

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 09.11.2023 13:24:06
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3dbcd5b93c39c0f12a00bb02446

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной аттестации).

Наименование дисциплины: Патологическая анатомия
Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.07 Патологическая анатомия.

Квалификация (степень) выпускника: врач патологоанатом

Кафедра: Кафедра хирургических болезней №2 Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023 года поступления

Волгоград, 2023

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/звание	Кафедра (полное название)
1.	Куширук П.И.	заведующий кафедрой	к.м.н./доцент	Хирургических болезней №2 Института ИМФО
2.	Белик Т.А.	доцент	к.м.н./доцент	Хирургических болезней №2 Института ИМФО

Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации бакалавров по специальности 31.08.07 «Патологическая анатомия» рассмотрен на заседании кафедры протокол № 3 от «01» июня 2023 г.

Заведующий кафедрой хирургических болезней №2 Института ИМФО,
к.м.н., доцент

П.И. Куширук

Рецензент: директор ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», д.м.н., доцент, Сингур Г.Л.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института ИМФО, протокол № 1 от «25» 09 2023 года

Председатель УМК

М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института ИМФО
Протокол № 1 от «28» 09 2023 года

Секретарь
Ученого совета

В.Л. Заклякова

ФОС тестирования государственной (итоговой государственной) аттестации.

1. Этические нормы врача—патологоанатома определяются:
Моральной ответственностью врача перед обществом
Умениями и навыками
Законами и приказами
Этническими особенностями региона
2. В систему патологоанатомической службы входят:
Патологоанатомические отделения
Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические бюро
Патоморфологические и патогистологические лаборатории научно—исследовательских институтов
3. В случаях диагностирования злокачественных новообразований, инфекционных заболеваний, заболеваний, требующих гормональной, лучевой, цитостатической терапии и хирургических вмешательств, патологогистологическое заключение подписывает:
Врач-патологоанатом и заведующий, патологоанатомическим отделением
Врач-патологоанатом
Зав. патологоанатомическим отделением
Главный врач больницы
Онколог
4. В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:
Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью
Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар
Состояния, указанные в амбулаторной карте
5. В клиническом диагнозе должны также регистрироваться и другие состояния, которыми считаются:
Заболевания, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медико-санитарной помощи и оказывают влияние на лечение пациента
Патологические процессы
Болезни, имевшиеся у больного, но не оказывающие влияние на основное заболевание
Начальные звенья патогенеза, ранее диагностированных нозологических единиц
6. Имеют право присутствовать на вскрытии:
Врачи отделения, где умер больной
Лечащие врачи
Родственники умершего, либо их доверенное лицо
7. К особенностям проведения вскрытий трупов при инфекционных болезнях относятся:
Наличие 15—20 литров дезинфицирующих средств и коврика, обильно смоченного дезинфицирующим раствором перед дверью, ведущей в секционную
Возможность накопления и дезинфекции жидкостей, смываемых с секционного стола
Использование противочумного костюма
8. Первоначальная причина смерти:
Болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти

Обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму
Нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти

9. Непосредственная причина смерти — это:

Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
Нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного
Проявления механизма наступления смерти

10. Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий:

Основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной, промежуточной причин смерти)

Непосредственная причина смерти записывается только в верхнюю строку (а)

Основное заболевание записывается только в третью строку (в)

11. При подозрении на наличие воздушной эмболии патологоанатомическое исследование начинают со вскрытия:

Брюшной и грудной полостей

Череп

Грудной клетки

Брюшной полости

Конечностей

12. Стаз — это:

Остановка кровотока в капиллярах

Замедление оттока крови

Уменьшение оттока крови

Свертывание крови

Гемолиз эритроцитов

13. При хроническом венозном полнокровии органы:

Имеют плотную консистенцию

Уменьшены в размерах

Имеют дряблую консистенцию

Глинистого вида

Ослизнены

14. При хроническом венозном полнокровии в легких, возникает:

Буря индурация

Мутное набухание

Липофусциноз

Мукоидное набухание

Фибриноидное набухание

15. Общее венозное полнокровие развивается при:

Пороке сердца

Сдавлении верхней полой вены

Тромбозе воротной вены

Сдавлении опухолью почечной вены

Тромбозе подкожных вен

16. Для флеботромбоза характерно:

Отсутствие воспаления стенки сосуда

Воспаление стенки сосуда

Септическое воспаление стенки сосуда

Связь со стенкой сосуда

Отсутствие связи со стенкой сосуда

17. Образное название печени при хроническом венозном полнокровии:

Мускатная

Сальная

Саговая

Бурая

Глазурная

18. Артериальное полнокровие может быть:

Коллатеральное

Воспалительное

Нейрогуморальное

19. При декомпенсации «правого сердца» возникает:

Мускатная печень

Цианотическая индурация почек

Бурая индурация легких

20. Признаки хронической сердечно-сосудистой недостаточности:

Распространенные отеки

Микседема

Ишемические инфаркты почек

Васкулиты

Лимфаденопатия

21. Признаками шока могут являться:

Образование микротромбов в паренхиматозных органах

Запустевание крупных сосудов

Полнокровие крупных сосудов

22. Понятию диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови равнозначны:

Коагулопатия потребления

Тромбогеморрагический синдром

Гипер-гипокоагуляционный синдром

23. Жировую эмболию можно диагностировать в основном:

Микроскопически

Макроскопически

Эндоскопически

Визуально

24. Неспаянные со стенкой легочного ствола плотные кровяные массы красного и серовато—красного цвета в виде тонких жгутов:

Тромбы

Тромбоэмболы

Свертки крови

Метастазы

Опухоль

25. Возможным источником тромбоэмболии легочной артерии могут явиться тромбы:

Вен клетчатки малого таза

Нижней полой вены

Портальной вены

26. Тромбы в зависимости от их состава подразделяют на:

Красные

Белые

Желтые

27. Исходы тромбов:

Организация

Канализация

Секвестрация

28. В зависимости от отношения к просвету сосуда тромбы подразделяются на:

Обтурирующие

Пристеночные

Эндоваскулярные

29. Белый тромб состоит из:

Лейкоцитов

Фибрина

Эритроцитов

30. Синонимами ДВС-синдрома являются:

Тромбогеморрагический синдром

Коагулопатия потребления

Синдром дефибринизации

Гипер-гипокоагуляционный синдром

Тромбоцитопеническая пурпура

31. Мукоидное набухание соединительной ткани является состоянием:

а) Обратимым

Необратимым

Транзиторным

После отека

32. Амилоидозом может осложняться:

Хронический абсцесс легких

Гипертоническая болезнь

Атеросклероз

Цирроз печени

Ишемические болезни сердца

33. При вторичном амилоидозе чаще поражаются:

Селезенка, почки, печень

Головной мозг

Надпочечники, вилочковая железа

Сердце, легкие

Поджелудочная железа, предстательная железа, гипофиз

34. Жировую дистрофию миокарда характеризуют
Появление жира в цитоплазме кардиомиоцитов
Ожирение стромы миокарда
Ожирение субэпикардальной клетчатки

35. Характерный механизм жировой дистрофии гепатоцитов периферии долек:
Декомпозиция
Инфильтрация
Трансформация
Извращенный синтез
Нарушения гемодинамики

36. Жировая дистрофия миокарда чаще возникает при:
Дифтерии
Ревматизме
Сифилисе
Туберкулезе
Атеросклерозе

37. При микроскопическом исследовании створок митрального клапана, иссеченного при операции протезирования у больного ревматическим митральным пороком сердца, оказалось, что ткань обладает выраженной базофилией. При окраске толуидиновым синим она красится в сиренево-красный цвет. Этот процесс может быть охарактеризован как:

Мукоидное набухание
Амилоидоз
Гиалиноз
Фибриноидное набухание
Белковой дистрофией

38. Наиболее частая причина смерти больных вторичным амилоидозом:
Уремия
Инсульт
Анемия
Инфаркт

39. Крупозное воспаление локализуется на:
Слизистых оболочках, покрытых призматическим эпителием
Слизистых оболочках, покрытых многослойным плоским эпителием
Роговой оболочке глаза
Коже
Слизистых оболочках, покрытых переходным эпителием

40. К продуктивному воспалению относят:
Гранулематозное
Дифтеритическое
Крупозное
Катаральное
Серозное

41. Гранулема — это
Ограниченная продуктивная воспалительная реакция
Скопление нейтрофильных лейкоцитов
Наличие слизи в экссудате

Наличие фибринозной пленки
Альтеративная реакция

42. Гранулематозное воспаление может возникнуть при:

Брюшном тифе

Кори
Дизентерии
Дифтерии
Полиомиелите

43. Туберкулезную гранулему характеризуют следующие признаки:

Преобладание эпителиоидных клеток

Наличие казеозного некроза

Обилие сосудов

44. При микроскопическом исследовании препаратов сердца в строме миокарда обнаружены диффузные воспалительные клеточные инфильтраты, состоящие из лимфоидных клеток, гистиоцитов, фибробластов, плазматических клеток. Процесс в сердце называется:

Продуктивным межучточным миокардитом

Экссудативным миокардитом
Гранулематозным миокардитом
Фибринозно-гнойным панкардитом
Кардиомиопатией

45. Гранулематозное воспаление наблюдается при:

Саркоидозе

Скарлатине

Лепре
Туберкулезе
Сифилисе

46. При хроническом воспалительном процессе в цитофаммах преобладающими являются следующие клеточные элементы:

Лимфоциты, гистиоциты, макрофаги

Нейтрофильные фанулоциты
Эозинофильные фанулоциты
Эритроциты
Базофильные фанулоциты

47. Гранулематозное воспаление является видом воспалени

Продуктивного

Альтеративного
Серозного
Гнойного
Катарального

48. Для злокачественных опухолей наиболее характерен:

Инфильтративный рост

Экспансивный рост
Медленный рост
Ни один из перечисленных

49. Для доброкачественных опухолей наиболее характерен:

Медленный экспансивный рост

Медленный рост
Экспансивный рост
Инфильтративный рост

50. Из перечисленных признаков для опухолевых клеток наиболее характерны:

