

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ПАТОЛОГИЯ»

Специальность	<u>31.08.49 Терапия</u>
Квалификация	<u>врач-терапевт</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>патологии и судебной медицины</u>

Санкт- Петербург
2025 г.

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«ПАТОЛОГИЯ»**

Компетенция (код и наименование)	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», установления диагноза	ПК-2.1 Проводит осмотр и медицинское обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»	Тестовые задания	1–66
		ситуационные задачи	1–18
		Практические навыки (список микро- и макропрепаратов)	1–122 1–69
		рефераты	1–12
		Тестовые задания к зачету	1-303
		Ситуационные задачи к зачету	1-8

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования индикатора компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
ПК-2 Способен к проведению обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», установления диагноза	ПК-2.1 Проводит осмотр и медицинское обследование пациентов при заболеваниях и (или) состояниях по профилю «терапия»	<p>Знать: основные патологические симптомы и синдромы заболеваний. Знать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Знать основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний</p> <p>Уметь: выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний. Уметь анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях. Уметь выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния</p> <p>Владеть: навыками анализа и структуризации выявленных у</p>	<p>Повышенный уровень сформированности компетенции</p> <p>Высокий уровень сформированности компетенции</p> <p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p> <p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«отлично»/ «зачтено»</p> <p>«хорошо»/ «зачтено»</p> <p>«удовлетворительно»/«зачтено»</p> <p>«неудовлетворительно» /«не зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p> <p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p> <p>Компетенция не освоена.</p>

		<p>пациентов симптомов и синдромов заболеваний с учетом законов течения патологии и закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях.</p>			<p>Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.</p>
--	--	--	--	--	---

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Тестовые задания, тестовые задания к зачету	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий, тестовых заданий к зачету	Критерии оценки вопросов тестовых заданий в зависимости от типов формулируемых вопросов.
2.	Ситуационные задачи, ситуационные задачи к зачету	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач, ситуационных задач к зачету	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
3.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции;

		зрения, а также собственные взгляды на нее.		<p>корректность формулируемых выводов.</p> <p>Формальные:</p> <p>объем работы составляет от 20 до 30 страниц;</p> <p>форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал);</p> <p>соответствие стиля изложения требованиям научного жанра;</p> <p>грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация);</p> <p>перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).</p>
4.	Практические навыки	Средство контроля, организованное в виде практического навыка, связанного с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Список микро-и макропрепаратов	<p>Микропрепараты: обучающийся должен определить вид ткани, орган, характер патологических изменений в тканях, определить заболевание, вызвавшие наблюдаемые изменения.</p> <p>Макропрепараты: необходимо назвать пораженный орган, вид патологии, какие микроскопические изменения соответствуют характеру макропрепарата</p>

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Собеседование по ситуационным задачам

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Практические навыки (работа с макро-и микропрепаратами)

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все патологические изменения, обнаруженные в микроскопическом и макроскопическом препаратах идентифицированы, требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Большинство патологических изменений, обнаруженных в микроскопическом и макроскопическом препаратах идентифицированы. Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Требования, предъявляемые к заданию выполнены частично.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию не выполнены. Нет ответа. Нет попытки идентифицировать патологию.

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные

Оценка	Описание
	требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Тестовые задания

Выбрать все правильные ответы

1 Самостоятельные («независимые») учреждения патологоанатомической службы:

а. Патологоанатомические отделения (в том числе централизованные) лечебно-профилактических учреждений.

б. Патологоанатомические отделы (отделения, лаборатории) диагностических центров.

в. Патологоанатомические отделы (отделения, лаборатории, группы в отделах) научно-исследовательских институтов.

г. Республиканские, краевые, городские, муниципальные патологоанатомические бюро.

д. Региональные институты патологии.

Выбрать все правильные ответы

2. Основные задачи патологоанатомической службы на современном этапе:

а. Диагностика заболеваний и патологических процессов на основе морфологических исследований биопсийных, операционных материалов, последов.

