых масс 4. ничего из перечисленного	1

63.	Характерным микроскопическим проявлением в кишечнике при брюшном тифе является:	1. изъязвление толстой кишки 2. поражение лимфатического аппарата кишечника 3. кровоизлияния в слизистой оболочке кишечника	2
64.	Для брюшного тифа наиболее характерны :	1. фибринозный колит 2. дифтеритическое воспаление тонкой кишки 3. язвенный колит 4. мозговидное набухание пейеровых бляшек с образованием язв в тонкой кишке 5. катаральный энтероколит	4
65.	Укажите изменения слизистой оболочки тонкой кишки при брюшном тифе на 1-й неделе заболевания	1. дифтеритический энтерит 2. катаральный энтерит 3. флегмонозный энтерит 4. язвенный энтерит 5. геморрагический энтерит	2
66.	Морфологические изменения в кишке при брюшном тифе на 1-й неделе заболевания	1. образование чистых язв 2. некроз пейеровых бляшек 3. разрастание грануляционной ткани 4. экссудативное воспаление в солитарных фолликулах 5. гиперплазия клеток моноцитарного ряда в пейеровых бляшках	5
67.	Укажите изменение толстой кишки, характерное для 3-й недели брюшного тифа:	1. венозное полнокровие 2. мозговидное набухание 3. грязные язвы 4. гангрена 5. рубцевание	3
68.	Наиболее характерное общее изменение при брюшном тифе:	1. миокардит 2. гнойный артрит 3. сыпь 4. гломеруллопатия 5. менингит	3
69.	Наиболее вероятное осложнение брюшного тифа в стадии образования язв	1. кровотечение 2. рубцовый стеноз кишки 3. гнойный перихондрит гортани 4. малигнизация	1
70.	Наиболее вероятное осложнение брюшного тифа в стадии чистых язв	1. перфорация кишки 2. восковидные некрозы мышц 3. кровотечение 4. рубцовый стеноз кишки	1
71.	Основные микроскопические изменения в кишечнике при сальмонеллезе в ранние сроки проявляются:	1. развитием некроза 2. очаговой гиперплазией клеток типа макрофагов 3. флегмоной кишечника	2
72.	Основные морфологические изменения при сальмонеллезе развиваются в:	1. тонкой кишке 2. пищеводе 3. толстой кишке	1
73.	Брюшнотифозная форма сальмонеллеза характеризуется:	1. полипозом слизистой кишечника 2. гиперплазией лимфоидного аппарата кишечника 3. кровоизлияниями в стенку кишечника	2
74.	Септическая форма сальмонеллеза характеризуется:	1. гранулемами в органах 2. множественными некрозами в органах 3. метастатическими гнойниками в органах 4. ничего из перечисленного	3
75.	Возбудитель сальмонеллеза микроскопически может обнаруживаться:	1. в клетках типа макрофагов 2. в эпителиоцитах 3. в ретикулярных клетках	1

76.	При иерсиниозе воспалительные изменения в лимфатических узлах носят характер:	1. катаральный 2. абсцедирующий гранулематозный 3. гранулематозный 4. геморрагический	2
77.	Какой отдел кишечника чаще всего поражается при дизентерии?	1. тощая кишка 2. подвздошная кишка 3. восходящая ободочная кишка 4. поперечно-ободочная кишка 5. сигмовидная кишка	5
78.	При дизентерии различают стадии	1. катарального колита 2. катарального энтерита 3. мозговидного набухания 4. фибринозного колита 5. язвенного колита	1, 4, 5
79.	Самое характерное микроскопическое проявление в кишечнике при дизентерии:	1. изъязвление толстой кишки 2. поражение лимфатического аппарата кишечника 3. кровоизлияния в слизистую оболочки кишки 4. некроз тонкой кишки 5. изъязвление тонкой кишки	1
80.	При дизентерии в начальной стадии в толстой кишке имеет место:	1. фибринозное воспаление 2. катаральное воспаление 3. некротическое воспаление 4. геморрагическое воспаление 5. гнойное воспаление	2
81.	Какой вид воспаления слизистой кишки характерен для 2 стадии дизентерии?	1. флегмонозное 2. язвенное 3. фибринозное 4. катаральное 5. геморрагическое	3
82.	Назовите изменения слизистой оболочки толстой кишки в 3 стадии дизентерии	1. катаральный колит 2. фибринозный колит 3. язвенный колит 4. гнойный колит 5. серозный колит	3
83.	Микроскопические изменения в толстой кишке при дизентерии у взрослых часто характеризуются:	1. гиперплазией лимфоретикулярной ткани 2. экссудативно-некротическими изменениями 3. гранулематозными изменениями	2
84.	При острой дизентерии (шигеллезе) одним из осложнений может быть:	1. флегмона стенки кишки 2. гранулематозный миокардит 3. стриктура просвета кишки 4. амилоидоз 5. хронический парапроктит	1
85.	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
86.	Кишечное осложнение, развивающееся в связи с заживлением язв при дизентерии	1. кровотечение 2. перфорация 3. дивертикулез 4. стеноз просвета кишки 5. перитонит	4
87.	К внекишечным осложнениям дизентерии можно отнести все, за	1. бронхопневмония 2. пиелит, пиелонефрит	3

	исключением:	3. менингит 4. абсцессы печени 5. артриты	
88.	Из перечисленных осложнений для хронической бактериальной дизентерии характерен	1. парапроктит 2. абсцесс печени (эмболический) 3. паратифлит	1
89.	Для холерного энтерита характерно	1. серозное воспаление 2. гнойное воспаление 3. крупозное воспаление 4. дифтеритическое воспаление 5. серозно-геморрагическое воспаление	1, 5
90.	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
91.	Укажите, сколько стадий различают в развитии холеры	1. две 3. четыре 2. три 4. пять	2
92.	Как называется вторая стадия холеры?	1. гастроэнтерит 2. колит 3. энтероколит 4. обезвоживание 5. острый гастрит	1
93.	Укажите изменение тонкой кишки в алгидном периоде холеры	1. атрофия слизистой 2. энтерит 3. полипы 4. некроз 5. пигментация	2
94.	Для алгидного периода холеры не характерно	1. гемосидероз лёгких 2. гемосидероз пульпы селезёнки 3. дистрофия гепатоцитов 4. некроз эпителия почечных канальцев	1
95.	Основными признаками алгидного периода холеры у умершего является:	1. "руки прачки" 2. ригидность шейных мышц 3. поза "гладиатора"	1, 2, 3
96.	Основной морфологический признак в подвздошной кишке у умерших в алгидном периоде холеры:	1. отек 2. густой слизеподобный налет 3. изъязвление 4. кровь	2
97.	В алгидный период холеры смерть больных обычно наступает вследствие	1. обезвоживания 2. перитонита 3. комы 4. уремии 5. кишечного кровотечения	1, 3, 4
98.	Преимущественный характер воспаления в первичном очаге при дифтерии	1. гнойное 2. серозное 3. фибринозное 4. продуктивное 5. катаральное	3
99.	Изменения, возникающие при дифтерии в сердце:	1. фибринозный перикардит 2. гнойный миокардит 3. токсический миокардит 4. порок сердца 5. возвратно-бородавчатый эндокардит	3
100.	Частая причина смерти при дифтерии на 2-3 неделе	1. амилоидоз почек 2. ранний паралич сердца	2

	заболевания	3. поздний паралич сердца 4. кровоизлияние в головной мозг 5. острая легочная недостаточность	
101.	Частая причина смерти при дифтерии на 2 месяце заболевания	1. амилоидоз почек 2. ранний паралич сердца 3. поздний паралич сердца 4. кровоизлияние в головной мозг 5. острая легочная недостаточность	3
102.	Изменение в сердце при дифтерии в начале 2-й недели болезни	1. острый бородавчатый эндокардит 2. мелкоочаговый кардиосклероз 3. фибринозный перикардит 4. межжелудочный миокардит 5. очаговый амилоидоз	4
103.	Изменение в сердце при дифтерии на 2 месяце болезни	1. острый бородавчатый эндокардит 2. мелкоочаговый кардиосклероз 3. фибринозный перикардит 4. межжелудочный миокардит 5. очаговый амилоидоз	2
104.	Типичная форма ангины при скарлатине	1. дифтеритическая 2. геморрагическая 3. некротическая 4. гнойная 5. крупозная	3
105.	Характеристика скарлатинозной сыпи:	1. звездчатая геморрагическая 2. пустулезная 3. мелко-точечная 4. папулезная 5. везикулярная	3
106.	Типичной локализацией местных изменений при скарлатине является:	1. язычная миндалина 2. верхние дыхательные пути 3. кожа 4. кишечник 5. слизистая оболочка зева	5
107.	Изменения регионарных лимфоузлов при скарлатине носят характер:	1. некроза 2. малокровия 3. гипоплазии 4. склероза 5. атрофии	1
108.	К осложнениям скарлатины не относится	1. гидронефроз 2. гломерулонефрит 3. заглоточный абсцесс 4. отит	1
109.	При менингококковом менингите типичным воспалением является:	1. геморрагическое 2. катаральное 3. продуктивное 4. гнойное 5. фибринозное	4
110.	Характерный вид оболочек головного мозга при остром менингококковом менингите	1. шагреневая кожа 2. звездчатый купол 3. волосатый чепчик 4. желто-зеленоватый чепчик	4
111.	При остром менингококковом менингите на 2-3 сутки болезни в мозговых оболочках содержится	1. казеозный некроз 2. слизь 3. гной	3

		4. геморрагический экссудат	
112.	При менингококковом менингите в экссудате преобладают	1. нейтрофилы 3. эритроциты 2. лимфоциты 4. макрофаги	1
113.	Характер кожной сыпи при менингококкемии	1. геморрагический звездчатый 2. пятнисто-везикулярный 3. пятнисто-папулезный 4. мелкоточечный	1
114.	Частым осложнением менингококкового менингита является:	1. киста головного мозга 2. опухоль головного мозга 3. геморрагический инфаркт головного мозга 4. гидроцефалия 5. глиальный рубец	4
115.	Воспаление слизистой оболочки верхних дыхательных путей при неосложненной кори	1. гнойное 2. некротическое 3. фибринозное 4. катаральное 5. геморрагическое	4
116.	Преимущественная локализация местных изменений при кори:	1. слизистая оболочка трахеи 2. слизистая оболочка прямой кишки 3. лимфатические узлы 4. кожа	1
117.	Какие изменения возникают на слизистой оболочке щеки при кори?	1. экзантема 2. петехии 3. энантема 4. геморрагии	3
118.	Изменения кожи при кори называются:	1. экзантема 2. петехии 3. энантема 4. геморрагии	1
119.	Пятна Бельского-Филатова-Коплика во рту встречаются при	1. кори 2. скарлатине 3. дифтерии 4. краснухе	1
120.	Пятна Бельского - Филатова - Коплика обнаруживаются:	1. на ладонях и стопах 2. на разгибательной поверхности предплечья 3. на языке 4. на внутренней поверхности щек 5. на голове	4
121.	Укажите возможную причину смерти, обусловленную поражением гортани при кори	1. ложный круп, асфиксия 2. отек легких 3. истинный круп, асфиксия 4. острая легочная недостаточность 5. острая сердечно-легочная недостаточность	1
122.	Какие изменения лежат в основе ложного крупа?	1. гиперемия слизистой оболочки 2. рефлексорный бронхоспазм 3. пульмоно-коронарный рефлекс 4. спазм мускулатуры гортани 5. фибринозно-геморрагический трахеит	4
123.	Воспаление бронхов при осложненной кори имеет характер:	1. гранулематозного 3. катарального 2. гнойного 4. геморрагического	2
124.	Перечислите особенности пневмонии при кори:	1. вызвана пневмококком 2. интерстициальная пневмония 3. наличие гигантских многоядерных клеток в лимфоидной ткани	2, 3, 4

		4. часто осложняется развитием бронхоэктазов и пневмосклероза	
125.	Наиболее часто поражаются при полиомиелите:	1. задние рога спинного мозга 2. передние рога спинного мозга 3. мозжечок 4. кора затылочной доли головного мозга 5. кора лобной доли головного мозга	2
126.	Преимущественной локализацией возбудителя полиомиелита является:	1. эндотелий 2. слизистая трахеи 3. двигательные нейроны 4. чувствительные нейроны	3
127.	К стадиям течения полиомиелита не относят:	1. острую 2. препаралитическую 3. паралитическую 4. восстановительную 5. остаточных изменений	1
128.	Макроскопическая характеристика изменений спинного мозга в паралитическую стадию полиомиелита охарактеризована верно, за исключением:	1. множественные инфаркты 2. оболочки полнокровны 3. ткань мозга набухшая 4. рисунок строения на разрезе не четкий 5. кровоизлияния в области передних рогов	1
129.	Микроскопическая характеристика спинного мозга в паралитическую стадию полиомиелита охарактеризована верно, за исключением:	1. некрозы нейронов передних рогов 2. некрозы нейронов задних рогов 3. лейкоцитарная инфильтрация 4. пролиферация нейроглии 5. сосудистые нарушения	2
130.	Перечислите сосудистые нарушения в спинном мозге при полиомиелите:	1. диапедезные кровоизлияния 2. периваскулярный некроз 3. полнокровие 4. стаз	1, 3, 4
131.	Микроскопическая характеристика спинного мозга в остаточную стадию полиомиелита:	1. гидроцефалия 2. луковичный склероз 3. мелкие кисты 4. глиальные рубчики	3, 4
132.	Локализация изменений при полиомиелите вне спинного мозга перечислена верно, за исключением:	1. в продолговатом мозге 2. в мосте 3. в паравентрикулярных ядрах 4. в нейронах передней центральной извилины 5. в эпифизе	5
133.	Назовите изменение в сердце при полиомиелите:	1. перикардит 2. дистрофия кардиомиоцитов 3. эндокардит 4. панкардит 5. диффузный кардиосклероз	2
134.	Назовите изменение в поперечнополосатой мускулатуре при полиомиелите:	1. гипертрофия 2. аплазия 3. гипотрофия 4. нейротрофическая атрофия 5. амилоидоз	4
135.	Перечислите причины смерти больных полиомиелитом:	1. паралич дыхательной мускулатуры 2. поражение дыхательного центра 3. поражение сосудодвигательного центра 4. уремия	1, 2, 3
136.	Наиболее специфическим	1. некроз клеток пораженных вирусом	3

	морфологическим признаком цитомегалии в органах является:	2. лейкоцитарная инфильтрация стромы 3. гигантоклеточный метаморфоз клеток 4. образование гранулем 5. распространенные кровоизлияния	
137.	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
138.	Поражение органов и тканей при сыпном тифе обусловлено:	1. дистрофическими изменениями 2. тромбозом 3. нарушением свертываемости крови 4. повышением сосудистой проницаемости 5. сыпнотифозным васкулитом	5
139.	При эпидемическом сыпном тифе не поражается:	1. кожа 2. головной мозг 3. сердце 4. симпатическая нервная система 5. почки и печень	5
140.	Укажите наиболее типичные виды сыпнотифозного васкулита:	1. панваскулит 2. мезоваскулит 3. бородавчатый эндоваскулит 4. пролиферативный васкулит	3, 4
141.	При сыпном тифе гистологически выявляют:	1. поражение артерии эластического и мышечно-эластического типа 2. фибриноидный некроз артериол 3. деструктивно-пролиферативный эндотромбоваскулит капилляров и артериол	3
142.	Изменения сосудов при сыпнотифозном васкулите:	1. набухание эндотелия 2. очаги некроза 3. образование тромбов 4. пролиферация клеток сосудистой стенки	1, 2, 3, 4
143.	Назовите изменения головного мозга при сыпном тифе	1. гидроцефалия 2. менингоэнцефалит 3. демиелинизация 4. менингит 5. обызвествление	2
144.	Назовите изменения, которые лежат в основе развития сыпнотифозного энцефалита	1. сыпнотифозная гранулема 2. очаги инфарктов 3. деструктивно-пролиферативный васкулит 4. гиперемия	1, 3
145.	Макроскопическая характеристика головного мозга при эпидемическом сыпном тифе описана верно, за исключением:	1. полнокровие 2. множественные кровоизлияния 3. отек 4. мозговые оболочки набухшие 5. атрофия коры головного мозга	5
146.	Преимущественной локализацией сыпнотифозных гранулем является:	1. печень 2. миокард 3. центральная нервная система 4. кожа	3
147.	Клеточный состав сыпнотифозных гранулем в головном мозге не включает в себя:	1. эндотелий 2. перициты 3. адвентициальные клетки 4. микроглия 5. нейтрофилы	5

148.	Укажите локализации сыпнотифозных гранул в головном мозге:	1. мост 2. ножки мозга 3. подкорковые ганглии 4. продолговатый мозг	1, 2, 3, 4
149.	Укажите изменения, которые не наблюдаются в головном мозге при сыпном тифе:	1. гиперемия 2. очаги обызвествления 3. стаз 4. периваскулярная плазмноклеточная пролиферация 5. пролиферация микроглии	2
150.	Макроскопическое проявление сыпнотифозной гранулемы в коже:	1. энантема 2. папула 3. экзантема 4. пустула 5. некроз	3
151.	К осложнениям, характерным для сыпного тифа относят все перечисленное, кроме:	1. трофические нарушения в коже 2. паротит и отит 3. метастатическое обызвествление 4. пневмония 5. олеогранулемы	3
152.	Макроскопические изменения селезенки при эпидемическом сыпном тифе:	1. уменьшена в размерах 2. увеличена в размерах 3. мягкой консистенции 4. полнокровная 5. пульпа дает обильный соскоб	2, 3, 4, 5
153.	Морфологическим проявлением миокардита при сыпном тифе является миокардит:	1. Абрамова-Фидлера 2. узелковый (гранулематозный) 3. диффузный интерстициальный 4. токсический	3
154.	Укажите частую причину смерти при сыпном тифе	1. хроническая легочно-сердечная недостаточность 2. асфиксия 3. кровоизлияние в поджелудочную железу 4. острая сердечно-сосудистая недостаточность 5. альвеолярный отек легких	4
155.	Перечислите органы и системы органов, поражение которых связано с развитием острой сердечной недостаточности при сыпном тифе:	1. головной мозг 2. симпатическая нервная система 3. сосуды микроциркуляторного русла 4. сердце	1, 2, 3, 4
156.	К карантинным заболеваниям относятся:	1. чума (легочная форма) 2. холера 3. сибирская язва 4. натуральная оспа 5. желтая лихорадка	1, 2, 4, 5
157.	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
158.	Клинико-морфологическая форма чумы при вдыхании возбудителя:	1. бубонная 2. септическая 3. кишечная 4. легочная	4
159.	Воспаление в лимфатическом узле	1. фибринозный	3

	при чуме имеет характер:	2. серозный 3. геморрагический 4. гнойный 5. гнилостный	
160.	Для чумного воспаления характерно:	1. большое количество лейкоцитов 2. гранулемы 3. отрицательный лейкотаксис 4. нет верного ответа	3
161.	Патогномоничный для сибирской язвы кожный элемент:	1. папула 2. изъязвление 3. карбункул 4. пустула 5. везикула	3
162.	Формы сибирской язвы:	1. кожная 2. кишечная 3. первично-легочная 4. первично-септическая	1, 2, 3, 4
163.	Наиболее частая форма сибирской язвы:	1. кожная 2. легочная 3. кишечная 4. почечная	1
164.	К стадиям ВИЧ-инфекции относятся	1. вирусоносительство 2. преСПИД 3. СПИД 4. лимфогистиоцитарная 5. с подавлением лимфоидной ткани	1, 2, 3
165.	К вариантам течения СПИДа относятся	1. кожный 2. легочной 3. мочеполовой 4. неврологический 5. желудочно-кишечный	2, 4, 5
166.	СПИД-ассоциированный симптомокомплекс включает	1. сероконверсионное окно 2. оппортунистические инфекции 3. конституциональные состояния 4. асимптомную инфекцию 5. врожденный иммунодефицит	2, 3
167.	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
168.	Патологоанатомические изменения в организме при ВИЧ-инфекции обусловлены	1. присоединившимися опухолями 2. воздействием вируса иммунодефицита человека 3. наличием в организме антител 4. оппортунистическими инфекциями 5. осложнениями терапии	1, 2, 4, 5
169.	Изменения лимфатических узлов при ВИЧ-инфекции:	1. полнокровие 2. некроз 3. склероз 4. гиперплазия	4
170.	Легочный вариант СПИДа включает:	1. пневмоцистную пневмонию 2. цитомегаловирусную инфекцию 3. нетуберкулезный микобактериоз 4. саркому Капоши	1, 2, 3, 4
171.	При пневмоцистной пневмонии	1. гнойное	3

	отделяемое с поверхности разреза легкого:	2. геморрагическое 3. вязкое, сероватого цвета 4. нет отделяемого	
172.	При пневмоцистной пневмонии содержимое альвеол:	1. геморрагическое 2. гнойное 3. некротическое 4. пенистые массы	4
173.	Наиболее частые опухоли при СПИДе	1. саркома Капоши и злокачественные лимфомы 2. остеосаркома и рак кожи 3. хондросаркома и рак кожи 4. фибросаркома и саркома Капоши	1
174.	Наиболее частая мезенхимальная опухоль при СПИДе	1. лейомиосаркома 2. фибросаркома 3. ангиосаркома 4. остеосаркома	3
175.	При СПИДе (терминальной стадии ВИЧ-инфекции) лимфатические узлы	1. резко уменьшены 2. несколько уменьшены 3. не изменены в размерах 4. слегка увеличены	1
176.	Изменения органов иммунной системы при ВИЧ-инфекции в стадии СПИД:	1. некроз 2. гиперплазия 3. полнокровие 4. атрофия 5. гипертрофия	4
177.	Для ВИЧ-энцефалита характерны	1. гнойное воспаление 2. дистрофические изменения нейронов 3. васкулиты 4. вакуолярная энцефалопатия 5. обширные инфаркты головного мозга	2, 3, 4
178.	Возбудитель кандидоза в тканях имеет вид:	1. друз 2. дрожжеподобных форм и нитей 3. септированных гифов 4. любая из перечисленных форм	2
179.	Возбудитель актиномикоза в тканях может иметь вид:	1. дрожжеподобных форм и нитей 2. друз 3. септированных гифов	2
180.	Возбудитель бластомикоза в тканях имеет вид:	1. септированных гифов 2. дрожжеподобных клеток с наличием множественных почек 3. дрожжевых клеток 4. друз	3
181.	Возбудитель гистоплазмоза в тканях имеет вид:	1. септированных гифов 2. дрожжевых клеток 3. друз 4. одноклеточных округлых внутриклеточных образований	4
182.	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
183.	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
184.	Наиболее полно возбудителя при	1. гематоксилином и эозином	2

	бластомикозах в срезах и препаратах-отпечатках из органов можно выявить при окраске:	2. при использовании ШИК-реакции 3. азур-эозином	
185.	Наиболее полное выявление возбудителя аспергиллеза в срезах и препаратах-отпечатках из органов бывает при окраске:	1. по Цилю - Нильсену 2. при использовании ШИК-реакции 3. по ван Гизону	2, 3
186.	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 Цилю - Нильсену	2
187.	Микроскопически поражения тканей при кандидозе в начальном периоде характеризуются:	1. обширным очагами некроза 2. скоплениями нейтрофилов 3. очагами абсцедирования 4. скоплениями лимфоцитов	2
188.	Микроскопически изменения тканей при актиномикозе в разгар процесса характеризуются:	1. скоплением клеток типа эпителиоидных 2. образованием гранул с абсцедированием 3. очаговыми лимфоплазмочитарными скоплениями	2
189.	Микроскопически в разгар заболевания при аспергиллезе изменения в тканях характеризуются:	1. скоплениями клеток типа эпителиоидных 2. развитием некрозов с явлениями кариорексиса 3. обширной лимфоплазмочитарной инфильтрацией	2
190.	Микроскопически в разгар заболевания при северо- и южноамериканском бластомикозах изменения в тканях характеризуются:	1. наличием обширных некрозов 2. образованием абсцессов 3. скоплением клеток типа эпителиоидных	2
191.	В бластомикозном абсцессе обнаруживаются:	1. дрожжевые формы грибов 2. гигантские клетки 3. все перечисленное не верно	2
192.	Микроскопически изменения тканей при гистоплазмозе в разгар процесса характеризуются:	1. развитием обширных очагов некроза 2. развитием обширных участков абсцедирования 3. скоплениями клеток типа эпителиоидных 4. все перечисленное верно	1
193.	Перечислите клинимо-морфологические формы туберкулеза:	1. первичный 2. острый 3. вторичный 4. гематогенный	1, 3, 4
194.	Первичный туберкулезный комплекс состоит из	1. первичного аффекта 2. отдаленного лимфаденита 3. регионарного лимфаденита 4. лимфангита 5. неспецифической бронхопневмонии	1, 3, 4
195.	Охарактеризуйте первичный туберкулезный аффект	1. состоит из множества очагов 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
196.	Первичным аффектом в легких, в зависимости от объема поражения, называется:	1. казеозный альвеолит 2. казеозная дольковая пневмония 3. казеозная долевая пневмония	1, 2, 3
197.	Изменение плевры, возникающее в области первичного туберкулезного аффекта:	1. дистрофические изменения 2. атрофические изменения 3. фибринозно-серозный плеврит	3

		4. гнойный плеврит 5. петрификация	
198.	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
199.	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
200.	Назовите характерную тканевую реакцию в лимфатических узлах легкого при туберкулезном лимфадените:	1. фибриноидный некроз 2. гнойное воспаление 3. казеозный некроз и образование гранулем 4. геморрагическое воспаление 5. дистрофические изменения	3
201.	Перечислите органы, которые поражаются при первичном туберкуле в случае алиментарного заражения:	1. миндалины 2. тощая кишка 3. желудок 4. прямая кишка	1, 2, 3
202.	Морфологическая характеристика первичного туберкулёзного аффекта при алиментарном заражении:	1. фибринозный сигмоидит 2. полипоз сигмовидной кишки 3. энтероколит 4. эрозивный энтерит 5. язвы в тощей и слепой кишке	5
203.	Укажите место локализации первичного туберкулёзного аффекта в кишечнике:	1. в области групповых фолликулов тощей и слепой кишки 2. в слизистой оболочки сигмовидной кишки 3. в слизистой оболочке подвздошной кишки 4. в области антрального отдела желудка 5. в пищеводе	1
204.	Назовите варианты течения первичного туберкулёзного комплекса:	1. заживление или прогрессирование 2. поражение половой системы 3. бронхогенное распространение инфекции 4. хроническое	1, 4
205.	О благоприятном течении первичного туберкулёзного 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
206.	Исход творожистого некроза при заживлении первичного аффекта при туберкулезе	1. образование кисты 2. распространение 3. фиброзирование 4. петрификация 5. расплавление	3, 4
207.	Заживший очаг первичного туберкулёза принято называть очагом	1. Гона 2. Абрикосова 3. Симона 4. Ассмана-Редекера	1
208.	Укажите сегменты в легких, в которых наиболее часто локализуется очаг Гона	1. сегменты 1, 3 2. сегменты 3, 8, 9, 10 3. сегменты 5, 6	2

		4. сегменты 9, 10 5. сегмент 5	
209.	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
210.	Назовите виды прогрессирования первичного туберкулезного комплекса	1. бронхогенная генерализация 2. гематогенная генерализация 3. лимфогенная генерализация 4. рост первичного аффекта 5. периневральная генерализация	2, 3
211.	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
212.	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
213.	Очаги Симона - это	1. исход гематогенных отсевов при первичном туберкулёзе 2. инфильтративный туберкулёз 3. зажившие очаги первичного туберкулёза 4. туберкуломы	1
214.	Укажите локализацию очагов Симона:	1. 3, 8, 9, 10 сегменты легкого 2. 1, 2 сегменты легкого 3. почки 4. кости 5. яичники	2
215.	Прогрессирование первичного кишечного туберкулезного комплекса может привести к	1. язвенному энтерокоlitу 2. перитониту 3. амилоидозу внутренних органов 4. к профузному легочному кровотечению 5. к раку кишечника	1, 2, 3
216.	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
217.	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
218.	Характеристика гематогенного туберкулеза	1. интраканаликулярное распространение возбудителя 2. гематогенное распространение возбудителя 3. экссудативная тканевая реакция 4. продуктивная тканевая реакция 5. смена тканевых реакций 6. рост первичного аффекта	2, 4
219.	Формы гематогенного туберкулеза	1. инфильтративный 2. генерализованный	2, 5, 6

		3. казеозная пневмония 4. с лимфожелезистой генерализацией 5. с преимущественным поражением легких 6. с преимущественно внелегочными поражениями	
220.	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
221.	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
222.	Общий острый милиарный туберкулез характеризуется:	1. мелкими некротическими бугорками во всех органах 2. нодозными очагами во всех органах 3. лимфоидноклеточными бугорками во всех органах	3
223.	Наиболее частое морфологическое проявление туберкулезного бугорка при милиарном туберкулезе:	1. очаг экссудативного воспаления 2. очаг казеозного некроза 3. петрификат 4. гранулема 5. рубец	4
224.	В туберкулёзную гранулёму не входят	1. плазмциты 2. эпителиоидные клетки 3. гигантские клетки Пирогова-Лангханса 4. лимфоциты	1
225.	Туберкулёзную гранулёму характеризуют следующие признаки:	1. обилие сосудов 2. преобладание эпителиоидных клеток 3. наличие казеозного некроза	2, 3
226.	При острейшем туберкулезном сепсисе в легких отмечаются	1. мелкие очаги некроза 2. милиарные бугорки 3. крупные очаги казеозного некроза	1
227.	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
228.	При гематогенно-диссеминированном туберкулезе диссеминация обычно в:	1. одном легком 2. обоих легких 3. верхней доле левого легкого 4. нижняя доля правого легкого	2
229.	Признаками хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких являются	1. преобладание продуктивных тканевых реакций 2. преобладание экссудативных тканевых реакций 3. развитие диффузного пневмосклероза и эмфиземы легких 4. склонность очагов туберкулеза к распаду 5. гипертрофия правого желудочка сердца	1, 3, 5
230.	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
231.	Перечислите органы и системы органов, в которых наиболее	1. сердце и головной мозг 2. костно-суставная и мочеполовая системы	2

	часто локализуются изменения при гематогенном туберкулезе с внелегочными поражениями:	3. система органов кроветворения 4. селезенка и надпочечники 5. костный мозг и печень	
232.	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
233.	Туберкулезный менингит наиболее часто встречается при:	1. первичном туберкулезном комплексе 2. диссеминированном туберкулезе 3. туберкулезе мочеполовой системы	1, 2
234.	Укажите излюбленную локализацию очагов поражений при костно-суставном туберкулезе:	1. кости черепа 2. диафизы трубчатых костей 3. эпифизы костей, образующих коленный и тазобедренный суставы; тела позвонков 4. нижняя челюсть 5. кости стопы	3
235.	Холодный натечный абсцесс является проявлением	1. туберкулеза кожи 2. туберкулезного гонита 3. туберкулезного спондилита 4. туберкулеза кишечника 5. туберкулеза надпочечников	3
236.	Туберкулез женских половых органов чаще встречается в:	1. яичниках 2. фаллопиевых трубах 3. области дна матки 4. цервикальном канале	2
237.	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
238.	Особенности вторичного туберкулеза	1. благоприятное течение 2. поражение I, II и VI сегментов чаще правого легкого 3. характерно симметричное поражение легких 4. распространение в апико-каудальном направлении 5. преимущественное поражение легких (легочный туберкулез) 6. сочетание разных морфологических форм поражения легочной ткани	2, 4, 5, 6
239.	Особенности вторичного туберкулеза	1. контактное или каналикулярное распространение 2. крупноочаговые легочные поражения 3. наличие внелегочного очага отсева 4. возникает вследствие повторного заражения (реинфицирования) 5. смена клинико-морфологических форм – фаз туберкулёзного процесса	1, 4, 5
240.	Очаги реинфекта отличаются от первичного аффекта	1. множественностью 2. одиночностью 3. генерализацией по естественным каналам 4. генерализацией по лимфатическим сосудам 5. полным отсутствием противотуберкулезного иммунитета	1, 3
241.	Формы вторичного туберкулеза:	1. инфильтративный 2. цирротический	1, 2, 3, 4

		3. кавернозный 4. очаговый 5. гематогенный	
242.	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
243.	Укажите исход очага Абрикосова:	1. образование очагов Симона 2. образование очагов Струкова 3. образование очагов Ашоффа-Пуля 4. образование очагов Штефко 5. образование очагов Никифорова	3
244.	Очаг Ашоффа-Пуля это:	1. зажившие очаги реинфекта 2. свежие очаги реинфекта 3. очаги отсева гематогенного туберкулеза 4. остаточные изменения после инфильтративного туберкулеза легких 5. остаточные изменения после туберкулемы	1, 4, 5
245.	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
246.	Назовите форму туберкулеза, которая развивается при прогрессировании инфильтративного туберкулеза:	1. очаг Абрикосова 2. казеозная пневмония 3. хронический деструктивный туберкулез 4. фиброзно-очаговый туберкулез 5. фиброзно-кавернозный туберкулез	2
247.	Назовите синоним инфильтративно-пневмонической формы туберкулеза:	1. сепсис Ландузи 2. очаг Абрикосова 3. пневмония Ассмана-Редекера 4. пневмония Фридлиндера 5. пневмония Струкова	3
248.	Туберкулема может образоваться из перечисленных ниже форм:	1. очаговой 2. инфильтративной 3. первичного аффекта	1, 2
249.	Дайте характеристику туберкулемы:	1. опухоль 2. разновидность гематогенного туберкулеза 3. фаза эволюции инфильтративного туберкулеза 4. вариант течения первичного туберкулеза 5. начальная форма вторичного туберкулеза	3
250.	Туберкулема легких это:	1. множественные мелкие очаги некроза со специфическими грануляциями в капсулах 2. инкапсулированный очаг казеозного некроза более 1 см в диаметре 3. полость с фиброзной стенкой	2
251.	Назовите форму вторичного туберкулеза, в которую может переходить острый кавернозный туберкулез:	1. фиброзно-кавернозный 2. генерализованный 3. цирротический 4. фиброзно-очаговый 5. очаг Гона	1
252.	Острый кавернозный туберкулез легких характеризуется:	1. полостью с фиброзной стенкой, содержащей казеозные массы	3

		2. кистоподобной полостью 3. полостью, содержащей казеозные массы, не отграниченные фиброзной тканью от окружающей легочной ткани	
253.	Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется полостью:	1. содержащей гнойно-некротические массы, специфические грануляции и фиброзную ткань 2. содержащей гнойно-некротические массы 3. выстланной многослойным плоским и цилиндрическим эпителием	1
254.	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
255.	Стенка хронической туберкулезной каверны состоит из	1. зоны неизменной легочной ткани 2. зоны некроза 3. зоны специфической грануляционной ткани 4. очага бронхопневмонии 5. соединительнотканной капсулы	2, 3, 5
256.	К признакам прогрессирования туберкулезного процесса в стенке каверны относятся	1. утолщение фиброзной капсулы 2. истончение некротического слоя 3. расширение зоны специфической грануляционной ткани 4. расширение зоны некроза 5. коллабирование (спадение) полости каверны	3, 4
257.	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
258.	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
259.	При фиброзно-кавернозном и цирротическом туберкулезе легких в сердце возникает	1. гипертрофия мышцы правого желудочка 2. гипертрофия мышцы левого желудочка 3. легочное сердце 4. миогенная дилатация сердца 5. инфаркт миокарда	1, 3, 4
260.	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
261.	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
262.	Назовите форму вторичного туберкулеза, непосредственно	1. острый очаговый туберкулез 2. фиброзно-очаговый туберкулез	4