Нарушение дифференцировки

Дистрофия
Вакуолизация
Гиперхромия ядер и увеличение ядер
Гиперхромия цитоплазмы

51. Для поражения вирусом простого герпеса характерно наличие в мазках:

Многоядерных эпителиальных клеток с изменением хроматина

Обилие нейтрофилов
Метаплазированного эпителия
Дискератиноцитов
Макрофагов

52. Для поражения цитомегаловирусом характерно обнаружение

Клетки типа «совиного глаза»

Койлоциты
«Ключевые клетки»
Ладьевидные клетки

53. Для цитологической диагностики инвазивного поражения грибом рода *Candida* характерны:

Почкующиеся формы и псевдомицелий гриба

Нейтрофилы
Лактобациллы
Бластоспоры гриба
Некротические массы

54. Воспалительные заболевания шейки матки для опухолевого процесса являются:

Фоновым процессом

Предраком
Факультативным предраком

55. Псевдоэрозию шейки матки характеризует:

Пласты призматического эпителия

Свежие эритроциты
Обилие клеток плоского эпителия
Многослойность структур
Фибробласты, фиброциты

56. Для лейкоплакии характерно присутствие в мазках:

Ороговевающих безъядерных клеток

Большого числа клеток со светлой цитоплазмой
Метаплазированных клеток
Резервных клеток

57. При эндоцервикозе следует брать материал:

Из влажной порции шейки матки

С границы между плоским и призматическим эпителием

Из цервикального канала
Из всех перечисленных участков

58. Синонимами термина «эндоцервикоз» являются:

Железистая псевдоэрозия

Истинная эрозия

Эритроплакия

Лейкоплакия

Тяжелая дисплазия

59. К предраковым заболеваниям эндометрия относят:

Аденоматоз

Железистую гиперплазию

Эндометрит

Аденоз

60. Для мазка андрогенного типа характерно:

Клетки округлые со светлой «пустой» цитоплазмой, крупным центрально расположенным ядром

Преобладание клеток поверхностного слоя эпителия

Высокий кариопикнотический индекс

Парабазальные клетки

Клетки с пикнотичными ядрами

61. Клинически - лейкоплакия. В мазках с поверхности шейки матки клетки плоского эпителия поверхностного и промежуточного слоев, встречаются единичные клетки с плотной блестящей цитоплазмой и пикнотичными ядрами. Цитологический диагноз:

Лейкоплакия

Эндометриоз

Цитограмма без особенностей

Псевдоэрозия

Рак

62. Женщина 37 лет. Жалобы на контактные кровомазанья. Предположительный клинический диагноз - рак шейки матки. В мазках с поверхности шейки матки содержатся лейкоциты, единичные клетки призматического и плоского эпителия. Цитологический диагноз:

Неполноценный материал

Цитограмма воспаления

Цитограмма без особенностей

Эрозия шейки матки

63. Слизистая оболочка трахеи и крупных бронхов в норме выстлана:

Многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием

Однорядным кубическим эпителием

Многослойным плоским эпителием

64. Слизистая оболочка мелких бронхов выстлана:

Однорядным кубическим эпителием

Многослойным плоским эпителием

Многорядным цилиндрическим эпителием

Переходным эпителием

65. Стандартный клеточный состав мокроты:

Цилиндрический мерцательный эпителий

Макрофаги

Лейкоциты

Многослойный плоский эпителий

Переходный эпителий

66. Для цитогаммы мелкоклеточного рака характерно:

Расположение клеток дорожками и фасетки на клетках

Отдельно расположенные клетки

Ороговевающие клетки

Клетки с вакуолизированной цитоплазмой

Феномен «павлиньего глаза»

67. Карциноид является разновидностью:

Опухолью АПУД-системы

Плоскоклеточного рака

Железистого рак

68. Наиболее информативным материалом для установления диагноза при центральных раках легкого является:

Соскоб щеточкой из бронхов

Мокрота

Смыв из бронхов

Бронхиолоальвеолярный лаваж

69. Наиболее информативным материалом для установления диагноза при периферических опухолях легкого является:

Трансторакальная пункция

Мокрота

Бронхиолоальвеолярный лаваж

Соскоб щеткой из бронха

Смыв из бронха

70. Клетки плоскоклеточного рака в мокроте чаще всего приходится дифференцировать:

С клетками плоскоклеточной метаплазии

С гиперплазией бокаловидных клеток

С базальноклеточной гиперплазией

С растительными клетками

71. Клетки мелкоклеточного рака чаще всего приходится дифференцировать:

С клетками базальноклеточной гиперплазией

Плоскоклеточной метаплазией

Бокаловидноклеточной гиперплазией

Гистиоцитами

Растительными клетками

72. Клетки железистого рака чаще всего приходится дифференцировать:

Бокаловидноклеточной гиперплазией

С клетками плоскоклеточной метаплазии

Базальноклеточной гиперплазией

Гистиоцитами

Вирусными изменениями эпителия

73. Слизистая оболочка пищевода в норме представлена:

Многослойным плоским неороговевающим эпителием

Многорядным цилиндрическим эпителием

Многослойным плоским ороговевающим эпителием

Однорядным призматическим эпителием

Переходным эпителием

74. При опухолях пищевода наиболее информативным материалом является:

Материал, полученный при эзофагоскопии

Промывные воды

Пункции пищевода

Мокрота

75. В пищеводе из опухолей чаще встречаются:

Плоскоклеточный рак

Железистый рак

Переходноклеточный рак

Недифференцированный рак

Лейомиосаркома

76. При опухолях желудка наиболее рациональным способе получения материала является:

Материал, полученный при гастроскопии

Желудочный сок

Промывные воды

Мокрота

Пункция желудка

77. Для кишечной метаплазии эпителия желудка характерно:

Наличие клеток с обильной цитоплазмой у апикального края

Пролиферация покровно—ямочного эпителия

Атипия клеток

Наличие клеток эпителия желез

78. В желудке наиболее часто встречаются:

Железистый рак

Плоскоклеточный рак

Железисто-плоскоклеточный рак

Недифференцированный рак

79. Для цитогаммы аденокарциномы характерно:

Железистые комплексы из опухолевых клеток

«Луковицы»

Феномен «павлиньего глаза»

Тяжи клеток

80. Для цитогаммы слизистого рака наиболее характерно:

Полиморфные перстневидные клетки

Железистые клетки

«Луковицы»

Пласты клеток

81. Для установления диагноза рака мочевого пузыря наиболее информативным является исследование:

Материала, полученного при цистоскопии

Мочи

Спиртовых смывов

Промывных вод мочевого пузыря

Пункции

82. Слизистая мочевого пузыря имеет эпителий:

Переходного типа

Плоский неороговевающий

Цилиндрический

Плоский ороговевающий

Выстлана мезотелием

83. В мочевом пузыре наиболее часто встречаются:

Переходноклеточные опухоли

Соединительнотканые опухоли

Плоскоклеточные опухоли

Сосудистые опухоли

84. Макроскопически фиброматоз характеризуется:

Узловыми и диффузными разрастаниями по ходу предшествующих соединительнотканых образований

Нечеткими границами

Наличием капсулы

85. Гемангиома грануляционнотканного типа (пиогенная гранулема) характеризуется перечисленными признаками:

Узелка на ножке на коже или слизистой оболочке

Анастомозирующих сосудов капиллярного типа с воспалительными инфильтратами между ними

Изъязвления в поверхностных отделах опухоли

86. Гистологический вариант карциноида легких:

Трабекулярный

Ворсинчатый

Фолликулярный

87. Гистологическая реакция, уточняющая гистологический диагноз «карциноид легкого»:

Реакция Grimeliusa

Окраска по Ван-Гизону

Окраска по Перлсу

Окраска по Вейгерту

Окраска гематоксилином — эозином

88. Самая частая первичная злокачественная опухоль пищевода:

Плоскоклеточный рак

Аденокарцинома

Недифференцированный рак

Злокачественная меланома

Лейомиосаркома

89. Для уточнения диагноза «перстневидно-клеточный рак» желудка следует провести окраску срезов:

На слизь

На жир

На железо

На амилоид

90. Наиболее частая локализация рака толстой кишки

Ректосигмоидальный отдел

Слепая кишка

Восходящий отдел

Поперечно-ободочная часть

Селезеночный угол

91. К злокачественным опухолям печени относят:

Печеночного рака

Холангиокарциномы

Цистаденокарциномы желчных протоков

Опухоли Гравица

Гепатому

92. Органоспецифическая опухоль яичка:

Сперматоцитная семинома

Гонадобластома

Сперматогониома (семинома)

Листовидная опухоль

Лейдигома

93. Биохимический маркер хорионэпителиомы яичка:

Хорионический гонадотропин

Альфафетопротейн

Тиреотропин

Соматомаммотропин

Ферритин

94. Опухоль Крукенберга — это:

Метастаз рака желудка в яичник

Тератобластома почки

Рак молочной железы

Саркома кости

Гормоноактивная опухоль яичников

95. Косвенный признак гормональной активности опухоли яичников:

Железистая гиперплазия эндометрия

Аденомиоз матки

Эндоцервикоз шейки матки

96. Основной внешний признак малигнизации серозной цистаденомы яичника:

Множественные мягкие сосочки с формированием грибовидного узла

Гигантские размеры опухоли с наличием мелких дочерних камер

Кровянистое содержание в просвете

97. Строение, сходное с семиномой яичка, имеет опухоль яичника:

Дисгерминома

Эмбриональная карцинома

Лейдигома
Гонадобластома

98. Наиболее типичный гистологический признак лейомиосаркомы матки:

Увеличение количества митозов (больше 5 в 10 полях зрения)

Появление выраженного клеточного полиморфизма

Отчетливый инвазивный рост

Увеличение количества митозов (до 2-х в 10 полях зрения)

99. Для микрокарциномы шейки матки характерно:

Рост опухолевой ткани на глубину менее 3 мм

Наличие атипичных клеток в области нижней трети эпителиального пласта

Наличие одиночных комплексов рака с признаками стратификации в строме шейки матки

Рост опухолевой ткани на глубину более 3 мм

Прорастание опухоли до серозного покрова

100. Органосохраняющая операция (конусовидная экцизия) допустима при глубине инвазии рака шейки матки:

Менее 3 мм

От 3 до 5 мм

Более 5 мм

До серозного покрова

Без оперативного вмешательства

101. Первые метастазы при раке молочной железы, локализуемся в верхневнутреннем квадранте, следует искать в лимфоузлах:

Подключичных

Подмышечных

Надключичных

102. Среди раков молочной железы более благоприятным клиническим прогнозом отличается рак:

Неинфильтративный протоковый

Медулярный

Слизистый

103. Из злокачественных эпителиальных опухолей в щитовидной железе чаще обнаруживают карциному:

Папиллярную

Фолликулярную

Недифференцированную

104. Различают аденомы щитовидной железы:

Фолликулярную

Папиллярную

Трабекулярную

105. Аденоматозный зоб отличается от аденомы:

Отсутствием четкой капсулы

Наличием четкой капсулы

Клеточным полиморфизмом

106. Признаки базедовидности зоба:

Преобладание цилиндрического эпителия в фолликулах

Гиперплазия А-клеток
Гиперплазия Б-клеток
Полиморфизм фолликулов

107. Сосочковые структуры с выраженной стромой и сосудами являются признаками малигнизации:

Аденомы

Базедова зоба

Гиперпластического зоба

108. Цвет невуса обусловлен пигментом:

Меланином

Гемосидерином

Ферритином

Билирубином

109. Злокачественными вариантами пигментообразующих опухолей являются все перечисленное, кроме:

Меланоза Дюбрейля

Поверхностно распространяющейся меланомы

Лентиго-меланомы

Акральной меланомы

110. Четвертым уровнем инвазии (по Кларку) считается прорастание меланомы:

До уровня потовых желез

Внутриэпидермально

В сосочковый слой дермы

В верхнюю половину ретикулярного слоя дермы

В подкожножировую клетчатку

111. Характерный признак брюшного тифа

Мозговидное набухание пейеровых бляшек с образованием язв в тонкой кишке

Фибринозный колит

Дифтерическое воспаление тонкой кишки

Язвенный колит

Катаральный энтероколит

112. При брюшном тифе чаще поражается кишка:

Подвздошная

Сигмовидная

Двенадцатиперстная

Слепая

Прямая

113. Изъязвления при брюшном тифе обычно локализуются в:

Илеоцекальной зоне

Регионарных лимфоидных фолликулах

Тонкой кишке

Малом сальнике

114. Основные морфологические изменения при сальмонеллезе развиваются в:

Тонкой кишке

Пищеводе

Толстой кишке

Желудке

115. При острой дизентерии (шигеллезе) одним из осложнений может быть:

Флегмона стенки кишки

Гранулематозный миокардит

Стриктура просвета кишки

Амилоидоз

Хронический парапроктит

116. Характерный морфологический признак холеры:

Серозный гастроэнтерит

Острый гастрит

Мозговидное набухание групповых фолликулов подвздошной кишки

Фибринозный колит

Язвенный колит с гнойным экссудатом

117. Для холерного тифоида характерно:

Дифтеритически-язвенный колит

Понижение температуры тела

Гастроэнтерит

Эритроцитоз

Гипопротеинемия

118. Разновидности гематогенного туберкулеза:

Милиарный

Казеозная пневмония

Острый кавернозный

Цирротический

Инфильтративный

119. Первичный туберкулезный комплекс включает в себя:

Лимфаденит, лимфангит и первичный аффект

Первичный аффект и лимфангит

Лимфангит и лимфаденит

Туберкулему

120. Туберкулома легких характеризуется:

Одиночным крупным очагом казеозного некроза

Множественными мелкими очагами некроза со специфическими грануляциями в капсулах

Полостью с фиброзной стенкой

Очагом Гона

121. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется полостью:

Содержащей гнойно-некротические массы, специфические грануляции и фиброзную ткань

Содержащей гнойно-некротические массы

Выстланной многослойным плоским и цилиндрическим эпителием

Серозную жидкость

122. Выражением обострения туберкулезного процесса является воспалительно-тканевая реакция:

Экссудативная

Продуктивная

Продуктивно-инфильтративная

Продуктивно-некротическая

123. Наиболее частая форма сибирской язвы:

Кожная

Легочная

Кишечная

Висцеральная

124. Для сибирской язвы характерно воспаление:

Серозно-геморрагическое

Гнилостное

Гнойное

Гранулематозное

125. Во входных воротах при дифтерии воспаление имеет характер:

Фибринозного

Продуктивного

Гнойного

Геморрагического

Гнилостного

126. Типичная локализация местных изменений при скарлатине:

Слизистая оболочка полости рта

Зев

Кожа

127. В регионарных лимфоузлах при скарлатине возникает:

Гнойный лимфаденит

Некроз

Гипоплазия

Склероз

Атрофия

128. Сепсис от других инфекционных болезней отличает:

Полиэтиологичность

Стойкий иммунитет

Контагиозность

Цикличность

Специфичность возбудителя

129. Наиболее тяжелая клинико-морфологическая форма оспы:

Геморрагическая

Вариолоид

Папулопустулезная

130. Тельца Бабеша-Негри обнаруживаются у больных:

Бешенством

Корью

Желтой лихорадкой

Токсоплазмозом

Вирусным гепатитом

131. Возбудитель малярии обнаруживается в:

Эритроцитах

Эндотелии
Лимфоцитах
Лейкоцитах
Гепатоцитах

132. Почечная форма гипертонической болезни характеризуется:

Артериолосклеротическим нефросклерозом

Гидронефрозом
Амилоидозом
Пиелонефритом
Атеросклеротическим нефросклерозом

133. При злокачественном течении гипертонической болезни в почках развивается:

Нефросклероз Фара

Первичное сморщивание
Вторичное сморщивание
Гидронефроз
Амилоидоз

134. При гипертонической болезни наиболее выражены изменения:

Артериол

Артерий эластического типа
Венул
Капилляров

135. Относительно благоприятный исход инфаркта миокарда:

Кардиосклероз

Рецидив некроза
Перикардит
Острая аневризма сердца

136. Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует, прежде всего:

Макроангиопатия

Микроангиопатия
Диабетическая кома
Диабетический нефросклероз

137. Форма хронической ишемической болезни:

Кардиосклероз

Хроническая аневризма сердца

Инфаркт миокарда

138. Повторным инфарктом, включающим в себя рецидивирующий, называется инфаркт миокарда развившийся

После первого месяца заболевания острым инфарктом

В течение первых 2-х недель заболевания

139. При стенозе отверстия аортального клапана сердца развивается:

Гипертрофия левого желудочка

Гипертензия малого круга
Гипертрофия правого желудочка
Инфаркт миокарда

140. Бактериальный эндокардит является формой:

Сепсиса

Ревматизма

Красной волчанки

Порока сердца

141. Морфологическим проявлением септического эндокардита является эндокардит:

Полипозно-язвенный

Диффузный

Острый бородавчатый

Фибропластический

Возвратно-бородавчатый

142. Основные формы гипертрофической кардиомиопатии:

Диффузная (симметричная)

Локальная обструктивная

Дилатационная

143. Атеросклероз макроскопически проявляется развитием:

Кальциноза

Жировых пятен и полосок

Фиброзных бляшек

Осложненных поражений (изъязвления, тромбоза, кровоизлияний)

144. Возможные исходы инфаркта головного мозга:

Киста

Рубцевание

Петрификация

145. Развитию геморрагического инфаркта головного мозга способствует:

Венозный застой

Двойное кровоснабжение

Тромбоэмболия сосудов великиева круга

Атеросклероз аорты

146. Вокруг геморрагического инфаркта головного мозга выявляется большое количество:

Глыбок гемосидерина и сидерофагов

Зернистых шаров

Лейкоцитов

Сосудов

147. К ателектазу легких приводит:

Обтурация бронхов

Пневмония

Сдавление легкого извне

148. Возбудителями острой пневмонии являются:

Стрептококк

Вирусы

Плазмодии малярии

149. Пневмонию Фридендера вызывают:

Клебсиеллы

Нейссерии
Пневмококки

150. Экссудат при крупозной пневмонии носит характер:

Фибринозно-геморрагический
Фибринозно-гнойный
Серозный

151. Карнификация легкого для крупозной пневмонии является

Осложнением
Исходом
Проявлением

152. Очаговым пневмониям может предшествовать:

Острый бронхит
Эмфизема
Карнификация
Пневмосклероз
Альвеолит

153. Наиболее характерная локализация изменений при аспирационной пневмонии:

Нижняя доля правого легкого
Верхние доли обоих легких
Нижняя доля левого легкого

154. Основные причины смерти больных хроническими обструктивными болезнями легких:

Легочно-сердечная недостаточность
Почечная недостаточность в связи с амилоидозом
Анемия

155. При хронической пневмонии и эмфиземе легких в сердце развивается:

Гипертрофия правого желудочка
Атрофия миокарда
Ожирение
Гипертрофия левого желудочка
Инфаркт миокарда

156. Наиболее частые виды эмфиземы легких:

Хроническая обструктивная
Старческая
Идиопатическая

157. При бронхоэктатической болезни эпителий бронхов подвергается:

Атрофии
Метаплазии
Гиперплазии

158. Наиболее частые разновидности бронхиальной астмы:

Инфекционная (инфекционно-аллергическая)
Атопическая
Лекарственная

159. Обнаружение в мокроте больного кристаллов Шарко-Лейдена указывает скорее всего на

наличие:

Бронхиальной астмы

Карциномы легкого

Абсцесса легкого

Силикоза

Туберкулеза

160. Образование силикотических узелков в легких вызывает:

Двуокись кремния

Асбест

Тальк

Окись бериллия

Алюминий

161. Синдром Баррета характеризуется:

Множественными эрозиями слизистой пищевода

Полипозом слизистой оболочки пищевода

Появлением фокусов ороговения в слизистой оболочке пищевода

Замена многослойного плоского эпителия призматическим в нижних отделах пищевода вследствие хронического рефлюкса-эзофагита

162. Форма острого гастрита:

Гнойный

Атрофический

Гипертрофический

Поверхностный

С перестройкой эпителия

163. Для обострения язвы желудка характерным является:

Фибриноидный некроз

Гиалиноз

Энтеролизация

Регенерация

Лимфоплазмочитарная инфильтрация

164. Опухолевые поражения желудка:

Тубулярная аденома

Папиллярная аденома

Полип Пейтца-Егерса

Рпластический полип

165. Предраковое состояние в желудке:

Хронический атрофический гастрит с дисплазией

Фибринозный гастрит

Плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия

Хронический гастрит с повышенной кислотностью

Синдром Меллори-Вейсса

166. Симулировать перстневидные клетки в слизистой обол желудка могут:

Макрофаги

Ксантомные клетки

Капилляры

Криптококки

167. Морфологическими формами аппендицита являются все перечисленные, кроме:

Крупозного

- Острого гнойного
- Острого поверхностного
- Острого деструктивного
- Хронического

168. При неспецифическом язвенном колите в гистологических препаратах обнаруживается: -

Диффузный полосовидный воспалительный инфильтрат в слизистой оболочке кишки

Очаговый интрамуральный воспалительный инфильтрат, содержащий многоядерные гигантские клетки

Фибриноидный некроз

Глубокие щелевидные изъязвления слизистой оболочки

169. Наиболее адекватный вид биопсии при диффузном поражении печени:

Пункционная

- Чрезвенозная
- Краевая резекция печени
- Щипковая при лапароскопии

170. Основной гистологический признак хронического гепатита:

Склероз портальных и перипортальных трактов

Четкая граница пограничной пластинки

Гранулематозное воспаление в центрилобулярных зонах

Жировая дистрофия гепатоцитов

171. Стадия токсической дистрофии печени:

Красной дистрофии

- Активная
- Средней тяжести
- Персистирующая

172. Возможная непосредственная причина смерти при вирусном циррозе печени:

Печеночная недостаточность

- Сепсис
- Перитонит
- Профузное кишечное кровотечение

173. Наиболее характерный морфологический признак острого гломерулонефрита:

Пролиферация клеток клубочка

Фибриноидный некроз гломерулярных капилляров

Фокальный склероз сосудистого полюса клубочка

Выраженное утолщение базальных мембран капилляров

Некроз капиллярных петель

174. Наиболее характерный морфологический признак подострого (быстро прогрессирующего) гломерулонефрита:

Образование «полулуний»

Гиалиновые, узелки на периферии клубочковых капилляров

Утолщение базальной мембраны клубочковых капилляров

Фибриноидный некроз артериол клубочка

Интерстициальный фиброз

175. Для поражения почек при сахарном диабете характерны:

Гиалиновые капли на периферии капиллярных петель

Гиалиновое утолщение базальной мембраны капилляров

Ишемический коллапс клубочков

Капиллярные некрозы

Линейные радиальные рубцы коркового слоя

176. Заболеванием, часто осложняющимся амилоидозом почек, является:

Ревматоидный артрит

Ревматизм

Атеросклероз

Гипертоническая болезнь

Цирроз печени

177. При гипертонической болезни характерны почки:

Первично сморщенные

Большие сальные

Вторично сморщенные

Неравномерно рубцовые сморщенные

Крупнобугристые сморщенные

178. Микроскопический признак, отличающий хронический пиелонефрит вне обострения от интерстициального нефрита:

Склероз и мононуклеарная инфильтрация чашечек и лоханки

Большая примесь макрофагов в инфильтрате

Линейные радиальные рубцы

Фиброз интерстиция

«Тиреоидизация» почки

179. Наиболее выраженные изменения при мембранозном гломерулонефрите локализуются:

Проксимальных отделах собирательных канальцев

Дистальных отделах собирательных канальцев

Базальной мембране канальцев

Базальной мембране капилляров клубочков

180. К аутоиммунным относят тиреоидит:

Хасимото

Риделя

де Кервена

181. Причина развития эндемического зоба:

Недостаток йода

Избыток йода

Избыток калия

182. Морфологические признаки тиреоидита Хасимото:

Лимфоидная инфильтрация

Наличие клеток Аскинази

Появление фестончатых фолликулов

183. Морфологические признаки тиреотоксического зоба:

Фестончатые фолликулы

Метаплазия кубического эпителия в цилиндрический

Наличие С-клеток

184. Морфологическое проявление диабетической макроангиопатии:

Атеросклероз
Плазморрагия
Васкулит
Кальциноз

185. Морфологическое проявление диабетической микроангиопатии:

Плазматическое пропитывание

Гиалиноз

Атеросклероз

186. Изменения клубочков почек при сахарном диабете характеризуются:

Склерозом и гиалинозом

Дистрофией

Атрофией

Гипертрофией

187. Сахарный диабет рассматривается как основное заболевания при наличии:

Диабетической, комы

Синдрома Киммельстиля - Уилсона

Диабетической гангрены

188. При аденоме из эозинофильных клеток передней доли гипофиза в детском возрасте возникает:

Гигантизм

Болезнь Иценко - Кушинга

Несахарный диабет

Акромегалия

189. При аденоме из эозинофильных клеток передней доли гипофиза у взрослых возникает:

Акромегалия

Болезнь Иценко - Кушинга

Несахарное мочеизнурение

Аддисонова болезнь

190. Характерными для макроскопической картины гиперпаратиреоза являются:

Рассасывание костной ткани очаговое или диффузное

Камни в почечных лоханках

Множественные кровоизлияния в мягкие ткани

191. Основным микроскопическим признаком при гиперпаратиреозе является:

Обнаружение светлоклеточной (темноклеточной) аденомы околощитовидной железы

Наличие множественных известковых метастазов

Наличие гигантоклеточной опухоли («остеокластомы») в костях

192. Импульсы от тела нейрона передаются по:

Аксонам

Дендритам

Астроцитам

Олигодендроцитам

193. Импульсы к телу нейрона передаются по:

Дендритам

Аксонам

Астроцитам

Олигодендроцитам

194. Моноцитарное происхождение имеют клетки центральной нервной системы:

Микроглиальные

Нейроны

Астроциты

Олигодендроциты

Клетки эпендимы

195. К опорным клеткам ЦНС (нейроглии) относят:

Астроциты

Олигодендроциты

Клетки эпендимы

196. Цереброспинальная жидкость (ликвор) образуется:

Сосудистыми сплетениями

Твердой мозговой оболочкой

Микроглией

Нейронами

197. Гематоэнцефалический барьер образуют:

Эндотелий капилляров с плотными контактами

Базальная мембрана, окружающая капилляры.

Астроциты

198. Вирусы вызывают менингит преимущественно:

Серозный

Гнойный

Геморрагический

Ихорозный

Катаральный

199. Гнойный энцефалит чаще локализуется в:

Белом веществе

Сером веществе

Желудочках мозга

200. Основными слоями стенки сформировавшегося абсцесса головного мозга являются:

Фибринозный

Грануляционный

Фиброзный

Перифокальный (энцефалитический)

201. «Зернистые шары» образуются из клеток:

Микроглии

Нейронов

Астроглии

Эпендимы

Олигодендроглии

202. В наружной (энцефалитической) зоне хронического абсцесса мозга обычно отсутствуют:

Лейкоциты

Лимфоциты

Плазматические клетки

«Зернистые шары»

203. Этиологическими факторами анемии могут быть:

Недостаточная эритропоэтическая функция костного мозга

Кровопотери

Эритропоэтическая гиперфункция костного мозга.

Повышенный гемолиз

204. В зависимости от характера течения анемии делятся на:

Острые

Хронические

Рецидивирующие

205. Механизм извращенного кроветворения при пернициозной анемии:

Невозможность витамина В12 всасываться в результате недостаточности продукции гастромукопротеина

Повышенное кроверазрушение

Кровопотеря

206. Пернициозная анемия в слизистой оболочке желудка проявляется:

Атрофией

Гиперплазией

Язвами

Метаплазией

207. При пернициозной анемии в печени и селезенке развиваются:

Очаги внекостномозгового мегалобластического кроветворения,

Гемосидероз

Атрофия

208. Выделяют следующие группы гемолитических анемий:

С преимущественно внесосудистым (внутриклеточным) гемолизом

С преимущественно внутрисосудистым гемолизом

С аутоиммунным гемолизом

209. В группу гемоглобинопатии (гемоглобинозов) относят:

Талассемию

Серповидно-клеточную анемию

Пернициозную анемию

210. Лакунарные клетки характерны для:

Болезни Ходжкина с нодулярным склерозом

Болезни Ходжкина с лимфоцитарным преобладанием

Фолликулярной неходжкинской злокачественной лимфомы

Болезни Ходжкина смешанно-клеточного типа

Болезни Ходжкина с лимфоцитарным истощением

211. Ангиофолликулярная гиперплазия типична в лимфатических узлах:

Средостения

Подчелюстной области

Забрюшинного пространства

Шейных

Подмышечных

212. У больного 40 лет обнаружен конгломерат лимфатических узлов в подмышечных, надключичных и правой паховой областях. Температура тела 38°C в течение нескольких недель, потеря массы тела более чем на 10%. При микроскопическом исследовании в лимфоузле – замещение волокнистой фиброзной тканью и отложение аморфного эозинофильного вещества. Клеточных элементов мало. Среди них крупные одноядерные, двуядерные (с симметрично расположенными ядрами) и многоядерные клетки с выраженным ядрышком, а также лимфоциты, плазмциты, эозинофилы. Наиболее вероятна:

Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное истощение

Болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип

Неходжкинская злокачественная лимфома

Болезнь Ходжкина, нодулярный склероз

Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание

213. В ткани лимфатического узла обнаружены крупные неправильной формы фолликулы из светлых мелких, средних и крупных клеток с большим количеством митозов. В фолликулах значительное количество макрофагов. Выражена мантийная зона. Вероятнее всего это:

Диффузная неходжкинская злокачественная лимфома

Нодулярная неходжкинская злокачественная лимфома

Фолликулярная гиперплазия

Болезнь Ходжкина

Гранулематозный лимфаденит

214. 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:

Нодулярная неходжкинская злокачественная лимфома

Фолликулярная гиперплазия

Гранулематозный лимфаденит

Болезнь Ходжкина

Ангиофолликулярная гиперплазия

215. 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 двуядерные клетки. Это может быть:

Хронический лимфаденит

Экстрamedулярная плазмоинома

Миеломная болезнь

Болезнь Ходжкина

Диффузная злокачественная неходжкинская лимфома из средних и крупных клеток

216. У больного 38 лет одиночный лимфоузел в подключичной 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:

Болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип

Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание
Диффузная гиперплазия ткани лимфатического узла
Хронический лимфаденит
Диффузная злокачественная неходжкинская лимфома

217. Лимфатический узел характеризуется наличием фиброза располагающегося пальцевидно вокруг узелков гранулематозной ткани. В узелках — различное количество лимфоцитов, плазмочитов, нейтрофилов; имеются диагностические и лакунарные клетки Березовского-Штернберга. Вероятнее всего это:

Болезнь Ходжкина, нодулярный склероз

Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное истощение
Болезнь Ходжкина, смешанный тип
Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание
Гранулематозный лимфаденит

218. Многоядерные клетки Березовского-Штернберга бывают типичны для:

Болезни Ходжкина

Туберкулезного лимфаденита
Неходжкинской злокачественной лимфомы
Болезни кошачьей царапины
Саркоидоза Бека

219. В лимфатическом узле крупные неправильной формы фолликулы с плеоморфными светлыми клетками, среди которых имеются макрофаги, Большое количество фигур митоза. Хорошо выражена мантийная зона. Такая микроскопическая картина характерна для:

Реактивной фолликулярной гиперплазии

Фолликулярной неходжкинской злокачественной лимфомы
Гранулематозного лимфаденита
Туберкулезного лимфаденита
Инфекционного мононуклеоза

220. К костеобразующему элементу костной ткани относят:

Остеобласт

Фибробласт
Эндотелиальную клетку

221. Гистологическая структурная единица костной ткани:

Остеон

Гексогональная долька
Нефрон

222. Компонент остеона:

Гаверсов канал

Фибробласт
Остеокласт

223. Вид самопроизвольной резорбции костной ткани:

Пазушная

Некротическая
Воспалительная

224. Морфологическое проявление пазушного рассасывания ко ной ткани:

Появление вокруг костной балки «жидкой» кости

Образование Гаушиповой лакуны
Диффузное снижение плотности костной ткани

225. Гистогенетические источники развития костной ткани:

Мезенхима

Хрящ

Эндотелиальная клетка

Моноцит

226. Дистрофическое заболевание костной ткани:

Рахит

Остеомиелит

Остеома

Фиброзная остеодисплазия

Болезнь Педжета

227. Диспластическое заболевание костной ткани:

Болезнь Педжета

Остеомиелит

Рахит

Остеоид-остеома

228. Восстановление костной ткани при первичных переломах плоских костей мозгового отдела черепа бывает по типу:

Аппозиционного роста

Замещающего роста

Энхондрального окостенения

229. Крошащиеся «мелоподобные» массы в остеолитическом очаге с мощной зоной перифокального склероза выявляются при:

Остеоид-остеома

Паратиреоидной остеодистрофии

Болезни Педжета

Рахите

Туберкулезном остеомиелите

230. Паратиреоидная остеодистрофия бывает при:

Аденоме околощитовидных желез

Хронической почечной недостаточности

Раке щитовидной железы

Карциноиде желудка

Хроническом миелолейкозе

231. При рахите наибольшие изменения в трубчатых костях локализуются в зоне:

Метафиза

Диафиза

Эпифиза

232. Остеомаляция развивается при:

Рахите

Туберкулезном спондилите

Метастазах рака желчного пузыря в кости

Карциноиде легких

233. Характерный гистологический признак фиброзной остдисплазии:

Незрелые реактивные, длительно незсозревающие костные балки, лишенные ОБ

Наличие «спикул»

Треугольник Кодмена

Гигантские остеокласты с нечеткими границами

234. Основной гистологический признак болезни Педжета:

Мозаичная структура Шморля

Тканевой тип кровотока

Макрофагальные гранулемы

Тельца Каунсильмена

235. Болезнь Педжета выявляется в возрасте:

Старческом

Младенческом

До 20 лет

Любом

236. Ревматической болезнью является:

Склеродермия

Туберкулез

Атеросклероз

Амилоидоз

Артроз

237. Характерное изменение соединительной ткани при ревматических болезнях:

Фибриноидное набухание

Склероз и петрификация

Амилоидоз и гиалиноз

Гнойная инфильтрация

Кальциноз и ослизнение

238. На активность ревматического процесса указывает:

Периваскулярное фибриноидное набухание

Недостаточность трехстворчатого клапана

Сращение заслонок аортального клапана

Стеноз митрального клапана

Периваскулярный склероз

239. Коллаген окрашивается в голубой цвет, когда его выявляют:

Окраской по Маллори

Окраской по Футу

Поляризационным методом

Окраской пикрофуксином

240. Признак активности ревматического процесса:

Гранулема Ашоффа - Талалаева

Недостаточность аортального клапана

Стеноз аортального клапана

Укорачивание и утолщение хорд

Периваскулярный кардиосклероз

241. Наиболее частая клинико-анатомическая форма ревматизма:

Кардиоваскулярная

Полиартритическая

Нодозная

Церебральная

242. Изменение соединительной ткани, характерное для обострения ревматизма:

Мукоидное набухание

Амилоидоз

Малокровие сосудов

Гиалиноз

Склероз

243. Осложнение возвратно-бородавчатого эндокардита:

Инфаркты в органах большого круга кровообращения

Кахексия

Абсцесс мозга

Перикардит

Тромбоэмболия легочной артерии

244. Возможный исход ревматического миокардита:

Кардиосклероз

Порок сердца

Бурая атрофия

Облитерация полости перикарда

Ожирение сердца

245. Наиболее частый вид миокардита при ревматизме у детей:

Диффузный межленточный экссудативный

Продуктивный очаговый

Гранулематозный

Некротический

Диффузный продуктивный

246. Характерное изменение соединительной ткани при ревматизме:

Мукоидное набухание

Амилоидоз

Липоидоз

Атеросклероз

Атрофия

247. Исход ревматического эндокардита:

Порок сердца

Изъязвление клапана

Фибриноидный некроз

Мукоидное набухание

Кардиосклероз

248. Частое осложнение ревматоидного артрита:

Амилоидоз

Эндомиокардит

Порок сердца

Мукоидное набухание

Абсцесс мозга

249. При оплодотворении яйцеклетки фолликул превращается в тело:

Желтое

Белое

Фиброзное

250. При беременности в гипофизе снижается секреция гормона:

Фолликулостимулирующего

Лютеинизирующего

Тиреотропного

251. Эндометрий при беременности находится под регулирующим влиянием гормонов яичника:

Гестагенов

Эстрогенов

Андрогенов

252. Для gravidарного эндометрия не характерны:

Секреторные изменения в железах

Децудальная трансформация клеток стромы

Клубки спирально извитых сосудов

Пролиферативные изменения в железах

253. На молочную железу при беременности не оказывает влияния гормон гипофиза:

Фолликулостимулирующий

Соматомамматропин

Лактогенный гормон

254. При беременности увеличение размеров молочных желез происходит за счет пролиферации:

Концевых отделов молочного дерева

Эпителия выводных протоков внутри долек

Эпителия выводных внедольковых протоков

255. Для лактирующей молочной железы характерно:

Увеличение размеров долек

Секреторные превращения эпителия альвеол

Расширение просвета протоков с обилием секрета

256. Эклампсия беременных обычно развивается в триместре беременности

Третьем

Первом

Втором

257. Для развития эклампсии беременных наиболее частым фоном являются:

Гломерулопатии

Тубулопатии

Цереброваскулярная болезнь

258. Наиболее характерный для эклампсии беременных синдром:

ДВС

Нарушенного всасывания

Раздавливания

259. Размеры печени у умерших от эклампсии беременных:

Увеличены

Уменьшены

Не изменены

Закономерности не выявляется

260. Для гепатоцитов при эклампсии беременных характерны перечисленные изменения:

Дистрофии

Некроз

Дискомплексація

261. В эндометрии половозрелой женщины выделяют слои:

Функциональный

Базальный

Промежуточный

262. Для эстрогенной фазы в эндометрии характерными являются?

Наличие трубчатых желез из темного несекретирующего эпителия

Отечная клеточная строма

Наличие клубков спиральноизвитых сосудов

263. Децидуальная ткань в эндометрии становится отчетливо выражена после оплодотворения с:

12-ого дня

3-его дня

6-ого дня

Одного месяца

Трех месяцев

264. Признаки маточной беременности в соскобе из полости матки

Наличие инвазивного трофобласта

Деление эндометрия на компактный и спонгиозный слои

Наличие большого числа сосудов

Отсутствие ворсин хориона

265. Для внематочной беременности характерны:

Наличие клубков спиральных артерий

Децидуальная реакция стромы

Некроз децидуальной ткани

266. Спиральные артерии в структуре гипопластического эндометрия свидетельствуют о (об):

Персистенции неполноценного желтого тела яичников

Наличии субмукозной миомы матки

Начальных признаках фазы пролиферации

Эстрогенной недостаточности яичников

267. Дисгормональные состояния слизистой оболочки матки характеризуются:

Признаками атрофии и кистозных изменений желез эндометрия

Наличием структур одной из фаз менструального цикла, соответствующих времени, когда они должны наблюдаться в норме

Массивной круглоклеточной инфильтрацией стромы эндометрия

268. Для гистологического диагноза железистой гиперплазии эндометрия характерным является:

Гиперплазия слизистой оболочки матки с признаками повышенной пролиферативной

активности эпителия желез

Отчетливое разделение эндометрия на компактный и спонгиозные слои
Выраженный полиморфизм эпителия желез эндометрия
Наличие сосочковых пролифератов в эпителии желез

269. Плацентарный полип возникает в результате:

Задержки элементов плодного яйца

Метапластических изменений терминального эпителия в эндометрии
Метапластических изменений эндометрия
Субмукозной фибромиомы
Пузырного заноса

270. Пузырный занос характеризуется признаками:

Наличия крупных бессосудистых ворсин

Пролиферации трофобласта

Наличия реакции Ариас - Стелла
Отсутствия ворсин хориона

271. Для пролиферирующего (прогрессирующего) эндоцервикоза характерны:

Железистые образования, растянутые и переполненные слизью, с образованием полостей и кист