б. Диагностика заболеваний и патологических процессов на материалах патологоанатомических вскрытий умерших с установлением причин и механизмов смерти.

в. Экспертиза качества диагностики и лечения на основе клинико-морфологических сопоставлений.

г. Обеспечение информацией органов управления здравоохранения о структуре заболеваемости и причинах смерти населения по материалам патологоанатомических исследований.

д. Предоставление материалов патологоанатомических исследований для обучения врачей и средних медицинских работников.

е. Последипломная подготовка (специализация) и усовершенствование врачей-патологоанатомов и лаборантов-гистологов.

Выбрать все правильные ответы

3. Одна ставка врача-патологоанатома выделяется для выполнения следующих объемов работы в течение года:

а. Вскрытие 200 трупов взрослых.

б. Вскрытие 100 трупов взрослых.

в. Вскрытие 160 трупов плодов, мертворожденных, новорожденных, детей.

г. Вскрытие 80 трупов плодов, мертворожденных, новорожденных, детей.

д. Исследование 4000 объектов (кусочков тканей, органов) биопсийного, операционного материалов, последов.

е. Исследование 2000 объектов (кусочков тканей, органов) биопсийного, операционного материалов, последов.

Выбрать все правильные ответы

4. Функциональные обязанности врача-патологоанатома:

а. Патологоанатомические вскрытия трупов взрослых и детей с оформлением установленной документации.

б. Проведение первичной судебно-медицинской экспертизы трупов с оформлением акта экспертизы.

в. Оформление «Медицинских свидетельств о смерти/ перинатальной смерти».

г. Морфологическое исследование биоптатов, операционного материала, последов по существующим стандартам и с учетом современных методических рекомендаций.

д. Анализ качества клинической диагностики и лечения на основе клинико-патологоанатомических сопоставлений.

е. Использование в работе принципов врачебной этики и деонтологии.

Выбрать все правильные ответы

5. Понятие «диагноз в медицине» содержит заключение о:

а. Состоянии здоровья обследуемого.

б. Имеющемся у обследуемого заболевании (травме) или о причине смерти.

в. Виновности врача, допустившего дефект оказания медицинской помощи, приведшего к смерти.

г. Эпидемическом очаге инфекционной болезни.

Выбрать все правильные ответы

6. Основные виды диагноза:

а. Клинический.

б. Патологоанатомический.

в. Иммунологический.

г. Эпидемиологический.

д. Судебно-медицинский.

Выбрать все правильные ответы

7. Принципы формулирования и оформления патологоанатомического диагноза:

а. Нозологический в соответствии с МКБ-10.

б. Индивидуальность.

в. Своевременность и динамизм.

г. Патогенетический.

д. Структурность с унифицированными рубриками.

е. Фактическая и логическая обоснованность.

Выбрать все правильные ответы

8. В Международной классификации и номенклатуре болезней патологические состояния выделены в нозологические единицы (формы) на основе совокупности следующих признаков:

а. Установленные этиология и патогенез.

б. Характерная клинико-морфологическая картина.

в. Социально-экономическая значимость.

г. Тяжесть процесса.

д. Участие в танатогенезе.

Выбрать все правильные ответы

9. Осложнение основного заболевания — это патологический процесс:

а. Патогенетически связанный с основным заболеванием, но не входящий в типичную клинико-морфологическую характеристику этого заболевания.

б. Утяжеляющий течение основного заболевания, патогенетически и этиологически связанный с ним.

в. Утяжеляющий течение основного заболевания, патогенетически тесно с ним связанный, но иной этиологии.

г. Приведший к смерти, находящийся в тесной причинно-следственной связи с основным заболеванием и не оцениваемый в МКБ-10 в качестве первоначальной причины смерти.

д. Утяжеливший течение основного заболевания, имеющий иную этиологию и патогенез.