	предшествующую цирротическому туберкулезу:	3. туберкулома 4. фиброзно-кавернозный туберкулез 5. пневмония Ассмана-Редекера	
263.	Назовите внелегочное осложнение цирротического туберкулеза:	1. сепсис 2. амилоидоз 3. бурая индурация легких 4. менингит 5. свищи	2
264.	Казеозный некроз лимфатических узлов встречается у больных	1. туберкулезом и сифилисом 2. сифилисом и дифтерией 3. дифтерией и туберкулезом 4. сифилисом и скарлатиной	1
265.	При поражении задней доли гипофиза возникает:	1. болезнь Иценко-Кушинга 2. несахарный диабет 3. акромегалия 4. адипозогенитальная дистрофия 5. гипофизарный нанизм	2
266.	При развитии очагов некроза в гипофизе возникает:	1. акромегалия 2. церебрально-гипофизарная кахексия (болезнь Симмондса) 3. гигантизм 4. ожирение 5. сахарный диабет	2
267.	При аденоме из базофильных клеток передней доли гипофиза возникает:	1. болезнь Иценко - Кушинга 2. несахарный диабет 3. акромегалия 4. адипозогенитальная дистрофия	1
268.	При аденоме из эозинофильных клеток передней доли гипофиза в детском возрасте возникает:	1. болезнь Иценко - Кушинга 2. несахарный диабет 3. акромегалия 4. гигантизм	4
269.	При аденоме из эозинофильных клеток передней доли гипофиза у взрослых возникает:	1. болезнь Иценко - Кушинга 2. акромегалия 3. несахарное мочеизнурение 4. аддисонова болезнь	2
270.	Микроаденома гипофиза – опухоль диаметром	1. менее 10 мм 3. менее 20 мм 2. менее 15 мм 4. менее 30 мм	1
271.	В основе болезни Иценко - Кушинга лежит:	1. гиперплазия базофильных клеток аденогипофиза 2. гиперплазия хромофобных клеток аденогипофиза 3. гиперплазия эозинофильных клеток аденогипофиза	1
272.	При болезни Иценко - Кушинга развиваются признаки:	1. верхнего типа ожирения 2. гиперплазии коры надпочечников 3. гипертонии 4. гипотонии	1, 2, 4
273.	В основе акромегалии лежит:	1. гиперплазия эозинофильных клеток аденогипофиза 2. гиперплазия базофильных клеток аденогипофиза 3. злокачественная опухоль гипофиза 4. все перечисленное	1
274.	Дистрофические изменения в гипофизе характерны:	1. для инфекционных заболеваний 2. для общего амилоидоза 3. для заболеваний печени	1
275.	Для зоба щитовидной железы характерно:	1. опухоль 2. воспаление	5

		3. увеличение объема 4. первичная гипертрофия стромы 5. первичная гипертрофия паренхимы	
276.	Виды зоба по макроскопической характеристике	1. базедов 2. диффузный 3. коллоидный 4. мононодулярный 5. мультинодулярный	2, 4, 5
277.	Виды зоба по функциональному состоянию щитовидной железы	1. эндемический 2. эутиреоидный 3. спорадический 4. гипотиреоидный 5. тиреотоксический	2, 4, 5
278.	Виды зоба по клинико-морфологической характеристике	1. коллоидный 2. эндемический 3. эутиреоидный 4. спорадический 5. гипотиреоидный	2, 4
279.	Морфологическими признаками тиреотоксического зоба являются:	1. фестончатые фолликулы 2. наличие С-клеток 3. метаплазия кубического эпителия в цилиндрический 4. все перечисленное верно	1
280.	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
281.	Аденоматозный зоб отличается от аденомы:	1. наличием четкой капсулы 2. отсутствием четкой капсулы 3. клеточным полиморфизмом	2
282.	Признаки базедофикации зоба:	1. гиперплазия А-клеток 2. гиперплазия В-клеток 3. полиморфизм фолликулов 4. преобладание цилиндрического эпителия в фолликулах	4
283.	К аутоиммунным тиреоидитам относят:	1. болезнь Хашимото 2. тиреоидит Риделя 3. тиреоидит де Кервена 4. болезнь Либмана-Сакса 5. болезнь Мошковица	1, 2, 3
284.	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
285.	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
286.	Различают аденомы щитовидной железы:	1. фолликулярную 2. папиллярную	1

		3. трабекулярную	
287.	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
288.	Сосочковые структуры с выраженной стромой и сосудами являются признаками малигнизации:	1. базедова зоба 2. аденомы 3. гиперпластического зоба	2
289.	Из злокачественных эпителиальных опухолей в щитовидной железе чаще обнаруживают карциному:	1. папиллярную 2. фолликулярную 3. недифференцированную	1
290.	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
291.	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
292.	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
293.	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
294.	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
295.	Какое исследование позволяет окончательно поставить диагноз рак щитовидной железы:	1. пункционная биопсия 2. интраоперационное гистологическое исследование 3. плановое гистологическое исследование	3
296.	Причиной гиперпаратиреоза является:	1. дисфункция желез внутренней секреции 2. аденома околощитовидной железы 3. недоразвитие паратиреоидного аппарата 4. все перечисленное	2
297.	Основным биохимическим проявлением гиперпаратиреоза является:	1. гиперкальциурия и гиперфосфатурия 2. повышение уровня сиаловых кислот 3. избыточное содержание белка в моче 4. все перечисленное	1
298.	Характерным для	1. множественные кровоизлияния в мягкие ткани	2, 3

	макроскопической картины гиперпаратиреоза является:	2. системное рассасывание костной ткани (остеопороз) 3. камни в почечных лоханках 4. все перечисленное	
299.	Основными микроскопическими находками при гиперпаратиреозе является:	1. множественные известковые метастазы 2. обнаружение светлоклеточной (темноклеточной) аденомы околощитовидной железы 3. гигантоклеточные опухоли ("остеокластомы") в костях	1, 2, 3
300.	Проявлениями светлоклеточной гиперплазии околощитовидной железы являются:	1. остеопороз 2. мочекаменная болезнь 3. полигландулярная недостаточность эндокринных желез	1, 2
301.	При аденоме околощитовидных желез развивается:	1. болезнь Иценко – Кушинга 2. паратиреоидная остеодистрофия 3. акромегалия 4. несахарный диабет	2
302.	Причины хронической первичной недостаточности надпочечников	1. аутоиммунный адреналит 2. туберкулезный адреналит 3. амилоидоз надпочечников 4. метастазы рака в надпочечники 5. массивное разрушение надпочечников 6. внезапное прекращение стероидной терапии	1, 2, 3, 4
303.	Основные клинические симптомы хронического гипoadренализма	1. гипотензия 2. импотенция 3. низкорослость 4. лакторея-аменорея 5. гиперпигментация кожи	1, 5
304.	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 6. аутоиммунный адреналит	1, 3, 4, 5
305.	Причины синдрома Уотерхауса-Фридериксена	1. рак надпочечников 2. септическая инфекция 3. аутоиммунный адреналит 4. амилоидоз надпочечников 5. ДВС-синдром новорожденных 6. метастазы рака в надпочечники	2, 5
306.	Причины гиперкортизолизма	1. гиперсекреция АКТГ гипофизом 2. кисты надпочечников 3. гормональноактивные опухоли коры надпочечников 4. эктопическая продукция АКТГ 5. эктопическая продукция кортикотропин-релизинг-гормона 6. аутоиммунный адреналит	1, 3, 4, 5
307.	Источники эктопической секреции АКТГ	1. светлоклеточная аденома надпочечника 2. медуллобластома 3. карциноид бронхов 4. мелкоклеточный рак легкого 5. карциноид поджелудочной железы 6. ацидофильноклеточная аденома гипофиза	3, 4
308.	Микроскопические варианты	1. узелковая гиперплазия	1, 2, 5

	изменений коры надпочечников при болезни Кушинга	2. диффузная гиперплазия 3. гигантоклеточная аденома 4. светлоклеточная аденома 5. диффузно-узелковая гиперплазия	
309.	Для феохромоцитомы характерно:	1. локализуется в надпочечниках 2. реже встречается вне надпочечников 3. иногда может быть двусторонней 4. может малигнизироваться 5. сопровождается гипертензией	1, 3, 4, 5
310.	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
311.	Виды сахарного диабета 1 типа	1. первичный 2. вторичный 3. аутоиммунный 4. MODY-диабет 5. идиопатический	3, 5
312.	Сахарный диабет I типа (инсулинзависимый) характеризуется следующими перечисленными признаками:	1. более молодым возрастом 2. склонностью к кетоацидозу 3. отсутствием кетоацидоза 4. абсолютной недостаточностью инсулина	1, 2, 4
313.	Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый) характеризуется признаками:	1. зрелый и пожилой возраст 2. отсутствие кетоацидоза 3. относительная недостаточность инсулина 4. склонность к кетоацидозу	1, 2, 3
314.	При сахарном диабете могут развиваться комы:	1. гипергликемическая (кетоацидотическая) 2. гиперосмолярная (некетоацидотическая) 3. лактацидотическая 4. гипогликемическая	1, 2, 3, 4
315.	Макроскопические признаки поджелудочной железы при сахарном диабете I типа:	1. дряблая 2. липоматоз 3. размер обычно уменьшен 4. ангиоматоз	1, 3, 4
316.	Макроскопические признаки поджелудочной железы при сахарном диабете II типа:	1. липоматоз 2. незидиобластоз 3. размер обычно уменьшен 4. размер обычно увеличен	1, 3
317.	Наиболее частые изменения поджелудочной железы при сахарном диабете:	1. атрофия и склероз 2. гипертрофия и гиперплазия 3. гнойное воспаление 4. некроз	1
318.	Морфологическими проявлениями диабетической микроангиопатии являются:	1. поражение артериол и капилляров 2. изменения в аорте и артериях 3. атеросклероз 4. плазматическое пропитывание 5. гиалиноз	1, 4, 5
319.	Наиболее информативный морфологический признак диабетической микроангиопатии	1. медиакальциноз Менкеберга 2. плазматическое пропитывание 3. диффузное утолщение базальных мембран 4. пролиферация эндотелиоцитов и перицитов 5. генерализованный выраженный атеросклероз	3
320.	Морфологическим проявлением	1. изменения в аорте и артериях	1, 4

	диабетической макроангиопатии является:	2. изменения артериол и капилляров 3. плазморрагия 4. атеросклероз 5. кальциноз	
321.	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
322.	Почки при диабетическом гломерулосклерозе	1. плотные 2. дряблые 3. увеличены 4. уменьшены 5. гладкая поверхность 6. мелкозернистая поверхность	1, 4, 6
323.	Микроскопические признаки диабетического гломерулосклероза	1. гиалиноз выносящих артериол 2. гиалиноз приносящих артериол 3. экстракапиллярная локализация 4. интеркапиллярная локализация 5. пролиферация мезангиальных клеток	1, 2, 4, 5
324.	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
325.	Частые осложнения диабетической макроангиопатии	1. диабетический гломерулосклероз 2. инфаркт миокарда 3. гангрена нижних конечностей 4. геморрагический инфаркт головного мозга 5. ишемический инфаркт головного мозга	2, 3, 5
326.	Частые осложнения диабетической микроангиопатии	1. слепота 2. диабетическая нейропатия 3. гангрена нижних конечностей 4. диабетический гломерулосклероз 5. геморрагический инфаркт головного мозга	1, 2, 4
327.	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
328.	Для диабетической нефропатии характерно:	1. утолщение тубулярных базальных мембран 2. нодулярный гломерулосклероз 3. артериологиалиноз 4. расширение мезангия	1, 2, 3, 4
329.	Виды диабетического гломерулосклероза	1. узелковый 2. диффузный 3. пролиферативный 4. смешанный 5. артериолосклеротический	1, 2, 4
330.	Экссудативными проявлениями диабетической нефропатии являются:	1. "фибриновые шапочки" 2. "капсульные капли" 3. гематоксилиновые тельца 4. микроабсцессы	1, 2
331.	Сахарный диабет рассматривается	1. диабетической комы	1, 2, 4

	как основное заболевания при наличии следующих причин смерти:	2. синдрома Киммельстила - Уилсона 3. инфаркта миокарда 4. диабетической гангрены	
332.	Диабетический гломерулосклероз - это синдром	1. Вермера 4. Уилсона-Коновалова 2. Мориака 5. Киммельстила-Уилсона 3. Гудпасчера	5
333.	Состояние мезангиальных клеток на начальной стадии диабетического гломерулосклероза	1. некроз 3. гиперплазия 2. атрофия 4. десквамация	3
334.	Для поражения почек при сахарном диабете характерно:	1. гиалиновые капли на периферии капиллярных петель 2. гиалиновое утолщение базальной мембраны капилляров 3. ишемический коллапс клубочков 4. капиллярные некрозы 5. линейные радиальные рубцы коркового слоя	1
335.	В тонком сегменте нефрона при сахарном диабете развивается:	1. склероз и гиалиноз 2. атрофия 3. гликогенная инфильтрация 4. жировая дистрофия	3
336.	К острой почечной недостаточности у больных сахарным диабетом может привести	1. пиелонефрит 2. гломерулонефрит 3. синдром Гудпасчера 4. артериальная гипертензия 5. диабетический гломерулосклероз	1
337.	К хронической почечной недостаточности у больных сахарным диабетом приводит	1. гломерулонефрит 2. синдром Гудпасчера 3. артериальная гипотензия 4. артериальная гипертензия 5. диабетический гломерулосклероз	5
338.	К частому развитию ишемического инфаркта головного мозга у больных сахарным диабетом приводит:	1. макроангиопатия 2. микроангиопатия 3. центральная нейропатия 4. артериальная гипертензия 5. периферическая нейропатия	1
339.	Развитию пиодермии при сахарном диабете способствует:	1. диабетическая нейропатия 2. первичный иммунодефицит 3. вторичный иммунодефицит 4. диабетическая макроангиопатия 5. диабетическая микроангиопатия	3
340.	Причины смерти больных сахарным диабетом	1. отек головного мозга 2. вторичный амилоидоз 3. печеночная недостаточность 4. острая почечная недостаточность 5. хроническая почечная недостаточность	1, 4, 5
341.	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
342.	Характерные изменения печени при сахарном диабете:	1. мускатная печень 2. портальный цирроз 3. жировая дистрофия 4. постнекротический цирроз 5. гидропическая дистрофия	3

343.	Для гломерулонефрита характерно:	1. пролиферация эндотелия капилляров клубочков 2. поражение одной почки 3. утолщение капсулы клубочков 4. гнойный характер поражения 5. артериальная гипертензия	1, 3, 5
344.	Гистологическая характеристика острого воспаления почечного клубочка	1. отек стромы 2. пролиферация мезангиоцитов 3. склероз и гиалиноз базальной мембраны 4. исчезновение ножек отростков подоцитов 5. инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами	2, 5
345.	При остром гломерулонефрите почки	1. плотные 2. с сальным блеском 3. увеличены в размерах 4. с петехиальными кровоизлияниями на поверхности	3, 4
346.	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
347.	Наиболее характерный морфологический признак острого гломерулонефрита:	1. пролиферация клеток клубочка и инфильтрация лейкоцитами, лимфоцитами, макрофагами 2. фибриноидный некроз гломерулярных капилляров 3. фокальный склероз сосудистого полюса клубочка 4. выраженное утолщение базальных мембран капилляров 5. отложение иммунных комплексов в базальной мембране клубочка	1
348.	К постстрептококковому гломерулонефриту относят	1. лобулярный 2. быстро прогрессирующий 3. острый пролиферативный 4. мембранопротеративный	3
349.	Для острого постстрептококкового гломерулонефрита характерно:	1. свечение всех классов иммуноглобулинов («fullhouse») 2. субэпителиальные депозиты по типу «горбов» 3. интрамембранозные депозиты 4. свечение IgA и C3 в мезангии 5. фибриллярная структура депозитов	2
350.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит сопровождается	1. удвоением базальной мембраны клубочков 2. формированием полулуний 3. развитием гиперклеточности клубочков 4. потерей островков ножек гепатоцитов	3
351.	Проявлением коагулопатии при остром постстрептококковом гломерулонефрите являются	1. депозиты фибрина 2. гиалиновые тромбы 3. гиалиновые цилиндры 4. лейкоцитарная инфильтрация 5. пролиферация и набухание интерстициальных клеток	1, 2
352.	Наиболее частая морфологическая форма острого гломерулонефрита	1. экстракапиллярный экссудативный 2. интракапиллярный пролиферативный 3. мезангиокапиллярный 4. склерозирующий	2

353.	Назовите клетки, пролиферирующие в почечном клубочке при интракапиллярном пролиферативном гломерулонефрите	1. подоциты, эндотелиальные клетки 2. подоциты, мезангиальные клетки 3. эндотелиальные, мезангиальные клетки 4. нефротелий, подоциты 5. подоциты, фибробласты	3
354.	Основной причиной образования полулуний при экстракапиллярном гломерулонефрите является:	1. отложение иммунных комплексов 2. пролиферация подоцитов 3. разрывы (некроз) стенки капилляров клубочка 4. антитела к капсуле Боумена 5. интракапиллярная пролиферация	3
355.	Экстракапиллярная пролиферация может наблюдаться при состояниях:	1. острый постинфекционный гломерулонефрит 2. волчаночный нефрит 3. анти-ГБМ нефрит 4. IgA-нефропатия	1, 2, 3, 4
356.	Наиболее типичный морфологический признак подострого (быстро прогрессирующего) гломерулонефрита:	1. гиалиновые узелки на периферии клубочковых капилляров 2. утолщение базальной мембраны клубочковых капилляров 3. образование «полулуний» 4. фибриноидный некроз гломерулярных капилляров 5. интерстициальный фиброз	3
357.	Полулуния при быстро прогрессирующем гломерулонефрите образуются в результате	1. набухания эндотелиальных клеток 2. миграции плазмоцитов и нейтрофилов 3. пролиферации париетальных клеток 4. пролиферации мезангиальных клеток	3
358.	Варианты быстро прогрессирующего гломерулонефрита	1. идиопатический 2. постинфекционный 3. при паразитарных инфекциях 4. при системных заболеваниях	1, 2, 4
359.	Варианты мембранопротеративного гломерулонефрита	1. с плотными депозитами 2. фокальный гломерулонефрит 3. с субэпителиальными депозитами 4. с субэндотелиальными депозитами 5. мезангиопротеративный гломерулонефрит 6. экстракапиллярный протеративный гломерулонефрит	1, 3, 4
360.	Гистологические изменения клубочков при мембранопротеративном гломерулонефрите	1. дольчатый вид 2. склероз сосудистых петель 3. многоклеточность 4. наличие экставазатов 5. расширение мезангиального матрикса 6. капли гликогена в мезангиальном матриксе	1, 2
361.	Картина мембранопротеративного гломерулонефрита может наблюдаться при состояниях:	1. болезнь плотных депозитов 2. парепротейнемия 3. синдром Шегрена 4. вирусный гепатит В 5. вирусный гепатит С 6. системная красная волчанка	1, 2, 4, 5, 6
362.	Гистологические варианты гломерулярных изменений при СКВ	1. IgA-нефропатия 2. фокальный гломерулонефрит 3. диффузный мембранозный гломерулонефрит 4. мезангиопротеративный гломерулонефрит 5. диффузный протеративный гломерулонефрит 6. экстракапиллярный протеративный гломерулонефрит	2, 3, 4, 5, 6

363.	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
364.	Как называется почка в исходе хронического гломерулонефрита	1. первично сморщенная почка 2. вторично сморщенная почка 3. артериолосклеротический нефросклероз 4. нефроцирроз	2
365.	Укажите причину, в результате которой почки в исходе хронического гломерулонефрита имеют зернистую поверхность	1. абсцессы в корковом веществе почек 2. отложения амилоида в клубочках почек 3. чередование склероза и атрофии с участками гипертрофированных нефронов 4. воспаление клубочков почек 5. отложение солей кальция в участках некроза	3
366.	Диализные изменения в почках при терминальной стадии хронического гломерулонефрита включают:	1. болезнь Берже 2. кистозная болезнь почек 3. кальцификация в почечном клубочке 4. фибриноидный некроз стенок артерий 5. утолщение внутренней оболочки артерий	3, 5
367.	К иммунокомплексным заболеваниям относится:	1. AL-амилоидоз 2. фокальный сегментарный гломерулосклероз 3. АНЦА-ассоциированный васкулит 4. мембранозная нефропатия 5. болезнь минимальных изменений	4
368.	Наиболее выраженные повреждения при мембранозной нефропатии локализуются в:	1. проксимальных отделах собирательных канальцев 2. дистальных отделах собирательных канальцев 3. базальной мембране канальцев 4. базальной мембране капилляров клубочков	4
369.	Вторичная мембранозная нефропатия может наблюдаться при состояниях:	1. солидные опухоли 2. гепатит В 3. терапия препаратами золота 4. системная красная волчанка	1, 2, 3, 4
370.	Вторичная IgA-нефропатия может наблюдаться при:	1. пурпуре Шенлейн-Геноха 2. болезнях печени 3. множественной миеломе 4. АНЦА-ассоциированном васкулите 5. системной красной волчанке	2
371.	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
372.	Заболевание, часто осложняющееся амилоидозом почек:	1. гипертоническая болезнь 2. атеросклероз 3. хронический абсцесс легкого 4. ревматоидный артрит 5. ревматизм 6. цирроз печени	3, 4
373.	Первичные заболевания почек, сопровождающиеся часто нефротическим синдромом	1. Ig-A нефропатия 2. липоидный нефроз 3. мембранозная нефропатия 4. мембранопролиферативный гломерулонефрит	2, 3, 4

374.	В каких структурах почек преимущественно откладывается амилоид	1. в стенке сосудов 2. в капиллярных петлях и мезангии клубочков 3. в базальных мембранах канальцев 4. в цитоплазме нефротелия 5. в строме органа	1, 2, 3, 5
375.	Синоним(ы) болезни минимальных изменений:	1. некротический нефроз 2. желтушный нефроз 3. липоидный нефроз 4. болезнь малых отростков подоцитов	3, 4
376.	Клиническая характеристика идиопатического фокального сегментарного гломерулосклероза	1. неблагоприятный прогноз 2. неселективная гематурия и гипертензия 3. плохой ответ на кортикостероидную терапию 4. развитие в финале хронической почечной недостаточности	1, 3, 4
377.	Гистологическая характеристика фокального сегментарного гломерулосклероза	1. гиперклеточность клубочков 2. склероз сегментов клубочков 3. накопление гиалиновых масс 4. увеличение мезангиального матрикса 5. коллапс капиллярных петель клубочков 6. диффузное утолщение базальных мембран капилляров клубочков	2, 3, 5
378.	Гистологические варианты фокального сегментарного гломерулосклероза	1. верхушечный 2. перихиллярный 3. мембранозный 4. коллабирующий 5. клеточный	1, 2, 4, 5
379.	Среди перечисленных терминов отметить синонимы	1. синдром Гудпасчера 2. узелковый гломерулосклероз 3. синдром Киммельстила-Уилсона 4. болезнь минимальных изменений 5. интеркапиллярный гломерулосклероз	2, 3, 5
380.	Плазмоклеточные дискразии, вызывающие изменения в почечных клубочках	1. болезнь Вальденстрема 2. множественная миелома 3. нефропатия легких цепей 4. болезнь тяжелых цепей Франклина	2, 3, 4
381.	Для поражения почек при болезни Фабри характерно:	1. гипертрофия и вакуолизация подоцитов 2. интракапиллярная пролиферация 3. отложение иммунных комплексов 4. экстракапиллярная пролиферация 5. гипертрофии мышечного слоя артерий	1
382.	Нефрит при синдроме Альпорта сопровождается	1. рахитом 2. глухотой 3. хондродистрофией 4. заболеваниями глаз	2, 4
383.	Острые тубулярные повреждения (некрозы) могут быть вследствие:	1. проведении терапии кортикостероидами 2. переливания несовместимой крови 3. синдрома раздавливания 4. септицемии 5. многократно проводимых сеансов гемодиализа	2, 3, 4
384.	Характеристика острого ишемического некроза канальцев почки	1. фокальный некроз канальцев 2. диффузный некроз канальцев 3. фокальная атрофия канальцев 4. окклюзия просветов канальцев цилиндрами 5. разрывы базальной мембраны (тубулорексис)	2, 5

385.	Острый некроз канальцев почки, связанный с действием пигментов, развивается при	1. гемохроматозе 2. краш-синдроме 3. гемолитических кризах 4. шоке различной этиологии	2, 3
386.	Формы тубулоинтерстициального нефрита	1. обструктивный 2. ксантогранулематозный 3. рефлюксная нефропатия 4. анальгетическая нефропатия 5. лекарственный	4, 5
387.	Тубулоинтерстициальные нефриты, связанные с эндо- или экзогенными иммунными комплексами, могут быть при:	1. системной красной волчанке 2. вирусной инфекции 3. туберкулёзе 4. ревматоидном артрите	1
388.	Тубулоинтерстициальный нефрит, связанный с антителами к базальной мембране канальцев наблюдается при:	1. синдроме Гудпасчера 2. синдроме Альпорта 3. синдроме Олбрайта 4. фокальном сегментарном гломерулярном гиалинозе 5. синдроме де Тони - Дебре - Фанкони	1
389.	В основе хронического лекарственного тубулоинтерстициального нефрита могут быть:	1. анальгетическая нефропатия 2. литиевая нефропатия 3. нефропатия, связанная с производными нитрозомочевины 4. пульс-терапия глюкокортикоидными препаратами 5. терапия статинами	1, 2, 3
390.	Основными морфологическими признаками анальгетической нефропатии являются:	1. гистиоцитарная инфильтрация стромы почки 2. склероз и гиалиноз капилляров внутреннего мозгового слоя и клетчатки ворот почек 3. полнокровие юкстамедуллярной зоны органа 4. мембранозная гломерулопатия 5. жировая дистрофия эпителия извитых канальцев	2
391.	Варианты уратной нефропатии	1. нефролитиаз 2. гидронефроз 3. острая мочекишечная нефропатия 4. хроническая подагрическая нефропатия 5. гемолитико-уремический синдром взрослых	1, 3, 4
392.	Для подагрической почки характерно:	1. пролиферация мезангиальных клеток 2. отложение иммунных комплексов 3. отложение уратов в интерстиции 4. фокальный склероз клубочков 5. фибриноидный некроз капилляров клубочков	3
393.	К врожденным тубулоинтерстициальным поражениям относятся:	1. медуллярная кистозная болезнь (ювенильный нефронофтиз) 2. семейный интерстициальный нефрит 3. синдром Альпорта 4. синдром Олбрайта	1, 2, 4
394.	Для пиелонефрита не характерно	1. всегда двустороннее поражение почек 2. гнойный характер воспаления при обострении 3. острое или хроническое, рецидивирующее течение 4. завершается нефросклерозом	1
395.	Микроскопическим признаком, отличающим хронический пиелонефрит вне обострения от интерстициального нефрита, является:	1. большое количество макрофагов в инфильтрате 2. линейные радиальные рубцы 3. фиброз интерстиция 4. «тиреоидизация» почки 5. склероз и моноклеарная инфильтрация чашечек и лоханок	4

396.	Основной морфологический признак острого пиелонефрита:	1. лейкоцитарная инфильтрация интерстиция 2. некроз эпителия проксимальных канальцев 3. полнокровие юкстамедуллярной зоны 4. белковые цилиндры в канальцах	1
397.	Типичными для хронического пиелонефрита вне обострения признаками являются	1. перигломерулярный склероз 2. коллапс стромы почки 3. склероз и моноклеарная инфильтрация интерстиция 4. "тиреоидизация" почки	1, 2, 3, 4
398.	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
399.	Макроскопическая характеристика гидронефроза	1. увеличенные размеры 2. отложения жира около лоханок 3. выраженная атрофия паренхимы 4. резко растянутые чашечки и лоханки 5. мелкозернистая кортикальная поверхность 6. незначительно истонченное корковое вещество	1, 2, 3, 4
400.	Основной признак поликистоза почек:	1. отсутствие связи между собирательными трубками и канальцами 2. отсутствие связи между лоханкой почки и мочеточником 3. формирование полулуний 4. «тиреоидизация» почки	1
401.	При раке почки чаще поражены	1. верхний сегмент 2. нижний сегмент 3. центральный сегмент 4. все сегменты одинаково часто 5. частота не установлена	4
402.	При раке почки метастазы чаще всего наблюдаются	1. в печени 2. в легких 3. в контралатеральной почке 4. в головном мозгу 5. в надпочечнике	2
403.	Лимфогенные метастазы при раке почки чаще всего встречаются	1. в средостении 2. в парааортальных и паракавальных лимфоузлах 3. в подвздошных лимфоузлах 4. в шейных лимфоузлах 5. в надключичных лимфоузлах	2
404.	По современной классификации опухолей почек к стадии T3a относятся	1. большая опухоль, деформирующая почку 2. опухоль в центральном сегменте почки размером 2х2 см 3. опухоль, инфильтрирующая околопочечную клетчатку 4. большая опухоль, деформирующая чашечки и лоханку 5. небольшая опухоль с поражением регионарных лимфоузлов	3
405.	Укажите наиболее частую локализацию внутримозговых гематом	1. базальные ядра полушарий 2. таламус 3. белое вещество долей мозга 4. ствол мозга 5. мозжечок	1

406.	Укажите артерию, бассейн которой является наиболее частой зоной ишемического поражения головного мозга	1. передняя мозговая 2. задняя мозговая 3. средняя мозговая 4. задняя соединяющая	3
407.	Возможные причины смерти при инфаркте головного мозга	1. пневмония 2. отек и дислокации мозга 3. тромбоэмболия легочной артерии 4. все перечисленное верно	4
408.	Морфологические изменения оболочек мозга при менингите:	1. выраженный отек 2. диффузная лейкоцитарная инфильтрация 3. распространение воспаления на черепные нервы 4. распространение воспаления на корешки спинномозговых нервов	1, 2, 3, 4
409.	Вирусы вызывают преимущественно менингит:	1. гнойный 2. геморрагический 3. серозный 4. ихорозный 5. катаральный	3
410.	Гнойный энцефалит чаще локализуется в	1. белом веществе 2. сером веществе 3. желудочках мозга 4. все перечисленное верно	1
411.	По происхождению абсцессы мозга делятся на:	1. метастатические гематогенные 2. из близлежащих гнойных очагов ("очагов по соседству") 3. травматические 4. опухолевые	1, 2, 3
412.	Основными слоями стенки сформировавшегося абсцесса головного мозга являются	1. грануляционный 2. фиброзный 3. перифокальный (энцефалитический) 4. фибринозный	1, 2, 3
413.	В наружной (энцефалитической) зоне хронического абсцесса мозга обычно присутствуют:	1. лимфоциты 2. плазматические клетки 3. "зернистые шары" 4. эритроциты	1, 2, 3
414.	"Зернистые шары" образуются из клеток:	1. нейронов 2. астроглии 3. микроглии 4. эпендимы 5. олигодендроглии	3
415.	Наилучшим индикатором для оценки состояния нейрона является:	1. липофусцин 2. меланин 3. нисслевское вещество	3
416.	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
417.	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

418.	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
419.	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 Гейденгайну	4
420.	Для опухолей ЦНС характерно:	1. инфильтрирующий рост 2. ликворогенное метастазирование 3. сложность оперативного лечения 4. повреждение жизненно важных центров ЦНС	1, 2, 3, 4
421.	Опухоли центральной нервной системы метастазируют в	1. печень 2. лимфатические узлы 3. легкие 4. кости 5. центральную нервную систему	5
422.	Нарушение оттока ликвора при опухолях головного мозга может приводить к	1. ишемическому инфаркту мозга 2. гидроцефалии 3. геморрагическому инфаркту головного мозга 4. энцефалиту 5. менингоэнцефалиту	2
423.	К основным гистологическим группам опухолей ЦНС относятся:	1. опухоли из нейроэпителиальной ткани 2. опухоли мозговых оболочек 3. опухоли области турецкого седла 4. опухоли из костной ткани	1, 2, 3, 4
424.	Нейроэктодермальное происхождение имеют клетки:	1. нейронов 2. олигодендроцитов 3. микроглиальных клеток 4. клеток эпендимы	1, 2, 4
425.	К опорным клеткам ЦНС (нейроглии) относятся:	1. астроциты 2. олигодендроциты 3. клетки эпендимы 4. микроглиальные клетки	1, 2, 3
426.	Моноцитарное происхождение имеют следующие клетки ЦНС:	1. клетки эпендимы 4. микроглиальные клетки 2. олигодендроциты 5. астроциты 3. нейроны	4
427.	В группу нейрональных относят все перечисленные опухоли:	1. ганглиоцитому 2. ганглиоглиому 3. глиобластому 4. ганглионейробластому 5. нейробластому	1, 2, 4, 5
428.	К нейроэпителиальным опухолям относят	1. глиобластому 2. фиброаденому 3. цилиндрому 4. базалиому	1
429.	К опухолям вегетативной нервной системы относятся	1. шваннома 2. параганглиома 3. нейрофиброматоз 4. ганглионеврома 5. злокачественная параганглиома 6. нейрофиброма	2, 4, 5

429.	Опухоль периферической нервной системы	1. шваннома 2. астроцитомы 3. тимомы 4. скирр	1
431.	Опухоли детского возраста	1. нейробластома 2. глиобластома 3. астроцитомы 4. эпендимомы	1
432.	С астроцитами связывают гистогенез	1. глиобластомы 2. эпендимомы 3. менингиомы 4. медуллобластомы	1
433.	Для глиобластомы характерны признаки:	1. преобладание мужского пола 2. инфильтрирующий рост 3. полиморфизм клеток 4. формирование сосудистых клубочков	1, 2, 3, 4
434.	Макроскопическая характеристика глиобластомы	1. плотная консистенция 2. нечеткие границы 3. сероватая капсула 4. пестрый вид	1, 3
435.	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
436.	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
437.	Для "анапластической астроцитомы" характерны признаки:	1. высокая плотность расположения клеток 2. полиморфизм клеток 3. инфильтративный характер роста 4. пролиферация сосудов	1, 2, 3, 4
438.	Признаком, очень характерным для озлокачествления астроцитомы, является следующее изменение сосудов:	1. запустевание 2. облитерация 3. пролиферация (гиперплазия) 4. воспаление	3
439.	Характеристика астробластомы	1. экспансивный рост 2. инфильтрирующий рост 3. выражен тканевой атипизм 4. выражен тканевой и клеточный атипизм	1, 3
440.	Характерными признаками олигодендроглиомы являются:	1. наличие кист 2. инфильтрирующий характер роста 3. мономорфные мелкие клетки 4. наличие солей извести	1, 2, 3, 4
441.	Для олигодендроглиомы характерны клетки:	1. мономорфные 2. мелкие с круглыми ядрами 3. гигантские	1, 2
442.	Анапластическую хориоидную папиллому необходимо дифференцировать с:	1. эпендимомой 2. мультиформной глиобластомой 3. нейробластомой 4. метастазом папиллярного рака 5. ганглиобластомой	4
443.	Кровоизлияния и некрозы наиболее характерны для:	1. арахноэндотелиомы 2. менингиомы 3. фибриллярной астроцитомы 4. протоплазматической астроцитомы 5. мультиформной глиобластомы	5

444.	Укажите опухоль, для которой характерны многочисленные участки некроза, кровоизлияний и кистозного перерождения	1. плеоморфная ксантоастроцитома 2. гигантоклеточная глиобластома 3. ганглиоглиома 4. менинготелиальная менингиома 5. шваннома	2
445.	Для медуллобластомы характерны признаки:	1. преимущественно молодой возраст 2. локализация в мозжечке 3. наличие псевдорозеток 4. многочисленные митозы	1, 2, 3, 4
446.	Характеристика менингиомы	1. развивается из мозговых оболочек 2. выражен тканевой атипизм 3. развивается из нейронов 4. рост инфильтрирующий 5. рост экспансивный	1, 2, 5
447.	Для менингиомы характерны следующие типичные структуры:	1. ложные розетки 2. псаммомные тельца 3. истинные розетки 4. тельца Верокаи 5. розенталевские волокна	2
448.	Для менингиомы характерно расположение клеток в виде:	1. телец Верокаи 2. истинных розеток 3. ложных розеток 4. цепочек 5. концентрических структур (луковиц)	5
449.	Нейрофиброма происходит из:	1. шванновской оболочки нерва 2. элементов эндопериневрия 3. длинных отростков нейрона 4. твердой оболочки	1, 2
450.	Для нейрофибромы характерно:	1. связь со шванновской оболочкой нерва 2. происхождение из элементов эндопериневрия 3. наличие образований типа пластинчатых и осязательных телец 4. наличие телец Верокаи 5. образование множества узлов	1, 2, 3, 5
451.	Нейрилеммома происходит:	1. из элементов эндопериневрия 2. из шванновской оболочки 3. из длинных отростков нейрона 4. из элементов мозговой оболочки	2
452.	Для нейрилемомы характерна:	1. связь со шванновской оболочкой нерва 2. происхождение из элементов эндопериневрия 3. наличие телец Верокаи 4. наличие образований типа пластических и осязательных телец	1, 3
453.	Патогномоничный признак псориаза:	1. акантоз с колбообразным утолщением апикальных отделов 2. акантоз с сужением, заострением апикальных отделов 3. внутриэпидермальные пузыри 4. баллонизирующая дистрофия зернистого слоя эпидермиса 5. внутридермальный фиброэластоз	1
454.	Гистологический признак в виде «серозных колодцев» характерен для:	1. экземы 2. опоясывающего лишая 3. пузырчатки 4. мастоцитоза 5. псориаза	1