Ветвящиеся железы — фокусы резервно-клеточной гиперплазии
Многочисленные сосочковые выросты, наряду с железистыми разрастаниями

272. Для истинной эрозии шейки матки характерным является:

Деструкция эпителия с воспалительной инфильтрацией подлежащих тканей

Увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговению сквамозного эпителия
Пролиферация резервных клеток

273. Наиболее частая локализация трубной беременности:

Ампула

Фимбриальный конец трубы
Перешеек
Одинаково часто во всех отделах трубы

274. Поверхность яичника покрыта:

Мезотелием

Кубическим эпителием
Цилиндрическим эпителием
Плоским эпителием
Покровным эпителием в глубине бороздок

275. Воспалительный процесс чаще всего переходит на яичник с:

Фаллопиевой трубы

Матки
Аппендикса
Слепой кишки
Прямой кишки

276. Фолликулярные кисты яичника выстланы:

Клетками гранулезы

Кубическим эпителием

Плоским эпителием
Мерцательным эпителием
Гранулезно-лютеиновым клетками

277. Характерный признак эндометриоидной кисты:

Содержимое темно-коричневого цвета

Кашицеобразное содержимое

Содержимое алого цвета

Содержимое слизистое

278. Для синдрома Штейна - Левенталя характерно наличие в яичниках:

Фоликулярных кист

Дермоидных кист

Эндометриоидных кист

Кист желтого тела

279. Морфологическое проявление остроконечных кондилом вульвы:

Папилломатоз, акантоз, паракератоз и воспаление стромы

Папилломатоз, акантоз и гиперкератоз

Дисплазия эпителия с гиперкератозом

280. К эмбриопатиям относятся пороки развития:

Тетрада Фалло

Крипторхизм

Сиреномелия

Гипоплазия почек

Персистенция урахуса

281. Основным макроскопическим признаком переносимости беременности:

Ядро Беклара более 0,5 см в диаметре

Мягкие хрящи ушных раковин

Обилие пушковых волос на коже

Мягкие кости черепа

282. Микроскопическим признаком недоношенности является:

Очаги экстрамедуллярного кроветворения в печени

Кисты в коре почек

Очаги глиоза в веществе головного мозга

Холестазы в печени

283. К родовым повреждениям головного мозга и его оболочек относят:

Симметричные кровоизлияния под эпидимом боковых желудочков

Эпидуральное кровоизлияние

Кефалогематому

Разрыв дубликатуры твердой мозговой оболочки

284. Один из наиболее частых видов травмы костей скелета плода — это перелом:

Ключицы

Костей таза

Плечевой кости

Костей голени

285. Наиболее массивное кровоизлияние в полость черепа с проникновением крови вдоль

сосудистых сплетений в желудочки мозга бывает при разрыве:

Большой вены мозга

Серпа твердой мозговой оболочки

Намета мозжечка

286. Компенсаторная реакция со стороны плаценты на местную гипоксию:

Увеличение количества синцитиальных почек

Ангиоматоз

287. Для гематогенного пути инфицирования последа наиболее характерно воспаление:

Ворсин и их сосудов

Амниона

Хориальной пластинки

Пуповины, в частности, вены

Базальной пластинки

288. Из доброкачественных опухолей плаценты чаще всего встречаются:

Гемангиома

Пузырный занос

Тератома

289. Возбудителями острых респираторно-вирусных инфекций у детей наравне с вирусами могут быть:

Микоплазмы

Бактерии

Простейшие

290. Респираторно-синцитиальные вирусы у детей наиболее тропны к эпителию:

Бронхов

Носоглотки

Гортани

Трахеи

291. Аденовирусы у детей наиболее тропны к эпителию:

Носоглотки

Гортани

Трахеи

Бронхов

292. Для респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей характерны:

Многоядерные гигантские клетки симпласты

Одноядерные гигантские клетки с незначительно увеличенным ядром

Одноядерные гигантские клетки с резко увеличенным гиперхромным ядром

Многоядерные клетки в базальной пластинке плаценты

293. При поражении желудочно-кишечного тракта сальмонеллами у детей характерны перечисленные виды воспаления:

Катаральное

Некротическое

Все другие виды воспаления

294. К микроскопическим признакам септицемии у детей относят все перечисленное, кроме:

Поражения центральной нервной системы

Миелома иммунных органов
Дистрофических изменений в паренхиме внутренних органов
Проявления геморрагического диатеза
Реактивного миелоэритробластома

295. Для патологоанатомического диагноза врожден токсоплазмоза основным является обнаружение в гистологических срезах:

Свободно лежащих паразитов и псевдоцист
Воспалительных изменений
Дистрофических изменений
Расстройства кровообращения
Расстройства лимфообращения

296. Основной путь инфицирования при токсоплазмозе:

Алиментарный
Трансплацентарный
Воздушно-капельный
Через кровососущих животных

297. Специфическое морфологическое изменение в органах при цитомегалии:

Гигантоклеточный метаморфоз клеток
Некроз клеток, зараженных вирусом
Лейкоцитарная инфильтрация стромы
Образование гранулем

298. При внутриутробном кандидозе поражение чаще локализуется в:

Субэпидимарных отделах желудочков
Коре полушарий
Мозжечке
Стволе мозга

299. Экссудат при микоплазменной пневмонии может быть:

Серозно-геморрагическим
Серозно-десквамативным
Лейкоцитарным

300. У детей наиболее часто встречаются опухоли:

Невусы
Папилломы
Аденомы
Ангиомы
Ангиодисплазии

ФОС практических навыков государственной (итоговой государственной) аттестации.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ РАЗДЕЛУ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»:

1. Заполнить "Врачебное свидетельство о смерти" в соответствии с МКБ10. Патолого-анатомический диагноз:

Основное заболевание: Острый трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1) переднебоковой стенки и верхушки левого желудочка (давностью около 4 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий

атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 50% левой и нестабильная, с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой нисходящей артерии) (I21.0).

Фоновое заболевание: Почечная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (I15.1).

Осложнения основного заболевания: Миомаляция и разрыв передней стенки левого желудочка сердца. Гемотампонада перикарда (объем излившейся крови, мл). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Язвенная болезнь желудка, стадия ремиссии: хроническая каллезная эпителизированная язва (диаметр язвенного дефекта) тела желудка в области его малой кривизны. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

2. Заполнить "Врачебное свидетельство о смерти" в соответствии с МКБ-10. Патолого-анатомический диагноз:

Основное заболевание: Повторный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) заднебоковой стенки левого желудочка с переходом на заднюю стенку правого желудочка (давностью около 3 суток, размеры очага некроза), крупноочаговый кардиосклероз боковой стенки левого желудочка (размеры рубца). Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого — 0,3 см). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, нестабильная с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка нисходящей ветви левой артерии, стеноз до 60% устья левой артерии) (I21.2).

Фоновое заболевание: Сахарный диабет 2-го типа, в стадии декомпенсации (глюкоза крови – 20 ммоль/л, дата). Диабетическая макро- и микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (3-я степень, II стадия, стеноз артерий основания головного мозга до 25%), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия — клинически) (E11.7).

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Отек легких.

3. Заполнить "Врачебное свидетельство о смерти" в соответствии с МКБ-10. Патолого-анатомический диагноз: *Основное заболевание:* Ишемический инфаркт головного мозга (атеротромботический) в области подкорковых ядер правого полушария головного мозга (размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (3-я степень, III стадия, стеноз преимущественно передней и средней левой мозговых артерий до 30%, красный обтурирующий тромб и нестабильная, с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка левой средней мозговой артерии) (I63.3).

Конкурирующее заболевание: Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда (тип 1) задней стенки левого желудочка (давностью около 15 суток, размеры очага некроза). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз до 50% и нестабильные, с кровоизлияниями атеросклеротические бляшки огибающей ветви левой коронарной артерии) (I21.4).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 430 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).

Осложнения основного заболевания: Двусторонняя очаговая пневмония в средней и нижней долях правого легкого (этиология). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

4. Заполнить "Врачебное свидетельство о смерти" в соответствии с МКБ-10. Патолого-анатомический диагноз: *Основное заболевание:* ХОБЛ: хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения. Очаговая пневмония в III—IX сегментах обоих легких (этиология). Диффузный сетчатый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких. Вторичная легочная гипертензия. Легочное сердце (толщина стенки правого желудочка сердца – 0,5 см, ЖИ – 0,8) (J44.0).

Сочетанное заболевание: Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка.

Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 40%) (I25.8).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см), артериолосклеротический нефросклероз (I10).

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Инфаркт миокарда типа 2 в области задней стенки левого желудочка и верхушки сердца. Бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки. Отек легких и головного мозга.

5. Заполнить "Врачебное свидетельство о смерти" в соответствии с МКБ-10. Патолого-анатомический диагноз: *Основное заболевание:* Пневмония, вызванная *Str. pneumoniae* верхней доли левого легкого. Левосторонний фибринозный плеврит (J13.0).

Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.1).

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

6. Оформить протокол вскрытия. Сформулировать патолого-анатомический диагноз: Острый трансмуральный инфаркт миокарда.

7. Оформить протокол вскрытия. Сформулировать патолого-анатомический диагноз: Острая двусторонняя бронхопневмония.

8. Оформить протокол вскрытия. Сформулировать патолого-анатомический диагноз: Злокачественное новообразование пищевода.

9. Оформить протокол вскрытия. Сформулировать патолого-анатомический диагноз: Внутриутробная гипоксия плода.

10. Оформить протокол вскрытия. Сформулировать патолого-анатомический диагноз: Расслаивающая аневризма грудного и брюшного отделов аорты с разрывом.

11. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: острый аппендицит.

12. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: рак желудка.

13. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: острый холецистит.

14. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: хронический гастрит.

15. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: хронический гепатит.

16. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: цирроз печени.

17. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: рак простаты.
18. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: доброкачественная гиперплазия предстательной железы.
19. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: рак молочной железы.
20. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: острый аппендицит.
21. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: полип эндометрия.
22. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: стационарный эндоцервикоз.
23. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: гиперплазия эндометрия.
24. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: рак тела матки.
25. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: эластофиброма.
26. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: лейомиома матки.
27. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: В-клеточная лимфома.
28. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: лимфома Ходжкина.
29. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: внематочная беременность.
30. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: хроническая компенсированная плацентарная недостаточность.
31. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность.
32. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: рак шейки матки.
33. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: рак легкого.

34. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: рак почки.
35. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: рак толстой кишки.
36. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: метастаз рака желудка в печень.
37. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: меланома глаза.
38. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: астроцитома головного мозга.
39. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: менингиома головного мозга.
40. Оформить протокол прижизненного патолого-анатомического исследования. Сформулировать патолого-анатомическое заключение: цистаденома яичника.

ФОС К УСТНОМУ СОБЕСЕДОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

1. Патологоанатомические изменения при ишемии. Морфология обменных нарушений в тканях при ишемии.
2. Патологическая анатомия почечнокаменной болезни (нефролитиаз). Поликистозные почки.
3. Инструкции, приказы и методические письма, издаваемые органами здравоохранения по патологоанатомической службе и морфологической диагностике. Международная классификация болезней.
4. Патологическая анатомия болезней поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит, рак.
5. Патологическая анатомия амилоидоза. Амилоидоз почек
6. Патологическая анатомия микозов: актиномикоз, кандидоз, бластомикозы, аспергиллез, гистоплазмоз.
7. Работа лечебно-контрольной комиссии (ЛКК).
8. Патологическая анатомия болезней желчного пузыря – холециститы, рак желчного пузыря.
9. Патологическая анатомия гломерулонефрита. Классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы.
10. Клинико-морфологические формы сепсиса. Патологическая анатомия сепсиса. Макроскопическая и микроскопическая диагностика разнообразных форм сепсиса.
11. Положение о клинико-анатомических конференциях.
12. Воспаление. Причины, основные морфологические признаки, классификация, морфология воспаления. Макроскопическая и микроскопическая диагностика различных видов банального воспаления, экссудативного и пролиферативного воспаления.
13. Патологическая анатомия интерстициального нефрита, тубулоинтерстициального нефрита. Пиелонефрит: острый и хронический. Этиология, патогенез, морфология, осложнения, исходы.
14. Патологическая анатомия воспалительных болезней половых органов и молочной железы.
15. Патологическая анатомия болезней щитовидной железы и околощитовидных желез.
16. Техника безопасности в работе патологоанатомического отделения.

17. Аутоиммунные болезни. Этиология. Механизмы развития. Морфологическая характеристика. Классификация.
18. Патологическая анатомия болезней центральной нервной системы: болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, энцефалиты.
19. Патологическая анатомия гепатита. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Вирусный и алкогольный гепатит. Классификация, патологическая анатомия.
20. Патологическая анатомия нефросклероза.
21. Составление отчетной документации по секциям и биопсиям (месячные, полугодовые, годовые отчеты).
22. Первичные (врожденные) и вторичные (СПИД) иммунодефицитные состояния.
23. Тубулопатия: острая почечная недостаточность (некротический нефроз). Хронические тубулопатии обструктивного генеза: парапротеинемический нефроз, подагрическая почка. Патологическая анатомия, исходы, осложнения.
24. Патологическая анатомия цирроза печени. Классификация, морфогенез.
25. Патологическая анатомия внематочной беременности.
26. Виды дистрофий, механизм развития. Макроскопическая и микроскопическая диагностика различных видов дистрофий.
27. Хроническая почечная недостаточность. Морфологическая характеристика, Патоморфоз в связи с применением гемодиализа.
28. Этиология, патогенез, патологическая анатомия токсической дистрофии печени.
29. Патологическая анатомия болезней поджелудочной железы: сахарный диабет.
30. Патологическая анатомия острого аппендицита, осложнения. Патологическая анатомия хронического аппендицита.
31. Патологическая анатомия болезней костной системы: паратиреоидная остеодистрофия, остеомиелит, болезнь Педжета, фиброзная дисплазия, остеопороз.
32. Патологическая анатомия болезней кишечника: энтерит (острый и хронический), энтеропатии: болезнь Уиппла, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона.
33. Патологическая анатомия болезней надпочечников.
34. Органоспецифические и органонеспецифические доброкачественные и злокачественные опухоли. Их морфологическая характеристика, виды атипизма.
35. Патогенез, морфология и осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
36. Патологическая анатомия дисгормональных болезней половых органов и молочной железы. Нодулярная гиперплазия предстательной железы; железистая гиперплазия слизистой оболочки матки, дисплазия молочных желез, эрозия шейки матки.
37. Эмфизема легких. Классификация. Хроническая обструктивная эмфизема легких. Патогенез легочного сердца. Гипертония малого круга кровообращения.
38. Патологическая анатомия нарушений крово- и лимфообращения. Тромбоз, эмболия, инфаркт. Причины, патогенез. Тромбоэмболический синдром, тромбоэмболия легочной артерии, коагулопатии. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание.
39. Патогенез, морфология и осложнения хронической пневмонии, бронхоэктатической болезни, абсцесса легкого, пневмосклероза.
40. Предопухолевые состояния. Их морфология. Понятие о дисплазии, «раке на месте», раннем раке.
41. Макроскопическая и микроскопическая диагностика перитонита.
42. Этиология, патогенез, стадии развития и осложнения крупозной пневмонии. Патологическая анатомия болезни легионеров.
43. Гипертрофия, гиперплазия, атрофия, организация, инкапсуляция. Заживление ран.
44. Острые воспалительные заболевания легких. Бронхопневмония. Классификация. Патологическая анатомия. Осложнения.
45. Патологическая анатомия болезней суставов: остеоартроз, ревматоидный артрит.
46. Компенсация и декомпенсация. Макро- и микроскопическая диагностика.
47. Острый и хронический бронхит. Морфология нарушений бронхиальной проходимости и дренажной функции бронхов.

48. Общая патоморфология вирусных заболеваний. Вирусные респираторные инфекции: корь, грипп, парагрипп. Полиомиелит. Энцефалиты.
49. Общие и местные расстройства кровообращения и лимфообращения, их взаимосвязь. Артериальное и венозное полнокровие.
50. Макроскопическая и микроскопическая диагностика ХНЗЛ.
51. Патологическая анатомия системной красной волчанки. Риккетсиозы. Классификация. Сыпной тиф. Морфология, осложнения.
52. Патологическая анатомия бактериальных инфекций: сальмонеллезы, брюшной тиф, дизентерия, холера, чума, туляремия, сибирская язва.
53. Макроскопическая диагностика различных видов некроза.
54. Методы прижизненного морфологического исследования - гастробиопсия, гастроскопия - в диагностике заболеваний желудка.
55. Патологическая анатомия скарлатины, дифтерии и менингококковой инфекции.
56. Причины и виды некроза.
57. Микроскопическая диагностика заболеваний по соскобам.
58. Опухоли половых органов и молочной железы, рак матки, яичников, молочной железы. Макроскопическая и микроскопическая диагностика.
59. Патологическая анатомия сифилиса.
60. Патологическая анатомия опухолей почек и почечных лоханок.
61. Пороки развития сердечно-сосудистой системы. Патологическая анатомия приобретенных и врожденных пороков развития сердечно-сосудистой системы.
62. Патологическая анатомия инфекций, вызванные простейшими: малярия, амебиаз кишечника, балантидиаз, токсоплазмоз, пневмоцистоз.
63. Патология клетки: патология клеточного ядра, патология цитоплазмы, патология клетки как интегративное понятие.
64. Опухоли кишечника: рак, карциноид. Их макроскопическая и микроскопическая диагностика.
65. Ишемическая болезнь сердца. Патогенез, морфология. Инфаркт миокарда, стадии развития. Патологическая анатомия хронической ишемической болезни сердца.
66. Глистные инвазии: патологическая анатомия эхинококкоза, цистицеркоза, трихинеллеза, шистосоматоза.
67. Оформление и хранение документации: 1) по секционному разделу работы, 2) по биопсийному разделу работы, 3) по организационным и хозяйственно-материальным вопросам.
68. Клинико-анатомические формы рака желудка.
69. Классификация и клинико-анатомические формы рака легкого. Макроскопическая и микроскопическая диагностика рака легкого.
70. Кровотечение, кровоизлияния, геморрагический диатез.
71. Ревматизм. Патологическая анатомия висцеральных проявлений. Патоморфоз ревматизма. Понятие о ревматических болезнях
72. Патология пренатального и перинатального периода. Патология последа.
73. Опухоли. Определение, этиология, современные теории опухолевого роста. Гистогенетическая классификация опухолей, гистологическая номенклатура опухолей.
74. Этиология, классификация и патологическая анатомия миокардиопатии.
75. Острые и хронические лейкозы, их клинико-морфологические формы, патологическая анатомия. Парапρωтеинемические лейкозы (миеломная болезнь).
76. Патология шока. Макроскопическая и микроскопическая диагностика шока.
77. Тромбоз, эмболия, инфаркт. Причины, патогенез. Тромбоэмболический синдром, тромбоэмболия легочной артерии, коагулопатии. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание.
78. Патологическая анатомия злокачественных лимфом: лимфосаркома (нодулярная, диффузная), ретикулосаркома. лимфогранулематоз.
79. Этиология, патогенез и стадии развития атеросклероза. Частные проявления атеросклероза. Клинико-морфологические формы.

80. Регенерация: физиологическая, репаративная, патологическая. Регенерационная гипертрофия. Частные формы регенерации.
81. Морфологические проявления туберкулеза: первичного, гематогенного и вторичного.
82. Макроскопическая диагностика различных видов некроза.
83. Патологическая анатомия возвратного тифа. Бруцеллез, стафилококкозы.
84. Морфология, макроскопическая и микроскопическая диагностика воспаления при туберкулезе, сифилисе, проказе, склероме, оспе.
85. Гипертоническая болезнь. Патогенез, Стадии развития морфологических изменений в сосудах и органах. Клинико-анатомические формы, морфология гипертонического криза.
86. Патологическая анатомия интерстициальных болезней легких.
87. Анемии. Классификация. Макроскопическая и микроскопическая диагностика различных форм анемий. Гемоглобинозы.
88. Патогенез и патологическая анатомия бронхиальной астмы.
89. Патологическая анатомия клещевого энцефалита.
90. Патологическая анатомия гастритов.