Выбрать все правильные ответы

10. Характеристика понятия «конкурирующее заболевание»:

- а. Вариант полипатии.
- б. Вариант комбинированного основного заболевания.
- в. Каждое из этих заболеваний могло привести к смерти.
- г. Одновременно развившиеся у пациента 3 тяжелые болезни.
- д. Мультикаузальный генез.

Выбрать все правильные ответы

11. В качестве «непосредственной причины смерти» можно выставлять в диагнозе:

- а. Сердечную недостаточность.
- б. Механизм смерти.
- в. Травму.
- г. Заболевание.
- д. Главное осложнение основного заболевания (травмы).
- е. Фибрилляцию желудочков сердца.

Выбрать все правильные ответы

12. Возможное место ятрогении в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах:

- а. Основное заболевание.
- б. Сопутствующее заболевание.
- в. Осложнение основного заболевания.
- г. Конкурирующее заболевание.
- д. Сочетанное заболевание.
- е. Заболевание в составе полипатии.

Выбрать все правильные ответы

13. Для полноценной морфологической диагностики заболеваний лечащий врач должен обеспечить:

- а. Маркировку объектов исследования.
- б. Фиксацию объектов исследования.
- в. Указание точного количества объектов.
- г. Заполнение в двух экземплярах направления на гистологическое исследование (форма № 14/у).
- д. Визу главного врача (или его заместителя по лечебной части) на исследование.
- е. Своевременную доставку объектов в патологоанатомическое отделение (бюро).

Выбрать все правильные ответы

14. В направлении на гистологическое исследование диагностического соскоба эндометрия врач-гинеколог указывает:

- а. Развернутый клинический диагноз.

- б. Результаты и координаты предыдущих гистологических исследований.
- в. Дату начала и окончания последней менструации или кровотечения.
- г. Характер нарушения менструальной функции.
- д. Национальность женщины.
- е. Число и исходы беременностей.
- ж. Применяемые лекарственные препараты.
- з. Результаты осмотра терапевта.

Выбрать все правильные ответы

15. Круг лиц, которым информация о результатах морфологического исследования передается лишь с согласия пациента или его законного представителя, включает:
- а. Лечащего врача и заведующего отделением, где находится пациент.
 - б. Других должностных лиц — в интересах обследования и лечения больного.
 - в. Сотрудников медицинских учреждений — для проведения научных исследований и публикаций в научной литературе.
 - г. Должностных лиц для использования в учебном процессе.

Выбрать все правильные ответы

16. Обязательные формы медицинской документации в патологоанатомическом отделении по исследованию биоптатов, операционных материалов, последов:
- а. Алфавитный журнал регистрации исследований.
 - б. Бланки формы 014/у «Направление на гистологическое исследование» с результатами морфологического исследования, сброшюрованные в книгу.
 - в. Журнал регистрации результатов прижизненных морфологических исследований.
 - г. Журнал регистрации выдачи патологоанатомических заключений.
 - д. Журнал контроля качества прижизненной морфологической диагностики.

Выбрать все правильные ответы

17. Отмена патологоанатомического вскрытия трупов взрослых, умерших в стационаре, в машине скорой помощи, вне стационара (дома) не допускается:
- а. В случаях смерти беременных, рожениц, родильниц, включая последний день послеродового периода.
 - б. При наступлении смерти от насильственных причин или подозрении на них.
 - в. При неустановленности личности умершего.
 - г. В случаях смерти от искусственного аборта, проведенного вне лечебного учреждения.
 - д. В случаях смерти во время или после хирургической операции, а также в наблюдениях, связанных с проведением профилактических, диагностических, реанимационных, лечебных мероприятий.
 - е. В случаях смерти от онкологических заболеваний при отсутствии гистологической верификации опухоли.

Выбрать все правильные ответы

18. Разрешение на выдачу без вскрытия тела умершего в стационаре может дать:
- а. Главный врач лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).
 - б. Заместитель главного врача ЛПУ по лечебной работе.
 - в. Дежурный врач больницы при отсутствии заместителя главного врача по лечебной работе.
 - г. Заведующий патологоанатомическим отделением ЛПУ.