455.	Патогномоничный признак красного плоского лишая:	1. акантоз с колбообразным утолщением апикальных отделов 2. акантоз с сужением, заострением апикальных отделов 3. внутриэпидермальные пузыри 4. баллонизирующая дистрофия зернистого слоя эпидермиса 5. внутридермальный фиброэластоз	3
456.	Деструкция коллагеновых волокон с очагами некроза и атрофией выявляется при:	1. кольцевидной гранулеме 2. пузырьчатке 3. атопическом дерматите 4. экземе 5. псориазе	1
457.	Эпителиоидные бугорки с фибротизацией характерны для:	1. туберкулёза 2. панникулита 3. саркоидоза 4. экземы 5. системной красной волчанки	3
458.	При саркоидозе Бека / Бека – Шаумана / эпителиодные гранулёмы располагаются преимущественно:	1. в верхней трети дермы 2. в средней трети дермы 3. в нижней трети дермы 4. в подкожно-жировой клетчатке	1
459.	К гистологическим признакам лентигиозной меланоцитарной дисплазии относятся:	1. дисплазия меланоцитов 2. реактивные изменения эпидермиса (акантоз) 3. реактивный лимфоцитарный инфильтрат в дерме	1, 2, 3
460.	Клинико-морфологическими признаками пятен при лентигиозной меланоцитарной дисплазии являются:	1. размеры до 1.5 см в диаметре 2. четкие границы 3. преимущественная локализация на туловище 4. множественность	1, 2, 3, 4
461.	Пятна при лентигиозной меланоцитарной дисплазии преимущественно локализуются:	1. на верхних конечностях 2. на нижних конечностях 3. на лице 4. на туловище 5. на спине	4
462.	Клинико-морфологическими признаками пятен при меланозе Дюбрейля являются:	1. разлитые границы 2. пестрая окраска 3. единичность 4. преимущественная локализация на лице	1, 2, 3, 4
463.	При меланозе Дюбрейля преимущественной локализацией пятен является:	1. верхние конечности 2. нижние конечности 3. лицо 4. туловище 5. спина	3
464.	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
465.	Папиллярная сиригаденома характеризуется следующими признаками:	1. толстые соединительнотканые сосочки с обильным лимфогистиоцитарным инфильтратом 2. тонкие соединительнотканые сосочки без клеточных инфильтратов в строме 3. расположена в поверхностных отделах дермы, имеет связь с поверхностью кожи 4. расположена в глубоких отделах дермы	1, 3

466.	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
467.	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
468.	Для актинического (старческого) кератоза характерно:	1. расположение преимущественно на открытых поверхностях тела 2. резко выраженный гиперкератоз (с образованием "кожного рога") 3. наличие очагов внутриэпителиального рака	1, 2, 3
469.	Для актинического (старческого) кератоза характерна локализация:	1. на открытых поверхностях тела 2. на закрытых поверхностях тела 3. на лице 4. на слизистых оболочках	1, 3
470.	Папиллярную гидроаденому характеризуют:	1. тонкие соединительнотканые сосочки без клеточных инфильтратов в строме 2. толстые соединительнотканые сосочки с обильным лимфогистиоцитарным инфильтратом 3. участки апокринизации клеток	1, 2, 3
471.	Для эккринной спираденомы характерны признаки:	1. состоит из клеток двух видов (мелких со светлыми ядрами и мелких лимфоцитоподобных) 2. мелкие узелки с четкими границами в дерме 3. возможное кистозное строение 4. вероятное звездчатое строение	1, 2, 3
472.	Цилиндрому от базалиомы позволяет отличить наличие:	1. базалиоидных клеток 2. внутриэпителиальных роговых кист 3. гиалиноподобных базальных мембран вокруг комплексов опухолевых клеток 4. внутридермального расположения	3
473.	Для эккринной цилиндры 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
474.	Для диагностики пиломатриксомы (эпителиомы Малерба) является обязательным наличие:	1. кистозного строения 2. "роговых" кист 3. клеток-теней 4. железистых комплексов 5. базалиоидных клеток	3
475.	Злокачественными вариантами пигментообразующих опухолей являются:	1. поверхностно распространяющаяся меланوما 2. лентигио-меланوما 3. акральная меланوما 4. меланоз Дюбрейля	1, 2, 3
476.	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

477.	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
478.	Клетки меланомы от клеток других злокачественных опухолей отличаются:	1. полиморфизмом 2. анаплазией 3. содержанием меланина 4. гиперхромией 5. наличием гемосидерина	3
479.	Выделяют следующее количество уровней инвазии меланомы (по Кларку):	1. один 2. два 3. три 4. четыре 5. пять	5
480.	Какие из нижеперечисленных характеристик меланомы кожи являются прогностически важными:	1. изъязвление поверхности 2. толщина опухоли 3. лимфоваскулярная инвазия	1, 2, 3
481.	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
482.	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
483.	Признаки, характерные для саркомы Капоши	1. местнодеструирующий рост, наличие гемосидерина 2. выраженный половой диморфизм 3. наличие меланина 4. наличие липофусцина	1
484.	К местнодеструирующим опухолям из мягких тканей относят	1. десмоидную фиброму, межмышечную липому 2. невриному, шванному 3. папиллому, кератоакантому 4. себорейный кератоз, пигментный кератоз	1
485.	Иммуногистохимическая реакция с виментином используется для диагностики	1. фибросаркомы 2. миосаркомы 3. липосаркомы	1, 2, 3
486.	Для фиброматоза характерны все перечисленные признаки, кроме	1. пролиферации фибробластов с замедленным созреванием их 2. наличия соединительнотканной капсулы 3. избыточного образования межучточной субстанции и коллагеновых волокон 4. ангиоматоза в периферических отделах новообразования 5. лимфогистиоцитарных инфильтратов в периферических отделах образования	2
487.	Макроскопически фиброматоз характеризуется:	1. узловыми и диффузными разрастаниями по ходу предшествующих соединительнотканых образований 2. нечеткими границами 3. наличием капсулы 4. агрессивной местной инвазией в окружающие	1, 2, 4

		ткани	
488.	В группу фибробластические/миофибробластические опухоли включены перечисленные заболевания, кроме	1. узловатого фасциита 2. фибромы Гарднера 3. гиберномы 4. фибромиксоидной саркомы низкой степени злокачественности 5. фиброматоза десмоидного типа	3
489.	Доброкачественная фиброзная гистиоцитома характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме	1. частого расположения на нижних конечностях 2. обилия сосудов и фибробластов 3. бедностью клетками соединительной ткани с наличием в ней прослоек жировой клетчатки 4. наличия гигантских клеток Тутона 5. наличия «муаровых» структур	3
490.	Наиболее характерной для эпителиоидной лейомиомы является:	1. эпителиоидная клетка 2. миоидная клетка 3. плазматическая клетка 4. гигантская клетка тутона 5. ксантомные клетки	2
491.	Для дифференциальной диагностики лейомиом можно использовать все перечисленные окраски, кроме	1. пикрофуксина по ван Гизону 2. азана по Маллори 3. импрегнация серебром 4. толуидинового синего	4
492.	Основной гистологический компонент гемангиомы:	1. артериола 2. артерио-венозный анастомоз 3. эпителиоидного типа клетки 4. сосудистые почки 5. миоидные клетки	4
493.	Гемангиома грануляционного типа (пиогенная гранулема) характеризуется перечисленными признаками:	1. узелок на ножке на коже или слизистой оболочке 2. анастомозирующие сосуды капиллярного типа с воспалительными инфильтратами между ними 3. сосуды разных калибров с муфтами из клеток эпителиоидного типа 4. изъязвления в поверхностных отделах опухоли	1, 2, 4
494.	Гломус-ангиому характеризуют все перечисленные признаки, кроме наличия	1. узелка небольших размеров в глубине дермы 2. воспалительного инфильтрата между сосудами капиллярного типа 3. сосудов разных калибров с муфтами из клеток эпителиоидного типа 4. зоны отечной базофильной соединительной ткани между эндотелиальными и эпителиальными клетками	2
495.	Признаками гломус-ангиомы являются все перечисленные, кроме	1. расположения на кончиках пальцев 2. болезненности 3. наличия сосудов разного калибра 4. наличия клеток Тутона 5. наличия клеток эпителиоидного типа	4
496.	Фибросаркому характеризуют следующие признаки:	1. расположение опухолевых клеток в виде "елочки" 2. расположение опухолевых клеток в виде "муара" 3. метастазирование по гематогенным и лимфогенным путям	1, 3
497.	Дерматофибросаркому характеризуют следующие признаки:	1. расположение опухолевых клеток в виде "елочки" 2. расположение опухолевых клеток в виде "муара" 3. склонность к рецидивированию, редкое метастазирование	2, 3
498.	Клинически более благоприятное течение имеет:	1. высокодифференцированная липосаркома 2. миксоидная (эмбриональная) липосаркома	1, 2

		3. полиморфная липосаркома	
499.	Укажите наиболее частую локализацию липосаркомы	1. забрюшинная область 2. шея 3. верхние конечности 4. нижние конечности 5. средостение	1
500.	Для миксоидной липосаркомы характерны все перечисленные признаки, кроме	1. обилия капилляров и звездчатых клеток в миксоматозной строме 2. наличия рабдомиобластов в миксоматозной строме 3. наличия гликогена в клетках 4. наличия микрокист, заполненных мукоидным веществом 5. наличия мультилокулярных жировых клеток	2
501.	Морфологические изменения при остеопетрозе:	1. уменьшение невральных отверстий 2. расширение костномозгового канала 3. исчезновение костномозгового канала 4. грушевидная форма концов длинных костей 5. количество остеокластов чаще не изменяется 6. значительное увеличение количества остеокластов	1, 3, 4, 5
502.	Характерные признаки болезни Педжета костей:	1. обычно начинается на пятом десятилетии жизни 2. женщины болеют чаще мужчин 3. чаще поражаются несколько костей 4. часто протекает бессимптомно 5. протекает с выраженной клинической симптоматикой 6. распространена среди представителей европейской расы	1, 3, 4, 6
503.	Основным гистологическим признаком болезни Педжета является:	1. тканевой тип кровотока 2. макрофагальные гранулемы 3. мозаичная структура Шморля 4. тельца Каунсильмена	3
504.	Характерным гистологическим признаком фиброзной остеодисплазии является:	1. незрелые реактивные, длительно созревающие костные балки 2. наличие "спикул" 3. треугольник Кодмена 4. гигантские остеопласты с нечеткими границами	1
505.	Вторичный остеопороз наблюдается при:	1. химиотерапии 2. карциноматозе 3. недостаточности эстрогенов 4. снижении физической активности	1, 2
506.	Вторичный остеопороз наблюдается при:	1. алкоголизме 2. акромегалии 3. химиотерапии 4. снижении физической активности	1, 2, 3
507.	Первичные осложнения остеопороза	1. кифосколиозы 2. очаговая пневмония 3. поясничные лордозы 4. переломы позвоночника 5. переломы шейки бедра и запястья 6. эмболия системы легочного ствола	1, 3, 4, 5
508.	Остеолитический очаг при третичном сифилисе характеризуется:	1. мощной зоной остеосклероза вокруг 2. отсутствием секвестров или наличием своеобразных "полулунных" секвестров 3. гиперостозом	1, 2, 3

		4. кальцинозом	
509.	Гистологическими признаками секвестра являются:	1. некроз остеоцитов 2. зазубренность краев секвестра 3. воспалительный инфильтрат в расширенных гаверсовых каналах	1, 2, 3
510.	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
511.	Паратиреоидная остеодистрофия бывает при:	1. хронической почечной недостаточности 2. аденоме околощитовидных желез 3. раке щитовидной железы 4. карциноиде желудка 5. хроническом миелолейкозе	2
512.	При остеомиелите у детей возбудитель локализуется в	1. эпифизах костей 2. метафизах костей 3. субхондральных участках костей 4. позвоночнике	1
513.	При остеомиелите у взрослых возбудитель локализуется в	1. эпифизах костей 2. метафизах костей 3. субхондральных участках костей	2, 3
514.	Для склерозирующего остеомиелита Гарре характерно поражение	1. челюсти с преобладанием склеротических изменений в кости 2. коркового слоя и губчатого вещества длинной трубчатой кости в виде абсцесса 3. всех костей скелета 4. костей позвоночника	1
515.	При туберкулезном остеомиелите чаще других поражаются	1. ребра 2. тела позвонков 3. трубчатые кости 4. плоские кости черепа	2
516.	Для абсцесса Броди характерно поражение	1. челюсти с преобладанием склеротических изменений в кости 2. коркового слоя и губчатого вещества длинной трубчатой кости 3. всех костей скелета 4. костей позвоночника	2
517.	Осложнения остеомиелита:	1. сепсис 2. эндокардит 3. формирование натечных абсцессов 4. вторичный амилоидоз	1, 2, 4
518.	Осложнения остеомиелита:	1. патологические переломы 2. образование саблевидной голени 3. остеосаркома в области пораженной кости 4. плоскоклеточный рак в области дренажного синуса	1, 3, 4
519.	Клинические стадии подагры:	1. промежуточная 2. полиартритическая 3. острый подагрический артрит 4. бессимптомная гиперурикемия 5. внесуставных изменений 6. хроническая с формированием тофусов	1, 3, 4, 6
520.	В состав тофуса входят:	1. макрофаги 2. лимфоциты 3. плазмоциты 4. очаг некроза	1, 2, 4

		5. кристаллы уратов	
521.	Стадии течения остеохондропатий:	1. асептический некроз 2. первичный компрессионный перелом 3. вторичный компрессионный перелом 4. фрагментация и рассасывание участков некротизированного губчатого вещества 5. стадия вторичных изменений 6. репарация	1, 3, 4, 5, 6
522.	Морфологические характеристики хондросаркомы высокой степени злокачественности:	1. гиперклеточность 2. множественность фигуры митоза 3. гигантские причудливые клетки 4. фигуры митоза редки	1, 2, 3
523.	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
524.	К гистологическим вариантам рабдомиосаркомы относятся все перечисленные, кроме	1. эмбриональной 2. альвеолярной 3. миоидной 4. плеоморфной 5. веретенноклеточной/склерозирующей	3
525.	Доказательством диагноза «полиморфная рабдомиосаркома» является наличие:	1. полисом 2. поперечно-исчерченных миофибрилл 3. лизосом 4. митохондрий 5. миксоматоза	2
526.	Одонтогенная кератокиста характеризуется	1. паракератозом, гиперкератозом, многослойным плоским эпителием с выраженным базальным слоем из палисадообразных клеток с гиперхромными ядрами 2. папилломатозом эпителия 3. ослизнением миксоидной ткани 4. миелоидной инфильтрацией фиброзной стенки 5. в полости содержит коронку непрорезавшегося зуба	1
527.	Основные компоненты плеоморфной аденомы	1. эпителиальная капсула 2. хондроидные 3. комплексы ороговевающих клеток 4. крибровые структуры 5. онкоцитарные	2
528.	Основные структуры, составляющие миоэпителиальную аденому	1. тубулярные 2. трабекулярные 3. миксоидные 4. тяжи миоэпителиальных клеток 5. тяжи базалоидных клеток	4
529.	Основные микроскопические признаки аденолимфомы (опухоли Уортина)	1. единичные мелкие кисты 2. единичные крупные кисты 3. раковые жемчужины 4. капли жировой ткани 5. железистые структуры, образованные двумя слоями эпителия	5
530.	Заболевание, при котором наблюдаются лимфоэпителиальные кисты слюнных желез	1. цирроз печени 2. ВИЧ-инфекция 3. цитомегалия 4. герпетическая инфекция	2

		5. сифилис	
531.	Морфологический признак онкоцитомы	1. поражение только околоушных слюнных желез 2. наличие онкоцитов (светлые клетки с зернистой оксифильной цитоплазмой) 3. широкие соединительнотканые прослойки 4. наличие миксоида 5. наличие миксоидных структур	2
532.	Микроскопические признаки низкодифференцированных мукоэпидермоидных карцином	1. обилие клеток, секретирующих слизь 2. отсутствие митозов 3. обилие микрокист 4. полиморфизм клеток 5. резкий гиалиноз стромы	5
533.	Морфологические признаки мукоэпидермоидной карциномы	1. не обладает инвазивным ростом 2. поражение малых слюнных желез на небе 3. множественность опухолевых узлов 4. наличие четкой капсулы 5. наличие множественных кист	2
534.	Характерные признаки аденокистозной карциномы	1. инвазивный рост по ходу нервов 2. растет быстро, рост неинвазивный 3. мягкоэластичной консистенции 4. с четкими границами 5. чаще в подъязычной железе	1
535.	Основной микроскопический признак, позволяющий дифференцировать некротизирующую сиалометаплазию и мукоэпидермоидный рак	1. плоскоклеточная метаплазия 2. наличие «раковых» жемчужин 3. некроз ацинусов и дольчатое строение железы 4. скопление муцина 5. наличие грануляционной ткани в дне язвы	3

№	Оценочное средство	Варианты ответов	
536.	Больной 48 лет заболел крупозной пневмонией и умер от явлений легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии: гиперплазия пульпы селезенки, в аортальном клапане – утолщение створок, дефекты поверхности и наличием крупных, до 2 см в диаметре, тромбов, что послужило основанием установить:	1. Острый бородавчатый эндокардит 2. Возвратно-бородавчатый эндокардит 3. Полипозно-язвенный эндокардит 4. Диффузный эндокардит 5. Фибропластический эндокардит	3
537.	На вскрытии умершего мужчины 45 лет выявлен распространенный тромбоэмболический инфаркт левого полушария мозга, а также большая септическая селезенка, иммунокомплексный гломерулонефрит, язвы в створках аортального клапана, прикрытые полипообразными тромбами с колониями стафилококков. Какое заболевание привело к церебральной тромбоэмболии?	1. Септикопиемия 2. Септический бактериальный эндокардит 3. Септицемия 4. Острый ревматический вальвулит 5. Ревматический тромбоэндокардит	2
538.	Мужчина 46 лет умер от одонтогенного сепсиса. На вскрытии обнаружено резкое утолщение полулунных клапанов аорты, они были белесоваты, непрозрачны, малоподвижны, на наружной поверхности располагались тромботические наложения размером 1х1.5 см. О какой форме эндокардита идет речь?	1. Полипозно-язвенный эндокардит 2. Диффузный эндокардит 3. Острый бородавчатый эндокардит 4. Фибропластический эндокардит 5. Возвратно-бородавчатый эндокардит	1
539.	У мужчины 32 лет, который долгое время употреблял наркотики, лихорадка, явления интоксикации, пиурия, при эхокардиоскопии выявлены массивные наложения	1. Эндокардит Либмана-Сакса 2. Диффузный вальвулит 3. Острый бородавчатый эндокардит	4

	на клапанах сердца. В крови высеян стафилококк. Больной умер от тромбоэмболии легочной артерии. Укажите на изменения сердца, выявленные у больного во время вскрытия.	4. Полипозно-язвенный эндокардит 5. Возвратно-бородавчатый эндокардит	
540.	У молодой женщины после внебольничного аборта прогрессировал гнойный эндометрит со смертельным исходом. При вскрытии выявлены многочисленные абсцессы легких, субкапсулярные гнойнички в почках, гиперплазия селезенки. Какая форма сепсиса развилась?	1. Легочный сепсис 2. Септикопиемия 3. Септицемия 4. Хронический сепсис 5. Уросепсис	2
541.	У женщины 30 лет после аборта развился гнойный эндометрит, смерть наступила от сепсиса. При вскрытии обнаружены: гнойным лимфаденитом, абсцессы в легких, почках, миокарде, гиперплазия селезенки, дистрофические изменения паренхиматозных органов. Определите клинико-анатомическую форму сепсиса.	1. Хронический сепсис 2. Септицемия 3. Септикопиемия 4. Септический эндокардит 5. Гранулематозный сепсис	3
542.	Женщина 28 лет, умерла в послеродовом периоде. На вскрытии были найдены признаки гнойного эндометрита, гнойный тромбофлебит вен матки, множественные абсцессы легких, абсцессы почек и селезенки, апостематозный миокардит и гнойный менингит. Диагностируйте вид сепсиса.	1. Септицемия 2. Септикопиемия 3. Хронический сепсис 4. Затяжной септический эндокардит	2
543.	У мужчины после ранения нижней конечности возникло длительное нагноение раны, смерть наступила при явлениях интоксикации. Во время вскрытия найдено: общее истощение, обезвоживание, бурая атрофия печени, миокарда, селезенки, поперечно-полосатой мускулатуры и амилоидоз почек. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?	1. Септицемия 2. Септикопиемия 3. Хронический сепсис 4. Болезнь Черногоубова 5. Бруцеллез	3
544.	На вскрытии обнаружено: на наружной поверхности аортального клапана крупные (1-2 см) буровато-красные, легко крошащиеся наложения, прикрывающие язвенные дефекты. О каком заболевании можно думать?	1. Острый бородавчатый эндокардит 2. Возвратно-бородавчатый эндокардит 3. Полипозно-язвенный эндокардит 4. Фибропластический эндокардит	3
545.	При вскрытии мужчины, у которого после ранения конечности возникло длительное нагноение раны, и который умер при явлениях интоксикации, обнаружено общее истощение, обезвоживание, бурая атрофия печени, миокарда, селезенки, поперечно-полосатой мускулатуры и амилоидоз почек. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?	1. Хронический сепсис 2. Бруцеллез 3. Септикопиемия 4. Септицемия 5. Болезнь Черногоубова	1
546.	Спустя сутки после родов у женщины развилась клиника шока с ДВС-синдромом, в результате чего больная умерла. На аутопсии обнаружен гнойный эндометрит, региональный гнойный лимфангит и лимфаденит, гнойный тромбофлебит. В паренхиматозных органах – дистрофические изменения и межтканевое воспаление. Какой диагноз можно предположить?	1. Сепсис 2. Сифилис 3. Туберкулез половых органов 4. Деструктивный пузырьный занос 5. Пузырный занос	1
547.	На вскрытии умершей молодой девушки выявлено обширный тромбоэмболический инфаркт левого полушария мозга, а также большая септическая селезенка, иммунокомплексный гломерулонефрит,	1. Септикопиемия 2. Септицемия 3. Острый ревматический вальвулит 4. Септический бактериальный	4

	язвы в створках аортального клапана, прикрытые полипоподобными тромбами с колониями стафилококков. Какое заболевание привело к церебральной тромбоэмболии?	эндокардит 5. Ревматический тромбоэндокардит	
548.	Больная 48 лет умерла от легочной недостаточности. При вскрытии обнаружено увеличенное легкое с очагами темно-красного, розовато-желтого цвета («большое пестрое легкое»), некротический трахеобронхит. Каким заболеванием наиболее вероятно страдала больная?	1. Коревая пневмония 2. Гриппозная пневмония 3. Крупозная пневмония 4. Казеозная пневмония 5. Фиброзирующий альвеолит	2
549.	Больная 45 лет заболела остро, появилась одышка и сухой кашель, температура тела 39 градусов, рентгенологически диффузная инфильтрация в обоих легких. Больная умерла. На аутопсии картина шоковых легких с множественными сливающимися кровоизлияниями. Была диагностирована вирусная пневмония. Характерные микроскопические признаки вирусной пневмонии:	1. Интерстициальное воспаление 2. Диффузное альвеолярное повреждение 3. Микротромбы в ветвях легочных артерий и вен 4. Уродливые метаплазированные клетки альвеолярного эпителия	1, 2, 3, 4
550.	Больной 44 лет умер при явлениях выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности. На вскрытии: ткань легких на разрезе во всех отделах пестрая, с множественными мелкоочаговыми кровоизлияниями и очагами эмфиземы. Гистологически: геморрагическая бронхопневмония с абсцедированием, в цитоплазме клеток эпителия бронхов эозинофильные и базофильные включения. О каком заболевании следует думать?	1. Респираторно-синцитиальная инфекция 2. Стафилококковая бронхопневмония 3. Грипп 4. Парагрипп 5. Аденовирусная инфекция	3
551.	У молодого мужчины на коже живота, грудной клетки появилась сыпь в виде розеол и петехий, мелкоочечная конъюнктивальная сыпь. Смерть наступила при явлениях поражения мозга. При микроскопическом исследовании в продолговатом мозге, мосте, в коже и почках, миокарде обнаружен деструктивно-пролиферативный эндотромбоваскулит. О каком заболевании следует думать?	1. Узелковый периартериит 2. Системная красная волчанка 3. Сыпной тиф 4. Сепсис 5. Бруцеллез	3
552.	Больной 67 лет умер от легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии на разрезе легкого обнаружены множественные очаги до 2,5 см. в диаметре неправильной формы, плотноватые, безвоздушные, без четких границ, ярко красного цвета. При микроскопическом исследовании в просвете альвеол найдены эритроциты, небольшое количество лимфоцитов. Описанные изменения характерны для:	1. Геморрагического инфаркта легкого 2. Гриппозной пневмонии 3. Крупозной пневмонии 4. Коревой пневмонии 5. Аспирационной пневмонии	2
553.	Мужчина 42 лет болел острым респираторным заболеванием и погиб при явлениях острой легочно-сердечной недостаточности. Во время вскрытия найдено фибринозно-геморрагическое воспаление в слизистой оболочке гортани и трахеи, деструктивный панбронхит, увеличенные легкие, которые имеют пестрый вид за счет абсцессов, кровоизлияний и некрозов. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Респираторно-синцитиальная инфекция 2. Корь 3. Грипп 4. Парагрипп 5. Аденовирусная инфекция	3
554.	Больной 38 лет заболел остро. Предъявлял жалобы на озноб, повышение температуры к 40°C, головную	1. Аденовирусная инфекция 2. Респираторно-синцитиальная	3

	боль, кашель, одышку. На 5 день больной скончался. На вскрытии: легкие увеличены в объеме, пестрого вида – «большое пестрое легкое». Для какого заболевания характерна такая картина:	инфекция 3. Грипп 4. Крупозная пневмония 5. Бронхоэктазы	
555.	В мужчины 66 лет заболевание началось остро с явлений острого трахеита и бронхита, к которым присоединилась бронхопневмония. На 12-е сутки больной умер от легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии обнаружен фибринозно-геморрагический ларинготрахеобронхит; легкие увеличены в объеме, на разрезе имеют «пестрый вид» за счет чередования участков бронхопневмонии, кровоизлияний в легочную паренхиму, острых абсцессов и ателектазов. Во внутренних органах – дисциркуляторные и дистрофические изменения. Какой диагноз наиболее вероятен?	1. Грипп средней тяжести 2. Грипп, тяжелая форма 3. Парагрипп 4. Респираторно-синцитиальная инфекция 5. Аденовирусная инфекция	2
556.	При вскрытии трупа мужчины 40 лет выявлено: серозно-геморрагическое воспаление трахеи и бронхов, очаговая пневмония, участки ателектазов и острой эмфиземы легких. При гистологическом исследовании выявлена вакуольная дистрофия мерцательного эпителия, потеря ими ресничек, слущивание клеток с наличием в них оксифильных включений. Такие изменения в легких вызваны:	1. Вирусом кори 2. Вирусами гриппа 3. Вирусами парагриппа 4. Аденовирусами 5. РС-вирусами	2
557.	У больного с тяжёлым течением респираторной вирусной инфекции появились клинические признаки прогрессирующей сердечной недостаточности, которая привела к смерти больного на 2-й неделе заболевания. На вскрытии сердце со значительным расширением полостей, вялое. Гистологически в миокарде обнаруживается полнокровие микрососудов и диффузная инфильтрация стромы лимфоцитами и гистиоцитами. Укажите наиболее вероятный диагноз:	1. Острая коронарная недостаточность 2. Кардиомиопатия 3. Миокардит 4. Инфаркт миокарда 5. Стенокардия	3
558.	На аутопсии умершего от гриппа мужчины отмечено, что сердце несколько увеличено в размерах, пастозно, на разрезе миокард тусклый, с крапом. Микроскопически в миокарде на всем протяжении признаки паренхиматозной жировой и гидропической дистрофии, строма — отечна, со скудной макрофагально-лимфоцитарной инфильтрацией, сосуды полнокровны, периваскулярно петехиальные кровоизлияния. Какой вид миокардита развился в данном случае?	1. Межуточный пролиферативный миокардит 2. Серозный диффузный миокардит 3. Серозный очаговый миокардит 4. Гнойный миокардит 5. Гранулематозный миокардит	2
559.	Больной 67 лет умер от тяжелой формы гриппа. На вскрытии выявлены «большие пестрые легкие». При микроскопическом исследовании выявлено: резкое полнокровие сосудов, кровоизлияния, отёк легочной ткани, в просвете бронхов и альвеол экссудат, который содержит преимущественно эритроциты. О каком виде воспаления легких свидетельствуют эти морфологические признаки?	1. Геморрагическая бронхопневмония 2. Катаральная бронхопневмония 3. Гнойная бронхопневмония 4. Десквамативная бронхопневмония 5. Фибринозная пневмония	1
560.	У ребенка 2-х лет, перенесшего ОРВИ и умершего при явлениях легочносердечной недостаточности, правое легкое гиперемировано, во 2, 6, 10 сегментах на поверхности и на разрезе обнаруживаются	1. Интерстициальная пневмония 2. Крупозная пневмония 3. Очаговая пневмония 4. Острый бронхит	3

	безвоздушные очаги неправильной формы, желтоватого цвета, размерами от нескольких миллиметров до 1 см. Микроскопически в данных участках легочной ткани в альвеолах, бронхиолах и мелких бронхах экссудат с преобладанием нейтрофилов. Ваш диагноз?	5. Абсцесс легких	
561.	Ребенок 4 лет умер от дыхательной недостаточности в результате паралича дыхательной мускулатуры. При гистологическом исследовании грудного отдела спинного мозга выявлено полнокровие, стертый рисунок серого вещества, точечные кровоизлияния и мелкие западающие участки размягчения ткани мозга, воспаление с пролиферацией нейроглии вокруг и около погибших нейронов. Ваш диагноз:	1. Менингококковая инфекция 2. Цитомегалия 3. Токсоплазмоз 4. Полиомиелит 5. Аденовирусная инфекция	4
562.	Мужчина 43 лет после операции по пересадке почки получал иммуносупрессивную терапию, умер от интоксикации. При гистологическом исследовании в легких, почке, поджелудочной железе обнаружены гигантские клетки с крупными ядрами и светлым ободком, напоминающими глаз совы. Назовите заболевание.	1. Сифилис 2. Лепра 3. Цитомегалия 4. Туберкулез 5. Чума	3
563.	У 35-летнего умершего наркомана, который страдал ВИЧ-инфекцией при патоморфологическом исследовании выявлено, что оба легкого плотные, темно-бордово-серые, мало воздушные, межальвеолярные 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
564.	Больной 48 лет поступил с жалобами на лихорадку, сильную головную боль, одышку, сердцебиение. При осмотре выявлен педикулез, на коже грудной клетки розеолы и петехии, пролежни голеней, гангрену стопы. Умер от признаков сердечной недостаточности. Гистологически в ткани продолговатого мозга наблюдаются гиперемия, стазы, периваскулярные инфильтраты из плазматических клеток и очаги пролиферации микроглии (гранулемы Попова). Ваш диагноз.	1. Менингоэнцефалит сибиреязвенный 2. Эпидемический сыпной тиф 3. Менингококковый менингит 4. Брюшной тиф 5. Краснуха	2
565.	Больной умер в результате сердечной недостаточности. Макроскопически на коже отмечаются следы сыпи в виде пятен и точек. В области ягодиц, остистых отростков позвонков – пролежни. При микроскопическом исследовании ЦНС, кожи, надпочечников в сосудах микрорциркуляторного русла и мелких артериях – деструктивно-пролиферативный эндотромбоваскулит с наличием гранул Попова, в сердце – интерстициальный миокардит. Какой из перечисленных зов наиболее достоверный?	1. Ку-лихорадка 2. Брюшной тиф 3. Узелковый периартериит 4. Сыпной тиф 5. ВИЧ-инфекция	4
566.	На вскрытии головного мозга выявлен отек, полнокровие, мелкое кровоизлияние в продолговатом	1. Энцефалит 2. Энцефаломиелит	4

	мозге. Микроскопически: хроматолиз, гидропия и некроз нервных клеток; в цитоплазме нервных клетках гипокампа выявлены эозинофильные образования (тельца Бабеша-Негре). Какой диагноз отвечает описанным морфологическим проявлениям?	3. Менингококковый менингит 4. Бешенство 5. Бруцеллез	
567.	При гистологическом исследовании головного мозга, умершего от ВИЧ-инфекции больного в субкорткальном 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
568.	На вскрытии ребенка 3 лет выявлено: мягкие мозговые оболочки резко полнокровны, мутные, в виде желтовато-зеленоватого «чепчика». Микроскопически: мягкая мозговая оболочка резко утолщена, полнокровна, пропитана гнойным экссудатом с наличием фибрина. О каком заболевании следует думать?	1. Грипп 2. Менингококковая инфекция 3. Туберкулез 4. Сибирская язва 5. Корь	2
569.	На вскрытии ребенка 4 лет выявлено: мягкая мозговая оболочка верхних отделов полушарий головного мозга резко полнокровна, желто-зеленого цвета, пропитана гнойным и фибринозным экссудатом, который напоминает чепец. Для какого заболевания характерна такая картина?	1. Туберкулезного менингита 2. Гриппозного менингита 3. Менингита при сибирской язве 4. Менингококкового менингита 5. Менингита при сыпном тифе	4
570.	На вскрытии ребенка 11 лет выявлено: множественные кровоизлияния в коже (преимущественно ягодиц, нижних конечностей), серозных и слизистых оболочках, в головном мозгу. В надпочечниках очаговый некроз и массивные кровоизлияния, в почках некротический нефроз, гнойный артрит, иридоциклит, васкулит. Выберите правильный диагноз.	1. Менингококцемия 2. Сыпной тиф 3. Узелковый периартериит 4. Системная красная волчанка 5. Лучевая болезнь	1
571.	На вскрытии ребенка найдено: некротическая гнойная ангина, флегмона шеи, гнойный отит, гнойный менингит. Эти изменения наиболее характерны для:	1. Менингококковой инфекции 2. Токсической скарлатины 3. Септической скарлатины 4. Дифтерии зева 5. Отогенного сепсиса	3
572.	Ребенок заболел остро, заболевание началось с катарального назофарингита. Через 2 суток больной умер. На вскрытии: мягкие мозговые оболочки мозга резко полнокровны, отечны, пропитаны густой мутной желтовато-зеленоватой жидкостью. Мозг отечен, миндалины мозжечка увеличены в объеме, выражена борозда вклинивания. Описанные изменения наиболее характерны для:	1. Гриппа 2. Коклюша 3. Менингококковой инфекции 4. Дифтерии 5. Кори	3
573.	У ребенка 5 лет появилась температура до 40°C, резкая головная боль, рвота, беспокойство, озноб. Через 4 дня появилась геморрагическая сыпь на коже, олигурия и надпочечниковая недостаточность, что и послужило причиной смерти. При бактериологическом исследовании мазков из глотки обнаружен менингококк. Какая форма болезни обнаружена?	1. Менингококцемия 2. Менингококковый менингит 3. Менингоэнцефалит 4. Менингококковый назофарингит	1
574.	На вскрытии ребенка 2 лет выявлено: геморрагические	1. Скарлатина	4

