



УРАЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация  
высшего образования  
«Уральский медицинский институт»**

**Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и  
промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**Б1.О.38 Патологическая анатомия, патологическая анатомия головы и  
шеи  
Обязательная часть**

Специальность 31.05.03 Стоматология

квалификация: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

**Срок обучения: 5 лет**

Фонд оценочных средств по дисциплине рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета института (протокол № 2 от 07.06.2024 г.) и утвержден приказом ректора № 34 от 07.06.2024 года.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации фонда оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984.
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Рабочая программа учебной дисциплины.

## 1 Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине Патологическая анатомия, патологическая анатомия головы и шеи

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
<b>Общепрофессиональные компетенции</b>		
ОПК-9	Способен оценивать морфофункциональные состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	<p>ИОПК-9.1 Знает: анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека</p> <p>ИОПК 9.2 Умеет: оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</p> <p>ИОПК 9.3 Имеет практический опыт: оценки основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач</p>

## 2. Перечень тем, вопросов, практических заданий для подготовки к промежуточной аттестации:

1. Патологическая анатомия в системе медицинского образования и практического здравоохранения. Задачи, методы и уровни исследования в патологической анатомии.
2. Смерть, виды смерти. Понятие о танатологии и танатогенезе. Динамика посмертных изменений.
3. Дистрофия, ее виды. Общая характеристика и патоморфология различных дистрофических процессов.
4. Паренхиматозные диспротеинозы. Причины, механизмы развития, разновидности, морфология, исходы.
5. Паренхиматозные жировые дистрофии. Причины, механизмы развития, методы выявления, классификация, морфология, исходы.
6. Стромально-сосудистые диспротеинозы. Виды, причины, механизм возникновения, гистологическая характеристика, исходы.
7. Патология обмена нейтральных жиров. Причины и механизм развития, классификация, морфология, исходы.
8. Углеводные дистрофии. Классификация, методы выявления, морфология, исходы.
9. Гемоглобиногенные пигменты, патология их обмена. Желтухи:

классификация, причины, морфология.

10. Минеральные дистрофии. Нарушения обмена кальция, виды обызвествлений, примеры заболеваний, при которых они встречаются.

11. Нарушения пигментного обмена. Классификация пигментов. Патологическая анатомия и заболевания, при которых они наблюдаются.

12. Камнеобразование. Причины, механизмы образования, виды камней, значение в патологии.

13. Некроз. Определение, классификация, морфология, исходы.

14. Инфаркт. Причины, виды, морфология, исходы.

15. Гангрена. Виды, патологическая анатомия, исходы.

16. Нарушения кровообращения. Классификация, причины, заболевания, при которых они наблюдаются.

17. Артериальная гиперемия. Причины, виды, макро- и микроскопическая характеристика, значение.

18. Венозная гиперемия. Причины, заболевания, при которых она наблюдается. Патоморфология общего венозного полнокровия.

19. «Мускатная печень». Внешний вид, гистологическая картина, причины, исходы.

20. Бурая индурация легкого. Причины развития. Патоморфология.

21. Патологическая анатомия местного малокровия, его причины, морфология, исходы.

22. Кровотечения и кровоизлияния. Причины, виды, патологическая анатомия, исходы.

23. Нарушение циркуляции тканевой жидкости: отеки, водянка. Причины и механизмы развития. Морфологические изменения в органах и тканях.

24. Тромбоз. Причины и механизм тромбообразования. Виды тромбов, морфология, значение. Отличие от посмертных сгустков.

25. Эмболия. Пути циркуляции и виды эмболов, значение эмболии.

26. Воспаление. Определение, этиология, стадии, их морфологическая характеристика и значение, исходы.

27. Клинические признаки воспаления и их морфологическое выражение. Классификация воспалений. Терминология воспаления.

28. Экссудативное воспаление. Виды экссудата.

29. Серозное и катаральное воспаление. Характеристика экссудата, заболевания, при которых они наблюдаются.

30. Гнойное воспаление. Характеристика экссудата, виды, причины, исходы.

31. Фибриновое воспаление, разновидности. В каких органах, при каких заболеваниях и синдромах оно наблюдается. Исходы, значение.

32. Пролиферативное воспаление. Виды, морфология, исходы.

33. Гранулематозное воспаление. Морфологические признаки, виды гранулем, значение в патологии.

34. Регенерация, ее виды, биологическое значение. Реституция и субституция. Гистологическая характеристика грануляционной ткани.

35. Сущность и морфология процессов компенсации и адаптации, их роль.
36. Атрофия. Виды, механизмы развития, значение.
37. Гипертрофия и гиперплазия. Определение, причины, морфологическая характеристика, примеры.
38. Опухоли. Определение, современные представления о причинах опухолевого роста. Формы роста опухолей.
39. Опухоли. Понятие об атипизме. Виды атипизма, присущего опухолям, значение. Морфологическая характеристика доброкачественности и злокачественности. Критерии злокачественности опухолей.
40. Опухоли. Гистогенез и гистогенетическая классификация опухолей, терминология.
41. Внешний вид и строение опухолей. Метастазирование, рецидивирование. Пути метастазирования.
42. Опухоли. Общее и местное воздействие опухолей на организм. Вторичные изменения в опухолях.
43. Органонеспецифические эпителиальные опухоли. Классификация, примеры, значение для организма.
44. Органоспецифические эпителиальные опухоли. Классификация, примеры, особенности гистологического строения.
45. Доброкачественные опухоли мезенхимального происхождения. Примеры, морфологическая характеристика, значение.
46. Злокачественные опухоли мезенхимального происхождения. Терминология, классификация, морфологическая характеристика.
47. Опухоли нервной системы и оболочек мозга. Классификация, примеры, особенности, значение для организма.
48. Опухоли меланинообразующей ткани, их морфологическая характеристика, значение для организма.
49. Гемобласты. Современная классификация. Общая патологоанатомическая характеристика.
50. Анемии. Классификация, клинико-морфологическая характеристика.
51. Атеросклероз. Этиология. Стадии изменений в сосудах. Клинико-морфологическая классификация. Примеры заболеваний, обусловленных атеросклерозом.
52. Атеросклероз коронарных артерий. Причины, факторы риска, проявления. Понятие об ишемической болезни сердца.
53. Инфаркт миокарда. Стадии, патологическая анатомия, осложнения, исходы.
54. Цереброваскулярные заболевания. Этиология, патогенез, морфологические проявления.
55. Гипертоническая болезнь. Стадии, клинико-анатомические формы, патологическая анатомия.
56. Клинико-морфологические формы ревматических болезней сердца. Патологическая анатомия ревматического эндокардита.

57. Приобретенные пороки сердца. Причины, виды, нарушение гемодинамики, морфология.
58. Кардиосклероз. Формы, морфологическая характеристика. Заболевания, при которых возникает.
59. Пневмонии. Этиология, классификация, патологическая анатомия, осложнения и исходы.
60. Пневмония по типу крупозной. Особенности, патологическая анатомия, осложнения, исходы.
61. Бронхопневмония. Этиология, патогенез, морфология, осложнения.
62. Патологическая анатомия хронической обструктивной болезни легких.
63. Патологическая анатомия пневмокониозов.
64. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Основные взгляды на этиологию и патогенез. Морфология хронической язвы с обострением, исходы, осложнения.
65. Гастриты. Формы, патоморфология. Осложнения, исходы.
66. Аппендицит. Клинико-морфологическая классификация. Патологическая анатомия острого аппендицита, осложнения.
67. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Этиология, патогенез, сравнительная морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
68. Острая токсическая дистрофия печени. Причины, исходы, морфология.
69. Гепатиты. Классификация, патологическая анатомия, этиология, исходы.
70. Вирусные гепатиты. Патогенез, клинико-морфологические формы, осложнения, исходы.
71. Цирроз печени. Морфологические признаки, классификация по этиологии, осложнения.
72. Патоморфология синдрома «портальной гипертензии». Заболевания, при которых он наблюдается. Причины смерти.
73. Гломерулонефрит. Почечные и внепочечные проявления. Морфология острого гломерулонефрита.
74. Тубулопатии. Острая почечная недостаточность. Морфология, стадии, осложнения, исходы.
75. Хроническая почечная болезнь. Нефросклерозы. Уремия, морфологические проявления.
76. Почечнокаменная болезнь. Морфологическая характеристика, осложнения, исходы.
77. Амилоидоз почек. Клинико-анатомические стадии, морфология, исходы.
78. Общие закономерности развития инфекционного процесса. Понятие и современные представления о патоморфозе инфекционных заболеваний.
79. Брюшной тиф. Характеристика местных и общих патологоанатомических изменений.

80. Бактериальная дизентерия. Патологическая анатомия, осложнения, морфологические особенности.
81. Патологическая анатомия дифтерии. Осложнения.
82. Патологическая анатомия кори. Осложнения.
83. Патологическая анатомия скарлатины. Осложнения.
84. Грипп. Этиология, патогенез, патоморфология, осложнения.
85. Менингококковая инфекция. Клинико-морфологические формы, морфологическая характеристика, осложнения, причины смерти.
86. Чума. Формы, клинико-морфологические изменения, особенности работы с трупным материалом.
87. Холера. Периоды болезни, местные и общие патологоанатомические изменения.
88. Сифилис. Стадии, морфологическая характеристика на различных этапах заболевания.
89. ВИЧ-инфекция. Патологическая анатомия СПИДа. СПИД-ассоциированные заболевания.
90. Сепсис. Определение, критерии диагностики. Виды, морфологические изменения в тканях и органах.
91. Септический эндокардит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия.
92. Патологическая анатомия первичного туберкулеза. Основные формы.
93. Гематогенный туберкулез. Локализация и сущность изменений, клинико-морфологические формы.
94. Вторичный туберкулез. Локализация, клинико-морфологические формы, патологическая анатомия.
95. Патологические процессы и заболевания, связанные с беременностью. Классификация, патоморфология.
96. Эктопическая беременность, ее виды, осложнения. Гистологические критерии ее диагностики.
97. Классификация и патологическая анатомия гестозов.
98. Трофобластическая болезнь. Классификация, патологическая анатомия.
99. Классификация и патологическая анатомия заболеваний женской половой системы.
100. Классификация и патологическая анатомия заболеваний мужской половой системы.
101. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
102. Структура патолого-анатомической службы.
103. Методы патологической анатомии.
104. История развития прозекторской службы в России.
105. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
106. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патологоанатомических вскрытий.

107. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.

108. Патолого-анатомический эпикриз.

109. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.

110. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.

111. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.

112. Правила, обязательные для соблюдения при взятии биоптата.

113. Кариес.

114. Некариозные поражения твердых тканей зубов.

115. Пульпит.

116. Пародонтит.

117. Болезни пародонта. Пародонтоз.

118. Болезни пародонта. Десмодонтоз.

119. Патология челюстных костей.

120. Одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания.

121. Одонтогенные опухоли и опухолевидные образования челюстных костей.

122. Неодонтогенные опухоли и опухолевидные образования челюстных костей.

123. Болезни слюнных желез.

124. Патология слизистой оболочки полости рта.

125. Пороки развития и воспалительные заболевания головы и шеи.

126. Опухоли и опухолеподобные заболевания мягких тканей головы.

127. Опухоли и опухолеподобные заболевания мягких тканей шеи.

128. Патологические изменения лимфатических узлов головы.

129. Патологические изменения лимфатических узлов шеи.

### **3. Тестовые задания**

Выберите один правильный ответ.

1. Кто в лечебно-профилактическом учреждении принимает решение о проведении или отмене проведения патологоанатомического вскрытия?

1. лечащий врач
2. заведующий патологоанатомическим отделением
3. главный врач
4. заведующий клиническим отделением

2. Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:

1. прижизненную и посмертную диагностику болезней
2. участие в контроле качества оказания медицинской помощи
3. уточнение структуры причин смертности населения



4. все перечисленное верно
3. В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:
  1. заполнение медицинского свидетельства смерти в соответствии с требованиями Международной классификации болезней
  2. беседа с родственниками умершего, с учетом требований этики и деонтологии
  3. выполнение производственных поручений заведующего отделением
  4. все перечисленное верно
4. Набор помещений для гистологической лаборатории включает:
  1. комнату для приема и вырезки биопсийного материала
  2. гистологическую лабораторию
  3. помещения для хранения гистологического архива
  4. все перечисленное верно
5. Имеют право присутствовать на вскрытии:
  1. коллеги умершего
  2. врач-патологоанатом, приглашенный родственниками умершего
  3. лечащие врачи
  4. все перечисленное верно
  5. верны ответы 2 и 3
6. Этические нормы врача – патологоанатома определяются:
  1. умениями и навыками
  2. законами и приказами
  3. этническими особенностями региона
  4. моральной ответственностью врача перед обществом
  5. верны ответы 2 и 4
7. 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
8. Опухоль – это:
  1. новообразованная ткань с нарушением регуляции роста и дифференцировки
  2. припухание тканей при воспалении
  3. уплотнение тканей при воспалении
  4. припухание тканей при кровоизлиянии
9. Метаплазия — это:

1. переход одного вида ткани в другой, родственный ей вид
2. клеточная атипия эпителия с нарушением его гистоархитектоники
3. переход одного вида ткани в другой, неродственный ей вид
4. облигатный предраковый процесс

10. Доброкачественные опухоли характеризуются:

1. экспансивным ростом и тканевым атипизмом
2. тканевым атипизмом и быстрым ростом
3. быстрым ростом и клеточным атипизмом
4. клеточным атипизмом и медленным ростом

11. Озлокачествление опухоли называют термином:

1. малигнизация
2. мумификация
3. оссификация
4. организация

12. Характерный признак брюшного тифа:

1. фибринозный колит
2. дифтеритическое воспаление тонкой кишки
3. язвенный колит
4. мозговидное набухание пейеровых бляшек
5. катарральный гастроэнтерит