ФОС ситуационных задач государственной (итоговой государственной) аттестации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1оС. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Глубокий кариес 6-го зуба, справа. Острый гнойный пульпит. Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Больной С., 37 лет, поступил в стационар с диагнозом желчнокаменная болезнь, острый обтурационный холецистит, по поводу чего была выполнена операция холецистэктомия с дренированием холедоха и подпеченочного пространства (под эндотрахеальным наркозом). С 5-х суток послеоперационного периода появился кашель, боли в правой половине грудной клетке, температура тела до 38,5-39оС, на рентгенограмме - тотальное затемнение нижней доли правого легкого, нарастала дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, несмотря на проводимое лечение через 3 сут наступила смерть больного. При гистологическом исследовании желчного пузыря обнаружены множественные холестериновые камни, со стороны стенки пузыря - признаки острого флегмонозного холецистита.

На вскрытии: нижняя доля правого легкого увеличена в объеме, уплотнена, на разрезах серо-красного цвета, с бронхов выделяются слизисто-гнойные массы, с поверхностей разрезов легкого стекает мутная, гнойная жидкость с примесью крови. В правой плевральной полости до 200 мл мутной жидкости с хлопьями фибрина. Миокард, печень, почки - с признаками выраженной дистрофии. Селезенка: резко дряблая, на разрезах ткань грязно-вишневого цвета, в соскобе - значительное количество пульпы (гиперплазия). В верхнем полюсе левой почки полость диаметром

до 4 см, заполненная прозрачной жидкостью. В лоханках и чашечках правой почки «коралловидные» камни, слизистые лоханок и чашечек сероватые, бледные, гладкие, в просветах прозрачная, желтоватая жидкость с запахом мочи, вокруг лоханок и чашечек умеренное количество жировой ткани.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Больная Д., 48 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в правой половине живота, слабость, головокружение, тошноту, однократную рвоту. Выполнена лапаротомия, во время которой обнаружен увеличенный багрово-черный аппендикс с отверстием до 0,2 см. В брюшной полости до 800 мл мутной, желтовато-зеленоватой жидкости с хлопьями фибрина. Выполнена операция аппендэктомия. Послеоперационный период протекал тяжело, нарастала интоксикация, которая явилась причиной смерти.

На вскрытии: в брюшной полости до 500 мл гноевидной жидкости с хлопьями фибрина, петли кишечника рыхло спаяны между собой, между петлями кишечника множественные полости, заполненные гноем. Миокард, печень, почки - с признаками выраженной дистрофии.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больной Т., 39 лет, поступил в стационар с жалобами на рвоту кровью, черный стул, общую слабость, головокружение; в стационаре - рецидив желудочного кровотечения с развитием острой постгеморрагической анемии, явившейся непосредственной причиной смерти больной. В анамнезе - рак левого легкого с метастазами.

На вскрытии: в просвете желудка до 1 л жидкой крови и свертков крови, в кишечнике - жидкое, малиновое содержимое, в пилорическом отделе желудка хроническая язва 3x2 см с плотными, утолщенными краями, в дне язвы - выступает сосуд диаметром до 0,1 см, просвет которого прикрыт рыхлыми тромботическими массами. В нижней доле левого легкого опухоль диаметром до 6 см (гистологически - аденокарцинома), во внутригрудных лимфатических узлах, печени, костях таза - множественные метастазы опухоли, выраженная дистрофия миокарда, печени, почек.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 суток у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочке мозга

- жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Мальчик 10 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в правой половине живота, слабость, головокружение, тошноту, однократную рвоту. Выполнена операция, во время которой обнаружен увеличенный червеобразный отросток, багрово-черного цвета с отверстием до 0,1 см. В брюшной полости мутной жидкости с хлопьями фибрина. Выполнена операция аппендэктомия. Послеоперационный период протекал тяжело, нарастала интоксикация, которая явилась причиной смерти больного на 4-е сутки после операции.

На вскрытии: В брюшной полости до 500 мл гноевидной жидкости с хлопьями фибрина, петли кишечника рыхло спаяны между собой, между петлями кишечника множественные полости, заполненные гноем. Миокард, печень, почки с признаками выраженной дистрофии. При гистологическом исследовании удаленного аппендикса - гангренозный аппендицит.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°C. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дрябловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Больная С., 32 лет, находилась в гематологическом отделении 8 дней по поводу

лимфогранулематоза. Больна 4 месяца. Жалобы на увеличение лимфатических узлов правой половины шеи, надключичные, подмышечные, локтевые. Отмечается увеличение печени. При рентгенологическом исследовании легких выявлено в базальном отделе нижней доли правого легкого четкое, овальной формы затемнение размером 3х5 см, экссудат в плевральной полости справа на уровне IV ребра. Кашель с мокротой, с примесью крови.

Клинический диагноз: Лимфогранулематоз - генерализованная форма (преимущественно легочно-медиастинальная). Двусторонний плеврит. Анасарка. Отек легких. Асцит.

На вскрытии: Бронхогенный рак правого легкого с метастазами в лимфатические узлы, двусторонний геморрагический плеврит и перикардит, сопровождающийся сдавлением сердца. При гистологическом исследовании ткани легкого, печени, лимфатических узлов обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак с большим числом патологических митозов.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Больная Л., 73 лет, на протяжении 15 лет болела атеросклерозом с преимущественным поражением сосудов сердца, мозга, нижних конечностей. Периодически лечилась в стационаре. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на боль и онемение конечностей, ноющую боль внизу живота. Общее состояние удовлетворительное, пульс ритмичный, 74 удара в 1 минуту, АД 160/80 мм. рт. ст. В брюшной полости на уровне пупка пальпируется плотное пульсирующее образование. На следующий день после поступления в стационар усилилась боль в животе. В 17 часов больная потеряла сознание, АД снизилось до 60/40 мм рт.ст. После проведенной терапии больная пришла в сознание. День спустя вновь потеряла сознание. Резко побледнела. Не приходя в сознание, умерла через 20 мин.

На вскрытии:

Атеросклероз аорты, венечных сосудов сердца, артерий основания мозга. Масса сердца 420 г, толщина стенки левого желудочка - 2,2 см (N - 1,0-1,2 см), диффузный кардиосклероз. Интима аорты цвета слоновой кости с значительным количеством фиброзных атеросклеротических бляшек, большинство из которых с явлениями атероматоза и кальциноза. В брюшной части аорты мешковидное выпячивание 7х6х3 см, выполненное тромботическими массами. После удаления тромбов обнаружено расслоение стенки аорты и сквозной дефект до 1 см. Окружающая аорту забрюшинная клетчатка, брыжейка нисходящей ободочной кишки и сигмы диффузно пропитаны кровью, в брюшной полости около 600 мл жидкой, темной крови.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Больная П., 32 года, лечилась стероидными гормонами по поводу системной красной волчанки. Через неделю после лечения состояние резко ухудшилось. Возникла резкая усиливающаяся боль в животе, повышение температуры тела, тошнота и рвота, не приносящие облегчения. Через 2 суток больная умерла при нарастающих признаках общей интоксикации.

На вскрытии: острая язва пилорического отдела желудка, гнойный перитонит.

Ретроспективный анализ истории болезни показал, что стероиды были назначены врачом в терапевтически необоснованных дозах.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Больная Т., 65 лет, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, желтый цвета кожи и склер, боли и тяжесть в правом подреберье, темный цвет мочи, резкую общую слабость, кожный зуд. В анамнезе: атрофический гастрит, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца (5 лет назад больная перенесла острый инфаркт миокарда), 4 месяца назад перенесла переливание крови по поводу открытого перелома голени. Через 2-е суток после поступления больная скончалась при нарастающих явлениях интоксикации.

Клинический диагноз: вирусный гепатит В.

На вскрытии: слизистая оболочка желудка сглажена, обильно покрыта слизью, в области тела желудка по задней стенке имеется опухоль 6x4 см, «блюдцеобразной» формы, прорастающая стенки желудка и частично малый сальник. В печение - множественные опухолевидные образования размерами от 1 до 4 см. Миокард, печень, почки - выраженная дистрофия, Легкие - эмфизема, пневмосклероз, хронический бронхит вне обострения. В миокарде по задней стенке левого желудочка - крупный участок плотной белесоватой соединительной ткани. В матке - фибромиома.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм. рт. ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3x3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - недифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Мальчик, 14 лет, с ожирением III степени, оперирован по поводу острого аппендицита. На 5-е сутки после операции появился кашель, одышка, на рентгенограмме - множественные субплевральные участки затемнений. В последующие 2 суток нарастала дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, на 7-е сутки наступила смерть.

Клинический диагноз: Острый аппендицит. Состояние после аппендэктомии под ЭТН (дата). Острая

очаговая пневмония.

На вскрытии: в просвете правой подвздошной общей вены обнаружен мягкий, рыхлый, темно-красный, шероховатый сверток крови, тесно связанный со стенкой вены; в ткани обоих легких - множественные участки плотной легочной ткани в форме усеченного конуса с основанием, обращенным к плевре, ткань легких в этих участках - черно-красного цвета, в просветах прилежащих мелких ветвей легочной артерии - червеобразно-скрученные, темно-красные свертки крови. При гистологическом исследовании удаленного червеобразного отростка - флегмонозный аппендицит.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Больной П., 44 лет, находился в стационаре по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза правого легкого. На 2-е сутки пребывания в стационаре внезапно появилась одышка, стала нарастать дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, наступила смерть больного. В анамнезе - сахарный диабет II типа в течение 15 лет.

На вскрытии: при выполнении водяной пробы в правой плевральной полости обнаружено значительное количество воздуха, правое легкое резко уменьшено в объеме, каверна правого легкого располагалась субплеврально, стенка каверны, обращенная к плевре частично разрушена. Миокард - дряблый, полости - резко расширены, в области задней стенки левого желудочка - крупные участки плотной соединительной ткани. Поджелудочная железа - в области хвоста определяются участки жировой и соединительной ткани, вытесняющих ткань железы. В луковице 12-перстной кишки - хроническая язва с гладким, серо-розовым дном.

1. Сформулируйте заключительный диагноз.
2. Сформулируйте причину смерти.