	высыпания на коже, умеренная гиперемия и отек слизистой носоглотки, мелкие кровоизлияния в слизистых оболочках и внутренних органах, резкие дистрофические изменения в печени, миокарде, острый некротический нефроз, массивные кровоизлияния в надпочечниках. Для какого заболевания наиболее характерны обнаруженные изменения?	2. Сыпной тиф 3. Корь 4. Менингококковая инфекция 5. Дифтерия	
575.	На вскрытии умершего ребенка 5 лет, который умер при явлениях глубокой церебральной комы, выявлено гнойные напластовывания на поверхности мягкой мозговой оболочки в передних отделах головного мозга, отек мозга. При гистологическом исследовании выявлено: полнокрое и нейтрофильная инфильтрация мягких мозговых оболочек. Ваш диагноз:	1. Менингит при сибирской язве 2. Туберкулезный менингит 3. Менингококковый менингит 4. Гриппозный менингит	3
576.	Ребенок 4 лет поступил в отделение с высокой температурой и болью в горле. Объективно: отек мягкого неба, на миндалинах серые пленки, которые трудно отделяются, оставляя глубокие кровоточащие дефекты ткани. Какое из ниже перечисленных заболеваний наиболее вероятно:	1. Ангина Симановского-Венсана 2. Дифтерия зева 3. Лакунарная ангина 4. Инфекционный мононуклеоз 5. Некротическая ангина	2
577.	У ребенка 9 лет появилась резкая боль при глотании, отек шеи, температура тела поднялась до 39 ⁰ С, появились пестро-красные мелкоточечные высыпания по всему телу. В зеве и миндалинах – резкое полнокрое («пылающий зев»), «малиновый язык». На поверхности миндалин – одиночные сероватые очаги некрозов. О каком заболевании идет речь?	1. Дифтерия 2. Скарлатина 3. Менингококковый назофарингит 4. Грипп 5. Корь	2
578.	Юноша 19 лет заболел остро и умер от инфекционно-токсического шока. На вскрытии выявлено: увеличенные миндалины, покрытые серо-белыми пленками, которые распространяются на небные дужки, отек мягких тканей шеи. При гистологическом исследовании: некроз эпителия миндалин и дужек, подлежащие ткани пропитаны фибринозным экссудатом, который образует массивные наслоения на поверхности. Диагностируйте заболевание	1. Инфекционный мононуклеоз 2. Скарлатина 3. Дифтерия 4. Аденовирусная инфекция 5. Стафилококковая инфекция	3
579.	У ребенка появился катаральный конъюнктивит, фарингит, ларинготрахеобронхит. На слизистой оболочке щек, соответственно нижним малым коренным зубам, белые пятна, а позднее – крупнопятнистая и папулезная сыпь на лице, туловище, конечностях. О каком заболевании следует думать?	1. Корь 2. Скарлатина 3. Менингококковая инфекция 4. Сыпной тиф 5. Грипп	1
580.	У ребенка 4 лет при осмотре зева обнаружено: слизистая зева и миндалин гиперемирована, миндалины увеличены, покрыты плотными, белесовато-желтыми пленками, которые удаляются с трудом, на месте удаления остается глубокий дефект ткани. Мягкие ткани шеи отечны, регионарные лимфатические узлы шеи увеличены, болезненны. О каком заболевании можно думать?	1. Дифтерия 2. Скарлатина 3. Корь 4. Паротит 5. Аденовирусная инфекция	1
581.	Заболевание у ребенка началось остро с высокой температуры, боли в горле, припухлости	1. Скарлатина 2. Менингококковая инфекция	3

	подчелюстных лимфатических узлов. При осмотре зева слизистая отечна, умеренно гиперемирована, миндалины увеличены, покрыты серовато-беловатыми пленчатыми наложениями, плотно спаянными с подлежащей тканью, при попытке снятия которых образуются кровоточащие дефекты. Для какого заболевания характерны обнаруженные изменения?	3. Дифтерия 4. Катаральная ангина 5. Корь	
582.	У ребенка с острым катаральным воспалением слизистых оболочек верхних дыхательных путей, конъюнктивы и пятнисто-папулезной сыпью кожных покровов, смерть наступила от легочной недостаточности. При гистологическом исследовании в легких интерстициальная пневмония с очаговым серозно-макрофагальным воспалением и множеством гигантских клеток в стенах альвеол. Ваш диагноз:	1. Грипп 2. Парагрипп 3. Корь 4. Аденовирусная инфекция 5. Цитомегалия	3
583.	Ребенок умер от спонтанного пневмоторакса. При вскрытии были выявлены коллапс и интерстициальная эмфизема правого легкого, очаговые ателектазы легких, точечное кровоизлияние в головном мозге и конъюнктиве глаз. Укажите заболевание, для которого характерны указанные изменения:	1. Бронхопневмония 2. Корь 3. Коклюш 4. Дифтерия дыхательных путей 5. Скарлатина	3
584.	У мальчика 7 лет заболевание началось остро с резкого катара в зева и миндалинах, который распространился на слизистую оболочку рта, язык («малиновый язык»), глотку. На поверхности миндалин некрозы. Местами по мере отторжения некротических масс образуются язвы. Шейные лимфоузлы увеличены. На теле мелкоточечная сыпь ярко-красного цвета, за исключением носогубного треугольника. О каком заболевании можно думать?	1. Дифтерия 2. Ангина 3. Скарлатина 4. Корь 5. Менингококковый назофарингит	3
585.	У девочки 3 лет появилась резкая боль при глотании, выраженный отек шеи, температура тела повысилась до 40°C. При осмотре на миндалинах определяются серовато-желтые пленки, которые снимаются с большим трудом, при удалении пленок под ними обнаруживаются кровоточащие язвы. Какой наиболее вероятный диагноз у больного?	1. Скарлатина 2. Дифтерия 3. Корь 4. Менингококковый назофарингит 5. Грипп	2
586.	Ребенок 5 лет заболел остро появилась высокая температура, мелкоточечная сыпь, конъюнктивит. Умер от присоединившейся пневмонии. При гистологическом исследовании легких обнаружено: эндо-, мезо-, панбронхит и гигантоклеточная пневмония. Для какого заболевания характерны обнаруженные изменения.	1. Корь 2. Скарлатина 3. Крупозная пневмония 4. Дифтерия 5. Ветряная оспа	1
587.	Ребенок поступил в клинику с признаками паралича диафрагмального нерва и расстройствами глотания. На вскрытии: язвы миндалин с эпителизацией, кровоизлияние в надпочечники, дряблость миокарда. Укажите заболевание, для которого характерны указанные изменения и осложнения.	1. Скарлатина 2. Агранулоцитоз 3. Дифтерия 4. Корь 5. Полиомиелит	3
588.	При гистологическом исследовании миокарда ребенка, умершего от дифтерии в результате сердечной недостаточности, найдены: жировая дистрофия и множественные участки некроза	1. Диффузный экссудативный миокардит 2. Очаговый экссудативный миокардит	4

	кардиомиоцитов, незначительные очаговые клеточные инфильтраты интерстиция. О каком миокардите идет речь?	3. Интерстициальный миокардит 4. Альтеративный миокардит 5. Гранулематозный миокардит	
589.	У мальчика 6 лет, появилась боль в горле, повысилась температура тела. На 2-ой день от начала заболевания появились высыпания красного цвета в виде мелких, густо расположенных пятен, величиной с маковое зерно, которые покрывают все тело, за исключением носогубного треугольника. При осмотре полости рта – в зеве яркое покраснение, миндалины увеличены, язык малиново–красный. Ваш диагноз?	1. Скарлатина 2. Аденовирусная инфекция 3. Дифтерия зева 4. Корь 5. Стрептококковая ангина	1
590.	У ребенка 7 лет появилось повышение температуры до 38,5°, насморк, конъюнктивит, кашель. На коже крупнопятнистая сыпь, в полости рта белесоватые отрубевидные высыпания на слизистой оболочке щек. На 4 сутки появилась отдышка, в легких влажные хрипы. Внезапно появилось затруднение дыхания. Смерть наступила при явлениях асфиксии. О каком заболевании идет речь?	1. Менингококцемия 2. Легочная форма муковисцидоза 3. Корь 4. Грипп 5. Пневмония	3
591.	У ребенка 6 лет развилась мелкоточечная ярко-розовая сыпь на гиперемизованном участке кожи лба, шеи, внизу живота, подколенных ямках, носогубный треугольник остался бледен. В ротоглотке – ограниченная яркокрасная гиперемия, миндалины отечны, рыхлые, в лакунах имеется гной, малиновый язык. Шейные лимфоузлы увеличены, плотные, болезненные. Поставить диагноз:	1. Краснуха 2. Скарлатина 3. Коклюш 4. Дифтерия 5. Инфекционный мононуклеоз	2
592.	У ребенка 7 лет повысилась температура тела до 39°C, появились насморк, конъюнктивит, кашель. На коже отмечались крупнопятнистые высыпания, при осмотре полости рта – беловатые высыпания на слизистой оболочке щек. Внезапно появилось тяжелое дыхание и наступила смерть при явлениях асфиксии. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Скарлатина 2. Дифтерия 3. Менингококковый назофарингит 4. Корь 5. Грипп	4
593.	Девочка 7 лет заболела остро. Появилась боль в горле, высокая температура, присоединилась мелкоточечная сыпь на коже. При осмотре полости рта выявлена резкая гиперемия зева, малиновый язык, увеличенные яркокрасного цвета миндалины с сероватыми и желтоватыми тусклыми очагами, которые распространяются на перитонзиллярные ткани, увеличены подчелюстные лимфатические узлы. Для какого заболевания характерны данные изменения?	1. Дифтерия зева 2. Дифтерия гортани 3. Скарлатина 4. Корь 5. Менингококковый назофарингит	3
594.	Ребенок жалуется на общую слабость, боль в горле при глотании, тошноту. Объективно в зеве яркое покраснение, миндалины увеличены. Потом появилась сыпь в виде мелких, густо расположенных пятен, величиной с маковое зерно на шее, в верхней части спины и груди. Микроскопически в слизистой оболочке и ткани миндалин резкое полнокровие, сероватые, тусклые очаги некрозов, на периферии которых, в зоне отека и фибринозного воспаления определяются цепочки стрептококков. Ваш диагноз.	1. Дифтерия 2. Корь 3. Грипп 4. Скарлатина 5. Менингококковый назофарингит	4
595.	У умершего 54 лет, на вскрытии найдены признаки фибринозного воспаления в толстом кишечнике. Ваш	1. Амебиаз 2. Дизентерия	2

	диагноз:	3. Брюшной тиф 4. Холера 5. Балантидиаз	
596.	При гистологическом исследовании прямой кишки обнаружены большие участки некроза слизистой оболочки, некротические массы пропитаны фибрином, образуя пленку. Слизистая и подслизистая оболочка по периферии участков некроза полнокровны, отечны, с кровоизлияниями и лейкоцитарной инфильтрацией. Какое заболевание можно предположить?	1. Холера 2. Амебиаз 3. Дизентерия 4. Брюшной тиф 5. Сальмонеллез	3
597.	Больной 39 лет умер на 4-й день после операции по поводу перфорации стенки толстой кишки с явлениями разлитого гнойного перитонита. На вскрытии: слизистая оболочка стенки толстой кишки утолщена, покрыта фибринозной пленкой, одиночные язвы проникают на разную глубину. Гистологически: некроз слизистой, фибринозное воспаление, инфильтрация лейкоцитами с фокусами геморрагий. Осложнение какого заболевания стало причиной смерти больного?	1. Брюшной тиф 2. Неспецифический язвенный колит 3. Болезнь Крона 4. Дизентерия 5. Амебиаз	4
598.	Мужчина 45 лет, находился в инфекционной больнице с профузной диареей, признаками эксикоза, падением температуры тела. Умер от уремии. На вскрытии: в просвете тонкой кишки бесцветная жидкость в виде рисового отвара; слизистая оболочка отечная. При микроскопическом исследовании тонкой кишки – полнокровие сосудов, очаговое кровоизлияние, десквамация энтероцитов, гиперсекреция бокалоподобных клеток и лимфолейкоцитарная инфильтрация стромы слизистой оболочки.	1. Сальмонеллез 2. Дизентерия 3. Холера 4. Брюшной тиф 5. Болезнь Крона	3
599.	Больной, житель приморского города на юге страны, поступил в больницу с сильными поносами и рвотой, погиб от обезвоживания. На вскрытии найдена картина острого гастроэнтерита с серозно-десквамативным воспалением в тонкой кишке. Выберите наиболее верный диагноз.	1. Бактериальная дизентерия 2. Брюшной тиф 3. Холера 4. Амебиаз 5. Сальмонеллез	3
600.	При вскрытии ребенка, страдавшего диареей, выявлен эксикоз и распространенный фибринозный колит. В мазке-отпечатке слизистой оболочки выявлены грамм-отрицательные палочки. Ваш диагноз?	1. Холера 2. Дизентерия 3. Стафилококковая кишечная инфекция 4. Брюшной тиф 5. Сальмонеллез	2
601.	У мужчины на 5-й день от начала диареи проведена колоноскопия. Выявлено: в воспаленной слизистой оболочке прямой кишки серо-зеленые пленочные наложения, плотно фиксированные к подлежащей ткани. Какой диагноз наиболее достоверен?	1. Дизентерия 2. Брюшной тиф 3. Неспецифический язвенный колит 4. Сальмонеллез 5. Болезнь Крона	1
602.	На вскрытии умершего 52 лет, в прямой и сигмовидной кишке на слизистой оболочке выявили множественные коричнево-зеленые наслоения, кровоизлияния, в просвете кишки небольшое количество крови, гистологически фибринозный колит. При бактериологическом исследовании	1. Иерсиниоз 2. Дизентерия 3. Холера 4. Сальмонеллез 5. Болезнь Крона	2

	содержания кишки высеян S. Sonne. Диагностируйте выявленное заболевание.		
603.	У ребенка 7 лет течение на 3 неделе заболевания появилась гектическая лихорадка, желтушность кожи, склеры. Погибает от печеночно-почечной недостаточности. При вскрытии в прямой кишке обнаружены множественные неправильной формы дефекты, с неровными краями с серо-белыми плотно спаянными с подлежащей тканью пленками, гнойный тромбоз вен сосудов кишки. В печени множественные пилефлебические абсцессы, жировая дистрофия гепатоцитов, в почках картина острого некротического некроза. Какое заболевание послужило причиной развития летального исхода?	1. Сальмонеллез 2. Брюшной тиф 3. Дизентерия 4. Холера 5. Амебиаз	3
604.	Больной 65 лет обратился к врачу с жалобами на частые болезненные позывы к дефекации, с выделением слизи с примесью крови. При ректороманоскопии выявлено значительное сужение просвета толстой кишки, особенно дистального отдела, слизистая оболочка отечна, гиперемирована, с участками некроза и кровоизлияния. При бактериологическом обследовании выделений были высеяны шигеллы Флекснера. Определите заболевание.	1. Дизентерия 2. Брюшной тиф 3. Сибирская язва 4. Болезнь Крона 5. Паратиф	1
605.	У больного дизентерией при колоноскопии обнаружено, что слизистая оболочка толстой кишки гиперемирована, отечна, её поверхность покрыта серо-зелёными плёнками. Назовите морфологическую форму дизентерийного колита:	1. Некротический 2. Фибринозный 3. Язвенный 4. Гнойный 5. Катаральный	2
606.	На вскрытии мужчины 47 лет в сигмовидной и прямой кишке множественные красные язвы неправильной формы, между которыми слизистая покрыта грязно-серой пленкой. Этиология заболевания:	1. Сальмонелла 2. Амеба 3. Шигелла 4. Микобактерия туберкулеза 5. Стафилококк	3
607.	При вскрытии трупа мужчины 54 лет, выявлен резко расширенный просвет тонкой кишки, заполненный жидкостью, которая напоминает «рисовый отвар». Стенка кишки отечна, на слизистой большое количество мелкоточечных кровоизлияний. Для какого инфекционного заболевания характерен описанный энтерит?	1. Холера 2. Дизентерия 3. Сальмонеллез 4. Амебиаз 5. Брюшной тиф	1
608.	У мужчины, который часто пил некипяченую воду из реки, развился профузный понос. Каловые массы имели вид рисового отвара, спонтанная рвота. При этом боли в животе отсутствовали, температура тела не повышалась. В биоптате из пустой кишки полнокровие, выраженный отек, отек энтероцитов, незначительная инфильтрация ворсинок лимфоцитами, плазмócитами, отдельными полиморфно-ядерными лейкоцитами. Какое заболевание развилось у больного?	1. Дизентерия 2. Холера 3. Сальмонеллез 4. Брюшной тиф 5. Лямблиоз	2
609.	Больной 58 лет умер от интоксикации. На вскрытии в тонкой кишке найден отек групповых лимфатических фолликулов, выступающих над поверхностью слизистой оболочки в виде мягко-эластичных бляшек с неровной поверхностью в виде борозд и извилин, которые напоминают поверхность мозга. Какой	1. Сальмонеллез 2. Острый энтерит 3. Брюшной тиф 4. Дизентерия 5. Холера	3

	диагноз наиболее вероятен?		
610.	При судебно-медицинском вскрытии неизвестного мужчины, который умер от отравления алкоголем, в подвздошной кишке выявлены резко увеличенные пейеровы бляшки, которые выступают над поверхностью слизистой оболочки, поверхность бляшек неровная в виде борозд и извилин, консистенция их мягкая, на вскрытии они серо-красные. Для какого заболевания характерны описанные изменения?	1. Брюшной тиф 2. Дизентерия 3. Лямблиоз 4. Амебиаз 5. Кампилобактерический энтерит	1
611.	При вскрытии умершего выявлен фибринозно-гнойный перитонит. В стенке подвздошной кишки выявлены множественные язвенные дефекты овальной формы, расположенные вдоль кишки, края язв рваные, округленные; дно образовано мышечным слоем или серозной оболочкой; в дне 2 язв выявлены отверстия до 0,3 см в диаметре. Определите стадию брюшного тифа.	1. Стадия некроза 2. Стадия чистых язв 3. Стадия образования «грязных язв» 4. Стадия мозговидного набухания 5. Стадия заживления язв	2
612.	Молодой мужчина умер от интоксикации на 4-е сутки после употребления сырых яиц. На вскрытии слизистая оболочка желудка и тонкой кишки воспалена, покрыта слизистым экссудатом; в легких, головном мозге и печени найдены абсцессы. Какой диагноз наиболее вероятен?	1. Сальмонеллез (брюнотифозная форма) 2. Сальмонеллез (интестинальная форма) 3. Сальмонеллез (септическая форма) 4. Дизентерия 5. Брюшной тиф	3
613.	На вскрытии трупа мужчины 53 лет в дистальном отделе тонкой кишки выявлено несколько язв размерами от 4 до 5 см. Края язв поднимаются над поверхностью слизистой оболочки, стенки покрыты серовато-желтыми массами, которые крошатся. Реакция Виделя позитивна. Поставьте диагноз.	1. Паратиф 2. Возвратный тиф 3. Брюшной тиф 4. Дизентерия 5. Болезнь Крона	3
614.	На вскрытии мужчины 45 лет, умершего на 5-е сутки от брюшного тифа, выявлено: групповые фолликулы подвздошной кишки увеличены, полнокровны и выступают над слизистой оболочкой, на их поверхности видны борозды и извилины. Гистологически: полнокровие и отек ткани, наличие гранулем, которые состоят из больших клеток со светлой цитоплазмой и содержат брюнотифозные палочки. О каком периоде местных изменений можно думать?	1. Стадия мозговидного набухания 2. Стадия образования язв 3. Стадия чистых язв 4. Стадия некроза 5. Стадия заживления язв	1
615.	Женщина 52 лет умерла в хирургическом отделении при явлениях разлитого гнойного перитонита. На вскрытии в дистальном отделе тонкого кишечника обнаружены выступающие в просвет пейеровы бляшки, поверхность некоторых из них покрыта струпом, коричневатозеленоватого цвета, в центре некоторых бляшек глубокие дефекты, достигающие серозного слоя. Для какого заболевания характерны изменения, обнаруженные в кишке?	1. Туберкулез кишечника 2. Болезнь Крона 3. Брюшной тиф 4. Дизентерия 5. Стафилококковый энтерит	3
616.	На вскрытии выявлена картина перитонита. В подвздошной кишке в центре некротизированных пейеровых бляшек – язвы с неровными краями. В дне одной из них – сквозное отверстие. Микроскопически в	1. Неспецифический язвенный колит 2. Туберкулез кишки 3. Брюшной тиф	3

	краях неполностью некротизированных бляшек обнаружена пролиферация ретикулярных клеток. Наиболее вероятный диагноз:		
617.	Больной 38 лет умер от разлитого фибринозно-гнойного перитонита. На вскрытии: в нижнем участке тонкой кишки выявлена язва, которая повторяла форму пейеровой бляшки, с перфорацией стенки кишки. Микроскопическое исследование выявило стертость рисунка лимфоидной ткани, вытеснение ее пролиферирующими моноцитами, которые формируют гранулемы. От осложнения какого заболевания наступила смерть?	1. Дизентерии 2. Холеры 3. Бруцеллеза 4. Брюшного тифа 5. Неспецифического язвенного колита	4
618.	На вскрытии трупа мужчины 48 лет, который болел брюшным тифом, найдены следующие изменения в тонкой кишке: групповые лимфоидные фолликулы увеличены, выступают над поверхностью слизистой оболочки, они серо-красные, сочные, их поверхность имеет вид извилин и бороздок. При микроскопическом исследовании отмечается образование брюшнотифозных гранул. Укажите, какая из перечисленных стадий брюшного тифа наиболее достоверна?	1. Мозговидного набухания 2. Некроза 3. Образование язв 4. Чистых язв 5. Заживление	1
619.	Больной заболел остро: высокая температура, увеличенная, болезненная селезенка. На 10 день на коже живота появилась розеолезно-папулезная сыпь. На 21 день наступила смерть от перитонита. При патологоанатомическом исследовании в подвздошной кишке обнаружены глубокие язвы в области некротизированных групповых лимфоидных фолликулов (пейеровых бляшек). Одна из язв перфорировала, имеется фибринозно-гнойный разлитой перитонит. О каком заболевании можно подумать в данном случае?	1. Амебиаз кишечника 2. Брюшной тиф 3. Дизентерия 4. Холера 5. Сальмонеллез	2
620.	На вскрытии трупа мужчины 57 лет, умершего от брюшного тифа, выявлено: мышцы передней брюшной стенки и бедра плотные, ломкие, белесовато-желтоватого цвета, напоминают стеариновую свечу. Описанное изменение в мышцах является проявлением:	1. Колликвационного некроза 2. Ценкеровского некроза 3. Фибриноидного некроза 4. Казеозного некроза 5. Апоптоза	2
621.	Больной умер от распространенного перитонита. На вскрытии в дистальных отделах тонкой кишки выявлены многочисленные язвы овальной формы, которые расположены вдоль кишки. Дно язв чистое, гладкое и блестящее, образовано мышечной или серозной оболочкой, края язв округлены. В двух язвах имеются перфоративные отверстия диаметром до 0,5 см. Какое заболевание привело к смерти?	1. Туберкулез 2. Дизентерия 3. Брюшной тиф 4. Холера 5. Сыпной тиф	3
622.	Мужчина 44 лет, поступил в хирургическое отделение с разлитым гнойным перитонитом. Во время операции выявлена перфорация язвы подвздошной кишки, язва ушита. Брюшная полость дренирована. Через 4 дня больной умер. На вскрытии в подвздошной кишке язвы в пейеровых бляшках, вдоль длинника кишки, дно многих образовано серозной оболочкой. Для какого заболевания характерны такие изменения?	1. Опухоли тонкой кишки 2. Туберкулеза кишечника 3. Брюшного тифа 4. Дизентерии 5. Амебиаза кишечника	3
623.	На вскрытии выявлено: групповые лимфатические	1. Образование язв	2

	фолликулы тонкой кишки увеличены, выступают над поверхностью слизистой, на их поверхности видны борозды и извилины (напоминают поверхность мозга), на разрезе они сочные, серо-красные. Микроскопически отмечается пролиферация моноцитов, гистиоцитов; макрофаги образуют скопления (брюшнотифозные гранулемы). Назовите морфологическую стадию брюшного тифа.	2. Мозговидное набухание 3. Некроз 4. Чистые язвы 5. Заживление	
624.	У мужчины, страдавшего брюшным тифом, через 4 недели от начала заболевания развилась картина острого живота и при явлениях интоксикации больной умер. На вскрытии патологоанатом обнаружил перфорацию стенки подвздошной кишки и разлитой гнойный перитонит. Для какой стадии заболевания характерно данное осложнение?	1. Стадия некроза 2. Стадия мозговидного набухания 3. Стадия чистых язв 4. Стадия заживления язв 5. Бактериемии	3
625.	У больного 42 лет, страдающего дизентерией, появились признаки парапроктита. О какой наиболее вероятной стадии местных изменений идет речь у данного больного?	1. Фибринозный колит 2. Фолликулярный колит 3. Катаральный колит 4. Стадия образования язв 5. Стадия заживления язв	4
626.	У больного 48 лет с тяжелой формой брюшного тифа, развилась острая почечная недостаточность, от которой он умер. При вскрытии почки увеличены в размерах, отечны, фиброзная капсула снимается легко; на разрезе кора – бледно-серая, пирамиды темно-красные. При гистологическом исследовании в большинстве канальцев просвет сужен, эпителиальные клетки увеличены в размерах без ядер; клубочки спавшиеся; в строме отек, небольшая лейкоцитарная инфильтрация, мелкая геморрагия. О какой патологии почек идет речь?	1. Некронефроз 2. Острый пиелонефрит 3. Острый гломерулонефрит 4. Пионефроз 5. Гидронефроз	1
627.	У ребенка, больного дифтерией, на 2-й неделе развилась острая сердечная недостаточность с летальным исходом. При вскрытии: желудочки сердца расширены, миокард вялый и пестрый. Гистологически выявлены многочисленные мелкие очаги миолиза слабой перифокальной лимфоидной инфильтрацией. Что стало причиной смерти?	1. Септический миокардит 2. Миокардит, обусловленный бактериальным экзотоксином 3. Бактериальный миокардит 4. Инфаркт миокарда 5. Метаболические некрозы миокарда	2
628.	Работник животноводческой фермы умер через 4,5 месяца от начала заболевания. При вскрытии во внутренних органах обнаружены гранулемы, состоящие из эпителиоидных, гигантских клеток Пирогова-Лангханса, плазматических клеток, эозинофилов. В гранулеме много сосудов. В сосудах внутренних органов продуктивно-деструктивный васкулит. О каком заболевании следует думать?	1. Сибирская язва 2. Туберкулез 3. Бруцеллез 4. Сыпной тиф 5. Лепра	3
629.	Рабочий животноводческой фермы заболел остро и при нарастающих явлениях интоксикации умер. На вскрытии: селезенка увеличена, вялая, на разрезе темно-вишневого цвета, соскоб пульпы обильный. Мягкие мозговые оболочки свода и основания мозга отечны, пропитаны кровью, имеют темно-красный цвет («шапочка кардинала»). Микроскопически: серозно-геморрагическое воспаление оболочек и тканей головного мозга с разрушением стенок мелких сосудов.	1. Туляремия 2. Сибирская язва 3. Бруцеллез 4. Чума 5. Холера	2

	Поставьте диагноз.		
630.	При гистологическом исследовании биоптата кожи выявлено острое серозно-геморрагическое воспаление и участок некроза. Из анамнеза: заболевание началось с появления небольшого красного пятна, в центре которого образовался пузырь с серозно-геморрагической жидкостью. Впоследствии центральная часть стала черной. Какое заболевание наиболее вероятно?	1. Актиномикоз кожи 2. Карбункул стрептококковый 3. Карбункул при сибирской язве 4. Аллергический дерматит 5. Химический дерматит	3
631.	Мужчина 48 лет, мясник, умер от сепсиса. На правой щеке его определяется конусовидный, плотный, темно-красный инфильтрат 6 см с черной корочкой в центре. Правая половина лица, шеи резко отечны, плотные. При микроскопическом исследовании в инфильтрате острейшее серозно-геморрагическое воспаление, в центре инфильтрата некроз эпидермиса и подлежащих слоев. Какой диагноз	1. Чума 2. Сибирская язва 3. Туляремия 4. Флегмона шеи 5. Фурункул	2
632.	При вскрытии ребенка 8 лет, в слизистой оболочке прямой кишки обнаружены множественные неправильной формы дефекты различной глубины с неровными краями, а также серо-белые пленки, плотно спаянные с подлежащей тканью. О каком заболевании следует думать?	1. Сальмонеллез 2. Дизентерия 3. Холера 4. Брюшной тиф 5. Амебиаз	2
633.	При вскрытии мужчины 65 лет, умершего через неделю от начала профузной диареи, выявлен резко выражаемый эксикоз, все ткани сухие, кровь густая. При бактериологическом исследовании содержимое тонкой кишки, которое напоминает рисовый отвар, найденные вибрионы. Какое заболевание привело больного до смерти?	1. Дизентерия 2. Сальмонеллез 3. Холера 4. Брюшной тиф 5. Пищевая токсикоинфекция	3
634.	При вскрытии мужчины 44 лет, в тонкой кишке обнаружены увеличенные групповые фолликулы, поверхность их с бороздами и извилинами, фолликулы выступают под слизистой оболочкой кишки. На разрезе они сочные, серо-красные. При микроскопическом исследовании видна пролиферация моноцитов, гистиоцитов, ретикулярных клеток, скопление макрофагов, которые образуют гранулемы, лимфоциты вытеснены. Для какого заболевания характерны описанные изменения?	1. Брюшной тиф 2. Холера 3. Дизентерия 4. Сальмонеллез 5. Амебиаз	1
635.	При осмотре больного 38 лет, находившегося на горных пастбищах и поступившего в тяжелом состоянии с высокой температурой: что паховые лимфатические узлы резко увеличены, спаяны с окружающей тканью, неподвижные, кожа над ними красная, резко болезненная. При микроскопическом исследовании лимфатического узла острейшее серозногеморрагическое воспаление. Для какого заболевания это характерно?	1. Туляремии 2. Сифилиса 3. Чумы 4. Бруцеллеза 5. Сибирской язвы	3
636.	Больная 39 лет, доярка, умерла от сердечно-сосудистой недостаточности. При вскрытии: полипозно-язвенный эндокардит аортального клапана. При микроскопическом исследовании в аортальном клапане полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация, участки изъязвления и тромбы с организацией. В строме	1. Хронический сепсис 2. Бруцеллез 3. Ревматизм 4. Системная красная волчанка 5. Системная склеродермия	2

	миокарда склероз, гранулемы, состоящие из беспорядочно расположенных эпителиоидных, гигантских клеток, плазматических, эозинофилов, в сосудах васкулит. Для какого заболевания характерны описанные изменения в сердце?		
637.	Больная 42 лет, работница мехового ателье, умерла внезапно. При вскрытии мягкие мозговые оболочки свода и основания головного мозга темно-красного цвета, пропитаны кровью, как бы 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 в данном случае?	1. Менингококковая инфекция 2. Туберкулезный лептоменингит 3. Сибирская язва 4. Кровоизлияния в мозг при гипертонической болезни 5. Кровоизлияния в мозг при травматическом повреждении	3
638.	При вскрытии больного, умершего от чумы, на фоне геморрагического синдрома найден геморрагический некроз кожи бедра, лимфангит, паховый геморрагический лимфаденит. Назовите форму чумы.	1. Геморрагическая 2. Кожно-бубонная 3. Бубонная 4. Первично-септическая 5. Первично-легочная	1
639.	При гистологическом исследовании секционного материала выявлено: в головном мозге вокруг мелких сосудов широкая зона пролиферирующих клеток микроглии. В коже выраженная пролиферация эндотелия, адвентиция, перицитов, периваскулярное умеренное количество лимфоцитов и одиночные нейтрофильные гранулоциты. В стенках сосудов разнообразные признаки деструкции. О каком возбудителе инфекционного заболевания следует думать?	1. Менингококк 2. Риккетсия 3. Спирохета 4. Стрептококк 5. Вирус иммунодефицита человека	2
640.	Больной 48 лет доставлен в больницу в состоянии глубокой церебральной комы. Известно, что при жизни у него имели место периодические приступы лихорадки. На вскрытии: расцветка в серо-аспидный цвет костного мозга, лимфатических узлов, увеличенных печени и селезенки. Гистологически в отмеченных органах имел место гемомеланоз и гемосидероз. Какой из диагнозов наиболее вероятен?	1. Гемолитической анемии 2. Малярии 3. Аддисоновой болезни 4. Септицемии 5. Черной оспы	2
641.	На вскрытии женщины 48 лет, проживавшей в средней Азии и длительное время страдавшей изнуряющей лихорадкой, были обнаружены увеличенные печень и селезенка аспидно-черного цвета. Костный мозг гиперплазирован, такого же цвета. Кора головного мозга серо-дымчатого цвета. Для какого заболевания характерны такие изменения?	1. СПИД 2. Сыпной тиф 3. Сепсис 4. Малярия 5. Гепатит	4
642.	Мужчина 38 г. умер в коме. Известно, что после командировки в одну из стран Африки периодически развивались желтухи. На вскрытии: селезенка плотная, увеличенная в размерах, с черной пульпой, печень увеличена, полнокровная, серо-черная, серое вещество головного мозга коричнево-серого цвета, в белом веществе множественные мелкие кровоизлияния. Какое инфекционное заболевание следует заподозрить?	1. Генерализованная герпетическая инфекция 2. Малярия 3. Менингококкцемия 4. Прионовая инфекция 5. Генерализованный криптококкоз	2
643.	На вскрытии наркомана на коже дистальных отделов нижних конечностей обнаружены багрово-красные пятна, бляшки и узлы (саркома Капоши). Выявлена	1. СПИД 2. Грипп 3. Корь	1

	острая пневмония, вызванная пневмоцистами. Для какого заболевания характерны данные изменения?	4. Дифтерия 5. Сибирская язва	
644.	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
645.	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 5. Реактивная лимфоаденопатия	2
646.	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
647.	У мужчины 54 лет, в участке шеи возникло покраснение и отек кожи, со временем развился небольшой гнойник. На разрезе ткань плотная, желтозеленой расцветки. В гнойных массах видны белые крупинки. Гистологически выявлено друзы грибка, плазматические и ксантомные клетки, макрофаги. Укажите наиболее вероятный вид микоза.	1. Споротрихоз 2. Кокцидиомикоз 3. Аспергиллез 4. Актиномикоз 5. Кандидоз	4
648.	У мужчины 69 лет появился отек и болезненность кожи и подлежащих мягких тканей шеи. Диагностирована флегмона шеи и медиастинит. Больная умерла. На вскрытии левая миндалина увеличена, плотная, на разрезе желтозеленая с множеством мелких полостей, которые напоминают пористые структуры. Микроскопически: мелкие абсцессы, в центре которых располагаются базофильные образования, состоящие из коротких палочковидных элементов. Поставьте диагноз.	1. Бруцеллез 2. Амебиаз 3. Лямблиоз 4. Лейшманиоз 5. Актиномикоз	5
649.	Больной 26 лет поступил в стационар с жалобами на лихорадку, слабость. Один из увеличенных шейных лимфоузлов взят на гистологическое исследование. Микроскопически: в ткани лимфоузла обнаружены очаги некроза, окруженные эпителиоидными клетками, гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса, а также лимфоцитами. Какое заболевание можно предполагать в данном случае?	1. Туберкулез 2. Лимфогранулематоз 3. Лимфолейкоз 4. Саркоидоз 5. Сифилис	1
650.	На гистологическое исследование прислан шейный	1. Риносклерома	3

	лимфатический узел. Выявлено скопление эпителиоидных клеток, лимфоцитов и гигантских клеток Пирогова-Лангханса. В центре казеозный некроз. Укажите наиболее достоверную патологию.	2. Саркоидоз 3. Туберкулез 4. Сап 5. Сифилис	
651.	На вскрытии у мужчины 42 лет во втором сегменте правого легкого выявлен очаг уплотнения диаметром 5 см, окруженный тонкой капсулой. Очаг представлен плотной сухой крошащейся тканью с тусклой поверхностью. Морфологические изменения в легком характерны для:	1. Рака легкого 2. Хондромы 3. Туморозной формы силикоза 4. Туберкулемы 5. Поствоспалительного пневмосклероза	4
651.	На вскрытии мужчины 63 лет во II сегменте правого легкого выявлен туберкулезный панбронхит, с очагом казеозной бронхопневмонии, вокруг которого наблюдается вал эпителиоидных клеток с примесью лимфоидных и гигантских клеток Пирогова-Лангханса. Какая форма туберкулеза легких в данном случае?	1. Первичный туберкулезный комплекс 2. Рост первичного аффекта 3. Острый очаговый туберкулез легких 4. Острый милиарный туберкулез легких 5. Инфильтративный туберкулез	3
652.	На вскрытии больного 44 лет диагностирован туберкулез. Макроскопически: в верхней части правого легкого зоны казеозной пневмонии, казеозного лимфаденита в увеличенных лимфатических узлах средостения и множественные милиарные очаги во многих органах. Назовите выявленную форму туберкулеза.	1. Первичный с лимфогенной генерализацией 2. Первичный с ростом первичного аффекта 3. Первичный с гематогенной генерализацией 4. Первичный со смешанной формой прогрессирования 5. Гематогенный	4
654.	Ребенок 8 лет погиб во время авиакатастрофы. По словам родителей, был здоров. При вскрытии: обнаружены очаги казеозного некроза в бронхопульмональных лимфатических узлах, единичные туберкулезные бугорки в печени и селезенке. Указанную клиническую картину в патологоанатомическом диагнозе следует обозначить как:	1. Первичный туберкулез 2. Туберкулезный бронхоаденит 3. Рост первичного аффекта 4. Гематогенную генерализацию	3
655.	У мальчика 7 лет после перенесенной ангины резко увеличились лимфатические узлы: паратрахеальные, бифуркационные, шейные. При микроскопическом исследовании удаленного шейного лимфатического узла выявлены очаги некроза, окруженные лимфоцитами, эпителиоидными клетками и клетками Пирогова-Лангханса. Укажите наиболее достоверную патологию.	1. Саркоидоз 2. Риносклерома 3. Сап 4. Туберкулез 5. Сифилис	4
656.	Мужчина 56 лет длительно страдал фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и умер от хронической легочно-сердечной недостаточности. В течение последних месяцев наблюдалась выраженная протеинурия. На вскрытии: почки увеличены, плотные, с восковидной поверхностью. Какие изменения развились в почках при этой форме туберкулеза?	1. Туберкулез почек 2. Амилоидоз почек 3. Гломерулонефрит 4. Нефролитиаз 5. Некротический нефроз	2
657.	У мужчины 24 лет при гистологическом исследовании шейного лимфоузла обнаружено разрастание эпителиоидных, лимфоидных клеток и макрофагов с ядрами в виде подковы, в центре некоторых скопление клеток бесструктурные участки бледно-розового цвета с обломками ядер. Для какого заболевания характерны	1. Актиномикоз 2. Туберкулез 3. Лимфогранулематоз 4. Метастаз опухоли 5. Сифилис	2