13. Клинико-морфологическая форма сепсиса:

1. терапевтический
2. хирургический
3. грибковый
4. септицемия
5. криптогенный

14. Назовите путь передачи при гриппе:

1. фекально-оральный
2. воздушно-капельный
3. контактный
4. лимфогенный
5. гематогенный

15. Причины смерти от тяжёлого гриппа:

1. сердечная недостаточность
2. кровоизлияния в мозг
3. хроническая почечная недостаточность
4. интоксикация

16. В туберкулезной гранулеме преобладают:
1. эпителиоидные клетки
  2. тучные клетки
  3. гигантские клетки
  4. верно 1 и 3
  5. верно 2 и 3
17. Возбудителем чумы является:
1. вибрион Эль-Тор
  2. бактерия "пестис"
  3. риккетсия Провачека
  4. палочка Коха
18. Резервуаром возбудителей чумы являются:
1. комары
  2. грызуны
  3. платяная вошь
  4. все перечисленное верно
19. Возбудитель оспы имеет тропность:
1. к лимфоузлам
  2. к коже
  3. к слизистой оболочке кишки
  4. к печени
20. Возвратный тиф вызывается:
1. вирусами
  2. бактериями
  3. спирохетами
  4. грибами
21. Печень при хроническом венозном полнокровии носит название:
1. большая пестрая
  2. «гусятная»
  3. большая белая
  4. «сальная»
  5. «мускатная»
22. Фибринозный перикардит называется:
1. «тигровое» сердце
  2. «бычье» сердце
  3. «волосатое» сердце
  4. легочное сердце
  5. «мраморное» сердце

23. При атеросклерозе поражаются:
1. артериолы
  2. артерии мышечного типа
  3. артерии эластического типа
  4. артерии мышечного и эластического типа
  5. артерии и вены
24. Патологический процесс в почках при атеросклерозе:
1. амилоидоз
  2. атеросклеротический нефросклероз
  3. поликистоз
  4. гипоплазия
  5. артериолосклеротический нефросклероз
25. Наиболее частый ревматический порок сердца:
1. трикуспидальная недостаточность
  2. стеноз устья аорты
  3. дефект межжелудочковой перегородки
  4. митральный стеноз
  5. дефект межпредсердной перегородки
26. 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
27. 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
28. Резко увеличенное сердце носит название:
1. «пергаментное» сердце
  2. «тигровое» сердце
  3. «волосатое» сердце

4. «бычье» сердце
5. «львиное» сердце

29. При гипертонической болезни наиболее выражены изменения:

1. артерий эластического типа
2. аорты
3. венул
4. артериол
5. капилляров

30. Форма острой ишемической болезни сердца:

1. кардиосклероз
2. атеросклероз
3. инфаркт миокарда
4. хроническая аневризма сердца
5. все перечисленное верно

31. При доброкачественном течении гипертонической болезни в почках развиваются изменения, которые носят название:

1. вторично-сморщенная почка
2. первично-сморщенная почка
3. нефросклероз Фара
4. синдром Киммельстила-Уилсона
5. поликистоз

32. Относительно благоприятный исход инфаркта миокарда:

1. рецидив некроза
2. кардиосклероз
3. перикардит
4. острая аневризма сердца
5. верно 2 и 4

33. Причиной развития ишемического инфаркта головного мозга может быть стенозирующий атеросклероз артерий:

1. внутрицеребральных
2. позвоночных
3. сонных
4. все перечисленное верно
5. верно 1 и 2

34. При артериальной гипертензии гематома головного мозга образуется в результате:

1. плазморрагии
2. разрыва эпендимы
3. аррозии стенки сосуда
4. диапедеза эритроцитов
5. разрыва стенки микроаневризмы

35. При микроскопии сердца 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 межучочным миокардитом
4. фибринозно-гнойным панкардитом
5. кардиомиопатией

36. О гипертрофии сердца у взрослого человека говорят, когда масса его превышает:

1. 100 г
2. 200 г
3. 350 г
4. 600 г
5. 750 г

37. Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует прежде всего:

1. микроангиопатия
2. макроангиопатия
3. диабетическая кома
4. диабетический нефросклероз

38. К осложнениям инфаркта миокарда относятся:

1. нарушения ритма
2. разрыв сердца
3. пневмосклероз
4. верно 1 и 3
5. верно 1 и 2

39. Характерным признаком стеноза аортального клапана является:

1. гипертензия малого круга
2. гипертрофия левого желудочка
3. гипертрофия правого желудочка
4. инфаркт миокарда
5. шок

40. При всех видах кардиомиопатий клапаны сердца:

1. не изменены
2. склерозированы
3. с тромботическими наложениями
4. сращены

41. Осложнениями гематомы головного мозга могут быть:

1. прорыв крови в желудочки мозга
2. пневмония
3. отек и дислокация мозга
4. все перечисленное

42. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии приводит к:

1. пульмокоронарному рефлексу
2. шоку
3. инфаркту легкого
4. ДВС-синдрому
5. ателектазу

43. Пенистые клетки при атеросклерозе – это:

1. макрофаги
2. тучные
3. эпителиальные
4. фибробласты
5. эндотелиоциты

44. Характер экссудата при крупозной пневмонии:

1. серозный
2. фибринозный
3. фибринозно-гнойный
4. серозно-гнойный
5. геморрагический

45. «Хроническое легочное сердце» - это:

1. атрофия миокарда
2. ожирение сердца
3. гипертрофия левого желудочка
4. гипертрофия правого желудочка
5. инфаркт миокарда

46. Обнаружение в мокроте большого кристаллов Шарко-Лейдена указывает скорее всего на наличие:

1. бронхиальной астмы

2. рака легкого
3. абсцесса легкого
4. силикоза
5. туберкулеза

47. Легочные осложнения долевой пневмонии:

1. абсцесс легкого
2. эмпиема плевры
3. рак легкого
4. все перечисленное верно
5. верно 1 и 2

48. Виды бронхоэктазов:

1. восходящие
2. нисходящие
3. обтурационные
4. цилиндрические
5. опухолевые

49. При каком типе пневмоний наиболее часто встречаются абсцессы:

1. стрептококковые пневмонии
2. пневмококковые пневмонии
3. стафилококковые пневмонии
4. вирусные пневмонии
5. синегнойная палочка

50. К эмфиземе легкого чаще других приводит:

1. абсцесс легкого
2. трахеит
3. очаговая пневмония
4. хронический бронхит
5. рак легкого

51. При синдроме Хэммена-Рича преобладающим морфологическим процессом в легких является:

1. воспаление
2. склероз
3. дистрофия
4. неоплазия

52. Карнификация легкого для крупозной пневмонии является:

1. исходом
2. осложнением
3. проявлением



4. нет верного ответа

53. В развитии легочно-сердечной недостаточности при хронических обструктивных болезнях легких ведущим является:

1. прекапиллярная гипертония
2. посткапиллярная гипертония
3. увеличение сосудистой проницаемости
4. снижение сосудистой проницаемости
5. нарушение аэрогематического барьера

54. При бронхоэктатической болезни эпителий бронхов подвергается:

1. атрофии
2. гиперплазии
3. метаплазии
4. всем перечисленным изменениям
5. верно 1 и 3

55. Острый абсцесс легкого является очагом воспаления:

1. серозного
2. катарального
3. гнойного
4. дифтеритического

56. К обструктивным заболеваниям легких относят все, кроме:

1. эмфизема
2. хронический бронхит
3. бронхиальная астма
4. бронхоэктазы
5. пневмокониоз

57. Какие компоненты легочного ацинуса принимают участие в образовании аэрогематического барьера:

1. эндотелий сосудов
2. сурфактант
3. респираторные эпителиоциты
4. макрофаги
5. большие эпителиоциты

58. При бронхиальной астме поражения локализируются в:

1. бронхиолах
2. ацинусах
3. бронхах
4. трахее

59. Тип эмфиземы, при котором формируются субплевральные пузыри:

1. викарная
2. буллезная
3. сенильная
4. межуточная
5. обструкционная

60. Морфологическая характеристика бронхов при бронхиальной астме:

1. преобладание нейтрофилов в инфильтрате
2. плоскоклеточная метаплазия эпителия
3. петрификация слизистой оболочки
4. гиперплазия слизистых желез
5. разрушение сурфактанта

61. Для пищевода Барретта характерно:

1. лейкоплакия пищевода
2. множественные эрозии слизистой оболочки пищевода
3. полипоз слизистой оболочки пищевода
4. кишечная метаплазия эпителия дистального отдела пищевода выше 1 см от Z-линии
5. эктопия призматического эпителия фундального типа выше z-линии при рефлюкс-эзофагите

62. Характерное изменение стенки сосудов в дне язвенного дефекта:

1. полнокровие
2. малокровие
3. воспаление
4. склероз стенки
5. фибриноидный некроз

63. Макроскопическая характеристика печени при жировом гепатозе:

1. большая пестрая
2. «гусиная»
3. большая белая
4. «сальная»
5. «мускатная»

64. Цирроз печени при вирусных гепатитах является:

1. самостоятельной нозологической формой
2. осложнением основного заболевания
3. проявлением (стадией развития) основного заболевания
4. сопутствующим заболеванием
5. фоновым заболеванием

65. Гепатоз – это:

1. воспалительное поражение печени
2. не воспалительное поражение печени
3. хроническое венозное полнокровие печени
4. массивный склероз печени с перестройкой гистоархитектоники органа
5. паразитарное поражение печени

66. Цирроз печени – это:

1. склероз портальных трактов
2. склерозирующий холангит
3. массивный фиброз печени с перестройкой гистоархитектоники органа
4. организовавшийся инфаркт печени
5. дистрофия и некроз гепатоцитов

67. Форма острого гастрита:

1. атрофический
2. гипертрофический
3. гнойный
4. поверхностный
5. с перестройкой эпителия

68. Наиболее опасной является пенетрация хронической язвы в:

1. сальник
2. головку поджелудочной железы
3. печень
4. селезенку
5. чревный ствол

69. Для хронического панкреатита характерно все перечисленное, кроме:

1. уплотнения железы
2. разрастания соединительной ткани вокруг протоков
3. внутريدолькового фиброза
4. наличия в железе инфильтратов, состоящих из эозинофильных лейкоцитов
5. пролиферации протоков

70. Для хронического атрофического гастрита характерно:

1. изъязвление
2. кровоизлияние
3. фибринозное воспаление
4. энтеролигация слизистой оболочки
5. диффузная инфильтрация полинуклеарными лейкоцитами собственного слоя слизистой оболочки

71. Характерными признаками острого аппендицита являются все

перечисленные, кроме:

1. отека
2. серозного экссудата в слизистой и мышечной оболочках
3. гиперемии
4. склероза стенки отростка
5. деструкции мышечных волокон

72. Ишемический колит может возникать при:

1. атеросклерозе нижней брыжеечной артерии
2. склеродермии
3. диабете
4. все перечисленное верно

73. Стадия токсической дистрофии печени:

1. активная
2. красной дистрофии
3. средней тяжести
4. персистирующая
5. все перечисленное верно

74. Для механической (подпеченочной) желтухи характерно:

1. вне дольковый холестаз
2. лестничные некрозы
3. мастовидные септы
4. баллонная дистрофия гепатоцитов
5. наличие телец Каунсильмена

75. Предраковое состояние в желудке:

1. хронический атрофический гастрит с дисплазией
2. фибринозный гастрит
3. плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия
4. хронический гастрит с повышенной кислотностью
5. синдром Мэллори-Вейсса

76. Алкогольный гиалин гепатоцитов является белковым продуктом:

1. распада
2. слизееобразования
3. синтеза
4. фагоцитоза

77. При язвах и эрозиях желудка образуется:

1. гемомеланин
2. хлорид железа

3. порфирин
  4. сульфид железа
  5. солянокислый гематин
78. При хроническом гастрите морфологические изменения слизистой оболочки обусловлены:
1. казеозным некрозом
  2. пролиферацией эпителия
  3. гиалинозом стенок сосудов
  4. продуктивным воспалением
  5. нарушением регенерации эпителия
79. Хроническая язва 12-перстной кишки чаще локализуется:
1. в передней стенке луковицы
  2. в задней стенке луковицы
  3. в горизонтальной части
  4. в нисходящей части
  5. правильно 1 и 2
80. Заболевание почек преимущественным первичным поражением клубочков (гломерулопатии):
1. гломерулонефрит
  2. хронический пиелонефрит
  3. поражение почек при сахарном диабете
  4. анальгетическая нефропатия
  5. тубуло-интерстициальный нефрит
81. 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
82. Заболевания, часто осложняющиеся амилоидозом почек:
1. гипертоническая болезнь
  2. атеросклероз
  3. ревматоидный артрит
  4. ревматическая лихорадка
  5. цирроз печени
83. Почка, характерная для гипертонической болезни:

1. большая сальная
2. первично сморщенная
3. вторично сморщенная
4. неравномерно сморщенные
5. крупнобугристо сморщенные

84. Возбудитель острого гломерулонефрита:

1. кишечная палочка
2. золотистый стафилококк
3. вирус Эпштейна - Барр
4. бета-гемолитический стрептококк группы А
5. синегнойная палочка

85. У мужчин уретрит часто сопровождается:

1. циститом
2. проктитом
3. аднекситом
4. простатитом
5. парапроктитом

86. Клиническое проявление некротического нефроза:

1. острая почечная недостаточность
2. хроническая почечная недостаточность
3. нефротический синдром
4. пиурия
5. гематурия

87. Как называется почка в исходе хронического гломерулонефрита:

1. первично сморщенная почка
2. вторично сморщенная почка
3. гломерулоглиалиноз
4. артериолосклеротический нефросклероз
5. нефроцирроз