	данные изменения?		
658.	Мужчина 40 лет умер от легочного кровотечения. При вскрытии: в верхней доле правого легкого полость диаметром 4 см с плотными стенками и неровной внутренней поверхностью, содержимое свертки крови. При микроскопическом исследовании во внутреннем слое стенки распадающиеся лейкоциты, в среднем разрастание эпителиоидных, лимфоидных и гигантских многоядерных клеток с ядрами в виде подковы. Обнаруженные в легком изменения характерны для:	1. Бронхоэктатической каверны 2. Абсцесса легких 3. Туберкулезной каверны 4. Врожденной кисты 5. Инфаркта легкого с септическим распадом	3
659.	На вскрытии мужчины 43 лет в 3 сегменте правого легкого субплеврально выявлен участок уплотнения диаметром 1,5 см с четкими границами, окруженный беловатой волокнистой тканью, на разрезе с крошащимися участками бело-желтого цвета. Наличие данного очага характерно для:	1. Периферического рака 2. Хондромы 3. Фибромы 4. Инкапсулированного первичного аффекта 5. Организующегося инфаркта легкого	4
660.	Больной 48 лет умер от легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии выявлено: пневмосклероз, эмфизема легких, гипертрофия правого желудочка сердца. В обоих легких, преимущественно субплеврально, множественные очаги диаметром до 1 см. Гистологически: в центре очага – зона некроза, на периферии – вал из эпителиоидных клеток и лимфоцитов с примесью макрофагов и плазматических клеток. Определяются гигантские клетки Пирогова-Лангханса. Небольшое число кровеносных капилляров определяется на периферии очага. Какое заболевание имеет место у больного?	1. Актиномикоз легких 2. Саркоидоз 3. Гематогенный туберкулез 4. Сифилис 5. Силикоз	3
661.	Ребенок умер от разлитого перитонита. На вскрытии выявлен первичный кишечный туберкулезный комплекс: первичная аффект-язва пустой кишки с перфорацией, лимфангит и регионарный казеозный лимфаденит. Назовите путь заражения ребенка туберкулезом.	1. Трансплацентарный 2. Смешанный 3. Алиментарный 4. Аэрогенный 5. Контактный	3
662.	Больной фиброзно-кавернозным туберкулезом умер при явлениях почечной недостаточности. На вскрытии – запах мочи, гипертрофия левого желудочка, фибринозный перикардит, фибринозно-геморрагический энтероколит. Почки несколько уменьшены в размерах, плотные, с множественными втяжениями. Гистологически на препаратах, окрашенных Конто-рот розовые массы в клубочках и стенках сосудов, гибель и атрофия большинства нефронов, нефросклероз. Дайте характеристику почки при данной	1. Вторично сморщенные почки 2. Первично сморщенные почки 3. Амилоидно-сморщенные почки 4. Атеросклеротический сморщенные почки 5. Пиелонефритически сморщенные почки	3
663.	Мужчина 52 лет длительное время болел туберкулезом, умер от кровотечения из легких. На вскрытии в легких выявлено несколько полостей овальной и круглой формы, стенка которых представлена некротическими массами и тканью легких. Для какой формы туберкулеза характерны такие изменения?	1. Фиброзно-кавернозный 2. Острый кавернозный 3. Туберкулома 4. Казеозная пневмония 5. Острый воспалительный	2
664.	На вскрытии умершего 58 лет, который болел	1. Фиброзно-очаговый туберкулез	4

	туберкулезом, в верхней доле правого легкого выявлена полость размерами 3х2 см, которая сообщается с бронхом. Стенка полости плотная, имеет три слоя: внутренний – пиогенный, средний – слой туберкулезной грануляционной ткани, внешний – соединительно-тканый. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	2. Туберкулема 3. Острый очаговый туберкулез 4. Фиброзно-кавернозный туберкулез 5. Острый кавернозный туберкулез	
665.	При вскрытии ребенка 7 лет в верхушке правого легкого субплеврально был обнаружен очаг казеозного некроза диаметром 15 мм, бифуркационные лимфатические узлы увеличены, содержали мелкие очаги коагуляционного некроза. Микроскопически в легочном очаге и в лимфатических узлах вокруг некротических масс были расположены эпителиоидные клетки, лимфоциты и одиночные многоядерные гигантские клетки. Диагностируйте заболевание.	1. Первичный туберкулез 2. Гематогенный туберкулез с подавляющим поражением легких 3. Гематогенный генерализованный туберкулез 4. Вторичный воспалительный туберкулез 5. Вторичный фиброзно-воспалительный туберкулез	1
666.	На вскрытии больного 58 лет были найдены множественные патологические полости в обоих легких. Микроскопически: во внутреннем слое стенки полости некротические массы, которые диффузно инфильтрованы нейтрофилами, средний содержит инфильтрат из эпителиоидных клеток, лимфоцитов и многоядерных гигантов, внешний слой состоит из зрелой соединительной ткани. Диагностируйте форму вторичного туберкулеза.	1. Острый кавернозный 2. Фиброзно-кавернозный 3. Острый воспалительный 4. Фиброзно-воспалительный 5. Цирротический туберкулез	2
667.	У мужчины 74 лет, на вскрытии выявлено увеличение и деформация правого коленного сустава. При гистологическом исследовании найдены массивные очаги казеозного некроза, которые окружены валами эпителиоидных, лимфоидных клеток с наличием гигантских макрофагов. Диагностируйте заболевание.	1. Сифилитический артрит 2. Ревматоидный артрит 3. Гонорейный артрит 4. Туберкулезный артрит 5. Деформирующий остеоартроз	4
668.	Больной 42 лет, жалуется на изменение тембра голоса. Произведена биопсия гортани. При гистологическом исследовании обнаружены скопление клеток продолговатой формы со светлым ядром, крупных, богатых цитоплазмой, с ядрами, расположенными на периферии, в виде подковы. Выявленные гистологические изменения характерны для:	1. Лепры (проказы) 2. Сифилиса 3. Туберкулеза 4. Склеромы 5. Лимфогранулематоза	3
669.	При гистологическом исследовании увеличенных шейных лимфатических узлов выявлены узелки, состоящие преимущественно из плоских слегка вытянутых с бледно окрашенным ядром, гигантских округло-овальной формы клеток с бледно-розовой цитоплазмой и с ядрами расположенными на периферии; в центре некоторых узелков бесструктурные массы, окрашенные в бледно-розовый цвет. Обнаруженные изменения характерны для:	1. Бруцеллеза 2. Саркоидоза 3. Туберкулеза 4. Лимфогранулематоза 5. Неспецифического гиперпластического лимфаденита	3
670.	При гистологическом исследовании увеличенных надключичных лимфатических узлов, у женщины 40 лет, обнаружено нарушение их структуры с очагами скопления слегка вытянутой формы клеток со светлым ядром, многоядерных крупных овально-округлой формы клеток, богатых цитоплазмой с ядрами расположенными на периферии в виде частокола,	1. Лимфогранулематоза 2. Туберкулезного лимфаденита 3. Метастаза опухоли 4. Гиперпластического лимфаденита 5. Саркоидоза	2

	окруженные лимфоидными клетками; в центре скопление клеток бесструктурные массы, окрашенные в розовый цвет. Описанные изменения характерны для?		
671.	В оперативно удаленной доле легкого по поводу нагноившейся кисты, в 8 сегменте выявлен очаг неправильно-округлой формы диаметром 1,8 см, плотный на ощупь. На разрезе бело-желтого цвета с тусклой поверхностью и мелкими участками костной плотности. Макроскопическая картина характерная для:	1. Хондромы 2. Карнификации 3. Зажившего туберкулезного аффекта 4. Периферического рака легкого 5. Хронической пневмонии	3
672.	На вскрытии мужчины 52 лет, длительное время страдавшего туберкулезным простатитом и умершего от менингоэнцефалита, в мягких оболочках основания и боковых поверхностях головного мозга, селезенке, почках, печени обнаружено большое количество плотных серого цвета узелков диаметром 0,5-1 мм; при гистологическом исследовании узелки состоят из эпителиоидных, лимфоидных и немногочисленных гигантских клеток с ядрами, расположенными на периферии клеток в виде подковы. Обнаруженные изменения свидетельствуют о:	1. Хроническом милиарном туберкулезе 2. Остром милиарном туберкулезе 3. Острейшем туберкулезном сепсисе 4. Крупноочаговом диссеминированном туберкулезе 5. Септикопиемии	2
673.	При вскрытии мужчины 40 л., который 10 лет болел туберкулезом, в I и II сегментах правого легкого выявлена полость с плотной стенкой. Внутренняя поверхность полости неровная, с балками, которые представляют собой облитерированные бронхи и тромбированные сосуды. Средняя и нижняя доли плотны, на разрезе с желтыми очагами. Какую форму туберкулеза можно заподозрить?	1. Фиброзно-кавернозный 2. Острый кавернозный 3. Фиброзно-воспалительный 4. Туберкулома 5. Цирротический	1
674.	40-летний заключенный умер в исправительно-трудовой колонии от туберкулеза. При аутопсийном исследовании тела умершего установлена деформация и уменьшение размеров верхушек обоих легких, множественные полости с плотными стенками, толщиной 2-3 мм в верхних частях обоих легких, диссеминированные очаги диаметром от 5 мм до 2 см казеозного некроза в нижних частях легких. Диагностируйте форму туберкулеза.	1. Первичный, рост первичного аффекта 2. Гематогенный с поражением легких 3. Вторичный цирротический 4. Вторичный фиброзно-кавернозный	4
675.	10-летняя девочка поступила в травматологическое отделение с симптомами патологического перелома правой бедренной кости. В ходе гистологического исследования операционного материала выявлено, что в костном мозге удаленного фрагмента бедренной кости расположены множественные ячейки казеозного некроза, окруженные по периферии эпителиоидными клетками и одиночными клетками Пирогова-Лангханса; зоны казеозного некроза распространяются и на прилегающие участки костной ткани, разрушая ее. Диагностируйте заболевание.	1. Туберкулезный коксит 2. Туберкулезный остеомиелит 3. Туберкулезный спондилит 4. Общий крупноочаговый туберкулез 5. Вторичный острый очаговый туберкулез	2
676.	При вскрытии тела умершего мужчины возрастом 48 лет, в участке 1-го сегмента правого легкого выявлено круглое образование диаметром 5 см с четкими контурами, окруженный тонкой прослойкой соединительной ткани, наполненный белыми хрупкими	1. Казеозная пневмония 2. Туберкулома 3. Острый кавернозный туберкулез 4. Острый воспалительный туберкулез	2

	массаами. Диагностируйте форму вторичного туберкулеза.	5. Фиброзно-кавернозный туберкулез	
677.	На вскрытии 17-летней девушки, умершей в результате легочной недостаточности, найдено: в нижней доле правого легкого сливные зоны казеозного некроза, в бронхопульмональных, бронхиальных и бифуркационных лимфатических узлах – явления казеозного некроза. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Казеозная пневмония при вторичном туберкулезе 2. Гематогенная форма прогресса первичного туберкулеза 3. Рост первичного аффекта при первичном туберкулезе 4. Гематогенный туберкулез с подавляющим поражением легких 5. Туберкулема	3
678.	У мужчины 50 лет, который болел туберкулезом и умер при явлениях легочно-сердечной недостаточности, на вскрытии выявлен лобарный характер поражения легких: верхняя доля правого легкого увеличена, плотная, на разрезе желтого цвета, хрупкого вида, на плевре – фибринозное наложение. К какой из форм вторичного туберкулеза относится указанная патология?	1. Инфильтративный туберкулез 2. Казеозная пневмония 3. Фиброзно-очаговый туберкулез 4. Туберкулема 5. Острый очаговый туберкулез	2
679.	У больного, который умер от туберкулеза выявлено: во II сегменте правого легкого очаг бело-серого цвета, окруженный капсулой, диаметром 3 см. Микроскопически: очаг некроза с капсулой, отсутствие перифокального воспаления. Назовите форму туберкулеза.	1. Фиброзно-кавернозный туберкулез 2. Острый кавернозный туберкулез 3. Туберкулема 4. Цирротический туберкулез 5. Казеозная пневмония	3
680.	Умершей женщине был поставлен клинический диагноз: хронический абсцесс легких. При вскрытии выявлена полость в 2-м сегменте правого легкого размером 5 см, округлой формы. Внутренняя поверхность полости была сформирована казеозными массаами, внешняя – плотной тканью легких, пиогенная мембрана отсутствует. Как, по вашему мнению, о каком процессе идет речь?	1. Первичная легочная каверна 2. Острый абсцесс 3. Фиброзно-кавернозный туберкулез 4. Острый кавернозный туберкулез 5. Хронический абсцесс	4
681.	У больного на рентгенограмме легких выявлено затемнение. Во время диагностической экспресс-биопсии лимфатического узла бронха выявлено: творожистый некроз, вокруг которого расположены эпителиоидные и лимфоидные пласты с примесью многоядерных гигантских клеток. Укажите причину лимфаденита.	1. Метастазы рака 2. Туберкулез 3. Пневмония 4. Сифилис 5. Аденовирусная инфекция	2
682.	Женщина возрастом 68 лет, болеет хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в течение 20 лет. Поступила в нефрологическое отделение с явлениями уремии. Прижизненная проба на наличие в почках амилоида оказалась положительной. О какой форме амилоидоза идет речь в данном случае?	1. Первичный системный 2. Ограниченный (местный) 3. Вторичный системный 4. Семейный врожденный 5. Сенильный (старческий)	3
683.	Ребенок 8 лет, раньше не болел, в больницу поступил с признаками удушья. При рентгеновском обследовании в плевральной полости – воздух и жидкость. Во время операции в правом легком выявлена субплевральная полость диаметром 2,4 см, неправильной формы с остатками казеозных масс, которая соединялась с плевральной полостью. Такие же казеозные массы найдены при разрезе увеличенных прикорневых лимфатических узлов. При	1. Каверна при остром кавернозном туберкулезе 2. Каверна при фиброзно-кавернозном туберкулезе 3. Первичная легочная каверна при туберкулезе 4. Абсцесс легких 5. Эмпиема плевры	3

	гистологическом исследовании стенки полости выявлены лимфоциты, эпителиоидные клетки, многоядерные гигантские клетки. Как правильно назвать полость?		
686.	Мужчина 63 лет, длительное время страдал от туберкулезного простатита, умер от менингоэнцефалита. На вскрытии в мягких оболочках основания, боковых поверхностях головного мозга, селезенке, почках, печени обнаружено большое количество плотных серого цвета узелков диаметром 0,5-1 мм; при гистологическом исследовании узелки состоят из эпителиоидных, лимфоидных и немногочисленных гигантских клеток с ядрами, расположенными на периферии клеток в виде подковы. Обнаруженные изменения свидетельствуют о:	1. Острейшем туберкулезном сепсисе 2. Хроническом милиарном туберкулезе 3. Остром милиарном туберкулезе 4. Крупноочаговом диссеминированном туберкулезе 5. Септикопиемии	3
684.	Девочка в течение последних 3 месяцев употребляла сырое коровье молоко. В больницу поступила с клиникой «острого живота». На операции – в слепой кишке циркулярная язва с перфорацией. При гистологическом исследовании в краях язвы – некротические массы, лимфоциты, эпителиоидные клетки, одиночные гигантские многоядерные клетки. Ваш диагноз.	1. Неспецифический язвенный колит 2. Рак слепой кишки 3. Амебиаз 4. Дизентерия 5. Первичный кишечный аффект при туберкулезе	5
685.	При гистологическом исследовании увеличенных шейных лимфатических узлов выявлены узелки, в которых определяются гигантские округло-овальной формы клетки с бледно-розовой цитоплазмой и с ядрами, расположенными по периферии. Обнаруженные изменения характерны для:	1. Туберкулеза 2. Лимфогранулематоза 3. Саркоидоза 4. Бруцеллеза 5. Неспецифического гиперпластического лимфаденита	1
687.	Мужчина умер от цирроза печени. На вскрытии в толще 1-2 сегментов правого легкого обнаружено 3 плотных участка размером 1-1,5 см, серожелтого цвета с тусклой поверхностью, при гистологическом исследовании выявлен туберкулезный эндобронхит, фокусы творожистой бронхопневмонии, вокруг которых располагается вал из эпителиоидных, лимфоидных и гигантских клеток Пирогова-Лангханса. Для какой формы туберкулеза характерны выявленные изменения?	1. Инфильтративного туберкулеза 2. Фиброзно-очагового туберкулеза 3. Казеозной пневмонии 4. Острого очагового туберкулеза 5. Первичного легочного туберкулезного комплекса	4
688.	При вскрытии мужчины 40 лет, умершего от СПИДА, обе доли левого легкого увеличены, плотны, безвоздушны, на разрезе желтого цвета, с тусклой поверхностью, на плевре фибриновые наложения. При гистологическом исследовании в альвеолах выявлен серозно-фибринозный и фибринозный экссудат с крупными участками некроза ткани легкого. Для какого заболевания характерны изменения в легких?	1. Крупозной пневмонии 2. Казеозной пневмонии 3. Инфильтративного туберкулеза 4. Лимфогранулематоза легких 5. Рака легкого	2
689.	Мужчина 47 лет умер от острого малокровия вследствие легочного кровотечения. На вскрытии во 2 сегменте правого легкого обнаружена неправильно округлой формы полость размером 5-6 см, сообщающаяся с просветом бронха, заполненная кровью, внутренняя поверхность полости неровная, покрыта дряблой бесструктурной желтоватой тканью, стенка тонкая, представленная уплотненной,	1. Инфаркта легкого с септическим распадом 2. Абсцесса легкого 3. Распадающегося рака легкого 4. Острого кавернозного туберкулеза 5. Бронхоэктатической каверны	4

	воспалительно измененной легочной тканью; при гистологическом исследовании внутренний слой полости состоит из расплавленных казеозных масс с большим количеством сегментоядерных лейкоцитов. Выявленные изменения в легких свидетельствуют о наличии:		
690.	Во время вскрытия 72-летнего бомжа со значительным кифосколиозом, выявлено, что тела позвонков грудного отдела частично разрушены, в результате формирования исчисляемых полостей (секвестров), заполненных беложелтыми хрупкими массами. При гистологическом исследованные пораженных позвонков найдены большие очаги казеозного некроза, окруженные одиночными крупными многоядерными клетками Пирогова-Лангханса, эпителиоидными клетками и лимфоцитами. Аналогичные изменения присутствуют в лимфатических узлах средостения и диссеминованно в легких и почках. Диагностируйте заболевание.	1. Гнойный остеомиелит 2. Сифилитический остеомиелит 3. Туберкулезный остеомиелит 4. Остеопороз 5. Остеоартроз	3
691.	Мужчина 63 лет умер от прогрессирующей сердечной недостаточности. На вскрытии легкие маленькие, плотные; верхние доли деформированы, пронизаны рубцовой тканью, с инкапсулированными очагами казеозного некроза диаметром 0,2-0,5 см. В верхней и средней долях полости размером 3-4 см и 4-5 см с плотными стенками и тяжистой внутренней поверхностью, содержащие непрозрачную желто-зеленую жидкость, окружающая легочная склерозирована. Сердце увеличено за счет гипертрофированного правого желудочка. Определите форму вторичного туберкулеза легких.	1. Фиброзно-очаговый туберкулез 2. Фиброзно-кавернозный туберкулез 3. Инфильтративный туберкулез 4. Цирротический туберкулез 5. Острый кавернозный туберкулез	4
692.	При УЗИ-исследовании юноши 17 лет в правой почке обнаружены признаки пиелозктазии с нарушением оттока мочи по мочеточнику. Микроскопическое исследование биоптата почки выявило на фоне диффузной инфильтрации интерстиция лимфоцитами и гистиоцитами в корковом и мозговом веществе очаги деструкции с образованием полостей, окруженные валом из эпителиоидных и лимфоидных клеток с примесью гигантских клеток Пирогова-Лангханса. Какое заболевание наиболее вероятно?	1. Апостематозный нефрит 2. Неспецифический тубуло-интерстициальный нефрит 3. Поликистоз почки 4. Туберкулез почки 5. Хронический пиелонефрит	4
693.	На вскрытии легких ребенка 3 лет, который умер от менингита, выявлено: под плеврой, а также в ткани легких многочисленные точечные желтобелые очаги поражения, которые напоминают просынные зерна. Микроскопически определяются гранулемы в центре находится очаг казеозного некроза в окружении эпителиоидных клеток, лимфоцитов, макрофагов, среди которых встречаются гигантские многоядерные клетки. О каком поражении легких можно думать?	1. Вторичный туберкулез 2. Первичный милиарный туберкулез 3. Очаговая пневмония 4. Крупозная пневмония	2
694.	У умершего ребенка 4 лет при жизни: менингеальная симптоматика, на рентгенограмме участок затемнения в III сегменте правого легкого, увеличение прикорневых лимфатических узлов. На вскрытии в мягкой мозговой оболочке макроскопически выявлены просовидные узелки, которые микроскопически представлены	1. Бруцеллезный 2. Сифилитический 3. Туберкулезный 4. Гриппозный 5. Менингококковый	3

	участком казеозного некроза с валами эпителиоидных, лимфоидных клеток, между которыми встречаются большие клетки с ядрами на периферии в виде полумесяца. Какой наиболее достоверный менингит у ребенка?		
695.	При вскрытии умершего мужчины 48-ми лет, в области 1-го сегмента правого лёгкого обнаружено округлое образование диаметром 5 см с чёткими контурами, окружённое прослойкой соединительной ткани и заполненное белыми крошащимися массами. Диагностируйте форму вторичного туберкулёза:	1. Острый очаговый туберкулёз 2. Туберкулома 3. Острый кавернозный туберкулёз 4. Фиброзно-кавернозный туберкулёз 5. Казеозная пневмония	2
696.	Больной, страдавший туберкулёзом, умер от прогрессирующей лёгочносердечной недостаточности. На вскрытии в области верхушки правого лёгкого отмечается полость диаметром 5 см, которая сообщается с просветом сегментарного бронха. Стенки полости изнутри покрыты творожистыми массами, под которыми находятся эпителиоидные клетки и клетки Пирогова-Лангханса. Укажите морфологическую форму туберкулёза:	1. Казеозная пневмония 2. Острый очаговый туберкулёз 3. Острый кавернозный туберкулёз 4. Инфильтративный туберкулёз 5. Туберкулома	3
697.	Мужчина 46-ти лет, болеющий туберкулёзом в течении 8 лет, умер от легочного кровотечения. На вскрытии: в легких определяются участки склероза и казеозного некроза, в верхушке правого легкого – полость размером 5,0 см в диаметре с плотными стенками серого цвета, в полости содержится редкая кровь и сгустки крови. Назовите морфологическую форму туберкулёза?	1. Острый кавернозный 2. Фиброзно-кавернозный 3. Инфильтративный 4. Фиброзно-очаговый 5. Острый очаговый	2
698.	В больницу поступила девушка с клиникой «острого» живота. Известно, что пила сырое коровье молоко. На операции – в слепой кишке округлая язва с перфорацией. При гистологическом исследовании в краях язвы выявлены некротические массы, лимфоциты, эпителиоидные клетки, одиночные гигантские многоядерные клетки. Ваш диагноз?	1. Неспецифический язвенный колит 2. Амебиаз 3. Дизентерия 4. Первичный кишечный афekt при туберкулёзе 5. Рак слепой кишки	4
699.	На вскрытии 14-летнего мальчика, умершего от легочной недостаточности, найдено: в нижней доле правого легкого небольшой очаг казеозного некроза, в бронхопульмональных, бронхиальных и бифуркационных лимфатических узлах – казеозный некроз. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?	1. Первичный туберкулез 2. Гематогенная форма прогрессирования первичного туберкулеза 3. Гематогенный туберкулёз с преимущественным поражением легких 4. Туберкулема 5. Казеозная пневмония при вторичном туберкулезе	1
700.	На вскрытии тела женщины 38 лет, умершей от туберкулеза легких, обнаружены частично запустевшие симметричные туберкулёзные каверны в кортико-плевральных зонах с преимущественной продуктивной тканевой реакцией. В обоих легких – нижний сетчатый пневмосклероз и эмфизема. «Легочное сердце». В бифуркационных лимфоузлах туберкулезный казеозный лимфаденит. В III сегменте правого легкого – очаг Гона. Ваш диагноз?	1. Гематогенная генерализация первичного туберкулеза 2. Хронический первичный туберкулез 3. Хронический милиарный туберкулез 4. Гематогенно-диссеминированный туберкулез 5. Цирротический туберкулез	4
701.	У мальчика 10 лет диагностирована триада Гетчинсона: зубы бочкообразной формы,	1. Токсоплазмоз 2. Проказа	4

	паренхиматозный кератит и глухота. Для какой болезни характерные выявленные изменения?	3. Туберкулез 4. Сифилис 5. Опиосторхоз	
702.	На вскрытии мужчины 36 лет в ткани печени выявлено округлое образование диаметром 0.5 см. Микроскопически: в центре – некротические массы, их окружает грануляционная ткань с наличием в ее составе плазматических, лимфоидных клеток и кровеносных сосудов с явлениями васкулита. Какой диагноз необходимо поставить на основании данных микроскопии?	1. Солитарная лепрома печени 2. Хронический абсцесс печени 3. Солитарная гумма печени 4. Солитарная аденома печени 5. Рак печени	3
703.	На вскрытии мужчины 54 лет, обнаружен надклапанный разрыв аорты с тампонадой сердца. Проведено гистологическое исследование восходящего отдела аорты. В наружной и средней оболочках инфильтраты из лимфоидных, плазматических, эпителиоидных клеток, очаги некроза, пролиферация стенки сосудов. Изменения в аорте характерны для:	1. Ревматического аортита 2. Атеросклероза 3. Сифилитического аортита 4. Септического аортита 5. Гипертонической болезни	3
704.	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
705.	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
706.	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
707.	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
708.	При гистологическом исследовании биопсии из язвы полости рта выявлены очаги казеозного некроза, окруженные плазмочитами, эпителиоидными и лимфоидными клетками, изредка гигантскими многоядерными клетками типа Пирогова-Лангханса, встречаются мелкие сосуды с признаками эндопериваскулита. Укажите заболевание.	1. Туберкулез 2. Сифилис 3. Лепра 4. Риносклерома 5. Сап	2
709.	На слизистой оболочке нёбной миндалины наблюдается безболезненная язва с гладким	1. Язвенно-некротическая ангина Венсана	4

	лакированным дном и ровными хрящевидной консистенции краями. Микроскопически: воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, плазмоцитов, небольшого количества нейтрофилов и эпителиоидных клеток, и наличие эндои периваскулита. О каком заболевании идёт речь?	2. Актиномикоз 3. Туберкулёз 4. Сифилис 5. Дифтерия зева	
710.	При гистологическом исследовании удаленной увеличенной щитовидной железы выявлены фолликулы разных размеров и формы, с интрафолликулярной и экстрафолликулярной пролиферацией эпителия, прослойками соединительной ткани, не полностью отграничивающей отдельные участки. Поставьте наиболее верный диагноз.	1. Диффузный зоб 2. Фолликулярный рак 3. Макро-микрофолликулярный зоб 4. Аутоиммунный тиреоидит 5. Тиреоидит Риделя	3
711.	У мужчины 46 лет щитовидная железа увеличена в 2 раза. При пальпации железа плотная, поверхность неравномерно бугристая. При гистологическом исследовании диффузная инфильтрация ткани железы лимфоцитами, плазматическими клетками с образованием фолликулов и усиленное разрастание соединительной ткани. Какое заболевание имеет место у больного?	1. Эндемический зоб 2. Спорадический зоб 3. Диффузный токсический зоб 4. Зоб Риделя 5. Зоб Хашимото	5
712.	У мужчины 52 лет, с гематогенным туберкулезом в анамнезе, появилась гиперпигментация кожи (меланоз) и слизистых оболочек, кахексия, сердечно-сосудистая недостаточность. Какое заболевание вызывало такие изменения?	1. Феохромоцитома 2. Болезнь Симмондса 3. Болезнь Иценко-Кушинга 4. Аддисонова болезнь 5. Болезнь Грейвса	4
713.	Женщина 48 лет обратилась с жалобами на плохой сон, общую слабость, раздражение, пучеглазие, тахикардию. Щитовидная железа увеличена. При явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности больная скончалась. При гистологическом исследовании щитовидной железы пролиферация эпителия с образованием сосочков, разжижением коллоида, лимфоплазмочитарная инфильтрация, формирование лимфатических фолликулов с зародышевыми центрами. Какой выставлен диагноз?	1. Эндемический зоб 2. Спорадический зоб 3. Тиреоидит Хашимото 4. Диффузный токсический зоб (Базедова болезнь) 5. Доброкачественная опухоль щитовидной железы	4
714.	Женщина 56 лет длительно страдала заболеванием паращитовидных желез. Умерла при явлениях нарастающей почечной недостаточности. На вскрытии: деформация костей конечностей, позвоночника, ребер. Кости хрупкие, легко режутся ножом, с пестрыми опухолевидными образованиями, почки сморщены. Гистологически: в костной ткани очаги лакунарного рассасывания. В очагах опухолевидных образований находят гигантоклеточные гранулемы, скопления эритроцитов и гемосидерина. Как называется данное заболевание?	1. Болезнь Педжета 2. Паратиреоидная остеодистрофия 3. Множественные метастазы рака в кости 4. Хроническая почечная недостаточность 5. Миеломная болезнь	2
715.	У мужчины 48 лет, длительно проживавшего в горном районе Средней Азии, выявлено увеличение щитовидной железы, которая затрудняла глотание. Наблюдались увеличения массы тела, замедленность, сонливость, одутловатое лицо. При микроскопическом исследовании в щитовидной железе разных размеров	1. Тиреоидит Хашимото 2. Спорадический зоб 3. Эндемический зоб 4. Зоб Риделя 5. Диффузный токсический зоб	5

	фолликулы с гипохромным коллоидом. Какой из диагнозов наиболее вероятен?		
716.	На вскрытии женщины 42 лет, которая страдала ожирением по верхнему типу, стероидным сахарным диабетом, артериальной гипертонией, вторичной дисфункцией яичников, выявлено: гипертрихоз, гирсутизм, стрии на коже бедер и живота. В передней доле гипофиза опухоль (микроскопически базофильная аденома); в надпочечниках гиперплазия пучкового слоя. Какой из диагнозов наиболее вероятен?	1. Болезнь Симмондса 2. Синдром Иценко-Кушинга 3. Болезнь Иценко-Кушинга 4. Адипозогенитальная дистрофия 5. Гипофизарный нанизм	3
717.	На гистологическое исследование прислана щитовидная железа. Выявлено: умеренная атрофия паренхимы, склероз, диффузная инфильтрация стромы лимфоцитами и плазматическими клетками с формированием лимфоидных фолликулов. Ваш диагноз?	1. Паренхиматозный зоб 2. Тиреотоксический зоб 3. Тиреоидит 4. Аутоиммунный тиреоидит 5. Зоб Риделя	4
718.	Женщина 56 лет умерла от уремии. На вскрытии найдена аденома паращитовидной железы, деформация конечностей, позвоночника, ребер. Кости мягкие, на разрезе повышенной порозности, с опухолевидными узелками, которые на разрезе имеют пестрый вид и кисты. При микроскопическом исследовании определяется значительная перестройка костных структур, очаги лакунарного рассасывания остеонной и фиброзной ткани. Какая болезнь наиболее достоверна?	1. Фиброзная дисплазия 2. Болезнь Педжета 3. Паратиреоидная остеодистрофия 4. Хронический остеомиелит 5. Остеопороз	3
719.	На вскрытии умершего мужчины выявлена бронзовая расцветка кожи и слизистых оболочек полости рта. В надпочечниках определяются казеозные массы. Каким заболеванием страдал человек?	1. Синдром Иценко-Кушинга 2. Базедова болезнь 3. Аддисонова болезнь 4. Акромегалия 5. Феохромоцитома	3
720.	У мужчины с ожирением по верхнему типу, клинически длительно отмечались артериальная гипертензия, гипергликемия, глюкозурия. Смерть наступила от кровоизлияния в головной мозг. При морфологическом исследовании выявлено: базофильная аденома гипофиза, гиперплазия коры надпочечников. Ваш предположительный диагноз.	1. Болезнь Иценко-Кушинга 2. Сахарный диабет 3. Акромегалия 4. Гипофизарный нанизм 5. Адипозогенитальная дистрофия	1
721.	Мужчине 48 лет удалена увеличенная щитовидная железа. При гистологическом исследовании выявлено, что ее фолликулы разной величины, содержат пенистый коллоид, эпителий фолликулов высокий, местами формирует сосочки, в строме очаговая лимфоцитарная инфильтрация. Диагностируйте заболевание щитовидной железы.	1. Тиреоидит Хашимото 2. Тиреоидит Риделя 3. Тиреоидит де Кервена 4. Базедова болезнь 5. Узловой зоб	4
722.	При микроскопическом исследовании щитовидной железы выявлена значительная инфильтрация её лимфоцитами с образованием лимфоидных фолликулов, разрушение паренхиматозных элементов, разрастание волокон соединительной ткани. Для какого заболевания характерна такая картина?	1. Эндемический зоб 2. Диффузный токсический зоб 3. Зоб Хашимото 4. Коллоидный зоб 5. Паренхиматозный зоб	3
723.	Больной 64 лет умер от кахексии. На вскрытии выявлена аденома паращитовидных желез, деформация костей, особенно конечностей, позвоночного столба, ребер. Кости мягкие, порозные, легко режутся ножом. Какой из перечисленных	1. Остеопетроз 2. Хондродисплазия 3. Паратиреоидная остеодистрофия 4. Остеомиелит	3

	диагнозов наиболее достоверный?	5. Фиброзная дисплазия	
724.	На гистологическое исследование прислана биопсия щитовидной железы. Выявлено: среди фолликулов, заполненных коллоидом, лимфоидные структуры с центрами роста. Какое заболевание у больного?	1. Зоб Хашимото 2. Эндемический зоб 3. Спорадический зоб 4. Диффузный токсический зоб 5. Зоб Риделя	1
725.	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
726.	Больной 64 лет умер при явлениях гипогликемической комы. На вскрытии выявлена уменьшенная, плотная поджелудочная железа. Микроскопически: участки разрастания соединительной ткани, атрофия островков Лангенгарса. Какое заболевание обусловило такие изменения в поджелудочной железе?	1. Муковисцидоз 2. Острый панкреатит 3. Рак головки поджелудочной железы 4. Сахарный диабет 5. Гипоплазия поджелудочной железы	4
727.	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
728.	При морфологическом исследовании щитовидной железы, удаленной по поводу тиреотоксического зоба, выявили диффузную инфильтрацию ткани лимфоцитами с повреждением паренхимы железы и участка склероза. Поставьте диагноз.	1. Тиреоидит Хашимото 2. Анафилактическая реакция 3. Тиреотоксикоз 4. Рак щитовидной железы 5. Аденома	1
729.	У больного с клиническим гипотиреозом удалена щитовидная железа, которая значительно увеличена в размерах, плотно-эластичной консистенции, с бугристой поверхностью. При гистологическом исследовании в паренхиме железы определяется диффузная лимфо-плазмоцитарная инфильтрация с формированием лимфоидных фолликулов с гиперплазированными герминативными центрами, атипия и метаплазия фолликулярного эпителия, очаги склеротических изменений паренхимы. Ваш диагноз.	1. Диффузный тиреотоксический зоб 2. Диффузный эутиреоидный зоб 3. Узловой зоб 4. Тиреоидит де-Кервена 5. Аутоиммунный тиреоидит	5
730.	Во время операции удаления диффузного зоба щитовидной железы наступила смерть больного от острой надпочечниковой недостаточности. На вскрытии, кроме атрофии надпочечников, выявлена гипертрофия левого желудочка. Микроскопически: гипертрофия и внутриклеточный отек кардиомиоцитов, серозный отек и лимфоидная инфильтрация стромы миокарда. Какое образное название носит выявленная патология сердца?	1. Бычье сердце 2. Тиреотоксическое сердце 3. Тигровое сердце 4. Легочное сердце 5. Бурая атрофия сердца	2
731.	На вскрытии при внешнем осмотре трупа женщины 40 лет патологоанатом обратил внимание на ожирение по верхнему типу, лунообразное лицо, стрии на передней брюшной стенке. В анамнезе у больной остеопороз со спонтанными переломами костей, аменорея, артериальная гипертензия, гипергликемия. Какой патологии отвечают отмеченные изменения?	1. Синдрому Уотерхауса-Фридериксена 2. Синдрому Конна 3. Аддисоновой болезни 4. Синдрому Иценко-Кушинга 5. Синдрому Сиппла	4

732.	У больного с повышенным содержанием глюкозы в крови, наличием сахара в моче, при пункционной биопсии почки выявлено: расширение мезангия с очаговым накоплением мембраноподобного вещества с перигломерулярным склерозом некоторых клубочков, гиалиноз и плазматическая пропитывание артериол, лимфо-гистиоцитарная инфильтрация стромы с наличием полиморфно-ядерных лейкоцитов, гликогенная инфильтрация нефроцитов узкого сегмента. Установите диагноз.	1. Подострый гломерулонефрит 2. Диабетический гломерулосклероз 3. Артериолосклеротический нефросклероз 4. Пиелонефрит 5. Острый гломерулонефрит	2
733.	У больной 40 лет, с клиническими симптомами гипотиреоза, щитовидная железа увеличена в два раза, при пальпации плотная, с бугристой поверхностью. При гистологическом исследовании: атрофия фолликулов железы, диффузная инфильтрация паренхимы лимфоцитами, плазматическими клетками с формированием фолликулов и повышенное разрастание соединительной ткани. Укажите наиболее вероятный диагноз?	1. Фиброзный зоб 2. Эндемический зоб 3. Зоб Хашимото 4. Спорадический зоб 5. Диффузный токсический зоб	3
734.	Молодой мужчина с раннего детства страдал бронхоэктатической болезнью. Умер от почечной недостаточности. На вскрытии, кроме множественных бронхоэктатических каверн, заполненных гнойным экссудатом, выявлены увеличенные в размерах почки плотной консистенции, корковый слой утолщен, белого цвета, плотный. Пирамиды почки анемические, четкие. Назвать процесс, который развился в почках?	1. Хронический пиелонефрит 2. Врожденный кистоз почек 3. Вторичный нефросклероз 4. Вторичный амилоидоз 5. Гломерулонефрит	4
735.	На вскрытии умершего больного 65 лет выявлена аденома предстательной железы и большие почки с резко увеличенными лоханками и чашечками, заполненными прозрачной жидкостью. Назовите процесс в почках.	1. Гидронефроз 2. Гломерулонефрит 3. Амилоидоз 4. Туберкулез 5. Пиелонефрит	1
736.	Мужчина 54 лет, страдавший сахарным диабетом, умер от хронической почечной недостаточности с развитием уремии. Во время вскрытия выявлены все проявления уремии с изменениями в почках. Какие самые вероятные микроскопические изменения имеют место в почках при этом?	1. Гиалиновые цилиндры в просвете канальцев нефрона. 2. Гиалиноз и склероз капилляров клубочков. 3. Спазм приносящих артериол. 4. Некроз эпителия канальцев нефрона. 5. Очаговый некроз пробкового вещества почек.	2
737.	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 тубулоинтерстициальный 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
738.	При гистологическом исследовании биоптата почки выявлено наличие полулуний более чем в 50%	1. Некротический нефроз 2. Быстро прогрессирующий	2

	клубочках, капиллярные петли некротизированы, в просвете их обнаружены фибриновые тромбы, выражен тубулоинтерстициальный компонент. О каком заболевании почек следует думать?	гломерулонефрит. 3. Липоидный нефроз. 4. Хронический гломерулонефрит 5. Амилоидоз	
739.	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
740.	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
741.	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. Пиелэктазия 2. Гидроуретронефроз 3. Гидронефроз 4. Киста почки	3
742.	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
743.	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 метахромию 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
744.	При микроскопическом исследовании биопсии почек выявлено: некроз эпителия извитых канальцев, тубулорексис, отек стромы, ишемия пробкового слоя и полнокровие мозгового. Назовите этот патологический процесс.	1. Некротический нефроз 2. Гломерулонефрит 3. Пиелонефрит 4. Поликистоз 5. Мочекаменная болезнь	1
745.	На вскрытии больной, которая длительное время болела циститом и дискинезией мочеточников, выявлены морфологические признаки уремии. Почки неравномерно рубцево-сморщена. В просвете лоханок мелкие уратные камни и песок. Гистологически	1. Первично-сморщенная почка 2. Острый пиелонефрит 3. Хронический пиелонефрит 4. Атеросклеротически-сморщенная почка	3

	выявлена «щитовидная почка», очаги интерстициального воспаления. Какой из нижеперечисленных диагнозов наиболее достоверный?	5. Амилоидно-сморщенная почка	
746.	На вскрытии больного 58 лет выявлено: почки увеличены в размерах, корковый слой желто-серый с красным крапом, хорошо отграничен от мозгового вещества, которое имеет темно-красный цвет. При гистологическом исследовании разрастание нефротелия и подоцитов в капсуле клубочков с образованием « полумесяцев», явления склероза и гиалиноза клубочков, фиброз стромы. О каком заболевании почек идет речь?	1. Экстракапиллярный экссудативный гломерулонефрит 2. Интракапиллярный экссудативный гломерулонефрит 3. Интракапиллярный продуктивный гломерулонефрит 4. Экстракапиллярный продуктивный гломерулонефрит 5. Интерстициальный нефрит	4
747.	На вскрытии выявлено, что почки увеличены в размерах, поверхность крупно-бугристая за счет наличия множественных полостей с гладкой стенкой, заполненных прозрачной жидкостью. О каком заболевании идет речь?	1. Поликистоз почек 2. Некротический нефроз 3. Пиелонефрит 4. Гломерулонефрит 5. Инфаркт	1
748.	При обследовании молодой женщины, у которой были резко выражены отеки, в моче выявлена высокая протеинурия. При исследовании биоптата почки: исчезновение отростков подоцитов, снижение содержания гепарансульфата в базальной мембране капилляров клубочков. О каком заболевании можно думать?	1. Постинфекционный гломерулонефрит 2. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит 3. Хронический гломерулонефрит 4. Идиопатический нефротический синдром 5. Острый некротический нефроз	4
749.	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
750.	Больной 58 лет страдал хроническим гнойным остеомиелитом и умер от хронической почечной недостаточности. При вскрытии найдены большие плотные почки бело-желтого цвета с сальным блеском на разрезе. Ваш диагноз:	1. Хронический гломерулонефрит 2. Септический нефрит 3. Амилоидоз почек 4. Подострый гломерулонефрит 5. Острый некротический нефроз	3
751.	Молодой мужчина умер от ожоговой болезни. На вскрытии найден отек головного мозга, увеличение печени, а также почек, корковый слой которых утолщен, бледно-серый, мозговой – полнокровный. Микроскопически: некроз канальцев главных отделов с деструкцией базальных мембран, отек интерстиция с лейкоцитарной инфильтрацией и кровоизлиянием. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Некротический нефроз 2. Тубулоинтерстициальный нефрит 3. Пиелонефрит 4. Подагрическая почка 5. Миеломная почка	1
752.	При микроскопическом исследовании биоптата почки выявлено: склероз, лимфо-плазмочитарная инфильтрация стенок лоханки и чашечек; дистрофия и атрофия канальцев. Сохраненные канальцы расширены, растянуты колоидоподобными массами, эпителий сплюснут («щитовидная почка»). Какой диагноз	1. Тубуло-интерстициальный нефрит 2. Хронический пиелонефрит 3. Острый пиелонефрит 4. Гломерулонефрит 5. Нефросклероз	2

	наиболее вероятен?		
753.	У больного, лечившегося от простудного заболевания большими дозами парацетамола, появились симптомы олигурии, азотемии. Через 5 дней наступила смерть при явлениях острой почечной недостаточности. При гистологическом исследовании почек обнаружен диффузный отек межуточной ткани мозгового слоя почек, его инфильтрация лимфоцитами, эозинофилами, отдельными нейтрофилами, разрушение эпителия канальцев; клубочки мало изменены. Наиболее вероятный тип поражения почек?	1. Пиелонефрит 2. Некронефроз 3. Тубуло-интерстициальный нефрит 4. Острый гломерулонефрит 5. Нефротический синдром	3
754.	Больному удалена почка. При макроскопическом исследовании она набухшая, полнокровная, капсула легко снимается. Полости лоханок и чашечек расширены, заполнены мутной мочой, их слизистая оболочка тусклая, с очагами кровоизлияний. На разрезе почка пестрая, желто-серые участки окружены зоной полнокровия и геморрагий. Какому заболеванию соответствует такой макроскопический вид почек?	1. Острый гломерулонефрит 2. Амилоидоз почек 3. Нефролитиаз 4. Острый пиелонефрит 5. Поликистоз почек	4
755.	При микроскопическом исследовании почек наблюдается пролиферация нефротелия капсулы Боумена, подоцитов и макрофагов с образованием в ее просвете «полулунных структур», которые сжимают клубочек. Капилляры клубочков в состоянии некроза, в их просвете наблюдаются фибриновые тромбы. Некоторые клубочки склерозированы и гиалинизированы. Наблюдается выраженная дистрофия нефроцитов, отек инфильтрация и стромы почек. Назовите патологию почек.	1. Послеинфекционный гломерулонефрит 2. Хронический гломерулонефрит 3. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит 4. Хронический пиелонефрит 5. Амилоидоз почек	3
756.	Больной 52 лет умер от хронической почечной недостаточности на почве хронического гломерулонефрита. На вскрытии: почки уменьшены в размерах, плотной консистенции, капсула снимается тяжело, обнажая зернистую поверхность. На разрезе корковый и мозговой слои тонки, ткань почек сухая, малокровная, серого цвета. Как называются такие почки?	1. Первично-сморщенные почки 2. Вторично-сморщенные почки 3. Атеросклеротически-сморщенные почки 4. Амилоидно-сморщенные почки 5. Пиелонефротически-сморщенные почки	2
757.	У девочки 5 лет, после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции появились распространенные отеки, массивная протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия. При исследовании биоптата почки выявлено: отсутствие малых отростков подоцитов сосудистых клубочков. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Фокальный сегментарный гломерулосклероз 2. Липоидный нефроз 3. Послеинфекционный гломерулонефрит 4. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит 5. Мембранозный гломерулонефрит	2
758.	На вскрытии больного, умершего от отравления этиленгликолем, почки несколько увеличены в размерах, отечны, их капсула снимается очень легко, корковое вещество широкое, бледно-серое, мозговое вещество темно-красное. Какая патология почек развилась у больного?	1. Острый тубуло-интерстициальный нефрит 2. Острый гломерулонефрит 3. Некротический нефроз 4. Острый пиелонефрит 5. Липоидный нефроз	3
759.	У мальчика 12 лет, через 2 недели после перенесенной ангины появились отеки на лице утром, повышение	1. Острый интерстициальный нефрит	2

	артериального давления, моча в виде «мясных помоев». Иммуно-гистохимическое исследование биоптата почки выявило откладывание иммунных комплексов на базальных мембранах капилляров и в мезангии клубочков. Какое заболевание развилось у больного?	2. Острый гломерулонефрит 3. Липоидный нефроз 4. Острый пиелонефрит 5. Некротический нефроз	
760.	Молодой мужчина поступил в больницу с жалобами на головную боль, головокружение. В течение последнего года определяются высокие показатели артериального давления. Лекарственные средства почти не помогали. В биоптате почки выявлена экстракапиллярная пролиферация с образованием «полумесяцев» Для какого заболевания это характерно?	1. Острый гломерулонефрит 2. Волчаночный гломерулонефрит 3. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит 4. Гранулематоз Вегенера 5. Хронический гломерулонефрит	3
761.	Женщина 48 лет умерла от почечной недостаточности. На вскрытии: почки увеличены, дряблые, корковый слой широкий, отечный, желто-серый, тусклый, с красным крапом, хорошо отграничен от темно-красного мозгового вещества. Микроскопически: пролиферация эпителия капсулы клубочков, подоцитов и макрофагов с формированием «полумесяцев». Для какого заболевания характерны вышеупомянутые изменения?	1. Острый гломерулонефрит. 2. Подострый гломерулонефрит. 3. Хронический гломерулонефрит. 4. Острый пиелонефрит. 5. Амилоидоз почек.	2
762.	При макроскопическом исследовании удаленной почки в проксимальном отделе мочеточника выявлен конкремент, который обтурирует его просвет, почка резко увеличена, паренхима атрофирована, чашечки и лоханки значительно расширены. Микроскопически: диффузный склероз, атрофия клубочков и канальцев, сохраненные канальцы кистозно расширены. Какое осложнение почечно-каменной болезни возникло у больного?	1. Пионефроз 2. Пиелонефрит 3. Гидронефроз 4. Гломерулонефрит 5. Хронический паранефрит	3
763.	На вскрытии мужчины 68 лет выявлено: кожа серо-земельного цвета с мелкоточечными кровоизлияниями, лицо, язык как бы припудрены белым порошком, фибринозно-геморрагический ларингит, трахеит, фибринозный перикардит, катаральный гастроэнтероколит. Для какого синдрома характерен данный комплекс морфологических изменений?	1. Острой печеночной недостаточности 2. Острой почечной недостаточности 3. Хронической почечной недостаточности 4. Хронической сердечной недостаточности	3
764.	На вскрытии мужчины, умершего от почечной недостаточности, отмечено, что почки увеличены, дряблые, широкая кора желто-серого цвета с красным крапом. При микроскопическом исследовании выявлено: эпителий капсулы клубочков пролиферирует с появлением «полумесяцев», капиллярные петли с очагами некроза и фибриновыми тромбами в просвете. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Острый гломерулонефрит 2. Липоидный нефроз 3. Хронический гломерулонефрит 4. Подострый гломерулонефрит 5. Амилоидоз почек	4
765.	На вскрытии больного, умершего от хронической почечной недостаточности, отмечено, что почки увеличены, плотные, восковидные, с большим количеством западений на их поверхности. Микроскопически: много клубочков замещены конго-рот-позитивным веществом, в других – это вещество присутствует на базальных мембранах капилляров, в	1. Острый гломерулонефрит 2. Хронический гломерулонефрит 3. Подострый гломерулонефрит 4. Амилоидоз почек 5. Липоидный нефроз	4

	мезангии, а также в стенках артерий и строме. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?		
766.	Женщина 60 лет умерла от почечной недостаточности. На вскрытии: почки неравномерно уменьшены в размерах, с крупнобугристой поверхностью, на разрезе участки рубцовой ткани чередуются с неизменной паренхимой, лоханки расширены, стенки их утолщены. Микроскопически в стенках лоханок, чашечек и в интерстиции – склероз и лимфоплазмочитарная инфильтрация. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Тубулоинтерстициальный нефрит 2. Острый пиелонефрит 3. Хронический пиелонефрит 4. Острый гломерулонефрит 5. Хронический гломерулонефрит	3
767.	У мужчины, который находится в клинике с признаками отравления ртутью взята биопсия почки. Выявлено: очаговые некротические изменения канальцев, отек, лейкоцитарная инфильтрация и геморагии интерстиция, венозный застой. Какое состояние развилось у больного?	1. Острый гломерулонефрит 2. Острый некротический нефроз 3. Хроническая почечная недостаточность 4. Острый пиелонефрит 5. Хронический пиелонефрит	2
768.	Мужчина 42 лет умер от почечной недостаточности. При микроскопическом исследовании почек в клубочках выявлена пролиферация нефротелия капсулы, подоцитов и макрофагов с образованием «полумяса», 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
769.	Больной умер при явлениях уремии. На вскрытии почки увеличены, дряблые, корковый слой широкий, отечный, с красным крапом, мозговое вещество темно-красное. Микроскопически в полости капсулы клубочков выявлены «полумяса», которые сжимают капилляры, дистрофия нефроцитов, отек и инфильтрация стромы. Какое заболевание у умершего?	1. Гломерулонефрит 2. Пиелонефрит 3. Нефролитиаз 4. Нефротический синдром 5. Амилоидоз почек	1
770.	Пожилой мужчина в течение 15 лет болел мембранознопролиферативным гломерулонефритом и постоянно получал сеансы гемодиализа. Последние полгода не лечился. Доставлен в больницу в крайне тяжелом состоянии, без сознания, с запахом мочевины от тела, отеками, признаками выраженного плеврита, перикардита и перитонита, что было расценено как уремия. Какой вид воспаления наиболее вероятен?	1. Гнойное 2. Катаральное 3. Геморрагическое 4. Серозное 5. Фибринозное	5
771.	При исследовании почек умершего 58 лет обнаружено: макроскопически определялись асимметричные кортико-медулярные рубцы. Микроскопически: атрофия кистозно расширенных канальцев заполненных эозинофильными цилиндрами, напоминающими щитовидную железу, перигломерулярный склероз. Какое заболевание развилось в почках?	1. Хронический гломерулонефрит с исходом в сморщивание почек 2. Амилоидоз почек 3. Туберкулез почек 4. Хронический пиелонефрит со сморщиванием 5. Почки при гипертонической болезни	4
772.	У больного, оперируемого по поводу распространенной опухоли брюшной полости, имело место значительное кровотечение, падение артериального давления. После операции развилась острая почечная недостаточность, которая явилась	1. Инфаркт 2. Некронефроз 3. Гломерулонефрит 4. Пиелонефрит 5. Нефроз	2

	непосредственной причиной смерти больного. На аутопсии макроскопически: широкий бледно-розовый корковый слой, резко отграничен от темно-красных пирамид. Микроскопически: отсутствие ядер эпителия извитых канальцев, тубулорексис, венозный застой, ядра клеток сосудистых клубочков и прямых канальцев сохранены. Какая патология почек развилась у больного?		
773.	У больного дизентерией 40 лет, на 10 сутки болезни увеличилась температура тела, появилась боль в поясничном отделе, лихорадка, большое количество лейкоцитов в моче. Микроскопически в пункционном биоптате почки наблюдались гиперемия, лейкоцитарная инфильтрация межуточной ткани почки, в просвете канальцев лейкоциты со слущенным эпителием. Какое осложнение развилось у больного?	1. Острый пиелонефрит 2. Хронический пиелонефрит 3. Пиелит 4. Гломерулонефрит 5. Некротический нефроз	1
774.	У больного 28 лет отмечались повышение артериального давления, гематурия и отёки на лице. Несмотря на лечение, нарастали явления почечной недостаточности. Через 6 месяцев больной умер от уремии. Микроскопически при исследовании почек в клубочках обнаружена пролиферация нефротелия капсулы, подоцитов с образованием «полулуний», склероз и гиалиноз клубочков. Какой наиболее вероятный диагноз?	1. Острый гломерулонефрит 2. Подострый гломерулонефрит 3. Хронический гломерулонефрит 4. Нефротический синдром 5. Острый пиелонефрит	2
776.	У больного с кровотечением развилась острая почечная недостаточность, которая явилось причиной смерти. На аутопсии макроскопически: почки увеличены с широким бледно-розовым корковым слоем, резко очерченным от темно-красных пирамид. Микроскопически: отсутствие ядер эпителию извитых канальцев, тубулорексис, венозный застой, ядра клеток сосудистых клубочков и прямых канальцев сохранен. Какая патология почек развилась у больного?	1. Инфаркт 2. Гломерулонефрит 3. Некронефроз 4. Пиелонефрит 5. Нефроз	3
777.	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
775.	Мужчина 37-х лет умер от уремии. На вскрытии обнаружены увеличенные почки весом 500,0 каждая, состоящие из множества полостей диаметром от 0,5-до 1 и 2 см, заполненных светло-желтой прозрачной жидкостью. Лоханка и мочеточники без особенностей. О каком заболевании почек, обусловившем уремию, идет речь?	1. Двухсторонний поликистоз почек 2. Хронический пиелонефрит 3. Опухоль почек 4. Туберкулез почек 5. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит	1
778.	При вскрытии тела пожилой женщины установлено, что смерть вызвана массивной гнойной бронхопневмонией.	1. Болезнь Пика 2. Болезнь Паркинсона	4

	Головной мозг незначительно атрофирован извилины истончены, а борозды глубоки. При микроскопическом исследовании головного мозга: периваскулярные отложения амилоида, тельца Хирано и нейрофибриллярные сплетения. Диагностируйте основное заболевание.	3. Рассеянный склероз 4. Болезнь Альцгеймера 5. Боковой амиотрофический склероз	
779.	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
780.	Мужчина 42 лет, лесник, через неделю после пребывания в весеннем лесу остро заболел – лихорадка, головная боль, нарушение сознания, эпилептиформные припадки. Умер через 4 дня. На вскрытии: отек головного мозга, множественные точечные геморрагии; во время микроскопического исследования – периваскулярный и перичелюлярный отек, множественный периваскулярные, преимущественно лимфоцитарные, инфильтраты. Диагностируйте основное заболевание.	1. Менингококковая инфекция 2. Гнойный энцефалит 3. Клещевой энцефалит 4. Полиомиелит 5. Церебро-васкулярная болезнь	3
781.	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
782.	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
783.	У пожилого мужчины при жизни отмечалось прогрессирующее слабоумие с выраженной эмоциональной лабильностью, очаговая неврологическая симптоматика отсутствовала. После смерти на вскрытии обнаружено истончение коры в лобных, затылочных и височных долях. При гистологическом исследовании кусочков мозга выявлено большое количество сенильных бляшек (особенно в коре), уменьшение в размерах нейронов с вакуолизацией цитоплазмы и наличием в дендритах телец Хирано. Какой патологический процесс со стороны центральной нервной системы имел место в данном случае?	1. Рассеянный склероз 2. Болезнь Альцгеймера 3. Боковой амиотрофический склероз 4. Клещевой энцефалит 5. Вирусный менингоэнцефалит	2
784.	При морфологическом исследовании в бедренной кости выявлено хроническое гноевое воспаление компактного вещества и костного мозга, образование секвестров. При каком заболевании развиваются такие	1. Остеобластокластома 2. Остеомиелит 3. Ретикулосаркома 4. Миеломная болезнь	2

	изменения?	5. Периостит	
785.	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
786.	У мужчины 48 лет при прогрессировании стафилококкового гнойного периодонтита возникло гнойное воспаление костномозговых пространств альвеолярного отростка, а затем тела нижней челюсти. Микроскопическое исследование показало: костные балки истончены, очаги некроза, костные секвестры, окруженные соединительно-тканной капсулой. Назовите заболевание.	1. Гнойный периостит 2. Острый остеомиелит 3. Хронический остеомиелит 4. Пародонтома 5. Хронический фиброзный периостит	3
787.	Мужчина 52 лет страдал хроническим остеомиелитом в течение 10 лет. Три года назад появился нефротический синдром. Смерть наступила от уремии. На вскрытии: почки плотные, белые, с рубцами в корковом слое, на разрезе с салым блеском. Укажите патологию почек, которая развилась.	1. Первичный амилоидоз 2. Вторичный амилоидоз 3. Идиопатический амилоидоз 4. Хронический гломерулонефрит 5. Хронический пиелонефрит	2
788.	Мужчина 53 лет умер от интоксикации. На вскрытии: увеличение бедра в объеме, на поверхности кожи свищи с выделением из них вязкой желтозеленой жидкости; бедренная кость утолщена и деформирована, имеет место образование секвестров; при микроскопическом исследовании секвестральные полости окружены грануляционной и соединительной тканью с наличием нейтрофилов, костномозговые каналы облитерированы, компактная пластинка утолщена. Какой из перечисленных диагнозов наиболее	1. Туберкулезный остеомиелит 2. Острый гематогенный остеомиелит 3. Хронический гнойный остеомиелит 4. Паратиреоидная остеодистрофия 5. Остеопетроз	3
789.	На вскрытии умершего от сепсиса в бедренной кости нижней конечности выявлено флегмонозное воспаление, которое охватывает костный мозг, гаверсовы каналы и периост, под периостом – множественные абсцессы, в окружающих мягких тканях бедра – также флегмонозное воспаление. Укажите патологический процесс.	1. Острый гематогенный остеомиелит 2. Хронический гематогенный остеомиелит 3. Остеопороз 4. Остеопетроз	1
790.	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.	1. Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана. 2. Мышечная дистрофия Дюшена 3. Боковой амиотрофический склероз 4. Мышечная дистрофия Эрба 5. Миастения	5

	Укажите наиболее вероятный диагноз:		
791.	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 инфильтратами среди клеток. Укажите форму поражения мышц.	1. Прогрессивная миопатия 2. Мышечная дистрофия Лейдена 3. Миастения 4. Атрофический миозит 5. Мышечная дистрофия Эрба	3
792.	У 20-летней женщины в течение нескольких лет значительно выраженная слабость скелетных мышц, что не дает возможность свободно передвигаться, разговаривать, жевать и глотать. При осмотре выявлен птоз обоих век. Рентгенография грудной клетки установила присутствие опухолевидного конгломерата в переднем средостении. Гистологическое исследование биопсии, взятого из опухоли выявило тимому, в скелетных мышцах – незначительные дистрофические изменения. Диагностируйте заболевание.	1. Мышечная дистрофия Эрба 2. Прогрессивная мышечная дистрофия 3. Полиомиелит 4. Миастения 5. Дерматомиозит	4
793.	При вскрытии тела мужчины 52 лет, который при жизни страдал многочисленными патологическими переломами, обнаружены изменения длинных трубчатых костей: бедренные кости и кости голени искривлены, местами спиралевидны, поверхность их бугристая, а на распиле обнаруживается облитерированный костно-мозговой канал и перестройка компактного строения кортикального слоя по типу спонгиозного. Микроскопическое исследование выявило мозаичность строения костных структур: на фоне беспорядочного тонковолокнистого или пластинчатого строения костных фрагментов имеются многочисленные полости пазушного рассасывания, сочетающиеся с признаками новообразования костной ткани. Артерии, питающие костную ткань, расширены, имеют извилистый ход. Назовите диагноз.	1. Паратиреоидная остеодистрофия 2. Фиброзная дисплазия 3. Остеопетроз 4. Деформирующая остеодистрофия 5. Хронический остеомиелит	4
794.	На вскрытии умершего от сепсиса, в бедренной кости нижней конечности обнаружено флегмонозное воспаление, которое охватывает костный мозг, гаверсовы каналы и периост. Под периостом множественные абсцессы, в окружающих мягких тканях бедра также флегмонозное воспаление. Какой патологический процесс имеет место?	1. Острый гематогенный остеомиелит 2. Хронический гематогенный остеомиелит 3. Остеопетроз 4. Остеопороз	1
795.	У женщины 40 лет на коже туловища множественные пигментные пятна около 1.5 см в диаметре черного цвета с четкими границами. При гистологическом исследовании: небольшой акантоз, в базальном слое эпидермиса – цепочка меланоцитов с умеренно выраженными признаками дисплазии; в дерме – небольшой лимфо-плазмочитарный инфильтрат. Клинико-морфологическая картина позволяет установить:	1. Лентиго-меланому 2. Поверхностно распространяющуюся меланому 3. Меланоз Дюбрейля 4. Лентигинозную меланоцитарную дисплазию 5. Пограничный невус	4

**Вид оценочного средства: перечень практических навыков и умений
для демонстрации на зачете к разделам 3 – 4 (3-й семестр)**

№	Практический навык, умение	Уровень усвоения
Специальные профессиональные умения и навыки		
1.	Оценка предварительной информации об исследуемых объектах	IV
2.	Осмотр и вскрытие трупа методами Шора и Абрикосова	IV
3.	Вскрытие спинного мозга, придаточных пазух, костного мозга, суставов	IV
4.	Вскрытие новорожденных и мертворожденных, учитывая связь пре- и постнатальной патологии с течением беременности и родов у матери	IV
5.	Вскрытия при карантинных и особо опасных инфекциях с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, забора материала	IV
6.	Вскрытие при подозрении на сепсис	IV
7.	Вскрытия при различных соматических и инфекционных заболеваниях	III
8.	<i>Специальные методы диагностики у секционного стола:</i>	IV
	- проба на воздушную эмболию	III
	- проба на жировую эмболию	IV
	- проба на наличие воздуха в плевральных полостях	IV
	- проба на амилоид	IV
	- теллуриновая проба на ишемию	IV
	- раздельное взвешивание сердца (определение сердечного индекса)	IV
9.	Макроскопическая оценка и описание изменений в органах и тканях трупа	IV
10.	Макро- и микроизмерения линейных размеров объектов (морфометрия), расстояний между объектами; измерения массы объектов	IV
11.	Выбор и вырезка участков органов и тканей для гистологического исследования	IV
12.	Выбор оптимальных методов фиксации, обработки, окраски материала, определение необходимого для диагностики числа гистологических препаратов	IV
13.	Забор секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических, биохимических и других видов исследований	IV
14.	Проведение процедур преаналитического этапа (прием и сортировка биоматериала, приготовление биоматериала для светоптической диагностики)	IV
15.	Приготовление, фиксация и окраска мазков-отпечатков	IV
16.	Исследование гистологических препаратов (секционный, операционный и биопсийный материал)	IV
	<i>Патоморфологическая диагностика:</i>	
17.	- обратимых и необратимых патологических процессов	IV
18.	- различных видов расстройств кровообращения	IV
19.	- различных форм воспаления	IV
20.	- иммунопатологических процессов	IV
21.	- процессов компенсации и приспособления	IV
22.	- доброкачественных и злокачественных новообразований	IV
23.	- инфекционных и паразитарных заболеваний	IV
24.	- болезней эндокринной системы и нарушений обмена веществ	IV
25.	- болезней почек и мочевыводящих путей	IV
26.	- болезней половых органов и молочной железы	IV
27.	- болезней центральной нервной системы и периферических нервов	IV

28.	- болезней органов зрения и слуха	IV
29.	- болезней кожи и подкожной клетчатки	IV
30.	- болезней костно-мышечной системы	IV
31.	- болезней зубочелюстной системы и полости рта	IV
32.	Отбор участков препарата для фотосъемки, изготовление микрофотографий	IV
33.	Контроль качества аналитического этапа исследований	IV
34.	Интерпретация результатов обследования пациента с учетом данных истории болезни, амбулаторной карты, мнения лечащего врача	IV
35.	Проведение дифференциальной диагностики со сходными по морфологическим проявлениям заболеваниями	IV
36.	Оформление протокола вскрытия, карты вскрытия, свидетельства о смерти, заключения о причине смерти	IV
37.	Оформление патологоанатомического (патогистологического) диагноза	IV
38.	Формулировка клинко-анатомического эпикриза	IV
39.	Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов с определением причин диагностических ошибок (расхождений диагнозов)	IV
40.	Заполнение медицинского свидетельства о смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти	IV
41.	Проведение санитарно-просветительной работы	II
42.	Руководить деятельностью медицинского персонала	I

Уровни усвоения:

I – имеет представление, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентирован, знает показания к ее проведению;

II – участие в выполнении манипуляции (исследовании, процедуре);

III – выполнение манипуляции под контролем преподавателя (медицинского персонала);

IV – самостоятельное выполнение манипуляции.

Вид оценочного средства: ситуационные задачи к разделам 3 и 4 (4-й семестр)

	Оценочное средство	Эталон ответа
1.	Женщина 32 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, с железистыми структурами в подлежащей ткани. Имеются участки разрастания метапластического плоского эпителия по поверхности и в отдельных железах. В строме лимфолейкоцитарный 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.

2. 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 слизееобразование; сопровождается воспалением; относится к предраковому состоянию.
3. У женщины 35 лет при цитологическом исследовании мазка из шейки матки выявлены патологические изменения плоского эпителия в виде многоядерных клеток, чешуек, увеличения ядер с их гиперхромией, много зерен кератина. При кольпоскопии на влагалищной 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 ее развития. 3. Гормональные нарушения при данной патологии. 4. Гистологические изменения эндометрия.	1. Лейкоплакия шейки матки. 2. Причины лейкоплакии шейки матки. - воспалительные процессы - нарушения иммунного статуса - гормональные нарушения - травма (частые аборты) 3. Нарушение менструального цикла: олигоменорея, контактные кровотечения у 30%, повышение ФСГ, снижение уровней ЛГ/ФСГ и прогестерона. 4. Неполноценная фаза секреции.
4. 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 атипичные 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.
5. Женщина 34 лет с жалобами на бели, кровоточивость при контакте. При морфологическом исследовании	1. Неинвазивный рак шейки матки. 2. Внутриэпителиальный рак. Cancer in situ.

	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.
6. 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: псевдоэрозия, лейкоплакия, полипы, папилломы, кондиломы 4. ВПЧ 16 и 18 типы, типы 31, 33, 35 – 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.
7. Девочка 14 лет, жалобы на боли внизу живота, повышение температуры до 39°C, постоянные кровянистые выделения. Нарушения менструального цикла начались 8 мес назад, диагностирована дисфункция яичников, лечение гемостатиками 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	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.