88. Наиболее распространенной причиной пиелонефрита является инфекция:

1. восходящая
2. нисходящая
3. гематогенная
4. лимфогенная
5. периневральная

89. Скопление масс белка в цитоплазме эпителия канальцев почки может быть при:

1. гидропической дистрофии
2. гиалиново-капельной дистрофии
3. слизистой дистрофии
4. атрофии
5. стеатозе

90. Причина несахарного диабета:

1. стресс
2. травма головы
3. гипофизэктомия
4. опухоль гипоталамуса
5. снижение секреции инсулина

91. Для зоба щитовидной железы характерно:

1. опухоль
2. воспаление
3. увеличение объёма
4. первичная гипертрофия стромы
5. первичная гипертрофия паренхимы

92. Распространенный меланоз развивается при:

1. альбинизме
2. аддисоновой болезни
3. меланоме
4. невусе
5. гломерулопатии

93. При поражении задней доли гипофиза возникает:

1. болезнь Иценко-Кушинга
2. несахарный диабет
3. акромегалия
4. адипозогенитальная дистрофия
5. гипофизарный нанизм

94. Изменения клубочков почек при сахарном диабете характеризуются:

1. склерозом и гиалинозом
2. дистрофией
3. атрофией
4. гипертрофией
5. некрозом

95. Признаки базедофикации зоба:

1. гиперплазия А-клеток
2. гиперплазия Б-клеток
3. полиморфизм фолликулов

4. преобладание цилиндрического эпителия в фолликулах
5. все перечисленное верно

96. При развитии эндемического зоба у детей развивается:

1. кретинизм
2. гигантизм
3. акромегалия
4. верно 2 и 3
5. все перечисленное

97. Синдром при диабетическом поражении почек носит название:

1. Гиппель - Линдау
2. Шегрена
3. Киммельстила - Уилсона
4. Луи-Бара

98. Согласно классификации ВОЗ, выделяют следующие основные формы сахарного диабета:

1. 1-го типа
2. 2-го типа
3. юношескую
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2 и 3

99. При аденоме из базофильных клеток передней доли гипофиза возникает:

1. болезнь Иценко - Кушинга
2. несахарный диабет
3. акромегалия
4. адипозогенитальная дистрофия

100. 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

101. Формирование глиомезодермального рубца после инфаркта начинается приблизительно:

1. на 5 сутки
2. на 14-21 сутки
3. через 3 месяца
4. сразу



102. Укажите наиболее частую локализацию внутримозговых гематом:

1. базальные ядра полушарий
2. таламус
3. белое вещество долей мозга
4. ствол мозга
5. мозжечок

103. Гнойный энцефалит чаще локализуется в:

1. белом веществе
2. сером веществе
3. желудочках мозга
4. все перечисленное верно

104. Возможные причины смерти при инфаркте головного мозга:

1. пневмония
2. отек и дислокации мозга
3. тромбоэмболия легочной артерии
4. все перечисленное верно

105. Импульсы от тела нейрона передаются:

1. по дендритам
2. по аксонам
3. по астроцитам
4. по олигодендроцитам
5. верно 3 и 4

106. Моноцитарное происхождение имеют следующие клетки центральной нервной системы:

1. нейроны
2. микроглиальные клетки
3. астроциты
4. олигодендроциты
5. клетки эпендимы

107. Цереброспинальная жидкость (ликвор) образуется:

1. твердой мозговой оболочкой
2. микроглией
3. сосудистыми сплетениями
4. нейронами
5. всеми перечисленными структурами

108. Вирусы вызывают преимущественно менингит:

1. гнойный
2. геморрагический

3. серозный
4. ихорозный
5. катаральный

109. "Зернистые шары" образуются из клеток:

1. нейронов
2. астроглии
3. микроглии
4. эпендимы
5. олигодендроглии

110. Ревматизм - заболевание:

1. инфекционное
2. инфекционно-аллергическое
3. аллергическое
4. опухолевое
5. вирусное

111. Патогномоничный признак ревматизма:

1. гранулема Пирогова-Лангханса
2. гранулема Ашоффа-Талалаева
3. мукоидное набухание соединительной ткани
4. очаг Ашоффа-Пуля
5. очаг Гопа

112. Наиболее существенное осложнение перенесенного ревматизма:

1. артрит височно-нижнечелюстного сустава
2. ревматическая эритема кожи
3. порок сердца
4. наличие узелков под кожей на затылке
5. перикардит

113. Характерное изменение соединительной ткани при ревматических болезнях:

1. склероз
2. амилоидоз
3. фибриноидное набухание
4. гнойная инфильтрация
5. ослизнение

114. Эндокардит при ревматизме:

1. полипозно-язвенный
2. диффузный вальвулит
3. острый язвенный
4. кальцифицирующий

5. дистрофический

115. Осложнение ревматического возвратно-бородавчатого эндокардита:

1. гнойный менингит
2. медиастинит
3. инфаркт селезенки
4. тромбоз вен
5. инфаркт легкого

116. При системной красной волчанке наиболее информативно морфологическое исследование:

1. десны
2. почки
3. фасции
4. мышцы
5. слюнной железы

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

1. окраской по Футу
2. поляризационным методом
3. окраской по Маллори
4. окраской пикрофуксином
5. ни одним из перечисленных методов

118. При ревматизме у взрослых обычно развивается:

1. экссудативный диффузный миокардит
2. диффузный продуктивный миокардит
3. узелково-продуктивный миокардит
4. гнойный миокардит
5. некротический миокардит

119. Признаками себорейного кератоза (старческой бородавки) являются:

1. акантотические разрастания эпителиальных клеток типа "базалоидных"
2. внутриэпителиальные роговые кисты
3. наличие в эпителиальных клетках меланина
4. все перечисленное верно

120. При пернициозной анемии в слизистой оболочке желудка характерны изменения:

1. острые эрозии
2. хроническая язва
3. атрофия
4. гипертрофия
5. нет изменений

121. Многоядерные клетки Березовского-Штернберга-Рида типичны для:

1. болезни Ходжкина
2. туберкулезного лимфаденита
3. неходжкинской лимфомы
4. болезни кошачьих царапин
5. саркоидоза Бека

122. Лейкемический инфильтрат это:

1. очаг экстрамедуллярного кроветворения
2. метастатический очаг разрастания лейкозных клеток
3. очаг воспаления
4. очаг пролиферации
5. ничего из перечисленного

123. Причина бластного криза при хроническом лейкозе:

1. опухолевая прогрессия
2. усиление анаплазии
3. метастазирование
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

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

1. реактивной фолликулярной гиперплазии
2. фолликулярной неходжкинской злокачественной лимфомы
3. гранулематозного лимфаденита
4. туберкулезного лимфаденита
5. инфекционного мононуклеоза

125. Пернициозная анемия относится к группе:

1. постгеморрагических
2. вследствие нарушенного кроветворения
3. гемолитических
4. нет верного ответа

126. Анемия - это:

1. общее малокровие
2. местное малокровие
3. стадия стаза
4. следствие тромбоза

127. Железодефицитная анемия:

1. гипохромная
2. гиперхромная
3. нормохромная
4. пернициозная

128. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

1. тошнота и рвота
2. лейкопения
3. эритема кожи
4. выпадение волос
5. жидкий стул

129. Белок Бенс-Джонса в моче встречается при:

1. миеломной болезни
2. лимфоме Беркитта
3. остром гломерулонефрите
4. хроническом миелоцитарном лейкозе

130. Признаком резорбции костной ткани является:

1. базофильный остеоид
2. скопления "жидкой" кости вокруг балочки
3. дистрофия остеоцитов
4. все перечисленное верно

131. Гистологической структурной единицей костной ткани является:

1. гексогональная долька
2. остеон
3. нефрон
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

132. К дистрофическим заболеваниям костной ткани относится:

1. рахит
2. остеомиелит
3. остеома
4. фиброзная остеодисплазия
5. болезнь Педжета

133. Гистологическими признаками секвестра являются:

1. некроз остеоцитов
2. зазубренность краев секвестра

3. воспалительный инфильтрат в расширенных гаверсовых каналах
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

134. Паратиреоидная остеодистрофия бывает:

1. при хронической почечной недостаточности
2. при аденоме околощитовидных желез
3. при раке щитовидной железы
4. при карциноиде желудка
5. при хроническом миелолейкозе

135. При рахите наибольшие изменения локализуются в зоне:

1. диафиза
2. эпифиза
3. метафиза
4. во всех зонах

136. Болезнь Педжета выявляется:

1. в старческом возрасте
2. у новорожденных
3. после 40-летнего возраста
4. во всех периодах жизни

137. Основной путь распространения инфекции при остеомиелите:

1. контактный
2. гематогенный
3. лимфогенный
4. каналикулярный

138. Какой возбудитель наиболее часто вызывает остеомиелит:

1. пневмококк
2. стрептококк
3. менингококк
4. синегнойная палочка
5. золотистый стафилококк

139. При туберкулезном остеомиелите чаще других поражаются:

1. ребра
2. тела позвонков
3. трубчатые кости
4. плоские кости черепа

140. Для гравидарного эндометрия характерно:

1. прямые железы эндометрия с округлыми или овальными контурами
2. пролиферативные изменения в железах
3. синусоидный тип строения сосудов

4. субнуклеарные вакуоли в клетках железистого эпителия
5. децидуальная трансформация клеток стромы

141. Условия развития трубной беременности:

1. двурогая матка
2. хронический вульвовагинит
3. неполная внутриматочная перегородка
4. сальпингооофарит
5. цервикальная эктопия

142. Острый оофорит характеризуется:

1. продуктивной воспалительной реакцией с формированием гранулем
2. уменьшением яичника в размерах
3. выраженным фиброзом стромы
4. частым сочетанием с острым сальпингитом
5. лимфоплазмоцитарной инфильтрацией

143. Железистая гиперплазия эндометрия является:

1. рабочей
2. викарной
3. вакатной
4. гормональной
5. компенсаторной

144. Воспалительный процесс чаще всего переходит на яичник с:

1. матки
2. фаллопиевой трубы
3. аппендикса
4. слепой кишки
5. прямой кишки

145. Выстилка кист желтого тела состоит из:

1. плоского эпителия
2. кубического эпителия
3. мюллерова эпителия
4. лютеиновых клеток
5. мерцательного эпителия

146. Для эндоцервикоза характерно:

1. наличие плоского ороговевающего эпителия
2. наличие истонченного плоского неороговевающего эпителия
3. замещение переходноклеточным эпителием
4. замещение цилиндрическим эпителием
5. отсутствие эпителия

147. Влагалищная часть шейки матки покрыта эпителием:

1. мезотелием
2. переходноклеточным
3. многослойным плоским ороговевающим
4. многослойным плоским неороговевающим
5. железистым

148. Наиболее частая локализация трубной беременности:

1. фимбриальный конец трубы
2. перешеек
3. ампула
4. одинаково часто во всех отделах
5. ничего из перечисленного

149. При беременности в гипофизе снижается секреция:

1. лютеинизирующего гормона (ЛГ)
2. фолликулостимулирующего гормона (ФСГ)
3. тиреотропного гормона
4. соматотропного гормона

150. С учетом числа обнаруженных при вскрытии трупа заболеваний патологоанатомический диагноз может быть:

1. монокаузальным
2. биказуальным
3. мультикаузальным
4. все перечисленное

151. 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-диагностических мероприятий
3. само или через осложнения явилось причиной смерти
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленное

152. Первоначальная причина смерти:

1. нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти
2. болезнь или травма, которая обусловила последовательность болезненных процессов, приведших больного к смерти
3. обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму



4. верно 2 и 3
5. все перечисленное верно

153. Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные данные:

1. анамнестические и клинические
2. лабораторные и рентгенологические
3. патологоанатомические, танатогенетические
4. все перечисленные
5. только 1 и 3

154. На клинико-патологоанатомических конференциях обсуждают:

1. случаи острых инфекционных заболеваний
2. случаи запоздалой диагностики и случаи смерти, оставшиеся неясными
3. отчет заведующего патологоанатомическим отделением
4. все перечисленное
5. только 2 и 3

155. В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов выделяют:

1. недоучет и переоценку рентгенологических и других функциональных данных
2. неправильное оформление и построение диагнозов
3. прочие причины
4. все перечисленное
5. только 1 и 2

156. Структура патологоанатомического диагноза при наличии би- и мультикаузального варианта включает в себя:

1. основное и конкурирующее заболевания
2. основное и сочетанное заболевания
3. основное и фоновое заболевания
4. все перечисленное верно

157. Протокол (карта) патологоанатомического исследования включает в себя следующие разделы:

1. паспортная часть, клинические диагнозы, протокольная часть
2. патологоанатомический диагноз
3. выписка из медицинского свидетельства о смерти
4. клинико-анатомический эпикриз
5. все перечисленное верно

158. При взятии материала для бактериологического и вирусологического исследования необходимо использовать:

1. стерильные петли, лопаточки, шприцы и пастеровские пипетки
2. набор питательных сред (бульон, агар)
3. предметные и покровные стекла
4. все перечисленное верно

159. При вскрытии трупа оформляются следующие документы:

1. протокол патологоанатомического исследования
2. медицинское свидетельство о смерти
3. заключение о причине смерти
4. верно 1 и 2
5. все перечисленное верно

160. Отмена вскрытия не разрешается в случаях:

1. пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток
2. подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний
3. неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
4. все перечисленное верно

161. Разрез кожных покровов трупа, проходящий от подбородка или нижнего края щитовидного хряща до лобковой области, называют:

1. по Абрикосову
2. по Лешке
3. срединным
4. по Фишеру
5. по Самсонову

162. Документация секционного раздела работы патологоанатомического отделения включает в себя:

1. книги регистрации патологоанатомических вскрытий и выдачи трупов
2. протокол патологоанатомического исследования
3. медицинское свидетельство о смерти
4. все перечисленное верно