	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.	
8.	У женщины средних лет, наблюдаемой по поводу эндоцервикоза, после появления мажущих кровянистых выделений произведена биопсия шейки матки. Гистологически в пластах многослойного плоского эпителия обнаружены дисплазия и группы атипических клеток среди клеток зажившего эндоцервикоза. 1. Какую патологию заподозрил лечащий врач? 2. Что диагностировал патологоанатом при гистологическом исследовании биоптата? 3. Дальнейшая тактика лечащего врача.	1. Злокачественное новообразование шейки матки 2. Плоскоклеточный рак шейки матки 3. Консультация онколога. Ампутация шейки, матки.
9.	Женщина 33 лет поступила в гинекологическое отделение с маточным кровотечением. Соскоб эндометрия обильный. При гистологическом исследовании количество желез увеличено, они имеют различную величину и конфигурацию - извилистые, штопорообразные, эпителий пролиферативного типа, некоторые железы кистозно-расширены, в строме гистиолимфоцитарные инфильтраты. 1. Назовите патологический процесс в эндометрии. 2. Назовите причину и предрасполагающие факторы возникновения данной патологии. 3. Назовите вид атипизма данного заболевания. 4. Объясните механизм развития изменений в органе. 5. Определите возможный прогноз заболевания.	1. Простая железистая гиперплазия эндометрия. 2. Изменение гормонального фона: повышение уровня эстрогенов и уменьшение прогестерона. Предрасполагающие факторы: сахарный диабет, ожирение, болезни щитовидной железы, гипертония, миома матки, аборт и выскабливания матки, наследственность. 3. Тканевой атипизм. 4. Гиперэстрогения способствует разрастанию клеток эндометрия. 5. В большинстве случаев подвергается регрессу после выскабливания полости матки.
10.	Больная 38 лет обратилась к врачу с жалобами на частые, нерегулярные, чрезмерно обильные, маточные кровотечения. При обследовании яичников обнаружены кисты. Кроме того, больная нерегулярно принимала пероральные контрацептивы. 1. Какой патологический процесс можно заподозрить у данной больной? Что нужно сделать для подтверждения диагноза? 2. Опишите макро- и микроскопические изменения эндометрия, которые можно выявить в данном случае. 3. Объясните возможные причины возникновения патологического процесса в эндометрии в данном случае. 4. Клиническое значение патологического процесса, прогноз.	1. Железистую гиперплазию эндометрия. Необходимо провести выскабливание с последующим гистологическим исследованием. 2. Макроскопически: утолщение эндометрия, некрозы и кровоизлияния на поверхности. Микроскопически: увеличение количества желез и стромы, кистозное расширение и неправильная форма желез. Эпителий, как правило, пролиферативного типа, не соответствует дате цикла. При приеме гормональных препаратов его вид зависит от их состава. 3. Гиперплазия эндометрия возникает при относительном избытке эстрогена по отношению к прогестину. Возможные причины: дисфункция яичников (множественные кисты по данным УЗИ), нерегулярный прием гормональных препаратов. 4. Простая гиперплазия при продолжающейся

		гормональной стимуляции может трансформироваться в атипичную, на фоне которой возможно возникновение рака эндометрия.
11.	У женщины 58 лет на фоне менопаузы начались кровотечения типа метроррагий. При пальпации обнаружена множественная миома тела матки. Произведена ампутация тела матки. Матка равномерно и диффузно увеличена, на разрезе зернистого вида с множеством мелких кист, выполненных коричневатым содержимым. <i>Микроскопически:</i> в толще внутреннего и среднего слоя миометрия множество очагов типичной стромы эндометрия, имеющих неправильную форму и содержащие эндометриальные железы, выстланные пролиферирующим эпителием. 1. Назовите заболевание матки. 2. Разновидность патологического процесса. 3. Назовите провоцирующие факторы формирования этой патологии матки. 4. Назовите теории происхождения заболевания. 5. С какой патологией эндометрия часто сочетается?	1. Аденомиоз матки. 2. Опухолеподобный патологический процесс. 3. Внутриматочные вмешательства - диагностические выскабливания, аборт, ручное обследование полости матки после родов. 4. а) метапластическая теория – под влиянием воспаления и гормональных нарушений эндотелий лимфатических сосудов и эпителий некоторых органов способен трансформироваться эндометриоподобную ткань; б) дизонтогенетическая теория – эндометриоидная ткань формируется из аномально расположенных остатков мюллерова протока; в) имплантационная теория – имплантаты эндометрия перемещаются по фаллопиевым трубам до брюшины во время менструации. 5. Часто сочетается с железистой гиперплазией эндометрия.
12.	У женщины 68 лет, пониженного питания, на фоне аменореи, длящейся 25 лет, начались мажущие кровотечения, чередующиеся с более интенсивными и не прекращающиеся в течение последних 6 мес. УЗИ органов малого таза: патологии не выявлено. При диагностическом выскабливании получен обильный соскоб. <i>При гистологическом исследовании</i> обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с выраженным клеточным и ядерным атипизмом, наличием патологических митозов. 1. Назовите патологический процесс эндометрия. 2. Гистологическую форму. 3. Патогенетические варианты рака эндометрия. 4. Основная причина развития негормонозависимого рака матки. 5. Особенности его развития и степень дифференцировки.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль эндометрия. 2. Низкодифференцированная аденокарцинома 3. Гормонозависимый рак и автономный (негормонозависимый). 4. Выраженная депрессия Т-системы иммунитета на фоне нарушений адаптационного гомеостаза и гиперкортицизма. 5. Развивается в более старшем возрасте, без предшествующих гиперпластических процессов, на фоне атрофии эндометрия, в отсутствие гиперэстрогении и обменно-эндокринных нарушений. Опухоль имеет низкую дифференцировку, низкую чувствительность к гормонотерапии, раннюю инвазию в миометрий и метастазирование.
13.	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, многоядность эпителия, в крупных гиперхромных ядрах обилие митозов.	1. Атипичная железистая гиперплазия эндометрия. 2. Дигормональное 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.

	1. Назовите патологический процесс в эндометрии. 2. Разновидность патологического процесса. 3. Какие виды атипизма для него характерны? 4. Возрастной период женщины, характеризующийся возрастанием частоты этой патологии. 5. Назовите возможный неблагоприятный исход заболевания матки.	5. При отсутствии лечения в 30% случаев атипическая железистая гиперплазия эндометрия переходит в аденокарциному.
14.	Женщина 55 лет поступила 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, 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.
15.	У женщины 34 лет во время операции овариоэктомии по поводу кисты правого яичника обнаружено тонкостенное, кистозное образование 2 см в диаметре, с гладкой блестящей внутренней поверхностью, заполненное прозрачной слегка желтоватой жидкостью. <i>При микроскопии</i> стенка кисты фиброзная, выстилка образована высоким цилиндрическим эпителием. 1. Назовите основное заболевание, прогноз. 2. Поставьте гистологический диагноз. 3. Синоним данной патологии, подчеркивающий, что новообразование полостного характера. 4. К какому типу патологического процесса относится данное новообразование. 5. Назовите какие опухоли по степени дифференцировки, чаще развиваются из целома. 6. Назовите злокачественный аналог.	1. Доброкачественная эпителиальная опухоль яичника. 2. Серозная цистаденома. 3. Цилиоэпителиальная киста. 4. Опухоли поверхностного эпителия и стромы. 5. Из целома развиваются чаще злокачественные опухоли. 6. Серозная цистаденокарцинома.
16.	У девочки 14 лет два года после удаления дермоидной кисты левого яичника и клиновидной резекции правого яичника появилось образование в малом тазу диаметром 20,0 см. Во время срочного интраоперационного исследования обнаружена опухоль кистозно-солидного строения мягкой	1. Незрелая тератома 2. Относится к типу злокачественных герминогенных опухолей. 3. Развивается из зародышевых листков. 4. Растет быстро и нередко дает метастазы. 5. Дермоидная киста представлена

	консистенции с множеством кист разного размера, часть из которых выполнена мутным геморрагическим содержимым. <i>При гистологическом исследовании</i> в стенке кисты и солидных участках найдены зрелые эмбриональные структуры нескольких типов тканей и незрелая глиозная ткань. 1. Разновидность опухолевидного образования. 2. Тип данного новообразования. 3. Укажите источник его развития. 4. Назовите особенность течения новообразования. 5. Дайте морфологическую характеристику дермоидной кисты яичника.	однокамерной кистой с фиброзной стенкой содержит сальный материал и волосы, хрящевую ткань, с участками обызвествления, иногда зубы. Относится к зрелым тератомам.
17.	У женщины 44 лет на фоне отсутствия месячных появились тянущие боли в поясничной области. УЗИ: оба яичника увеличены. Произведена экстирпация матки с придатками. При макроскопии правый яичник 6,5 см, левый 12,0 см, поверхность крупнобугристая, на разрезе ткань пестрого вида с кистозными полостями разной величины со слизисто-гнойно-геморрагическим содержимым. Внутренняя поверхность с сосочковыми разрастаниями желто-белого цвета с кровоизлияниями и некрозами. <i>Микроскопически:</i> строение яичника полностью нарушено за счет разрастания опухолевой ткани образованной атипичными сосочковыми структурами, построенными из атипических клеток с выраженным клеточным и ядерным атипизмом. Строма большей части сосочков фиброзная. 1. Поставьте гистологический диагноз. 3. Назовите разновидность опухолевого процесса. 3. Назовите особенности данной патологии яичников. 4. Причины поздней диагностики опухолей яичников.	1. Серозная цистаденокарцинома. 2. Злокачественная эпителиальная опухоль яичника. 3. Особенности опухолей яичников: - обладают мультицентрическим ростом, - характеризуются диссеминацией по брюшине, - в яичниках рак минимальных размеров (макроскопически яичники не изменены), а диссеминация по брюшине обширная. 4. У 80% больных заболевание диагностируется на поздних стадиях вследствие: - малосимптомности, - отсутствия способов ранней диагностики, - невозможности повторных биопсий, - градация опухоли по злокачественности очень условна.
18.	Женщина 35 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота, утомляемость, нарушения менструального цикла. УЗИ: новообразование правого яичника. Произведена овариоэктомия. Макроскопически опухоль 10 см, с гладкой белесоватой фиброзной капсулой, мягкой консистенции, на разрезе – светло-коричневого цвета, полностью замещает паренхиму яичника. <i>Микроскопически:</i> ткань опухоли представлена крупными округлыми клетками, сходными с зародышевыми клетками примордиальных фолликулов, цитоплазма которых содержит гликоген. Группы опухолевых клеток окружены тонкими прослойками соединительной ткани со скоплением лимфоцитов. 1. Назовите разновидность опухоли по степени дифференцировки и происхождению. 2. Гистологический вариант. 3. Особенность клинического течения данной опухоли по сравнению с другими из этой группы. 4. С какой опухолью часто сочетается? 5. Что ещё взять на гистологию?	1. Злокачественная опухоль яичника герминогенного происхождения. 2. Дисгерминома. 3. Течение менее агрессивное по сравнению с опухолями этой группы, метастазы дает поздно. 4. С доброкачественной опухолью – гонадобластомой. 5. Парааортальные лимфатические узлы и лимфатические узлы сальника, для исключения лимфогенных метастазов.

19. У больной 29 лет через три дня после криминального аборта повысилась температура до 40°C, отмечено появление на коже множественных кровоизлияний. Через двое суток после появления этих симптомов наступила смерть. 1. О какой клинко-морфологической форме сепсиса можно думать? Какой это вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот инфекции? 2. Охарактеризуйте морфологию местных изменений. 3. Какие процессы можно обнаружить в паренхиме органов, в строме, в кроветворной и лимфоидной ткани?	1. а) септицемия; б) маточный сепсис. 2. В матке картина септического эндометрита: она увеличена, дряблая, слизистая оболочка грязно-серого цвета с гнойным налетом. Микроскопически: некроз слизистой оболочки, в некротических массах колонии микробов; инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя полиморфно-ядерными лейкоцитами, гнойный тромбофлебит. 3. В паренхиме органов – дистрофические изменения, в строме – межуточное воспаление, в кроветворной и лимфоидной ткани – гиперпластические процессы.
20. У больной 35 лет в течение нескольких лет определяются очаги уплотнения в обеих молочных железах, размеры которых варьируют в зависимости от фазы менструального цикла. При гистологическом исследовании строение ткани молочной железы нарушено, выявляются деформированные дольки с внутريدольковой стромой. Между дольками находится междольковая соединительная и жировая ткань. Эпителиальные клетки, выстилающие железистые структуры, преимущественно темные, мелкие, тесно расположенные, образующие в протоках и альвеолах многослойные солидные и кистозные структуры. 1. Назовите основное заболевание. 2. Назовите распространенные формы фиброзно-кистозной мастопатии. 3. Назовите морфологический вариант данного заболевания. 4. Назовите морфологические проявления фиброзно-кистозной мастопатии. 5. Определите возможный прогноз по гистологической картине.	1. Диффузная мастопатия. 2. Распространенные формы фиброзно-кистозной мастопатии: - простые фиброзно-кистозные заболевания, - эпителиальная гиперплазия, - склерозирующий аденоз. 3. Проллиферирующая протоковая и дольковая эпителиальная гиперплазия. 4. Разрастание соединительной ткани в виде белесоватых тяжей с кистами, внутри которых находится прозрачная жидкость. 5. Возможна малигнизация. Проллиферирующая эпителиальная гиперплазия относится к облигатному предраку.
21. 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. Микроскопически: 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.
22.	Беременная в сроке 32 недель поступила в стационар с судорожным синдромом и потерей сознания. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия пациентка умерла. На аутопсии обнаружена увеличенная в размерах печень с кровоизлияниями, увеличенные в размерах почки, отечный головной мозг с очагами ишемии. С поверхности разреза легких стекает пенная жидкость серо-розового цвета. 1. Назовите патологический процесс. 2. Механизмы развития данной патологии. 3. Микроскопические изменения в пораженных органах.	1. Эклампсия. 2. Механизмы окончательно не установлены. Есть множество теорий (почечная, гормональная, коагуляционная, нейрогенная и др.). Наиболее доказательна иммунологическая – ослабление иммунного распознавания матерью антигенов плода при нарушении барьерных свойств плаценты. 3. Печень – тромбы в мелких сосудах, кровоизлияния, очаги некроза; почки – тромбоз и фибриноидный некроз мелких сосудов, дистрофия и некроз эпителия извитых канальцев, кровоизлияния в межуточную ткань; головной мозг – отек, тромбы в мелких сосудах, кровоизлияния; легкие – отек и сливная геморрагическая пневмония.
23.	Пациентка 23 лет обратилась в стационар с клиникой острого живота. Произведена лапаротомия. При ревизии нижнего этажа брюшной полости выявлена утолщенная до 3 см маточная труба, заполненная сгустками крови темно-вишневого цвета (преимущественно в истмическом отделе). Произведена тубэктомия. 1. Назовите данную патологию. 2. Изменения, которые можно выявить при гистологическом исследовании биопсийного материала. 3. Возможные варианты течения.	1. Внематочная (трубная) беременность. 2. Децидуальная реакция слизистой оболочки маточной трубы с наличием ворсин хориона. 3. Прогрессирующая трубная беременность, неполный и полный трубный аборт, разрыв стенки трубы.
24.	У женщины 47 лет через 4 мес после 3-х срочных оперативных родов прекратилась лактация, появились обильные кровянистые выделения из половых путей. УЗИ: матка увеличена до 14-16 недель беременности, с внутриматочным расположением опухолевых очагов. Произведена ампутация матки. <i>Гистологически</i> опухоль состоит из клеток Лангханса, располагающихся альвеолами, которые окружены слоем синцития и как бы заключены в сеточку, и инвазивного хориального эпителия. Опухоль не имеет стромы и своих сосудов. Элементы ее прорастают в кровеносные сосуды, инфильтрируя и некротизируя их стенку, обуславливая кровоизлияние и тромбоз сосуда. 1. Назовите разновидность патологии беременности. 2. Назовите патологический процесс матки. 3. Назовите возможные причины и состояния, способствующие развитию данной патологии. 4. Назовите возможные осложнения заболевания. 5. Определите прогноз заболевания.	1. Гестационная трофобластическая болезнь. 2. Хорионэпителиома. 3. Недостаточность цитолитического фермента - синцитиолизина, который в нормальных условиях способствует растворению циркулирующих в крови беременной элементов хориона. Возникает чаще после пузырного заноса, реже – после аборта или родов, имеют значение гормональные сдвиги. 4. Длительные кровопотери, интоксикация при хорионэпителиоме ведут к анемизации и угнетению гемопоэза. 5. Ранние гематогенные метастазы в различные органы: легкие, печень, почки, головной мозг, селезенку, а также влагалище. Разнообразная и ранняя клиника метастазов.
25.	При морфологическом исследовании соскоба из полости матки у пациентки 22 лет выявлено гроздеподобное скопление тонкостенных разновеликих пузырьков, заполненных прозрачным	1. Пузырный занос. 2. Гидропическая дистрофия и кистозное превращение ворсин хориона с пролиферацией эпителия и синцития

содержимым. 1. Назовите патологический процесс. 2. Опишите изменения, которые обнаруживаются при гистологическом исследовании биоптата. 3. Исходы и осложнения.	ворсин. 3. Возможно развитие хорионэпителиомы.
---	--

Вид оценочного средства: тестовые задания к разделам 3 и 4 (4-й семестр)

№	Вопрос	Варианты ответов	Эталон
1.	К эстрогенной фазе в эндометрии относят следующие признаки:	1. трубчатые железы из темного несекретирующего эпителия 2. клубки спиральноизвитых сосудов 3. отечная клеточная строма 4. многослойный эпителий	1, 3
2.	К прогестиновой фазе в эндометрии относят следующие признаки:	1. ацинарные железы из светлого секретирующего эпителия 2. железы из темного эпителия с гиперхромными вытянутыми многоядно расположенными ядрами 3. децидуаподобная трансформация клеток стромы 4. обыкновенная трансформация клеток стромы	1, 3
3.	При гормональном лечении и гормональной контрацепции в эндометрии наблюдаются следующие изменения	1. децидуаподобный метаморфоз стромы эндометрия 2. атрофические изменения эпителия желез 3. секреторное превращение желез 4. сложная гиперплазия эндометрия	1, 2
4.	Дисгормональные состояния слизистой оболочки матки характеризуются:	1. наличием структур одной из фаз менструального цикла, соответствующих времени, когда они должны наблюдаться в норме 2. признаками атрофии и кистозных изменений желез эндометрия 3. массивной круглоклеточной инфильтрацией стромы эндометрия	1, 2, 3
5.	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
6.	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
7.	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
8.	Полип эндометрия характеризуется:	1. воспалительной инфильтрацией стромы 2. частой малигнизацией 3. кровотечением	1, 3

		4. дисгормональными нарушениям	
9.	Наиболее характерным гистологическим признаком полипа эндометрия является:	1. увеличение количества желез 2. наличие фиброзно-сосудистой ножки или площадки 3. формирование сосочковых структур	2
10.	Клинико-морфологические признаки эндометриоза:	1. встречается у 10-15% женщин репродуктивного возраста 2. характеризуется образованием эктопических очагов ткани эндометрия 3. бывает внутренним и наружным 4. характеризуется болевым синдромом	1, 2, 3, 4
11.	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
12.	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
13.	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
14.	Укажите наиболее частый гистологический тип рака тела матки	1. аденокарцинома 2. плоскоклеточный рак с ороговением 3. плоскоклеточный рак без ороговения 4. железисто-плоскоклеточный рак 5. недифференцированный рак	1
15.	Для рака эндометрия характерно:	1. развитие в молодом возрасте 2. преимущественно эндофитный рост 3. преимущественно экзофитный рост 4. гистологически представлен плоскоклеточным раком	3
16.	Высокодифференцированная аденокарцинома тела матки чаще растет:	1. в виде узла 2. диффузно 3. в виде полипа	3
17.	Эпителий желез в высокодифференцированных аденокарциномах эндометрия	1. плоский 2. цилиндрический 3. многорядный цилиндрический и плоский 4. все перечисленное верно	4
18.	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
19.	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

		4. ассоциация с мутациями в гене p53, PPP2R1A	
20.	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
21.	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 денокарциномы тела матки с различным иммунофенотипом 4. бифазная опухоль с наличием эпителиального и мезенхимального компонентов	1
22.	Лейомиомы матки чаще возникают:	1. в детском возрасте 2. в детородном возрасте 3. в климактерическом возрасте 4. в менопаузальном возрасте 5. в любом возрасте	2
23.	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
24.	Для клеточной лейомиомы характерны узловатые разрастания с формированием:	1. четкой капсулы 2. имитации капсулы 3. без капсулы	2
25.	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
26.	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
27.	Внутрисосудистый лейомиоматоз наиболее типичен для:	1. клеточной лейомиомы 2. лейомиобластомы 3. причудливой лейомиомы 4. эпителиоидноклеточной лейомиомы	1
28.	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	3

		5. массивные поля некрозов.	
29.	Для лейомиосаркомы характерно:	1. наличие множественных очагов некроза и кровоизлияний 2. наличие четко отграниченного узла 3. редкое рецидивирование 4. преимущественно лимфогенное метастазирование 5. развитие в молодом возрасте	1
30.	Лейомиосаркома матки возникает чаще:	1. в сочетании с лейомиомой 2. независимо от предшествующей лейомиомы 3. в результате малигнизации лейомиомы	1, 3
31.	Какую стадию pT необходимо выставить для лейомиосаркомы тела матки максимальным размером 4,5 см, захватывающей всю толщу стенки тела матки без инвазии серозной оболочки:	1. pT1a 2. pT1b 3. pT2a 4. pT2b	1
32.	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
33.	К вариантам роста эндометриальной стромальной саркомы относится:	1. полиповидный 2. узловатый 3. эндолимфатический стромальный миоз 4. звездчатый	1, 2, 3
34.	Клеточные разрастания эндометриальной саркомы могут быть представлены:	1. мономорфными мелкими клетками 2. полиморфными вытянутыми клетками 3. вакуолизированными звездчатыми клетками	1
35.	Влагалищная часть шейки матки покрыта эпителием:	1. переходноклеточным 2. многослойным плоским ороговевающим 3. многослойным плоским неороговевающим 4. железистым	3
36.	Цервикальный канал шейки матки выстлан:	1. многослойным плоским неороговевающим эпителием 2. многослойным плоским ороговевающим эпителием 3. многослойным плоским ороговевающим эпителием 4. цилиндрическим железистым эпителием	4
37.	Граница экто- и эндоцервикса на уровне наружного маточного зева должна быть:	1. у новорожденных 2. в пубертатный период 3. к 18 годам 4. в 21-23 года 5. в период менопаузы	4
38.	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
39.	Для эндоцервикоза характерно наличие:	1. серозно-фибринозного воспаления 2. гнойного воспаления 3. продуктивного воспаления 4. ничего из перечисленного	4
40.	Для простого (стационарного) эндоцервикоза характерны:	1. ровный пласт цилиндрического эпителия 2. погружной рост цилиндрического эпителия 3. формирование железистых структур	3

		4. замещение переходно-клеточным эпителием 5. отсутствие эпителия	
41.	Плоская (простая) лейкоплакия шейки матки характеризуется:	1. нарушением созревания эпителия с преобладанием незрелых клеточных форм 2. увеличением дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговению клеток сквамозного эпителия 3. появлением железистых структур в эктоцервиксе	2
42.	Заживающий (эпидермизирующий) эндоцервикоз может характеризоваться:	1. базально-клеточной гиперактивностью 2. резервно-клеточной гиперактивностью 3. подрастанием "языков" плоского эпителия со стороны влажной порции шейки матки	3
43.	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
44.	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
45.	Под дисплазией слизистой оболочки шейки матки подразумевается:	1. наличие железистых структур в эктоцервиксе 2. повышение пролиферации клеточных элементов эктоцервикса без тенденции их к созреванию 3. увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговению клеток сквамозного эпителия	2
46.	Зона наиболее подверженная для развития дисплазии и рака шейки матки	1. влажная часть шейки матки 2. цервикальный канал 3. место стыка цервикального и плоского эпителия 4. многослойный плоский эпителий	3
47.	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
48.	Укажите наиболее частый гистологический тип рака шейки матки	1. аденокарцинома 2. плоскоклеточный рак 3. аденосквамозный рак 4. мелкоклеточный рак 5. недифференцированный рак	2
49.	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
50.	Что из нижеперечисленного верно для плоскоклеточного интраэпителиального поражения	1. диффузная выраженная экспрессия p53 в опухолевых клетках 2. ассоциация с HPV 6 и 11 типа	4

	шейки матки высокой степени (HSIL):	3. пролиферация незрелых базалоидных клеток, распространяющихся менее чем на 1/3 плоскоэпителиального пласта 4. диффузная выраженная ядерно-цитоплазматическая экспрессия p16 в опухолевых клетках	
51.	В яичниках женщин в климактерическом периоде встречаются:	1. созревающие фолликулы 2. фолликулярные кисты 3. граафовы пузырьки 4. желтое тело	1, 2, 3
52.	Для яичников периода менопаузы характерны структуры:	1. фолликулярные кисты 2. белые тела 3. желтые тела 4. фиброзированные стенки сосудов	1, 2, 4
53.	Тип эндометрия при синдроме Штейна-Левенталя:	1. эндометрий пролиферативного типа 2. эндометрий секреторного типа 3. эндометрий гипопластического типа 4. железисто-кистозная гиперплазия эндометрия 5. сложная железистая гиперплазия эндометрия	1
54.	Для синдрома Штейна-Левенталя характерно наличие в яичниках:	1. фолликулярных кист 2. дермоидных кист 3. эндометриоидных кист 4. серозных кист 5. кист желтого тела	1
55.	Эндометриоидная киста выстлана:	1. плоским эпителием 2. кубическим эпителием 3. призматическим эпителием 4. переходным эпителием 5. эпителием эндометриального типа	5
56.	Строма под эпителием эндометриоидных кист имеет характер:	1. базалоидной 2. цитогенной 3. фиброзной 4. отечной 5. отсутствует	2
57.	Компонентами стенок эндометриоидных кист являются:	1. сидерофаги 2. гигантские клетки рассасывания инородных тел 3. липофаги 4. эпителиоидные клетки	1, 2, 3
58.	Характерный признак эндометриоидной цистаденомы яичника:	1. кашицеобразное содержимое 2. содержимое алого цвета 3. содержимое темно-коричневого цвета 4. содержимое слизистое	2
59.	Острый оофорит характеризуется	1. продуктивной воспалительной реакцией с формированием гранул 2. уменьшением яичника в размерах 3. выраженным фиброзом стромы 4. частым сочетанием с острым сальпингитом 5. лимфо-плазмочитарной инфильтрацией	4
60.	Инфекция в яичник может проникнуть:	1. лимфогенно 2. гематогенно 3. контактно	1, 2, 3
61.	Воспалительный процесс чаще всего переходит на яичник с:	1. матки 2. фаллопиевой трубы 3. аппендикса 4. слепой кишки 5. прямой кишки	2
62.	Острый оофорит может осложниться развитием:	1. абсцесса яичника 2. амилоидоза	1, 3, 4

		3. перитонитом 4. вторичным аппендицитом	
63.	Наиболее частыми возбудителями хронического оофорита являются:	1. стафилококк 2. микобактерия туберкулеза 3. бледная трепонема	2, 3
64.	К осложнениям хронического оофорита можно отнести:	1. синдром Штейна - Левенталя 2. поликистоз яичников 3. спаечную болезнь 4. вторичное бесплодие	2, 3, 4
65.	Синдром поликистозных яичников характеризуется:	1. ановуляцией и бесплодием 2. множеством кистозно-расширенных фолликулов и фолликулярных кист 3. дисфункциональными маточными кровотечениями 4. уменьшением яичников в размерах	1, 2, 3
66.	Доброкачественная опухоль яичника:	1. серозная цистаденокарцинома 2. муцинозная цистаденокарцинома 3. серозная цистаденома 4. аденокарцинома 5. тератобластома	3
67.	Из перечисленных новообразований истинным новообразованием яичника является:	1. лютеома беременности 2. киста желтого тела 3. фолликулярная киста 4. муцинозная киста	4
68.	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
69.	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
70.	Какие морфологические признаки характерны для серозной аденокарциномы яичников низкой степени злокачественности:	1. солидный рост, выраженный полиморфизм ядер, высокая митотическая активность 2. микропапиллярный рост, умеренный полиморфизм ядер, низкая митотическая активность 3. макропапиллярный рост, выраженный полиморфизм ядер, высокая митотическая активность 4. микроинвазивный рост, слабый полиморфизм ядер, низкая митотическая активность	2
71.	Какой морфологический критерий является основным для постановки диагноза пограничная серозная опухоль яичника, микропапиллярный вариант (неинвазивная серозная аденокарцинома низкой степени):	1. наличие папилл, длина которых не менее чем в 5 раз больше их ширины 2. наличие инвазивных микропапиллярных структур, окруженных оптически пустыми пространствами 3. наличие толстых фиброваскулярных стержней в составе папиллярных структур 4. наличие выраженного фиброза и псаммомных телец в составе опухоли	1
72.	Косвенный признак гормональной активности опухоли яичников	1. аденомиоз матки 2. эндоцервикоз шейки матки 3. железистая гиперплазия эндометрия 4. все перечисленное не верно	3
73.	Опухоль Бреннера - это	1. метастаз рака желудка в яичник	2

		2. органотипическая эпителиальная опухоль яичника 3. смешанная мезодермальная опухоль матки	
74.	Строение, сходное с семиномой яичка, имеет опухоль яичника:	1. эмбриональная карцинома 2. лейдигома 3. дисгерминома 4. гонадобластома	3
75.	Регионарные метастазы рака молочной железы не встречаются в лимфоузлах	1. шейных 2. надключичных 3. подмышечной области 4. парастеральных	1
76.	При гистологическом исследовании гормонально-активная текома характеризуется:	1. усилением митотической активности клеток опухоли 2. накоплением липидов в цитоплазме опухолевых клеток 3. лимфоидноклеточной инфильтрацией опухолевых клеток 4. появлением некрозов в опухоли	2
77.	Для текомы яичника характерно:	1. развитие преимущественно в молодом возрасте 2. двустороннее поражение 3. отсутствие гормональной активности 4. кистозное строение 5. желтый цвет на разрезе	5
78.	Из перечисленных опухолей производными стромы полового тяжа не является	1. клеточная фиброма 2. опухоли из группы Сертоли-Лейдига 3. текома 4. опухоль Бреннера 5. гранулезоклеточная опухоль	4
79.	К макроскопическим формам рака молочной железы не относится	1. грибовидный 2. узловатый 3. болезнь Педжета 4. диффузный	1
80.	Для рака Педжета молочной железы характерна локализация в:	1. дольках 2. протоках 3. области соска и около сосковой зоны 4. верхненаружном квадранте 5. нижне-наружном квадранте	3
81.	Первые метастазы при раке молочной железы, локализуемся в верхневнутреннем квадранте, следует искать в лимфоузлах:	1. подмышечных 2. надключичных 3. подключичных 4. все перечисленное верно	3
82.	Среди раков молочной железы более благоприятным клиническим прогнозом отличается рак:	1. неинвазивный протоковый 2. медуллярный 3. слизистый	1
83.	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
84.	Какую стадию pT необходимо выставить пациенту при наличии единичного узла в молочной	1. pT2\$ \$ 2. pT3 3. pT4b	1

	железе максимальным размером 3,5 см, с наличием микроскопического прорастания в дерму без отёка и изъязвления кожи:	4. pT4a	
85.	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
86.	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
87.	Какое из следующих утверждений о BRCA1-ассоциированном раке молочной железы является ложным:	1. демонстрирует высокий индекс пролиферативной активности (Ki-67) 2. преобладает трижды негативный иммунофенотип 3. демонстрирует выраженную экспрессию цитокератина СК5 4. часто является инвазивным дольковым раком	4
88.	Частота встречаемости Her2-позитивного рака молочной железы в Российской популяции составляет:	1. 5% 2. 12% 3. 17% 4. 25%	3
89.	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
90.	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
91.	Какой pT необходимо выставить пациенту с раком молочной железы, с наличием опухолевого узла в верхне-наружном квадранте размерами 1,5 см в наибольшем измерении, и с наличием опухолевого узла в нижне-наружном квадранте 0,5 см в наибольшем измерении:	1. pT1a 2. pT1b 3. pT1c(m) 4. pT2	3
92.	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
93.	Какая задача не является типовой для интраоперационного исследования при раке молочной железы:	1. исследование сторожевых лимфатических узлов 2. исследование хирургических краёв при секторальной резекции 3. исследование хирургического края при удалении соска по поводу рака Педжета 4. установление гистологического диагноза в день операции	4
94.	Какое утверждение ложно:	1. потеря экспрессии Е-кадгерина происходит в результате мутации в гене CDH1	2

		2. для долькового рака молочной железы характерна потеря ядерной экспрессии E-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	
95.	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
96.	Наиболее часто встречаемой формой рака простаты является:	1. плоскоклеточный рак 2. аденокарцинома 3. мелкоклеточный рак 4. недифференцированный рак	2
97.	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
98.	Наименее характерная гистологическая форма рака предстательной железы:	1. крупноацинарная аденокарцинома 2. мелкоацинарная аденокарцинома 3. переходноклеточный рак 4. плоскоклеточный рак 5. гигантоклеточный рак	5
99.	Лимфоотток от предстательной железы происходит преимущественно в:	1. внутренние подвздошные лимфоузлы 2. наружные подвздошные лимфоузлы 3. запирательные лимфоузлы 4. все перечисленные группы	4
100.	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
101.	Повышение уровня ПСА может быть обусловлено:	1. воспалительными заболеваниями простаты 2. гипертрофией простаты 3. проведением пальпации простаты или инструментальными воздействиями	1, 2, 3
102.	Основными факторами для оценки прогноза при раке простаты служат:	1. ПСА до лечения 2. сумма Глисона 3. стадия заболевания TNM	1, 2, 3
103.	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	2

		значение	
104.	Наиболее благоприятным прогностическим фактором является сумма баллов по Глисону:	1. не более 6 2. 7 баллов 3. 8 баллов 4. 9-10 баллов	1
105.	К группе промежуточного риска по D'Amico относят пациентов, имеющих сумму баллов по Глисону:	1. не более 4 2. не более 6 3. 7 баллов 4. от 8 до 10	3
106.	К группе высокого риска по D'Amico относят пациентов, имеющих сумму баллов по Глисону:	1. не более 6 2. 7 баллов 3. от 8 до 10 4. не более 5	3
107.	Соответствие между морфологическими прогностическими группами ISUP (ВОЗ, 2016) и суммой баллов по шкале Глисона при раке простаты:	1. Группа 1 2. Группа 2 3. Группа 3 4. Группа 4 5. Группа 5 а) Глисон ≤6 б) Глисон 7 (3+4) в) Глисон 7 (4+3) г) Глисон 8 д) Глисон 9 е) Глисон 10	1 а 2 б 3 в 4 г 5 д, е
108.	При выборе тактики лечения рака предстательной железы основное значение имеет:	1. только стадия заболевания TNM 2. только уровень ПСА 3. только сумма баллов по Глисон 4. определение степени риска по номограммам, учитывающим все перечисленные факторы	4
109.	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
110.	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
111.	Фактор, предрасполагающий к возникновению опухолей яичка:	1. курение 2. крипторхизм 3. авитаминоз Е 4. ожирение 5. чрезмерное употребление алкоголя	2
112.	Наиболее часто встречаемая герминогенная опухоль яичек:	1. семинома 2. постпубертатная тератома 3. опухоль желточного мешка 4. эмбриональный рак	1
113.	Органоспецифическая опухоль яичка:	1. гонадобластома 2. сперматогониома (семинома) 3. сперматоцитная семинома 4. листовидная опухоль 5. лейдигома	3
114.	Какая из нижеперечисленных опухолей яичка имеет наилучший прогноз:	1. эмбриональный рак 2. сперматоцитная опухоль 3. семинома	2

		4. опухоль желточного мешка	
115.	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
116.	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
117.	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
118.	Внешний вид плаценты нормального строения	1. окончатая 2. диффузная 3. кольцевидная 4. дву- и многодолевая 5. диск округлой или овальной формы	5
119.	К пороками развития формы плаценты, оказывающим вредное влияние на плод, относятся:	1. многодолевая 2. с добавочными дольками 3. окончатая 4. двудолевая	1, 2, 3, 4
120.	Морфологический признак характеризующий нарушение созревания ворсинчатого дерева:	1. компенсаторная гиперплазия плаценты 2. гиповаскуляризация ворсин 3. развитие коллатерального кровообращения 4. хориоамнионит 5. пузырьный занос	2
121.	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
122.	К пограничному состоянию между нормой и патологией относится следующий вариант незрелой плаценты:	1. вариант эмбриональных ворсин 2. вариант промежуточных ветвей 3. вариант диссонированного развития плаценты 4. вариант хаотичного склерозирования ворсин	3
123.	Предлежание плаценты включает	1. имплантацию зародыша в нижнем сегменте матки 2. имплантацию зародыша в верхнем сегменте матки 3. частичное или полное прикрытие плацентой внутреннего зева 4. отсутствие или значительное истончение базальной децидуальной оболочки	1, 3
124.	Характеристика приращения плаценты	1. высокая частота раннего гестоза 2. высокая частота разрывов матки 3. проникновение ворсин в миометрий 4. высокая частота послеродовых кровотечений 5. отсутствие самостоятельного отделения последа	2, 3, 4, 5
125.	Характерные морфологические изменения маточно-плацентарных артерий:	1. гиперэластоз стенки артерий 2. повышение субинтимальной гиперплазии 3. фрагментация мышечных волокон 4. все перечисленное верно	1, 3
126.	Компенсаторная реакция со стороны плаценты на местную гипоксию:	1. ангиоматоз 2. увеличение количества синцитиальных клеток почек 3. нет верного ответа	2

127.	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
128.	Для гематогенного пути инфицирования последа характерно воспаление:	1. амниона 2. хориальной пластинки 3. пуповины, в частности вены 4. ворсин и их сосудов 5. базальной пластинки	4
129.	В ответ на инфекцию при хориоамнионите происходит	1. усиление сократимости матки 2. угнетение синтеза прогестерона 3. уменьшение сократимости матки 4. стимуляция синтеза прогестерона 5. снижение синтеза простагландинов 6. стимуляция синтеза простагландинов	1, 2, 6
130.	Воспаление межворсинчатого пространства	1. виллит 4. интервиллезит 2. децидуит 5. хориоамнионит 3. фуникулит	4
131.	Воспаление пуповины	1. виллит 4. интервиллезит 2. децидуит 5. хориоамнионит 3. фуникулит	3
132.	Воспаление хориальной и амниотической оболочек	1. виллит 4. интервиллезит 2. децидуит 5. хориоамнионит 3. фуникулит	5
133.	Воспаление децидуальной оболочки	1. виллит 4. интервиллезит 2. децидуит 5. хориоамнионит 3. фуникулит	2
134.	Основной показатель гематогенного инфицирования плаценты	1. виллит 4. интервиллезит 2. децидуит 5. хориоамнионит 3. фуникулит	1
135.	Установите соответствие макроскопических характеристик А) свежей и Б) старой ретроплацентарной гематомы	1. мягкая 2. плотная 3. бурого цвета 4. красного цвета 5. легко изымается пинцетом 6. плотное прикрепление к плаценте	А 1, 4, 5 Б 2, 3, 6
136.	Макроскопическая характеристика свежего инфаркта плаценты	1. ворсины сближены 2. выявляются «тени» ворсин 3. некроз и дистрофия стромы 4. расширение межворсинчатого пространства 5. расширение и полнокровие сосудов в ворсинах 6. резкое сужение межворсинчатого пространства	1, 3, 5, 6
137.	Клиническое значение ретроплацентарной гематомы	1. развитие инфекции 2. кровопотеря у матери 3. развитие трофобластической болезни 4. недостаток поступления кислорода к плоду	2, 4
138.	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
139.	Микроскопическая	1. отсутствие ворсин	4