163. При вскрытии трупа могут быть использованы методы извлечения:

1. отдельных органов (по Вирхову)
2. органов по системам (по Абрикосову)
3. всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)

4. все перечисленные

164. В систему патологоанатомической службы входят:

1. патологоанатомические отделения
2. централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические бюро
3. патоморфологические лаборатории научно-исследовательских институтов
4. все перечисленное верно
5. верно 1 и 2

165. Злокачественные опухоли характеризуются:

1. клеточным и тканевым атипизмом
2. только тканевым атипизмом и быстрым ростом
3. только клеточным атипизмом и медленным ростом
4. инвазивным, медленным ростом

166. Опухоли с местнодеструктивным ростом:

1. обладают инфильтрирующим ростом, но не метастазируют
2. рецидивируют и метастазируют
3. обладают клеточным атипизмом и метастазируют
4. метастазируют и обладают тканевым атипизмом

167. К системным воздействиям при опухолях относят:

1. кахексию и паранеопластические синдромы
2. сдавление соседних органов
3. нарушение оттока секрета желез
4. кровотечение

168. Наиболее частые злокачественные опухоли:

1. эпителиальные
2. мезенхимальные
3. системы крови
4. периферических нервов

169. Рост опухоли по отношению к просвету полого органа бывает:

1. экзофитный и эндофитный
2. экспансивный и инфильтрирующий
3. эндогенный и экзогенный
4. экзофитный и инфильтрирующий

170. Важнейшее значение при метастазировании эпителиальной опухоли играет:

1. прорастание базальной мембраны
2. клеточный атипизм

3. экспансивный рост
4. тканевой атипизм

171. Метастазированием называется:

1. образование вторичных узлов на некотором расстоянии от первичного
2. полное разрушение органа опухолью
3. поражение опухолью другого органа
4. некроз опухолевой ткани

172. Вирховский метастаз - это метастаз рака желудка в:

1. левый надключичный лимфатический узел
2. параректальные лимфатические узлы
3. левый подключичный лимфатический узел
4. лёгкие

173. Благоприятный исход туберкулезной гранулемы:

1. нагноение
2. геморрагическая инфильтрация
3. гнилостное разложение
4. рубцевание
5. кровоизлияние

174. В развитии сепсиса наибольшее значение имеет возбудитель:

1. синегнойная палочка
2. кишечная палочка
3. палочка брюшного тифа
4. микозы
5. стрептококк

175. Гнойное метастазирование характерно для данной клинимо-морфологической формы сепсиса:

1. инфекционный эндокардит
2. септицемия
3. септикопиемия
4. шоковая форма
5. хронический сепсис

176. При тяжёлом течении гриппа с вторичной бактериальной инфекцией абсцессы лёгких обусловлены:

1. цитопаралитическим действием вируса
2. вазопаралитическим действием вируса
3. некротическим бронхитом
4. тяжёлой интоксикацией

177. Обычным путем заражения при кори является:

1. алиментарный
2. парентеральный
3. воздушно-капельный
4. контактно-бытовой

178. Преимущественной локализацией возбудителя полиомиелита является:

1. эндотелий
2. слизистая трахеи
3. двигательные нейроны
4. чувствительные нейроны

179. Осложненная корь характеризуется:

1. наличием экзантемы
2. наличием энантемы
3. наличием острого бронхита
4. наличием продуктивного бронхита
5. наличием очаговой пневмонии

180. 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

181. Фиброзная бляшка в аорте или в артерии — это проявление:

1. артериальной гипертензии
2. атеросклероза
3. сахарного диабета
4. вторичного сифилиса
5. третичного сифилиса

182. К важнейшим клинико-морфологическим формам атеросклероза не относят поражение артерий:

1. нижних конечностей
2. кишечника
3. головного мозга
4. сердца
5. верхних конечностей

183. Гипертрофия миокарда при декомпенсации сердца:

1. рестриктивная
2. эксцентрическая
3. концентрическая

4. обструктивная
5. реактивная

184. Осложнения инфаркта миокарда:

1. нарушения сердечного ритма
2. разрыв сердца
3. пневмосклероз
4. верно 1 и 3
5. верно 1 и 2

185. Возможные исходы инфаркта головного мозга:

1. киста
2. организация
3. петрификация
4. все перечисленное верно
5. верно 1 и 2

186. Гематомы головного мозга бывают при состояниях:

1. гипертонической болезни
2. симптоматической гипертензии
3. введении антикоагулянтов
4. верно 1 и 2
5. все перечисленное верно

187. Во второй стадии гипертонической болезни при доброкачественном течении в миокарде развиваются:

1. гипертрофия
2. кардиосклероз
3. некроз
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

188. Рецидивирующим называется инфаркт, развившийся после первичного:

1. в течение первых 2-х дней
2. в течение 28 суток
3. после одного месяца
4. после трех месяцев

189. В патологоанатомический диагноз не как нозологическая единица, а как патогенетический элемент ишемии, входит атеросклероз:

1. коронарных артерий
2. мозговых артерий
3. мезентериальных артерий
4. все перечисленное

5. только 1 и 2

190. Укажите наиболее частую причину 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

191. Возможные причины развития хронической обструктивной эмфиземы легкого:

1. абсцесс легкого
2. бронхит хронический
3. пневмония очаговая
4. рак легкого центральный
5. хроническое венозное полнокровие легкого

192. Возбудителем острой пневмонии может быть:

1. пневмококк
2. стафилококк
3. стрептококк
4. хламидия
5. все перечисленное верно

193. К внелегочным осложнениям долевой пневмонии относятся:

1. аспергиллез
2. острый язвенный эндокардит трехстворчатого клапана
3. абсцесс головного мозга
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

194. К хроническим обструктивным болезням легких относятся:

1. бронхо-эктатическая болезнь
2. эмфизема легких
3. гангрена легкого
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

195. К наиболее часто встречающимся видам эмфиземы относятся:

1. хроническая обструктивная
2. старческая
3. идиопатическая

4. все перечисленное
5. только 1 и 2

196. Наиболее частыми разновидностями бронхиальной астмы являются:

1. лекарственная
2. инфекционная (инфекционно-аллергическая)
3. атопическая
4. все перечисленное
5. только 2 и 3

197. К изменениям бронхов, развивающимся при силикозе, относится:

1. острый деструктивный бронхит
2. хронический бронхит
3. атрофия эпителия бронхов
4. перибронхит

198. Наиболее часто к силикозу присоединяется:

1. дизентерия
2. грипп
3. туберкулез
4. склерома
5. все перечисленное

199. Острая интерстициальная пневмония характеризуется воспалением:

1. в просвете альвеол
2. межальвеолярных перегородок и интерстиция
3. бронхиол и перибронхиальной ткани
4. эндокринного компонента легких

200. Ишемический колит может развиваться при:

1. атеросклерозе брыжеечной артерии
2. склеродермии
3. сахарном диабете
4. синдроме Leriche
5. полипозе толстой кишки

201. Макроскопическая форма портального цирроза печени:

1. мелкоузловой
2. крупноузловой
3. диффузный
4. фокальный
5. сегментарный

202. Осложнениями холецистита могут быть все нижеперечисленные, кроме:



1. пролежень в стенке желчного пузыря и ее разрыв
2. обострение хронического холецистита
3. эмпиема желчного пузыря
4. обтурационная желтуха
5. асцит

203. Для обострения язвы желудка характерным является:

1. гиалиноз
2. энтеролизация
3. регенерация
4. лимфоплазмоцитарная инфильтрация
5. фибриноидный некроз

204. Морфологическими формами аппендицита являются все перечисленные, кроме:

1. острого гнойного
2. острого поверхностного
3. острого деструктивного
4. хронического
5. крупозного

205. Наличие в корне языка ткани щитовидной железы обычного строения вероятнее всего свидетельствует:

1. о метастазе фолликулярного рака щитовидной железы
2. о прорастании опухоли железы
3. об ее эктопии
4. все перечисленное

206. Гидропическая дистрофия гепатоцитов наблюдается при:

1. стеатозе печени
2. сахарном диабете
3. вирусном гепатите В
4. ожирении
5. эхинококкозе печени

207. При белковом голодании жировая паренхиматозная дистрофия обычно развивается в:

1. печени
2. надпочечниках
3. почках
4. селезенке
5. миокарде

208. Стеатоз печени развивается при:

1. алкоголизме

2. вирусном гепатите В
3. гипертензии
4. зубной болезни
5. вирусном гепатите А

209. Неглубокий дефект в результате отторжения некроза слизистой оболочки желудка называется:

1. язва
2. секвестр
3. эрозия
4. апоптоз
5. атрофия

210. Бурая атрофия печени сопровождается нарушением обмена:

1. порфирина
2. липофусцина
3. меланина
4. серотанина
5. гемина

211. 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 мононуклеарная инфильтрация чашечек и лоханок

212. Гломерулонефрит характеризуется воспалением:

1. канальцев
2. интерстиция
3. почечных лоханок
4. почечных клубочков
5. сосудов почек

213. 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

214. Как называются почки при амилоидозе:

1. вторично сморщенные почки
2. большие красные почки
3. большие пестрые почки
4. первично-сморщенные почки
5. большие сальные почки

215. Заболеванием, часто осложняющимся амилоидозом почек, является:

1. ревматоидный артрит
2. ревматизм
3. атеросклероз
4. гипертоническая болезнь

216. Наиболее часто в почках развивается:

1. мелкоклеточный рак
2. перстневидно-клеточный рак
3. фиброзный рак
4. гипернефроидный рак

217. При нефротическом синдроме отеки:

1. гидростатические
2. онкотические
3. мембраногенные
4. в связи с задержкой электролитов
5. в связи с застоем лимфы

218. В почке амилоид откладывается в:

1. почечном клубочке
2. эпителии извитых канальцев
3. эпителии прямых канальцев
4. во всем перечисленном

219. Морфологическая основа хронической почечной недостаточности:

1. нефросклероз
2. аутоинтоксикация
3. острый гломерулонефрит
4. рак почки

220. Симптом, не входящий в нефритический синдром:

1. атрофия миокарда
2. протеинурия
3. гематурия
4. артериальная гипертензия

221. Причина развития эндемического зоба:

1. недостаток йода
2. избыток йода
3. избыток калия
4. избыток магния
5. все перечисленное верно

222. Развитие сахарного диабета связано с нарушением функции клеток:

1. ацинарных
2. бета
3. альфа
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

223. При развитии очагов некроза в гипофизе возникает:

1. акромегалия
2. церебрально-гипофизарная кахексия (болезнь Симмондса)
3. гигантизм
4. ожирение
5. сахарный диабет

224. Наиболее частые изменения поджелудочной железы при сахарном диабете:

1. атрофия и склероз
2. гипертрофия и гиперплазия
3. гнойное воспаление
4. некроз
5. верно 3 и 4

225. К аутоиммунным тиреоидитам относят:

1. тиреоидит Хасимото
2. тиреоидит Риделя
3. тиреоидит де Кервена
4. все перечисленное
5. только 1 и 2

226. При сахарном диабете могут развиваться комы:

1. диабетическая (гипергликемическая, кетоацидозная)
2. молочнокислая (лактацидемическая)
3. гиперосмолярная
4. гипогликемическая
5. все перечисленное верно

227. При аденоме из эозинофильных клеток передней доли гипофиза в

детском возрасте возникает:

1. болезнь Иценко - Кушинга
2. несахарный диабет
3. акромегалия
4. гигантизм

228. Основным биохимическим проявлением гиперпаратиреоза является:

1. гиперкальциурия и гиперфосфатурия
2. повышение уровня сиаловых кислот
3. избыточное содержание белка в моче
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного ничего из перечисленного

229. К острой почечной недостаточности у больных сахарным диабетом может привести:

1. пиелонефрит
2. гломерулонефрит
3. синдром Гудпасчера
4. артериальная гипертензия
5. диабетический гломерулосклероз

230. Укажите артерию, бассейн которой является наиболее частой зоной ишемического поражения головного мозга:

1. передняя мозговая
2. задняя мозговая
3. средняя мозговая
4. задняя соединяющая

231. Основными слоями стенки сформировавшегося абсцесса головного мозга являются все перечисленные, кроме:

1. грануляционного
2. фиброзного
3. перифокального (энцефалитического)
4. фибринозного

232. По происхождению абсцессы мозга делятся:

1. на метастатические гематогенные
2. из близлежащих гнойных очагов ("очагов по соседству")
3. на травматические
4. всех перечисленных локализаций
5. только 1 и 2

233. К опорным клеткам ЦНС (нейроглии) относятся:
1. астроциты
  2. олигодендроциты
  3. клетки эпендимы
  4. верно 1 и 2
  5. все перечисленные
234. Импульсы к телу нейрона передаются:
1. по дендритам
  2. по аксонам
  3. по астроцитам
  4. по олигодендроцитам
  5. верно 2 и 3
235. Обратимое изменение клапанов при ревматическом эндокардите:
1. острый вальвулит
  2. острый бородавчатый эндокардит
  3. возвратно-бородавчатый эндокардит
  4. фибропластический эндокардит
  5. полипозно-язвенный эндокардит
236. Клинико-морфологическая форма ревматизма:
1. межуточная
  2. печеночно-почечная
  3. легочная
  4. кардиоваскулярная
  5. узловато-разветвленная
237. Признаком активности ревматического процесса является:
1. недостаточность аортального клапана
  2. стеноз аортального клапана
  3. гранулема Ашоффа - Талалаева
  4. укорачивание и утолщение хорд
  5. периваскулярный кардиосклероз
238. Осложнением возвратно-бородавчатого эндокардита является:
1. инфаркты в органах большого круга кровообращения
  2. кахексия
  3. абсцесс мозга
  4. перикардит
  5. тромбоэмболия легочной артерии
239. Ревматический перикардит может быть:

1. гнойным
2. геморрагическим
3. фибринозным
4. гнилостным
5. катаральным

240. Клетки Березовского-Штернберга-Рида бывают:

1. «типичные»
2. лакунарные
3. плеоморфного типа
4. все перечисленное верно

241. В зависимости от характера течения анемии делятся:

1. на острые
2. на хронические
3. на рецидивирующие
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

242. При пернициозной анемии в слизистой оболочке желудка развивается:

1. гиперплазия
2. атрофия
3. язва
4. метаплазия

243. Патогенез пернициозной анемии:

1. повышенное кроверазрушение
2. кровопотеря
3. невозможность всасывания витамина В12 в результате недостаточности продукции гастромукопротеина
4. гемолиз
5. гипоплазия кроветворения

244. Филадельфийская хромосома характерна для:

1. миеломной болезни
2. лимфолейкоза
3. миелолейкоза
4. эритремии
5. макроглобулинемии

245. Железодефицитная анемия не возникает при:

1. дефиците фолиевой кислоты
2. дефиците железа в пище и мальабсорбции
3. мальабсорбции и анкилостомозе
4. анкилостомозе и хроническом атрофическом гастрите

246. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов:

1. эритроцитов
2. лейкоцитов
3. нейтрофилов
4. лимфоцитов
5. тромбоцитов

247. Некротическая ангина (некроз миндалин) – характерный признак:

1. острого лейкоза
2. язвенной болезни желудка
3. цирроза печени
4. хронического лейкоза

248. На распиле трубчатых костей костный мозг имеет «пиоидный» вид при:

1. хроническом остеомиелите
2. хроническом лимфолейкозе
3. остром миелоидном лейкозе
4. хроническом миелоидном лейкозе
5. остром недифференцированном лейкозе

249. Морфологическая диагностика болезни Ходжкина основана на:

1. биопсии лимфатического узла
2. мазке костного мозга
3. биопсии печени
4. трепанобиопсии

250. К костеобразующему элементу костной ткани относится:

1. остеобласт
2. фибробласт
3. эндотелиальная клетка
4. все перечисленные клеточные элементы
5. ничто из перечисленного

251. Один из компонентов, составляющих остеон:

1. гаверсов канал
2. фибробласт
3. остеокласт
4. все перечисленные компоненты

252. Остеомаляция развивается:

1. при туберкулезном спондилите
2. при метастазах рака желчного пузыря в кости



3. при карциноиде легких

4. при рахите

253. Вторичный остеопороз наблюдается при:

1. химиотерапии
2. карциноматозе
3. недостаточности эстрогенов
4. снижении физической активности
5. верно 1 и 2

254. Эндометриоидная киста выстлана:

1. плоским эпителием
2. кубическим эпителием
3. призматическим эпителием
4. переходным эпителием
5. эпителием эндометриального типа

255. Выстилка кист желтого тела состоит из:

1. плоского эпителия
2. кубического эпителия
3. лютеиновых клеток
4. мерцательного эпителия

256. После овуляции в яичнике образуется:

1. персистирующий фолликул
2. белое тело
3. желтое тело
4. фиброзное тело
5. ничего из перечисленного

257. На молочную железу при беременности оказывают влияния гормоны гипофиза:

1. фолликулостимулирующий
2. соматомаммотропин
3. лактогенный гормон
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

258. В эндометрии половозрелой женщины выделяют:

1. функциональный слой
2. промежуточный слой
3. базальный слой
4. верно 1 и 3
5. верно 2 и 3

259. Компактный слой слизистой оболочки тела матки формируется:

1. при железистой гиперплазии эндометрия
2. в позднюю стадию фазы пролиферации
3. в среднюю стадию фазы секреции
4. при хроническом гиперпластическом эндометрите

260. К эстрогенной фазе в эндометрии относят следующие признаки:

1. трубчатые железы из темного не секретизирующего эпителия
2. клубки спирально извитых сосудов
3. отечная клеточная строма
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

261. Зоны фибриноидного некроза в поверхностных слоях эндометрия свидетельствуют:

1. об остром эндометрите
2. о наличии беременности
3. о менструальном отторжении эндометрия
4. о реакции на внутриматочную спираль

262. Децидуальная ткань в эндометрии отчетливо выражена:

1. на 9-й день после оплодотворения
2. на 16-й день после оплодотворения
3. к трем месяцам после оплодотворения
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

263. Под термином "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
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

264. Фолликулярные кисты яичника выстланы:

1. кубическим эпителием
2. плоским эпителием
3. мерцательным эпителием
4. клетками гранулезы
5. гранулезно-лютеиновыми клетками

265. Для неспецифического сальпингита характерно:

1. диффузное воспаление стенки трубы
2. аденоматозные разрастания эпителия
3. гранулематозное воспаление
4. все перечисленное

266. Тека-строма яичников ответственна за выработку половых гормонов:

1. андрогенов
2. эстрогенов
3. хорионического гонадотропина
4. прогестинов

267. Субнуклеарные вакуоли в эпителии желез эндометрия отмечаются:

1. при маточной беременности малого срока
2. при экзогенном введении половых гормонов
3. в раннюю стадию фазы секреции
4. при обратном развитии секреторного эндометрия

268. Непосредственной причиной смерти учитывается:

1. нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
2. нозологическая единица, явившаяся причиной танатогенетического процесса
3. механизм наступления смерти
4. правильно 2 и 3
5. все перечисленное

269. При сличении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов устанавливают расхождение диагнозов при несовпадении:

1. основного и фонового заболеваний
2. важнейших осложнений, существенно изменивших течение основного заболеваний или явившихся причиной смерти
3. коморбидным заболеваниям (при наличии конкурирующих, сочетанных, фоновых заболеваний)
4. все перечисленное верно
5. только основного заболевания

270. Тератома – это опухоль из:

1. производных нескольких зародышевых листков
2. мягкой мозговой оболочки
3. твёрдой мозговой оболочки
4. многослойного плоского эпителия

271. Первые метастазы саркомы обычно являются:

1. гематогенными
2. лимфогенными
3. контактными
4. имплантационными

272. Мезенхимальные опухоли не развиваются из ткани:

1. эпителиальной
2. жировой
3. сосудистой
4. фиброзной

273. Лимфомы - это вид:

1. регионарных опухолевых заболеваний кроветворной ткани
2. лейкозов
3. рака
4. лимфангиом

274. Наиболее признанный синоним зернистоклеточной опухоли:

1. опухоль Баре-Массона
2. эпителиоидноклеточная лейомиома
3. опухоль Абрикосова
4. опухоль Глазунова
5. гломусная опухоль

275. Самая частая первичная злокачественная опухоль пищевода:

1. аденокарцинома
2. плоскоклеточный рак
3. недифференцированный рак
4. меланома
5. лейомиосаркома

276. Рак желчного пузыря чаще всего развивается на фоне:

1. цирроза печени
2. хронического панкреатита
3. эмпиемы желчного пузыря
4. холелитиаза
5. хронического холецистита

277. Опухоль Крукенберга – это:

1. тератобластома почки
2. рак молочной железы
3. метастаз рака желудка в яичник

4. остеосаркома
5. гормоноактивная опухоль яичника

278. Рак мочевого пузыря чаще встречается у:

1. пожилых женщин
2. рабочих анилиновой промышленности
3. новорожденных
4. радиологов
5. молодых мужчин

279. Опухоли центральной нервной системы метастазируют в:

1. печень
2. лимфатические узлы
3. легкие
4. кости
5. центральную нервную систему

280. Наиболее частая доброкачественная опухоль костей:

1. гемангиома
2. остеобластома
3. остеохондрома
4. фиброзная гистиоцитома
5. фиброзный кортикальный дефект

281. Рак легкого для которого характерно формирование «раковых жемчужин»:

1. мелкоклеточный рак
2. крупноклеточный
3. плоскоклеточный
4. бронхо-альвеолярный рак
5. аденокарцинома

282. Воспаление слизистой оболочки верхних дыхательных путей при неосложненной кори имеет характер:

1. гнойного
2. некротического
3. фибринозного
4. катарального
5. геморрагического

283. Преимущественная локализация местных изменений при кори:

1. слизистая трахеи
2. слизистая прямой кишки
3. лимфатические узлы

4. кожа

284. Назовите возбудителя кори:

1. палочка Коха
2. риккетсия
3. ДНК-содержащий вирус
4. РНК-содержащий вирус
5. шигелла

285. Возбудитель сыпного тифа размножается в:

1. лимфоцитах
2. железистом эпителии
3. эндотелии
4. клетках ЦНС
5. гистиоцитах

286. Укажите переносчика сыпного тифа:

1. мыши
2. лобковая вошь
3. платяная вошь
4. клоп
5. клещ

287. Возбудитель малярии обнаруживается в:

1. лимфоцитах
2. лейкоцитах
3. эритроцитах
4. эндотелии сосудов
5. плазмоцитах

288. Наиболее характерными изменениями при сыпном тифе являются:

1. энтерит
2. колит
3. миозит
4. васкулит

289. Возбудитель скарлатины:

1.  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А
2. золотистый стафилококк
3. североазиатская риккетсия
4. вирус Эпштейна-Барра

290. Формой менингококковой инфекции является:

1. аллергическая
2. токсическая

3. назофарингит
4. миелит
5. ларинготрахеит

291. Характерный вид оболочек головного мозга при остром менингококковом менингите:

1. шагреновая кожа
2. звездчатый купол
3. волосатый чепчик
4. желто-зеленоватый чепчик

292. Укажите синоним гипертонической болезни:

1. доброкачественная артериальная гипертензия
2. злокачественная артериальная гипертензия
3. эссенциальная гипертензия
4. эндокринная гипертензия
5. вазоренальная гипертензия

293. Паренхиматозная жировая дистрофия миокарда выявляется при окраске:

1. гематоксилином и эозином
2. по Ван-Гизону
3. суданом 3
4. толуидиновым синим
5. пикриновой кислотой

294. Укажите, где выявляются липиды при «тигровом сердце»:

1. в миокарде
2. в эпикарде
3. в клапанах сердца
4. в субэпикардальном жировом слое
5. трансмурально

295. 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

296. Тромбоэмболия ствола и крупных ветвей легочной артерии приводит к развитию:

1. пульмокоронарного рефлекса
2. шока

3. геморрагического инфаркта
4. ДВС-синдрома
5. ателектаза

297. Местное патологическое расширение сосуда называется:

1. васкулит
2. аневризма
3. тромбангиит
4. атерioskлероз
5. артериоэктазия

298. Смертельное осложнение инфаркта миокарда:

1. хроническая сердечная недостаточность
2. надклапанный разрыв аорты
3. гранулематозный миокардит
4. фибринозный миокардит
5. кардиогенный шок

299. Локализацией тромбов при тромбозах артерий большого круга кровообращения является:

1. клапаны левого сердца
2. вены большого круга кровообращения
3. клапаны правого сердца
4. артерии малого круга кровообращения
5. вены малого круга кровообращения

300. Непосредственной причиной образования тромба является:

1. повреждение сосудистой стенки
2. увеличение вязкости крови
3. замедление тока крови
4. завихрение тока крови
5. все перечисленное

301. Гиалиновые тромбы образуются в:

1. венах
2. полости сердца
3. аорте
4. капиллярах
5. артериях

302. По локализации инфаркт миокарда бывает:

1. субэндокардиальным
2. интрамуральным
3. субэпикардиальным
4. трансмуральным



5. все перечисленное

303. Осложнения хронической аневризмы сердца:

1. пристеночные тромбы в сердце
2. тромбоэмболический синдром
3. нарушения ритма сердца
4. вторичный амилоидоз
5. верно 1, 2 и 3

304. При долевой пневмонии могут поражаться:

1. группа ацинусов легкого
2. оба легких
3. сегмент
4. несколько соседних сегментов

305. При шоке в легких развивается:

1. хроническое венозное полнокровие
2. отек
3. диффузное альвеолярное повреждение
4. эмфизема
5. пневмоторакс

306. Преимущественная морфологическая форма тяжелой гриппозной пневмонии:

1. очаговая гнойная
2. сливная геморрагическая
3. очаговая серозно-десквамативная
4. интерстициальная
5. фибринозно-гнойная

307. К ателектазу легких приводит:

1. пневмония
2. сдавление легкого извне
3. обтурация бронхов
4. верно 2 и 3
5. все перечисленное верно

308. Наиболее часто встречающийся вариант пневмонии у умерших в стационаре:

1. вторичная пневмония
2. внутрибольничная пневмония
3. пневмония при ХОБЛ
4. верно 2 и 3
5. верно 1 и 2

309. При каком типе пневмоний наиболее часто встречаются абсцессы:

1. стрептококковые пневмонии
2. пневмококковые пневмонии
3. стафилококковые пневмонии
4. вирусные пневмонии
5. синегнойная палочка

310. Очаговым пневмониям может предшествовать:

1. эмфизема
2. карнификация
3. острый бронхит
4. пневмосклероз
5. альвеолит

311. Этиология долевой пневмонии может быть связана:

1. с пневмококком
2. с палочкой Фридендера
3. с легионеллой
4. со всем перечисленным
5. только 1 и 2

312. Экссудат при долевой пневмонии носит:

1. серозный характер
2. фибринозно-геморрагический характер
3. фибринозно-гнойный характер
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

313. Для микроскопической картины аспирационной пневмонии характерно:

1. некроз
2. воспалительные фокусы разной величины
3. склонность очагов к слиянию
4. обилие микробов
5. все перечисленное верно

314. Формы вторичного туберкулеза:

1. инфильтративный
2. цирротический
3. кавернозный
4. все перечисленное верно
5. ничего из перечисленного

315. Туберкулома легких характеризуется:

1. множественными мелкими очагами некроза со специфическими

грануляциями в капсулах

2. одиночным крупным очагом казеозного некроза
3. полостью с фиброзной стенкой
4. все перечисленное верно
5. ничего из перечисленного

316. Первичный туберкулезный комплекс включает:

1. первичный аффект и лимфангит
2. лимфангит и лимфаденит
3. лимфангит, лимфаденит и первичный аффект
4. первичный аффект и лимфаденит
5. ничего из перечисленного

317. При гематогенно-диссеминированном туберкулезе диссеминация обычно в:

1. одном легком
2. обоих легких
3. верхней доле левого легкого
4. нижней доле правого легкого

318. Заживший очаг первичного туберкулёза принято называть очагом:

1. Гопа
2. Абрикосова
3. Симона
4. Ассмана-Редекера

319. Патогномоничный для сибирской язвы кожный элемент:

1. папула
2. изъязвление
3. карбункул
4. пустула
5. везикула

320. Для механической печеночной желтухи характерен:

1. вне дольковый холестаз
2. лестничные некрозы
3. хронический холангит
4. баллонная дистрофия гепатоцитов
5. все перечисленное

321. Возможной причиной смерти при вирусном циррозе печени является:

1. сепсис

2. перитонит
3. печеночная недостаточность
4. профузное кишечное кровотечение

322. Наиболее частым типом возбудителя вирусного (постнекротического) цирроза является:

1. вирус гепатита А
2. вирус гепатита В
3. вирус дельта
4. все перечисленное верно

323. К местному фактору, имеющему значение в патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, относится:

1. инфекционный
2. нарушение трофики
3. токсический
4. понижение секреции гастрина и гистамина
5. экзогенный

324. Основная причина развития острой жировой дистрофии печени:

1. анурия
2. анемия
3. интоксикация
4. вирус гепатита В
5. белковое голодание

325. К морфологическим формам острого гастрита можно отнести:

1. поверхностный
2. катаральный серозный
3. фибринозный
4. атрофический
5. гипертрофический

326. Характерными признаками острого аппендицита являются все перечисленные, кроме:

1. отека
2. серозного экссудата, в слизистой, и мышечной оболочках
3. гиперемии
4. склероза стенки отростка
5. деструкции мышечных волокон

327. Наиболее характерные изменения сосудов в дне хронической язвы желудка:

1. воспаление и склероз стенки
2. полнокровие

3. малокровие
4. образование крупных тонкостенных синусоидальных сосудов
5. все перечисленное верно

328. Элективная окраска для выявления амилоида:

1. судан III
2. фукселин
3. пикрофуксин
4. конго красный

329. Наиболее частый вид амилоидоза с поражением почек:

1. первичный
2. старческий
3. вторичный
4. локальный

330. По этиологическому признаку острый пиелонефрит бывает:

1. бактериальный
2. грибковый
3. вирусный
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

331. Основной морфологический признак острого пиелонефрита:

1. лейкоцитарная инфильтрация интерстиция
2. дистрофические изменения канальцевого эпителия
3. полнокровие юкстамедуллярной зоны почки
4. белковые цилиндры в канальцах

332. Различают тип гломерулонефрита в зависимости от продолжительности течения:

1. активный
2. персистирующий
3. подострый
4. нет верного ответа

333. В почке при нефротическом синдроме развивается дистрофия:

1. белковая
2. баллонная
3. гидropическая
4. баллонная и гидropическая
5. гиалиново-капельная и гидropическая

334. Заболеванием, которое часто сопровождается амилоидозом с

поражением почек, является:

1. хронический абсцесс легкого
2. атеросклероз
3. гипертоническая болезнь
4. цирроз печени
5. острая пневмония

335. Симптом, не входящий в нефротический синдром:

1. гематурия
2. гипопротеинемия
3. массивная протеинемия
4. генерализованные отёки

336. Диабетическую макроангиопатию характеризуют:

1. изменения в аорте и артериях
2. атеросклероз
3. изменения артериол и капилляров
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

337. Возбудителем сифилиса является:

1. шигелла
2. коринебактерия
3. бледная трепонема (спирохета)
4. лямблия
5. листерия

338. Основной компонент первичного инфекционного комплекса при сифилисе:

1. везикула
2. пустула
3. твердый шанкр
4. бубон
5. папула

339. Синоним сифилитической гранулёмы:

1. гумма
2. петрификат
3. бугорок
4. узелок

340. Для септической селезенки характерно:

1. увеличение
2. дряблая консистенция

3. гиперплазия пульпы
4. обильный соскоб пульпы
5. все перечисленное верно

341. Характерные ВИЧ-ассоциированные заболевания:

1. саркома Капоши и пневмоцистная пневмония
2. пневмоцистная пневмония и рак матки
3. рак матки и лимфома Беркитта
4. костная саркома и саркома Капоши

342. Основной возбудитель пневмонии при иммунодефицитном состоянии:

1. микоплазмы
2. вирусы гриппа
3. пневмоцисты
4. все три возбудителя
5. никакой из вышеперечисленных

343. Изменения лимфатических узлов при ВИЧ-инфекции:

1. полнокровие
2. некроз
3. склероз
4. гиперплазия

344. Специфическое морфологическое изменение в органах при цитомегалии:

1. некроз клеток, зараженных вирусом
2. лейкоцитарная инфильтрация стромы
3. гигантоклеточный метаморфоз клеток
4. образование гранулем
5. все перечисленное верно

345. 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

346. Воспаление в лимфатическом узле при чуме имеет характер:

1. фибринозный
2. серозный
3. геморрагический
4. гнойный
5. гнилостный

347. Наиболее частая форма сибирской язвы:

1. кожная
2. легочная
3. кишечная
4. почечная

348. Возбудитель трихинеллеза личиночной стадии обнаруживается в:

1. головном мозге
2. печени
3. мышцах
4. кишечнике
5. почках

349. Наиболее часто встречаемая герминогенная опухоль яичек:

1. семинома
2. постпубертатная тератома
3. опухоль желточного мешка
4. эмбриональный рак

350. Из перечисленных новообразований истинными новообразованиями яичника является:

1. лютеома беременности
2. киста желтого тела
3. фолликулярная киста
4. муцинозная киста

351. Вид клеток, из которых построена эпителиоидная лейомиома является:

1. эпителиоидная клетка
2. миоидная клетка
3. плазматическая клетка
4. гигантская клетка Тутона
5. ксантомная клетка

352. В клетках феохромоцитомы содержится пигмент:

1. гемосидерин
2. липохром
3. адренохром
4. меланин

353. Наиболее частая локализация фиброаденомы:

1. почки
2. печень
3. яичники
4. молочная железа



5. поджелудочная железа

354. Аденоматозный зуб отличается от аденомы:

1. наличием четкой капсулы
2. отсутствием четкой капсулы
3. клеточным полиморфизмом
4. все перечисленное верно

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

1. папиллярную
2. фолликулярную
3. недифференцированную
4. все перечисленное верно

356. Гистологическая реакция, уточняющая гистологический диагноз "карциноид легкого":

1. окраска по Ван-Гизону
2. окраска по Перлсу
3. окраска по Вейгерту
4. реакция Гримелиуса
5. краска гематоксилином – эозином

357. Цвет невуса обусловлен пигментом:

1. ферритином
2. биливердином
3. меланином
4. гемосидерином
5. липофусцином

358. Признаки экспансивного роста опухоли:

1. оттеснение соседних с опухолью тканей
2. образование вокруг опухоли подобия капсулы
3. рост в виде узла
4. все перечисленное верно
5. верно 2 и 3

359. Злокачественная эпителиальная опухоль легких:

1. фибросаркома
2. лимфома
3. аденокарцинома
4. миелоблейкоз
5. гамартома

360. Гистологические признаки рака in situ:

1. инвазивный рост
2. наличие метастазов
3. периневральное распространение
4. внутриэпителиальный злокачественный рост
5. все перечисленное верно

361. В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:

1. вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала
2. забор секционного материала для специальных исследований
3. микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала
4. все перечисленное верно
5. верно 1 и 2

362. Направление трупа на судебно-медицинское исследование, независимо от времени пребывания больного в лечебном учреждении, производится, если смерть последовала от:

1. механических повреждений и асфиксии
2. отравлений, действия крайних температур и электричества
3. криминального аборта и насильственных причин
4. все перечисленное верно
5. верно 2 и 3

363. 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. все перечисленные

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

1. вскрытия черепа
2. вскрытия грудной клетки
3. вскрытия брюшной полости
4. вскрытия брюшной и грудной полостей
5. вскрытия конечностей

365. Клетки меланомы от клеток других злокачественных опухолей отличаются:

1. полиморфизмом
2. анаплазией
3. содержанием меланина
4. гиперхромией

5. наличием гемосидерина

366. В легких может встречаться:

1. плоскоклеточный рак
2. железистый рак
3. мелкоклеточный рак
4. карциноид
5. все перечисленное верно

367. 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

368. Укажите наиболее частый гистологический тип рака шейки матки:

1. аденокарцинома
2. плоскоклеточный рак
3. аденосквамозный рак
4. мелкоклеточный рак
5. недифференцированный рак

369. Наиболее частая локализация рака толстой кишки:

1. слепая кишка
2. восходящий отдел
3. поперечно-ободочная часть
4. селезеночный угол
5. ректо-сигмоидный отдел

370. Наилучшим индикатором для оценки состояния нейрона является:

1. липофусцин
2. меланин
3. нисслевское вещество
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

371. Гематоэнцефалический барьер образуют:

1. астроциты
2. эндотелий капилляров с плотными контактами
3. базальная мембрана, окружающая капилляры
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

372. На активность ревматического процесса указывает:

1. недостаточность трехстворчатого клапана
2. сращение заслонок аортального клапана
3. стеноз митрального клапана
4. периваскулярный склероз
5. периваскулярное фибриноидное набухание

373. Характерный морфологический признак при узелковом периартериите:

1. артериолосклероз
2. атеросклероз
3. фибриноидный некроз
4. деструктивно-пролиферативный васкулит
5. амилоидоз

374. Изменения в коже при системной склеродермии проявляются в виде:

1. гиалиноза
2. обызвествления
3. дерматита
4. нагноения
5. липоидоза

375. При системной красной волчанке наиболее информативно морфологическое исследование:

1. десны
2. почки
3. фасции
4. мышцы
5. слюнной железы

376. К изменениям соединительной ткани, характерным для обострения ревматизма, относится:

1. амилоидоз
2. мукоидное набухание
3. малокровие сосудов
4. гиалиноз
5. склероз

377. Для амебиаза характерно:

1. отек стенки тощей кишки
2. некроз тканей толстой кишки с образованием язв
3. фибриноидное воспаление
4. геморрагическое воспаление
5. все перечисленное верно

378. Клинико-морфологическая форма чумы при вдыхании возбудителя:

1. бубонная
2. септическая
3. кишечная
4. легочная
5. все перечисленное верно

379. Инфекционный эндокардит считается острым при продолжительности:

1. до 2-х недель
2. до 4-х недель
3. до 3-х месяцев
4. свыше 3-х месяцев
5. свыше 6-ти месяцев

380. Вирус гриппа имеет тропизм ко всем нижеперечисленным тканям, за исключением:

1. эпителий бронхиол
2. конъюнктива
3. альвеолярный эпителий
4. эпителий почек
5. эндотелий капилляров

381. При дифференциальной диагностике туберкулеза и саркоидоза может быть:

1. качественный состав гранулемы
2. обнаружение возбудителя
3. отсутствие зоны казеозного некроза
4. все указанное верно

382. Для неосложненной холеры характерны следующие патологические изменения:

1. поражение преимущественно тонкой кишки
2. воспаление слизистой оболочки толстой кишки
3. интерстициальная пневмония
4. абсцессы печени

383. Источник факторов, вызывающих развитие казеозного некроза в гранулеме:

1. макрофаг
2. лимфоцит
3. бактерия-возбудитель
4. эпителиоидная клетка

384. Для окраски бактерий в гистологических срезах применяют методы:

1. Грама
2. Циль-Нильсена
3. Романоского-Гимза
4. Леффлера
5. все перечисленное верно

385. Пути попадания микобактерии туберкулеза в организм человека:

1. воздушно-капельный
2. трансмиссивный
3. пылевой
4. пищевой
5. все перечисленное верно

386. Инфекционный эндокардит считается подострым при продолжительности:

1. до 2-х недель
2. до 4-х недель
3. до 3-х месяцев
4. свыше 3-х месяцев

387. 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

388. Патологический процесс в почках при гипертонической болезни:

1. артериолосклеротический нефросклероз
2. атеросклеротический нефросклероз
3. амилоидоз
4. атрофия
5. поликистоз

389. Атеросклероз макроскопически проявляется развитием:

1. жировых пятен и полосок
2. фиброзных бляшек
3. осложненных поражений
4. все перечисленное верно
5. верно 1 и 2

390. Ишемическая болезнь сердца представляет:

1. группу заболеваний

2. одно заболевание
3. «коронарную болезнь сердца»
4. верно 1 и 3
5. верно 2 и 3

391. Клиническое проявление жировой дистрофии миокарда:

1. снижение сократительной способности миокарда
2. увеличение объема циркулирующей крови
3. тромбоэмболический синдром
4. нет верного ответа

392. Гипертрофия миокарда является результатом:

1. расширения полостей сердца
2. уменьшения количества мышечных волокон
3. размножения кардиомиоцитов
4. увеличения размеров отдельных волокон
5. утолщения эндокарда

393. Повторным называется инфаркт, развившийся после первичного:

1. в течение первых 2-х дней
2. в течение первого месяца
3. через 28 суток
4. после трех месяцев

394. Возможными причинами смерти больных с ишемическим инфарктом головного мозга могут быть:

1. отека мозга
2. прорыва крови в желудочки мозга
3. пневмонии
4. тромбоэмболии легочной артерии
5. верно 1, 3 и 4

395. Острая абсолютная ишемия приводит к:

1. склерозу
2. инфаркту
3. атрофии
4. отёку
5. воспалению

396. 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

397. Укажите наиболее редкую локализацию ишемического повреждения миокарда:

1. передняя стенка левого желудочка
2. правый желудочек
3. задняя стенка левого желудочка
4. левый желудочек в области верхушки сердца
5. межжелудочковая перегородка

398. Накопление липидов в стенке крупных артерий типично для:

1. воспаления
2. кахексии
3. аневризмы
4. ожирения
5. атеросклероза

399. 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

400. Тромб, в котором содержится большое количество эритроцитов, называется:

1. красный
2. слоистый
3. белый
4. гиалиновый
5. смешанный

401. При эмфиземе легких поражения локализуются в:

1. в ацинусах
2. в бронхиолах
3. в бронхах
4. все верно

402. Чем вызывается силикоз:

1. вдыхание асбестовой пыли
2. дыхание двуокиси кремния
3. вдыхание угольной пыли
4. вдыхание мучной пыли

403. К осложнениям бронхоэктазов не относится:

1. хроническая левожелудочковая недостаточность



2. лёгочное кровотечение
3. вторичный амилоидоз
  
4. хроническое лёгочное сердце

404. Причина развития хронического лёгочного сердца у больных ХОБЛ - это синдром:

1. лёгочной гипертензии
2. верхней полой вены
3. нижней полой вены
4. Панкоста

405. В старческом возрасте возникает эмфизема:

1. викарная
2. буллезная
3. сенильная
4. межуточная
5. обструкционная

406. Основное тяжелое осложнение язвы желудка:

1. лимфаденит регионарных узлов
2. перфорация стенки желудка
3. перигастрит
4. «воспалительные» полипы вокруг язвы

407. Для жировой дистрофии (стеатоза) печени характерно:

1. уменьшение размеров органа
2. плотная консистенция органа
3. бугристая поверхность органа
4. липиды в цитоплазме гепатоцитов
5. исчезновение ядер гепатоцитов

408. Печень называется «гусиной» при:

1. хроническом венозном полнокровии
2. стеатозе
3. белковой дистрофии
4. амилоидозе
5. гиалинозе капсулы

409. Глубокий дефект стенки желудка в результате отторжения некроза называется:

1. язва
2. секвестр
3. эрозия
4. апоптоз

5. атрофия
410. Энтеролигация эпителия слизистой желудка – это процесс:
1. регенерации
  2. воспаления
  3. метаплазии
  4. атрофии
  5. дисплазии
411. Сформированный цирроз печени характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
1. обилия грубых соединительнотканых септ
  2. некроза гепатоцитов
  3. наличия узелков-регенератов
  4. грубых нарушений гистоархитектоники печени
  5. наличия атипичных гепатоцитов
412. Морфологической формой хронического гепатита является:
1. флегмонозный
  2. персистирующий
  3. фибринозный
  4. апостематозный
413. Основным гистологическим признаком 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
414. Гидропическая дистрофия гепатоцитов характерна:
1. для стеатоза
  2. гепатомы
  3. мускатного фиброза
  4. сахарного диабета
  5. вирусного гепатита В
415. Эпулис – это клиническое понятие, обычно обозначающее:
1. болезнь обмена веществ
  2. опухоль
  3. опухолеподобное поражение
  4. расстройство кровообращения
  5. воспаление

416. Причина обструкции мочевыводящих путей на уровне уретры:

1. тромбы
2. камни
3. стриктуры
4. гиперплазия ткани соседнего органа
5. воспаление

417. Причина обструкции мочевыводящих путей на уровне предстательной железы:

1. тромбы
2. камни
3. стриктуры
4. опухоли
5. воспаление

418. У женщин уретрит часто сопровождается:

1. циститом
2. проктитом
3. аднекситом
4. простатитом
5. вульвовагинитом

419. Опишите макроскопический вид сердца, в связи с поражением перикарда при уремии:

1. «бычье сердце»
2. «тигровое сердце»
3. «волосатое сердце»
4. бурая атрофия миокарда
5. жировая дистрофия миокарда

420. При нефротическом синдроме отсутствует:

1. протеинурия
2. гипопроteinемия
3. дегидратация
4. гиперлипидемия
5. липидурия

421. При остром гломерулонефрите отеки:

1. гидростатические
2. в связи с задержкой электролитов
3. онкотические
4. в связи с застоем лимфы
5. мембраногенные

422. Где в почках выявляются липиды при паренхиматозной жировой

дистрофии:

1. в клубочках
2. в нефроцитах
3. в строме
4. в сосудах
5. в лоханке

423. Для гломерулонефрита характерно:

1. гипертрофия левого желудочка сердца
2. гнойное воспаление
3. только острое течение
4. артериальная гипертензия

424. Патология, клинически проявляющаяся хронической почечной недостаточностью:

1. нефросклероз
2. тубулонекроз
3. рак почки
4. нефролитиаз

425. При нефротическом синдроме развиваются:

1. протеинурия и отёки
2. вторичный иммунодефицит и тромбозы
3. тромбозы и артериальная гипертензия
4. артериальная гипертензия и атеросклероз

426. Для пиелонефрита не характерно:

1. всегда двустороннее поражение почек
2. гнойный характер воспаления при обострении
3. острое или хроническое, рецидивирующее течение
4. завершается нефросклерозом

427. Характерный клинический синдром при гипотиреозе у взрослых:

1. нанизм
2. кретинизм
3. микседема
4. акромегалия
5. лакторея – аменорея

428. Диабетическая микроангиопатия характеризуется:

1. плазматическим пропитыванием, гиалинозом
2. атеросклерозом
3. поражением артериол и капилляров
4. верно 1 и 2

5. верно 1 и 3

429. Аденоматозный зоб отличается от аденомы:

1. наличием четкой капсулы
2. отсутствием четкой капсулы
3. клеточным полиморфизмом
4. верно 2 и 3
5. верно 1 и 3

430. Функция щитовидной железы при тиреотоксическом зобе:

1. повышена
2. не изменена
3. понижена
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

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

1. болезнь Иценко - Кушинга
2. акромегалия
3. несахарное мочеизнурение
4. Аддисонова болезнь

432. 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

433. Гнойный энцефалит чаще локализуется:

1. в белом веществе
2. в сером веществе
3. в желудочках мозга
4. во всем перечисленном
5. все неверно

434. Для ревматических болезней характерно:

1. кахексия
2. тромбоэмболия
3. геморрагический синдром
4. прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани
5. гемосидероз

435. Наиболее частая клинико-морфологическая форма ревматизма:

1. полиартритическая
2. нодозная
3. кардиоваскулярная
4. церебральная
5. почечная

436. Возможный исход ревматического миокардита:

1. порок сердца
2. кардиосклероз
3. бурая атрофия
4. облитерация полости перикарда
5. ожирение сердца

437. Частое осложнение ревматоидного артрита:

1. эндомиокардит
2. амилоидоз
3. порок сердца
4. мукоидное набухание
5. абсцесс мозга

438. К болезням, относящимся к группе ревматических, относится:

1. туберкулез
2. склеродермия
3. атеросклероз
4. амилоидоз
5. артроз

439. Эпителиоидные гранулемы с ранним развитием склероза характерны для:

1. туберкулёза
2. панникулита
3. саркоидоза
4. экземы
5. системной красной волчанки

440. Для гемолитических анемий характерна триада:

1. анемия, спленомегалия, желтуха
2. анемия, гепатомегалия, спленомегалия
3. спленомегалия, фуникулярный миелоз, анемия
4. желтуха, гепатомегалия, анемия

441. Гистогенетическим источником развития костной ткани является:

1. мезенхима
2. эндотелиальная клетка

3. моноцит
4. хрящ
5. верно 1 и 4

442. Рахит встречается:

1. у детей
2. у беременных женщин
3. у юношей
4. у стариков
5. у всех перечисленных групп

443. В начале заболевания при подагре наиболее характерно поражение суставов:

1. тыла стопы
2. локтевых
3. коленных
4. межфаланговых
5. первых плюснефаланговых

444. Осложнения остеомиелита:

1. сепсис
2. эндокардит
3. образование саблевидной голени
4. формирование натечных абсцессов
5. верно 1 и 2

445. Компоненты гиалинового хряща:

1. вода
2. хондроциты
3. плазма крови
4. хондробласты
5. верно 1 и 2

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

1. эстрогенов
2. гестагенов
3. андрогенов
4. нет верного ответа

447. Физиологические пролиферативные изменения эндометрия проявляются:

1. кистозным расширением просвета с гиперплазией железистого эпителия

2. наличием трубчатых железистых крипт с высоким темноклеточным эпителием

3. наличием пилообразных железистых крипт с уплощенным кубическим эпителием

4. всем перечисленным

5. ничем из перечисленного

448. Диффузная десквамация железистого эпителия с геморрагической инфильтрацией стромы отмечается:

1. при овуляторной гиперемии эндометрия

2. при остром вирусном эндометрии

3. при болезни Боткина

4. при менструальном отторжении эндометрия

5. при всем перечисленном

449. Феномен Ариас - Стелла характерен:

1. для внематочной беременности (нарушенной)

2. для применения гормональных контрацептивов

3. для трофобластической болезни

4. для гормонопродуцирующих опухолей яичников

5. верно 1, 2 и 3

450. 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

451. 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

452. Для истинной эрозии шейки матки характерно:

1. увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к орогованию сквамозного эпителия

2. деструкция эпителия с воспалительной инфильтрацией подлежащих тканей

3. пролиферация резервных клеток

4. все перечисленное



453. 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
4. все перечисленное

454. Для трубного аборта характерно:

1. наличие жидкой крови в просвете трубы
2. сгустки крови в просвете трубы
3. сужение просвета трубы
4. все перечисленное

455. Поверхность яичника покрыта:

1. брюшиной
2. кубическим эпителием
3. цилиндрическим эпителием
4. плоским эпителием
5. покровным эпителием в глубине бороздок

456. Мозговой слой яичника представлен:

1. тека-стромой
2. нервами
3. сосудами
4. верно 1 и 2
5. верно 2 и 3

457. Инфекция в яичник может проникнуть:

1. лимфогенно
2. гематогенно
3. контактно
4. всеми перечисленными путями
5. только 1 и 2

458. Острый оофорит может осложниться развитием:

1. абсцесса яичника
2. амилоидоза
3. перитонитом
4. вторичным аппендицитом
5. верно 1, 3 и 4

459. Воспаление хориальной и амниотической оболочек:

1. виллит
2. децидуит
3. фуникулит
4. интервиллит
5. хориоамнионит

460. Внешний вид плаценты нормального строения:

1. окончатая
2. диффузная
3. кольцевидная
4. дву- и многодольчатая
5. диск округлой или овальной формы

461. Причина инфаркта плаценты – тромбоз:

1. маточной вены
2. маточной артерии
3. фетальных артерий
4. спиральной артерии

462. Изменения органов иммунной системы при ВИЧ-инфекции в стадии СПИД:

1. некроз
2. гиперплазия
3. полнокровие
4. атрофия
5. гипертрофия

463. Патологический процесс, наиболее типичный для ВИЧ-инфекции в стадии СПИД:

1. истощение
2. увеличение лимфоузлов
3. пневмоцистная пневмония
4. повышение температуры
5. понижение температуры

464. Для клеточного состава туберкулёзной гранулёмы не характерны:

1. плазмоциты
2. эпителиоидные клетки
3. гигантские клетки Пирогова-Лангханса
4. лимфоциты

465. Центральная часть туберкулёзной гранулёмы представлена некрозом:

1. казеозным
2. фибриноидным

3. жировым
4. восковидным

466. Возбудитель кандидоза в тканях имеет вид:

1. друз
2. дрожжеподобных форм и нитей
3. септированных гифов
4. любая из перечисленных форм

467. Патогномоничный для сибирской язвы кожный элемент:

1. папула
2. изъязвление
3. карбункул
4. пустула
5. везикула

468. Основным морфологическим проявлением поражений сосудов и внутренних органов при сифилисе является:

1. гранулема
2. пролиферация эндотелия
3. гумма
4. все перечисленное

469. Гумма является морфологическим проявлением сифилиса:

1. третичного
2. врожденного
3. первичного
4. вторичного

470. К особо опасным инфекциям относят:

1. сибирскую язву
2. приобретенный сифилис
3. ВИЧ-инфекцию
4. туберкулёз

471. Туберкулез легких может вызвать попадание в организм человека туберкулезных микобактерии:

1. бычьего типа
2. птичьего типа
3. человеческого типа
4. хладнокровных животных
5. верно 1 и 3

472. Органоспецифической доброкачественной опухолью мочевого пузыря является:

1. переходноклеточная папиллома
2. дерматофиброма
3. кистозная аденома
4. верно 2 и 3

473. Тельца Верокаи наиболее характерны:

1. для нейрофибромы
2. для ампутиционной невromы
3. для ганглионевromы
4. для нейрилеммомы
5. для симпатогониомы

474. Клеточный атипизм в опухолях характеризуется:

1. отличием клеток по форме и размеру
2. гиперхромией ядер
3. увеличением ядерно-цитоплазматического индекса
4. все перечисленное верно
5. верно 2 и 3

475. Внешний канцероген, играющий роль в возникновении рака легкого:

1. хлор в питьевой воде
2. холестерин
3. каротины
4. табачный дым
5. все перечисленное верно

476. Из опухолей желудка чаще встречается:

1. железистый рак
2. плоскоклеточный рак
3. лимфосаркома
4. карциноид
5. гастроинтестинальная стромальная опухоль

477. Рак мочевого пузыря чаще встречается у:

1. пожилых женщин
2. рабочих анилиновой промышленности
3. новорожденных
4. радиологов
5. молодых мужчин

478. Для невриномы характерно:

1. локализация в спинномозговом канале
2. преимущественно гематогенное метастазирование
3. наличие капсулы

4. отсутствие капсулы
5. верно 1 и 3

479. Краситель конго красный используют для выявления:

1. гликогена
2. РНК
3. амилоида
4. жира
5. меланина

480. Основные морфологические изменения при сальмонеллезе развиваются в:

1. тонкой кишке
2. пищеводе
3. толстой кишке
4. все перечисленное верно

481. Наиболее опасным внекишечным осложнением амёбиоза является:

1. изъязвление
2. диарея
3. абсцессы печени
4. кровотечение

482. Возбудитель оспы относится:

1. к простейшим
2. к бактериям
3. к вирусам
4. к грибам

483. Источником заражения орнитозом являются:

1. рыбы
2. птицы
3. кошки
4. грызуны

484. 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
4. все перечисленное верно

485. Отмена вскрытия не разрешается в случаях:

1. пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток
2. подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний
3. неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
4. все перечисленное верно

486. Характерный клинический синдром при гипотиреозе у детей:

1. нанизм
2. кретинизм
3. микседема
4. акромегалия
5. лакторея – аменорея

487. По внешнему виду различают следующие виды зоба:

1. узловатый
2. диффузный
3. смешанный
4. все перечисленное
5. только 1 и 2

488. К гистологическим признакам регенерации печеночной ткани относится:

1. двоядерные гепатоциты
2. гигантские многоядерные гепатоциты, типа симпластов
3. "розеткоподобные" структуры
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

489. Что такое болезнь Хаммена-Рича:

1. протеиноз легких
2. долевая пневмония
3. острый идиопатический фиброзирующий альвеолит
4. экзогенный аллергический альвеолит
5. саркоидоз

490. Гипертрофия правого желудочка сердца сопровождается болезнями лёгких:

1. хронические не обструктивные, обструктивные и интерстициальные
2. только хронические интерстициальные и обструктивные

3. только хронические обструктивные
4. только хронические не обструктивные

491. При бронхоэктазах поражения локализируются в:

1. трахее
2. бронхах
3. ацинусах
4. бронхиолах

492. При сдавлении воздухоносных путей возникает эмфизема:

1. обструкционная
2. межлочная
3. сенильная
4. буллезная
5. викарная

493. Легочные осложнения долевой пневмонии:

1. абсцесс легкого
2. гангрена легкого
3. эмпиема плевры
4. легочное кровотечение
5. верно 1, 2 и 3

494. Лейкемическим провалом характеризуются:

1. острые лейкозы
2. любые хронические лейкозы
3. любые лимфомы
4. анемии

495. В цервикальном отделе шейки матки камбиальную функцию выполняют:

1. стромальные клетки
2. эпителиальные клетки
3. резервные клетки
4. все перечисленное

496. Перед овуляцией в корковом слое яичников формируется:

1. белое тело
2. Граафов пузырек
3. созревающий фолликул
4. примордиальный фолликул

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

1. 3-го дня
2. 6-го дня
3. 12-го дня
4. одного месяца
5. трех месяцев

498. Элективно окрашивает эластические волокна:

1. судан III
2. фукселин
3. пикрофуксин
4. конго красный
5. толуидиновый синий

499. Микоплазмы по Граму окрашиваются:

1. в красный цвет
2. в синий цвет
3. в желтый цвет
4. нет верного ответа

500. Возбудитель трихинеллеза личиночной стадии обнаруживается:

1. в головном мозгу
2. в печени
3. в мышцах
4. в почках

#### **4. Перечень ситуационных задач**

Задача 1.

Больной туберкулезом умер от легочно-сердечной недостаточности. На вскрытии обнаружены межочечный миокардит, множественные очажки размером с просыное зерно в легких, печени и селезенке.

Вопросы и задания:

1. Назовите изменения в легких, печени и селезенке.
2. Как называются эти «очажки»?
3. Какую тканевую реакцию они отражают?
4. Что входит в состав данного образования?
5. Каков исход данного образования?

Ответы:

1. Изменения в легких, печени и селезенки называются милиарный туберкулез.
2. «Очажки» называются – гранулемы.
3. Они отражают тканевую реакцию – продуктивную.
4. В состав данного образования входят: казеозный некроз, эпителиоидные клетки, лимфоциты и клетки Пирогова-Лангханса.
5. Исход данного образования – рубцевание.



### Задача 2.

Мужчина 46 лет, после переохлаждения внезапно почувствовал острую боль в левой половине грудной клетки, одышку, головные и мышечные боли, озноб; температура 39,20С. В клинику поступил на 3-й день болезни. При обследовании выявлено отсутствие дыхания в области верхней доли левого легкого, шум трения плевры, тахикардия, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Несмотря на проводимое лечение, через 2 недели у больного отмечается кашель с выделением гнойной мокроты, боли в грудной клетке слева, температура 38,50С.

Вопросы и задания:

1. Какое заболевание развилось у больного?
2. Стадия болезни?
3. С чем связан шум трения плевры?
4. Назовите осложнение, развившееся у больного.
5. Перечислите возможные внелегочные осложнения.

Ответы:

7. У больного развилась долевая пневмония.
8. Стадия болезни – стадия серого опеченения.
9. Шум трения плевры связан с фибринозным плевритом.
10. Осложнение, развившееся у больного - абсцесс легкого.
11. Возможные внелегочные осложнения: перикардит, медиастинит, перитонит, гнойный артериит, гнойный менингит.

### Задача 3.

Больной 80 лет, поступил в клинику с прогрессирующей сердечной недостаточностью. В анамнезе — 2 года назад трансмуральный инфаркт миокарда. При обследовании отмечено значительное расширение границ сердца, пульсация сердца в области верхушки, одышка, кашель с ржавой мокротой, увеличение размеров печени, отеки. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия.

Вопросы и задания:

1. К какой группе относится хроническая аневризма сердца?
2. Назовите болезни, относящиеся к этой же группе заболеваний.
3. Какова частая локализация хронической аневризмы сердца?
4. Чем представлена стенка хронической аневризмы?
5. Назовите осложнения и возможные причины смерти при хронической аневризме сердца.

Ответы:

1. Хроническая аневризма сердца относится к группе хронических ишемических болезней сердца.
2. Болезни, относящиеся к этой же группе заболеваний: крупноочаговый кардиосклероз, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, ишемическая кардиомиопатия.
3. Частая локализация хронической аневризмы сердца: передняя стенка

левого желудочка, верхушка сердца.

4. Стенка хронической аневризмы представлена рубцовой тканью.

5. Осложнения и возможные причины смерти при хронической аневризме сердца: хроническая сердечная недостаточность, разрыв стенки аневризмы с гемоперикардом, тромбоэмболические осложнения, повторный инфаркт миокарда.

Задача 4.

У больного 55 лет в связи с болями в эпигастрии, тошнотой, появлением кала темного цвета (мелены), произведена гастроскопия и в области малой кривизны желудка обнаружено изъязвление диаметром 6 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. Взята биопсия, при исследовании которой обнаружен рак. Произведена операция резекции желудка с большим и малым сальником.

Вопросы и задания:

1. Назовите макроскопическую форму рака желудка.
2. Какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен?
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 рака желудка?

Ответы:

1. Макроскопическая форма рака желудка – блюдцеобразный.
2. Рост по отношению к просвету желудка – экзофитный.
3. Гистологический тип рака, который чаще всего находят при этой форме рака желудка – аденокарцинома.
4. Вместе с желудком удалены большой и малый сальники, потому что в них располагаются регионарные лимфатические узлы, в которые в первую очередь метастазирует рак желудка.
5. Лимфогенные метастазы рака желудка можно искать: в яичниках (крукенберговские метастазы); в параректальной клетчатке (шницлеровские метастазы); в левом надключичном лимфатическом узле (Вирховская железа).

Задача 5.

Больная З., 68 лет, поступила в клинику для вскрытия абсцесса. После вскрытия абсцесса температура тела оставалась 39°C, появилась одышка. В анализах крови лейкоцитоз со сдвигом до промиелоцитов, повышение СОЭ. В анализах мочи небольшая протеинурия, лейкоцитурия, единичные эритроциты. Смерть наступила при явлениях острой сердечной недостаточности.

Вопросы и задания:

1. Какая клинико-морфологическая форма сепсиса развилась у больной?
2. Какой вид сепсиса в зависимости от характера входных ворот?

3. Какие макроскопические изменения в связи с особенностями распространения инфекта можно найти в легких, сердце, почках, головном мозге?

4. Какие макроскопические изменения селезенки найдены на вскрытии?

Ответы:

1. Септикопиемия.

2. Хирургический.

3. В легких — метастатические гнойники, в сердце — острый септический полипозно-язвенный эндокардит и межуточный миокардит, в головном мозге — абсцессы и гнойный менингит, в почках — эмболический гнойный нефрит.

4. Септическая селезенка: увеличена, дряблой консистенции, пульпа дает обильный соскоб.

Задача 6.

У женщины, страдающей ожирением были жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, горечь во рту.

В дальнейшем присоединились признаки сердечной недостаточности. Какие изменения в органах возникли у больной?

Ответ. Жировая дистрофия печени. Ожирение сердца.

Задача 7.

У больного 25 лет со сложным переломом бедренных костей отмечались признаки легочной недостаточности. В дальнейшем развилась мозговая кома и наступила смерть. Какой процесс привел к смерти? Какие методы исследования следует применить для постановки диагноза?

Ответ. При сложном переломе произошла травма жирового костного мозга, что привело к развитию жировой эмболии с поражением легких — острая легочная недостаточность и головного мозга — мозговая кома.

Для верификации процесса следует применить окраску на липиды — судан III, которая позволит выявить жировые эмболы, окрашенные в оранжевый цвет, в капиллярах легких и головного мозга.

Задача 8.

Больной раком желудка с множественными метастазами умер от раковой кахексии. Какие изменения с наибольшей вероятностью будут обнаружены на вскрытии?

Ответ. В миокарде, печени и скелетных мышцах развивается бурая атрофия, сопровождающаяся накоплением в клетках липофусцина. При распространенных опухолевых процессах возникает кахексия, отчасти связанная с продукцией кахектина (ФНО-фактора некроза опухоли), который приводит к преобладанию катаболических процессов, мобилизации жира из жировых депо, развитию атрофии внутренних органов.

#### Задача 9.

У больного острый гнойный пульпит. К врачу не обращался, пока не поднялась температура до 39 С. Был госпитализирован. Через два дня умер. На вскрытии обнаружены абсцессы в легких, почках. Какой процесс развился у больного? С чем связаны абсцессы в органах?

Ответ. Вероятнее всего, у больного развился одонтогенный сепсис. Клинико-анатомическая форма – септикопиемия. Абсцессы в органах связаны с микробной эмболией.

Задача 10. Больная 47 лет, в течение многих лет страдает хроническим гнойным остеомиелитом нижней челюсти. Радикально не лечится. Жалуется на сухость во рту. Десны несколько уплотнены. В моче – выраженная альбуминурия.

Какое заболевание заподозрил врач? Что необходимо сделать для постановки правильного диагноза? Назовите исход данного заболевания в почках.

Ответ. Вторичный амилоидоз, чтобы доказать правильность диагноза, надо взять биопсию десны, окрасить препарат Конго-красным на выявление амилоида. Данным процессом поражаются одновременно многие органы, в паренхиматозных органах это вещество откладывается периретикулярно. Исход в почках – нефросклероз.

#### Задача 11.

Больной К. много лет курил трубку. На красной кайме нижней губы с распространением на подбородочную зону справа обнаружено патологическое образование в виде изъязвления неправильной формы, долго не заживающее. В биоптате диагностирован плоскоклеточный ороговевающий рак.

Опишите гистологическое строение данного вида рака.

Перечислите гистологические варианты этого вида опухоли. Определите менее дифференцированный вариант опухоли.

Выскажите предварительное суждение о возможной этиологии процесса

Ответ:

Имеются атипичные инвазивные разрастания Ороговевающий и неороговевающий. Менее дифференцированная форма без ороговения. Смолы табака.

#### Задача 12.

Больная 30 лет поступила в стоматологический центр с жалобами на припухлость в области правой половины нижней челюсти, создающая неудобство при жевании, иногда болезненная. Опухоль удалена. Поставлен предварительный диагноз амелобластомы (адамантиномы).

1. Назовите патологический процесс.
2. Какие виды этой опухоли вы знаете?

3. Определите прогноз для больного

Ответ: Злокачественная одонтогенная эпителиальная опухоль. По гистогенезу. Благоприятный при оперативном удалении.

Задача 13. На вскрытии трупа больного, погибшего от желудочного кровотечения, костное вещество левой половины нижней челюсти было частично замещено опухолью зеленого вида. При тщательном обследовании пациента диагностирован гепатоцеллюлярный рак.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Назовите патологический процесс.
- 3) Чем обусловлен цвет опухоли?

Ответ:

В нижней челюсти метастаз. Злокачественная органоспецифическая опухоль печени. Наличием билирубина.

Задача 14.

Больной 55 лет жалуется на онемение левой половины нижней губы, боли при глотании, ограничение открывания рта. При макроскопическом исследовании в области больших коренных зубов слева, у края съемного протеза, имеется глубокая язва, дном которой служит шероховатая узурированная кость серого цвета. Пальпируются увеличенные, плотные, спаянные с окружающими тканями подчелюстные лимфатические узлы слева.

- 1) Назовите патологический процесс.
- 2) Что является источником данной опухоли?
- 3) Какой патологический процесс обнаружен в л/у.

Ответ:

Злокачественная опухоль нижней челюсти. Остеогенный генез. Метастазы.