	характеристика тромбоза фетальных артерий	2. полнокровие ворсин 3. бессосудистые ворсины с отеком стромы 4. бессосудистые ворсины с фиброзированной стромой	
140.	Причина инфаркта плаценты - тромбоз	1. маточной вены 2. маточной артерии 3. фетальных артерий 4. спиральной артерии	4
141.	Для синдрома плацентарной трансфузии характерно	1. маловодие у близнеца-донора 2. многоводие у близнеца-реципиента 4. близнецы не отличаются массой тела и размером 5. близнецы значительно отличаются уровнем гемоглобина 6. близнецы значительно отличаются массой тела и размером	1, 2, 5, 6
142.	К видам плацентарных кровотечений из материнской части относятся:	1. ретроплацентарная гематома 2. кровотечение в межворсинчатое пространство 3. кровотечение в околоплодные воды 4. кровотечение в строму ворсин	2, 3, 4
143.	Причинами вторичной острой плацентарной недостаточности являются :	1. нарушение созревания ворсин 2. нарушение строения последа 3. отслойка плаценты	1, 2
144.	Осложнения беременности и родов при длинной пуповине	1. обвитие пуповины 2. отслойка плаценты 3. развитие инфекции 4. образование истинных узлов 5. выпадение петель пуповины при родах	1, 4, 5
145.	Механизм реализации осложнений длинной пуповины	1. кровотечение 2. развитие гестоза 3. восходящая инфекция 4. сдавление сосудов пуповины с развитием гипоксии плода	4
146.	Плацентарный полип образуется после	1. родов или аборта 2. эндометрита 3. пузырного заноса 4. внематочной беременности 5. железисто-кистозной гиперплазии эндометрия	1
147.	Плацентарный полип возникает в результате:	1. метапластических изменений эндометрия 2. субмукозной фибромиомы 3. задержки элементов плодного яйца 4. пузырного заноса	3
148.	Признаки обратного развития эндометрия I стадии после нарушенной беременности:	1. децидуальная ткань с полями некроза и дистрофией децидуальных клеток 2. реакция Ариас – Стелла 3. склероз стромы эндометрия 4. железы Опитца	1, 2, 4
149.	Признаки обратного развития эндометрия II стадии после нарушенной беременности:	1. железы Опитца 2. периваскулярные поля децидуальной ткани 3. реакция Ариас – Стелла 4. фибриноидный некроз сосудов децидуальной ткани	2, 4
150.	К признакам обратного развития эндометрия III стадии после нарушенной беременности	1. мелкие округлые железы в фиброзированной строме с признаками пролиферации 2. железы Овербека	1, 2, 3

	относятся:	3. реакция Ариас – Стелла 4. децидуальная ткань с полями некроза	
151.	Виды внематочной беременности:	1. трубная 2. брюшинная 3. яичниковая 4. интерлигаментарная	1, 2, 3, 4
152.	При эктопической беременности наиболее часто плодное яйцо локализуется в	1. яичниках 2. шейке матки 3. маточных трубах 4. брюшной полости	3
153.	Наиболее частая локализация трубной беременности:	1. фимбриальный конец трубы 2. перешеек 3. ампула 4. одинаково часто во всех отделах 5. ничего из перечисленного	3
154.	В соскобе эндометрия для внематочной беременности характерны	1. некроз децидуальной ткани 2. наличие клубков спиральных артерий 3. децидуальная реакция стромы 4. наличие гигантских многоядерных клеток	2, 3
155.	Условия развития трубной беременности:	1. двурога матка 2. гипоплазия труб 3. неполная внутриматочная перегородка 4. внутриматочная контрацепция 5. сальпингоофорит 6. цервикальная эктопия	2, 4, 5
156.	Механизмы прерывания трубной беременности	1. облитерация маточной трубы 2. трубный аборт 3. разрыв трубы 4. имплантация 5. инвазия	2, 3
157.	Для трубного аборта характерно:	1. наличие жидкой крови в просвете трубы 2. сгустки крови в просвете трубы 3. сужение просвета трубы	2
158.	Наиболее характерный для эклампсии беременных синдром:	1. нарушенного всасывания 2. ДВС 3. раздавливания 4. Пиквика 5. Золлингера-Эллисона	2
159.	Наиболее частый период развития преэклампсии:	1. I триместр 2. II триместр 3. III триместр 4. I-II триместр 5. II-III триместр	5
160.	«Органы-мишени» при преэклампсии:	1. печень 2. почки 3. головной мозг 4. матка	1, 2, 3, 4
161.	Для развития эклампсии беременных наиболее частым фоном являются:	1. гломерулопатии 2. тубулопатии 3. цереброваскулярная болезнь	1, 2
162.	Морфологические проявления преэклампсии:	1. изменения маточно-плацентарных артерий 2. гломерулярный эндотелиоз в почках 3. синдром Берта-Хогга-Дьюба 4. маточные кровотечения	1, 2
163.	Для поражения почек при	1. утолщение тубулярных базальных мембран	3, 4

	преэклампсии характерно:	2. разрывы гломерулярных базальных мембран 3. гломерулярный капиллярный эндотелиоз (набухание эндотелия) 4. фибриновые депозиты в капиллярных петлях 5. мезангиальные депозиты	
164.	После перенесенной преэклампсии чаще всего развивается:	1. иммунокомплексный гломерулонефрит 2. первичный фокальный сегментарный гломерулосклероз 3. вторичный фокальный сегментарный гломерулосклероз 4. мембранозная нефропатия 5. проксимальная тубулопатия Фанкони	3
165.	Расстройства зрения при эклампсии беременных обусловлены:	1. ретинитом 2. отеком сетчатки 3. кровоизлияниями в сетчатку	2, 3
166.	Для изменений селезенки при эклампсии беременных характерны признаки:	1. увеличения размеров 2. уменьшения размеров 3. дряблой консистенции 4. значительного соскоба пульпы	2, 3, 4
167.	При макроскопическом исследовании печени умерших от эклампсии беременных характерны изменения:	1. увеличена в размерах с желтым оттенком 2. поверхность узловатая 3. консистенция глинистая 4. субкапсулярные кровоизлияния 5. некрозы неправильной формы	1, 3, 4, 5
168.	Для гепатоцитов при эклампсии беременных характерны изменения:	1. дистрофия 2. дисплазия 3. некроз 4. дисконкомплексация	1, 3, 4
169.	Морфологические признаки печени при эклампсии:	1. увеличена 2. тромбы в мелких сосудах 3. многочисленные некрозы паренхимы 4. пестрый вид с многочисленными кровоизлияниями	1, 2, 3, 4
170.	Характерные морфологические изменения в головном мозге при преэклампсии:	1. внутримозговые кровоизлияния 2. отек 3. субкортикальные кровоизлияния 4. ишемические инфаркты	1, 2, 3, 4
171.	Лабораторные признаки HELLP-синдрома:	1. гемолиз 2. тромбоцитопения 3. анемия 4. повышение печеночных проб	1, 2, 3, 4
172.	Какая кардиомиопатия развивается у беременных и родильниц:	1. идиопатическая 2. алкогольная 3. перипартальная 4. гипертрофическая 5. ничего из перечисленного	3
173.	При эмболии околоплодными водами развивается синдром:	1. ДВС 2. тромбоэмболический 3. синдром портальной гипертензии 4. синдром Хаммена-Рича	1
174.	ИГХ характеристика при эмболии околоплодными водами:	1. MUC-1 2. HMB-45 3. PanCK 4. Her2	1, 3
175.	Какой сепсис может быть у	1. послеродовый сепсис	1, 2, 3,

	беременных и родильниц:	2. акушерский сепсис 3. сепсис в родах 4. акушерский перитонит	4
176.	Гистологическое исследование материала после спонтанного аборта проводят с целью	1. оценить примерный срок аборта 2. исключить трофобластическую болезнь 3. подтвердить локализацию беременности в матке 4. оценить состояние эмбриона	1, 2, 3
177.	Трофобластическая болезнь включает в себя:	1. пузырный занос 2. хориокарциному 3. трофобластическую опухоль плацентарного ложа 4. инвазивный пузырный занос	1, 2, 3, 4
178.	Пузырный занос характеризуется следующими признаками:	1. наличия реакции Ариас – Стелла 2. наличия крупных бессосудистых ворсин 3. пролиферации трофобласта 4. отсутствия ворсин хориона	1, 2, 3
179.	Феномен Ариас - Стелла характерен:	1. для внематочной беременности (нарушенной) 2. для применения гормональных контрацептивов 3. для трофобластической болезни 4. для гормонопродуцирующих опухолей яичников	1, 2, 3
180.	Макроскопическая характеристика пузырного заноса	1. одиночная киста 2. поликистозное образование 3. многоузловой конгломерат сероватого цвета 4. гроздевидные скопления из многочисленных пузырьков, заполненных кровью 5. гроздевидные скопления из многочисленных пузырьков, заполненных прозрачной жидкостью	5
181.	Микроскопическая характеристика пузырного заноса	1. атрофия ворсин 2. резкий отек ворсин 3. умеренный склероз ворсин 4. очаги фибриноидного некроза ворсин 5. образование в центре ворсин полостей (цистерн)	2, 5
182.	Какие признаки характерны для полного (1) и частичного (2) пузырного заноса? (установите соответствие 1 - , 2 -)	а) наличие плода б) отсутствие плода в) поражение всей плаценты г) диплоидный набор хромосом д) триплоидный набор хромосом е) часть ткани плаценты обычного строения	1 б, в, г 2 а, д, е
183.	Микроскопическая характеристика инвазивного пузырного заноса	1. атрофия ворсин 2. резкий отек ворсин 3. умеренный склероз ворсин 4. прорастание ворсин в миометрий 5. очаги фибриноидного некроза ворсин	2, 4
184.	Метастазы при инвазивном пузырном заносе	1. склонны к рецидивам 2. могут спонтанно регрессировать 3. требуют длительной и массивной химиотерапии 4. могут регрессировать после однократного курса химиотерапии	2, 4
185.	Гистологическая характеристика хориокарциномы	1. обширные кровоизлияния 2. элементы цитотрофобласта 3. элементы синцитиотрофобласта 4. большое количество истинных ворсин 5. ацинарные, альвеолярные, трабекулярные структуры 6. многочисленные сосудистые полости, выстланные опухолевыми клетками	1, 2, 3, 6
186.	Характерные изменения матки	1. размеры увеличены	1, 3, 6

	при развитии хориокарциномы	2. размеры уменьшены 3. утолщена слизистая оболочка 4. истончена слизистая оболочка 5. отсутствует децидуальная реакция 6. выраженная децидуальная реакция	
187.	Одним из наиболее частых видов травм костей скелета плода является:	1. перелом костей таза 2. перелом плечевой кости 3. перелом ключицы 4. перелом костей голени	3
188.	Наиболее массивное кровоизлияние в полость черепа с проникновением крови вдоль сосудистых сплетений в желудочке мозга бывает:	1. при разрыве серпа твердой мозговой оболочки 2. при разрыве намета мозжечка 3. при разрыве большой вены мозга 4. нет верного ответа	3
189.	К родовым повреждениям головного мозга и его оболочек относятся:	1. эпидуральное кровоизлияние 2. кефалогематома 3. симметричные кровоизлияния под эпендиму боковых желудочков 4. разрыв дупликатур твердой мозговой оболочки	1, 2, 4
190.	Относительными макроскопическими признаками недоношенности являются:	1. сухие кожные покровы с обильным шелушением 2. низкое расположение пупочного кольца 3. плотные кости черепа	2
191.	Микроскопическим признаком недоношенности является:	1. кисты в коре почек 2. очаги экстрамедуллярного кроветворения в печени 3. очаги глиоза в веществе головного мозга 4. холестаз в печени 5. ничего из перечисленного	2
192.	Основным макроскопическим признаком переносимости беременности является:	1. мягкие хрящи ушных раковин 2. обилие пушковых волос на коже 3. ядро Беклара более 0.5 см в диаметре 4. мягкая кость черепа	3
193.	Наиболее редкой, не приводящей к смерти, формой гемолитической болезни новорожденных является:	1. желтушная 2. анемическая 3. отечная 4. нет верного ответа	2
194.	Желтушное окрашивание при гемолитической болезни новорожденного наиболее интенсивно в следующих тканях:	1. кости 2. подкожная клетчатка 3. сердце 4. стенки желудка и кишечника	1, 3, 4
195.	Острую гемолитическую анемию вызывают:	1. мышьяковистый водород 2. свинец 3. бензол 4. фенилгидразин 6. анилин	1, 4
196.	Хронический гемолитический процесс могут вызывать:	1. свинец 2. толуол 3. тринитротолуол 4. amino- и нитросоединения бензола 5. фенилгидразин	1, 4
197.	При компенсированном хроническом гемолитическом процессе наблюдается:	1. лейкопения 2. лейкоцитоз 3. эритроцитоз 4. ретикулоцитоз 5. тромбоцитопения	4
198.	Смерть при острой бензольной	1. ТЭЛА	5

	интоксикации тяжелой степени может наступить в результате:	2. инфаркта миокарда 3. массивного желудочно-кишечного кровотечения 4. глубокого поражения костно-мозгового кроветворения 5. паралича дыхательного центра	
199.	Анемия при хронической интоксикации бензолом:	1. сидероахрестическая 2. гиперсидеремическая 3. гипохромная 4. гипорегенераторная 5. микросфероцитарная	4
200.	При хронической интоксикации бензолом наблюдаются:	1. лейкоцитоз 2. тромбоцитоз 3. лейкопения 4. тромбоцитопения 5. эритроцитопения	3, 4, 5
201.	Примерными сроками контакта с бензолом для развития лейкоза являются:	1. 6 месяцев 2. 1-3 года 3. 3-5 лет 4. более 5 лет	4
202.	Кроме апластической анемии при хронической интоксикации бензолом может развиваться:	1. метгемоглобинемия 2. карбоксигемоглобинемия 3. гемофилия 4. гемолитическая анемия Минковского-Шоффара 5. В12-дефицитная анемия	5
203.	Лейкозы могут развиваться при интоксикации:	1. бензолом 2. мышьяксодержащими пестицидами 3. соединениями никеля 4. карбаматами 5. тетраэтилсвинцом	1
204.	Патогенетически оправданными формами профессионального лейкоза являются:	1. острый лимфобластоз 2. хронический лимфолейкоз 3. острый миелобластоз 4. хронический миелолейкоз	3, 4
205.	Характерными особенностями острых бензольных лейкозов являются:	1. лихорадка 2. геморрагические явления 3. интактность органов лимфопозза 4. лейкопеническая или алейкемическая картина крови 5. анемия	3, 4
206.	Метгемоглобинемия возникает при интоксикации:	1. amino-и нитросоединениями бензола 2. ртутью 3. свинцом 4. марганцем 5. сероуглеродом	1
207.	При метгемоглобинемии в эритроцитах находят изменения в виде:	1. телец Гейнца 2. телец Жолли 3. колец Кебота 4. базофильной зернистости 5. гипохромии	1
208.	Рак мочевого пузыря развивается при длительном воздействии:	1. соединений ртути (сулема, ртутьорганические пестициды) 2. аминосоединений бензола (анилин и др.) 3. фосфорорганических пестицидов 4. вибрации 5. нитросоединений бензола (нитротолуол и др.)	2
209.	Основная локализация рака при	1. легкие	5

	хроническом воздействии некоторых метгемоглобинообразователей (аминосоединений бензола: бензидин, α - и β -нафтиламин):	2. печень 3. желудок 4. кишечник 5. мочевого пузыря	
210.	Патогенез анемии при свинцовой интоксикации обусловлен:	1. недостатком железа в организме 2. угнетением функции кроветворения 3. кровопотерями 4. нарушением синтеза порфирина 5. дефицитом витамина В ₁₂	4
211.	Для уверенной диагностики свинцовой интоксикации необходимо наличие:	1. каймы на деснах 2. повышенной концентрации свинца в моче 3. поражение серозных оболочек 4. анемического синдрома 5. показателей нарушения порфиринового обмена	5
212.	Для свинцовой анемии в крови характерна:	1. тромбоцитопения 2. гипертромбоцитоз 3. увеличение базофильной зернистости эритроцитов 4. лейкоцитоз 5. лимфопения	3
213.	Интоксикация свинцом начальной формы характеризуется:	1. ретикулоцитозом 2. увеличением количества базофильно-зернистых эритроцитов 3. повышенным выделением с мочой дельта-аминолевулиновой кислоты 4. гиперкопропорфиринурией	1, 2, 3, 4
214.	Интоксикация свинцом легкой степени характеризуется:	1. ретикулоцитозом и увеличением числа базофильно-зернистых эритроцитов 2. легкой анемизацией 3. изменением нервной системы (астено-вегетативный синдром, начальные признаки полиневропатии конечностей) 4. нарушениями функции печени, дискинезией желудочно-кишечного тракта	1, 2, 3, 4
215.	Интоксикация свинцом выраженной формы характеризуется:	1. анемическим синдромом 2. свинцовой коликой 3. выраженными изменениями нервной системы вплоть до энцефалопатии 4. значительным нарушением порфиринового обмена	1, 2, 3, 4
216.	Специфическое изменение крови при острой интоксикации монооксидом углерода:	1. гипохромная анемия 2. лейкоцитоз 3. карбоксигемоглобинемия 4. ретикулоцитоз 5. метгемоглобинемия	3
217.	К заболеваниям, с которыми следует дифференцировать тяжелую степень интоксикации монооксидом углерода, относится:	1. острое нарушение мозгового кровообращения 2. кома различной этиологии	1, 2
218.	При острой интоксикации мышьяковистым водородом наблюдаются:	1. анемия 2. ретикулоцитоз 3. лейкопения 4. эритроцитоз 5. повышение количества эритроцитов с	1, 2, 5

		базофильной зернистостью	
219.	Проявлением общетоксического действия мышьяковистого водорода являются:	1. ренальный синдром 2. токсический гепатит 3. общекapиллярный паралитический процесс 4. гемолитическая анемия 5. периферическая полиневропатия	2, 3, 5
220.	Признаками острой почечной недостаточности при интоксикации мышьяковистым водородом являются:	1. олигурия 2. холестаз 3. уремия 4. гипоплазия кроветворения 5. эндобронхит	1, 3
221.	Сочетание токсического гепатита с катарактой возможно при интоксикации:	1. свинцом 2. тринитротолуолом 3. фосфором 4. анилином 5. четыреххлористым углеродом	2
222.	Токсическое поражение печени возникает на фоне соответствующих изменений крови при воздействии:	1. дихлорэтана 2. фосфора 3. бензола 4. фосфоорганических пестицидов 5. метилметакрилата	3
223.	Наиболее характерными для хронической интоксикации ртутью являются:	1. вегетативные нарушения 2. тремор 3. нарушения чувствительности 4. кровоточивость десен 5. атрофия мышц	1, 2, 4
224.	Хроническая интоксикация ртутью проявляется в виде:	1. астено-вегетативного синдрома 2. вегетативно-сенсорной полиневропатии 3. энцефалопатии 4. корсаковского синдрома 5. астено-органического синдрома	1, 3, 5
225.	При хронической интоксикации ртутью отмечается:	1. гипофункция щитовидной железы 2. гиперфункция щитовидной железы 3. функция щитовидной железы не нарушается	2
226.	При диагностике ртутной интоксикации большое значение имеет:	1. определение ртути в моче 2. определение копропорфиринов 3. определение сывороточного железа 4. базофильная зернистость эритроцитов	1
227.	Поражение слизистой оболочки носа от действия хрома проявляется в виде всего перечисленного, кроме:	1. гипертрофического ринита 2. атрофического ринита 3. изъязвления 4. перфорации носовой перегородки	1
228.	Поражение бронхо-легочного аппарата от действия хрома проявляется в виде:	1. пневмосклероза 2. бронхиальной астмы 3. рака бронхов и легких 4. хронического бронхита	1, 2, 3, 4
229.	Поражение органов пищеварения от действия хрома проявляется в виде всего перечисленного, кроме:	1. хронического гастрита 2. язвенной болезни 3. рака желудка и пищевода 4. хронического холецистита 5. токсического поражения печени	4
230.	Поражение кожи от действия хрома проявляется в виде всего перечисленного, кроме:	1. контактного дерматита 2. аллергического дерматита 3. пиодермии	3

		4. экземы 5. изъязвлений	
231.	Основными клиническими симптомами вибрационной болезни являются:	1. ангиодистонический 2. неврастенический 3. экстрапирамидный 4. полиневропатии 5. гипоталамический	1, 4
232.	Трофические расстройства мышц и костей появляются при степени вибрационной болезни:	1. первой 2. второй 3. третьей	2
233.	При воздействии низкочастотной вибрации развивается синдром:	1. «полиневрита» 2. «кистей акромегалика» 3. «птичьих лап» 4. «бутоньерки» 5. «ластов моржа»	2
234.	Декомпрессионная болезнь может приводить к:	1. стойким нарушениям центральной нервной системы 2. заболеваниям типа синдрома Меньера 3. хроническим заболеваниям костно-суставной системы 4. заболеваниям сердца и сосудов	1, 2, 3, 4
235.	Наиболее характерными клинико-гематологическими проявлениями хронической лучевой болезни являются:	1. нейроциркуляторная дистония гипертонического типа 2. нейроциркуляторная дистония гипотонического типа 3. миокардиострофия 4. гемолитическая анемия 5. лейкопения	2, 3, 5
236.	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
237.	Термины «ятрогения» или «ятрогенное осложнение» используется:	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
238.	Какие специалисты	1. врач-патологоанатом, производивший исследование	4

	квалифицируют ятрогенный процесс, выявленный на вскрытии или в результате биопсийного исследования:	2. врач-патологоанатом совместно с заведующим патологоанатомическим отделением 3. главный врач медицинского учреждения после консультации с приглашенными внештатными консультантами высшей категории; 4. члены клинико-экспертной комиссии медицинского учреждения 5. в результате судебного разбирательства	
239.	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
240.	К постреанимационным осложнениям у оживленных относят:	1. postanоксическую энцефалопатию 2. кардио-пульмональный синдром 3. печеночно-почечный синдром 4. перелом ребер	1, 2, 3, 4
241.	Осложнения интенсивной терапии и реанимации делят на:	1. травматические 2. трансфузионные и перфузионные 3. детоксикационные	1, 2, 3
242.	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
243.	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
244.	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
245.	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

№	Оценочное средство	Варианты ответов	Эталон
246.	При гистологическом исследовании соскоба полости матки 45-летней женщины с нарушением овариально-менструального цикла выявлено увеличение количества эндометриальных желез, некоторые пилообразно извитые, некоторые железы кистозно расширены. Диагностируйте заболевание.	1. Атипичная гиперплазия эндометрия 2. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия 3. Плацентарный полип 4. Железистый полип эндометрия 5. Аденокарцинома эндометрия	2
247.	На вскрытии пожилого мужчины выявлена увеличенная, мягкая, эластичная, слегка бугристая предстательная железа, которая на разрезе состоит из отдельных узлов, разделенных прослойками	1. Железистая узловатая гиперплазия 2. Стромальная узловатая гиперплазия 3. Смешанная узловатая гиперплазия	1

	соединительной ткани. При микроскопии отмечено увеличение количества железистых элементов. Величина долек и количество железистых элементов в них разная. Диагностируйте процесс:	4. Аденокарцинома 5. Недифференцированный рак	
248.	Женщина 30 лет проходила профилактический осмотр у гинеколога, жалоб не предъявляла. В анамнезе хронический эндоцервицит. При исследовании биоптата из влагалищной части шейки матки был обнаружен высокий цилиндрический эпителий, секретирующий слизь, под эпителием разветвленные железы. Какой процесс выявлен?	1. Лейкоплакия 2. Железистая метаплазия 3. Эндоцервикоз 4. Плоскоклеточная метаплазия 5. Эритроплакия	3
249.	Мужчина 68 лет жаловался на затруднение мочеиспускания. Оперативно удалена предстательная железа. При микроскопическом исследовании выявлено: увеличение количества железистых и мышечных элементов. Дольковое строение железы нарушено. Какой процесс в предстательной железе наиболее вероятен:	1. Смешанная форма узловой гиперплазии 2. Железистая гиперплазия 3. Стромальная гиперплазия 4. Простатит 5. Аденокарцинома	1
250.	Женщина 42 лет обратилась к гинекологу с жалобами на ациклические, обильные, маточные кровотечения. При исследовании биоптата выявлено увеличение количества желез, кистозное их расширение. Для какого процесса характерны эти изменения?	1. Гипертрофии эндометрия 2. Гиперплазии эндометрия 3. Атрофии эндометрия 4. Метаплазии 5. Организации	2
251.	Женщине 42 лет с дисфункциональным маточным кровотечением сделали диагностическое выскабливание. Гистологически в соскобе выявлено множество извитых желез, просветы отдельных желез кистозно расширены. Назовите процесс в эндометрии.	1. Гипертрофические разрастания 2. Метаплазия 3. Железисто-кистозная гиперплазия 4. Атрофия 5. Дисплазия	3
252.	Микроскопическое исследование слизистой оболочки матки показало: извилистые железы, пило- и штопороподобные, удлиненные, разрастание стромы с пролиферацией ее клеток. Ваш диагноз?	1. Плацентарный полип 2. Пузырный занос 3. Железистая гиперплазия эндометрия 4. Острый эндометрит 5. Лейомиома	3
253.	В соскобе из канала шейки матки гистологически выявлено: призматический эпителий и значительное количество железистоподобных структур, которые развиваются из камбиальных элементов призматического эпителия шейки матки. Какому из диагнозов отвечает описанная гистологическая картина?	1. Простой эндоцервикоз 2. Прогрессирующий эндоцервикоз 3. Заживающий эндоцервикоз 4. Аденоматоз шейки матки 5. Полипы шейки матки	2
254.	При гистологическом исследования соскоба из полости матки 52-летней женщины с нарушениями овариально-менструального цикла в виде метроррагий выявлено: увеличение количества эндометриальных желез, клетки желез с морфологическими признаками фазы пролиферации; часть желез расположена очень компактно, содержит внутрижелезистые папиллярные структуры; отдельные клетки – с признаками ядерного и цитоплазматического полиморфизма. Диагностируйте заболевание.	1. Атипичная гиперплазия эндометрия 2. Железистый полип эндометрия 3. Железистая гиперплазия эндометрия 4. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия 5. Аденокарцинома эндометрия	3
255.	У мужчины 75 лет с жалобами на острую задержку мочи, выявлено увеличение частей предстательной железы за счет множественных узловых структур. Во время гистологического исследования операционного	1. Железистая гиперплазия предстательной железы 2. Стромальная гиперплазия предстательной железы	1

	материала установлено, что подавляющее большинство узлов построено из полиморфных железистых структур, с одиночными ретенционными кистами с густым секретом. Назовите процесс.	3. Смешанная форма гиперплазии предстательной железы 4. Аденома предстательной железы 5. Рак предстательной железы	
256.	У 24-летней роженицы на 3-й день после родов возник диффузный отек правой грудной железы, болезненность при пальпации, гиперемия кожи в указанном участке, повышение температуры тела. При гистологическом исследовании ткани железы выявлено: в строме диффузный клеточный инфильтрат, который состоит из большого количества нейтрофильных лейкоцитов, интерстициальный отек, гиперемия сосудов. Диагностируйте заболевание.	1. Острый серозный мастит 2. Острый апостематозный мастит 3. Острый флегмонозный мастит 4. Хронический гнойный мастит	3
257.	У женщины 29 лет внезапно наступило прерывание беременности на 20 неделе. При этом из матки выделилось все плодное яйцо (плод и оболочки), свертки крови. При гистологическом исследовании обнаружена оболочка плода, ворсинки хориона и децидуальная ткань. Назовите вид патологии беременности.	1. Преждевременные роды 2. Самопроизвольный полный аборт 3. Пузырный занос 4. Деструктивный пузырный занос 5. Искусственный аборт	2
258.	У молодой женщины в связи с острыми болями, удалена маточная труба. Макроскопически: локальное расширение ее средней трети, заполнена сгустками крови. При гистологическом исследовании в ней найдены хориальные ворсины, большие поля эритроцитов с примесью лейкоцитов. Ваш диагноз:	1. Трубная беременность 2. Острый гнойный сальпингит 3. Кровоизлияние в маточную трубу 4. Геморрагический сальпингит 5. Гнойный сальпингит	1
259.	У женщины 48 лет в связи с мажущими кровянистыми выделениями из половых путей произведено диагностическое выскабливание полости матки. Микроскопическое исследование соскоба выявило истончение слизистой оболочки матки, уменьшение количества эндометриальных желез, фиброз стромы и негустую инфильтрацию ее лимфоидными клетками. Ваш диагноз.	1. Острый гнойный эндометрит 2. Хронический гнойный эндометрит 3. Хронический кистозный эндометрит 4. Хронический атрофический эндометрит 5. Хронический гипертрофический эндометрит	4
260.	При гинекологическом осмотре женщины 36 лет на шейке матки выявлены ярко-красные блестящие пятна, при прикосновении – легко кровоточат. Биопсийное исследование: кусочек шейки матки покрыт цилиндрическим эпителием с сосочковыми разрастаниями, в толщине ткани разрастания желез. Какая патология шейки матки выявлена?	1. Эндоцервицит 2. Псевдоэрозия 3. Эрозия шейки матки 4. Железистая гиперплазия 5. Лейкоплакия	2
261.	У женщины 35 лет на операции была удалена увеличенная в размерах маточная труба. При гистологическом исследовании стенки трубы выявлены децидуальные клетки, ворсины хориона. Поставьте диагноз.	1. Плацентарный полип 2. Хорионкарцинома 3. «Бумажный» плод 4. Литопедион 5. Трубная беременность	5
262.	При вскрытии трупа беременной женщины выявлен отек головного мозга, геморрагическая пневмония, пестрая печень с кровоизлиянием. Микроскопически: диссеминированный тромбоз сосудов, множественные мелкие некрозы и кровоизлияние во внутренних органах. В почках фибриноидный некроз эпителия канальцев нефрона, некрозы коркового вещества. Ваш диагноз.	1. Септикопиемия 2. Септицемия 3. Преэклампсия 4. Эклампсия 5. Острая почечная недостаточность	4
263.	Женщина 25 лет после родов попала в больницу с	1. Железистая гиперплазия	3

	метроррагией. В соскобе из полости матки выявлено: патологическое разрастание, которое состоит из ворсин хориона, децидуальной ткани, и явлениями ее организации, сгустков фибрина. Ваш диагноз.	эндометрия 2. Пузырный занос 3. Плацентарный полип 4. Хорионэпителиома 5. Эндометрит	
264.	Женщине 23 лет с нарушением менструального цикла выполнили диагностическую пункцию Дугласова пространства; взяли кровь, которую исследовали под микроскопом: выявили децидуальную реакцию, ворсины хориона. Ваш диагноз.	1. Пузырный занос 2. Внематочная беременность 3. Сальпингит 4. Разрыв маточной трубы 5. Рак матки	2
265.	У женщины 33 лет родился мертвый плод с гестационным возрастом свыше 43 недель. Кожа плода сухая, трескается. На аутопсии общая гипотрофия и наличие ядер окостенения проксимального эпифиза большеберцовой и плечевой костей. Околоплодные воды, пуповина и оболочки плаценты окрашена меконием. Проявлением какого периода являются описанные морфологические изменения?	1. Антенатального периода 2. Пренатального периода 3. Интранатального периода 4. Постнатального периода 5. Периода прогенеза	1
266.	У ребенка 3 мес, который умер от пневмонии, при макроскопическом обследовании найдено: косой разрез глаз, западающая спинка носа, высокое небо, низкое расположение малых ушных раковин, а во время вскрытия дефект развития сердца и магистральных сосудов. При генетическом исследовании выявлено трисомия 21 пары аутохромосом. Какой из перечисленных диагнозов наиболее достоверный?	1. Синдром Патау 2. Синдром Шерешевского-Тернера 3. Болезнь Дауна 4. Синдром Эдвардса.	3

**Вид оценочного средства: перечень практических навыков и умений
для демонстрации на зачете к разделам 3 – 4 (4-й семестр)**

№	Практический навык, умение	Уровень усвоения
<i>Специальные профессиональные умения и навыки</i>		
1.	Оценка предварительной информации об исследуемых объектах	IV
2.	Осмотр и вскрытие трупа методами Шора и Абрикосова	IV
3.	Вскрытие спинного мозга, придаточных пазух, костного мозга, суставов	IV
4.	Вскрытие новорожденных и мертворожденных, учитывая связь пре- и постнатальной патологии с течением беременности и родов у матери	IV
5.	Вскрытия при карантинных и особо опасных инфекциях с учетом особенностей подготовки помещений, оборудования, одежды, забора материала	IV
6.	Вскрытие при подозрении на сепсис	IV
7.	Вскрытия при различных соматических и инфекционных заболеваниях	III
8.	<i>Специальные методы диагностики у секционного стола:</i>	IV
	- проба на воздушную эмболию	III
	- проба на жировую эмболию	IV
	- проба на наличие воздуха в плевральных полостях	IV
	- проба на амилоид	IV
	- теллуриновая проба на ишемию	IV

	- раздельное взвешивание сердца (определение сердечного индекса)	IV
9.	Макроскопическая оценка и описание изменений в органах и тканях трупа	IV
10.	Макро- и микроизмерения линейных размеров объектов (морфометрия), расстояний между объектами; измерения массы объектов	IV
11.	Выбор и вырезка участков органов и тканей для гистологического исследования	IV
12.	Выбор оптимальных методов фиксации, обработки, окраски материала, определение необходимого для диагностики числа гистологических препаратов	IV
13.	Забор секционного материала для проведения дополнительных бактериологических, цитологических, биохимических и других видов исследований	IV
14.	Проведение процедур преаналитического этапа (прием и сортировка биоматериала, приготовление биоматериала для светооптической диагностики)	IV
15.	Приготовление, фиксация и окраска мазков-отпечатков	IV
16.	Исследование гистологических препаратов (секционный, операционный и биопсийный материал)	IV
	<i>Патоморфологическая диагностика:</i>	
17.	- обратимых и необратимых патологических процессов	IV
18.	- различных видов расстройств кровообращения	IV
19.	- различных форм воспаления	IV
20.	- иммунопатологических процессов	IV
21.	- процессов компенсации и приспособления	IV
22.	- доброкачественных и злокачественных новообразований	IV
23.	- патологии беременности, родов и перинатального периода	IV
24.	- заболеваний, вызванные факторами окружающей среды, ятрогений	IV
25.	Отбор участков препарата для фотосъемки, изготовление микрофотографий	IV
26.	Контроль качества аналитического этапа исследований	IV
27.	Интерпретация результатов обследования пациента с учетом данных истории болезни, амбулаторной карты, мнения лечащего врача	IV
28.	Проведение дифференциальной диагностики со сходными по морфологическим проявлениям заболеваниями	IV
29.	Оформление протокола вскрытия, карты вскрытия, свидетельства о смерти, заключения о причине смерти	IV
30.	Оформление патологоанатомического (патогистологического) диагноза	IV
31.	Формулировка клинко-анатомического эпикриза	IV
32.	Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов с определением причин диагностических ошибок (расхождений диагнозов)	IV
33.	Заполнение медицинского свидетельства о смерти с учетом требований Международной статистической классификации болезней и причин смерти	IV
34.	Составление отчетной документации (годовой и полугодовой отчеты)	IV
35.	Проведение санитарно-просветительной работы	II
36.	Руководить деятельностью медицинского персонала	I

Уровни усвоения:

I – имеет представление, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентирован, знает показания к ее проведению;

II – участие в выполнении манипуляции (исследовании, процедуре);

III – выполнение манипуляции под контролем преподавателя (медицинского персонала);

IV – самостоятельное выполнение манипуляции.