д. Начальник областного (городского) патологоанатомического бюро.

Выбрать все правильные ответы

19. Обязательному патологоанатомическому вскрытию подлежат:

- а. Новорожденные, умершие в стационаре, и мертворожденные с массой тела 500 г и более, длиной тела 25 см и более (при сроке 22 нед беременности и более).
- б. Абортусы и мертворожденные с массой тела менее 500 г (при сроке беременности до 22 нед).
- в. Трупы детей, умерших в лечебных учреждениях, в возрасте от 7 сут до 14 лет включительно.
- г. Умершие дети вне стационара от инфекционного заболевания или подозрении на него.
- д. Умершие дети при синдроме внезапной смерти.
- е. Умершие дети от новообразования при отсутствии гистологической верификации опухоли.

Выбрать все правильные ответы

20. На выбор способа и порядка проведения патологоанатомического вскрытия трупа влияют требования:

- а. Эффективной и безопасной работы сотрудников патологоанатомического отделения.
- б. Исключение загрязнения окружающей среды.
- в. Полное исследование органов и систем умершего.
- г. Просьбы родственников умершего.
- д. Исключение действий, ведущих к обезображиванию трупа.

Выбрать все правильные ответы.

21. В клинико-патологоанатомическом эпикризе отражаются:

- а. Обоснование диагноза основного заболевания.
- б. Углубленная интранозологическая характеристика основного заболевания, его особенности, включая патоморфоз.
- в. Непосредственная причина смерти, ее механизм или вид.
- г. Обсуждение осложнений лечебных и диагностических мероприятий, их роль в танатогенезе.
- д. Причина и категория расхождения диагнозов, других дефектов диагностики и лечения.
- е. Суждение о виновности медицинского персонала в неблагоприятном исходе заболевания.

Выбрать все правильные ответы

22. Задачи патологоанатома при вскрытии умерших от особо опасных инфекций или при подозрении на них:

- а. Предотвращение распространения инфекции.
- б. Предотвращение заражения медицинского персонала.
- в. Изоляция лиц, имевших контакт с инфицированными материалами, и наблюдение за ними.
- г. Установление или подтверждение предполагаемого заболевания всеми доступными методами.

Выбрать все правильные ответы

23. Установить причину смерти и оформить «Медицинское свидетельство о смерти» может:

- а. Врач, лечивший больного.
- б. Врач, только установивший смерть.
- в. Фельдшер.
- г. Медицинская сестра.
- д. Патологоанатом.
- е. Судебно-медицинский эксперт.

Выбрать все правильные ответы

24. При оформлении «Медицинского свидетельства о смерти» для определения причин смерти может использоваться:

- а. Вскрытие трупа.
- б. Осмотр трупа.
- в. Записи в медицинской документации.
- г. Предшествующее наблюдение за больным.
- д. Информация родственников и близких.

Выбрать все правильные ответы

25. При регистрации в загсе «Медицинского свидетельства о смерти» наряду с ними представляются «Медицинские свидетельства о рождении» (форма №103/у-98) в случае:

- а. Анте- и интранатальной смерти плода массой тела 1000 г и более и длиной тела 25 см и более.
- б. Смерти на 1-й неделе жизни ребенка с массой тела при рождении 1000 г и более и длиной тела 25 см и более.
- в. Смерти ребенка в возрасте 7 суток и более с массой тела при рождении 500—999 г и длиной тела менее 25 см.
- г. Смерти ребенка на 8 – 30-е сутки постнатальной жизни вне зависимости от морфологических показателей при рождении.

Выбрать все правильные ответы

26. Виды врачебных ошибок в зависимости от этапа и характера профессиональных действий врача:

- а. Диагностические.
- б. Связанные с врачебными мероприятиями.
- в. Связанные с неадекватным поведением пациента.
- г. Организационные.
- д. Связанные с проведением профилактических мероприятий.
- е. Связанные с недостаточностью материально-технической базы учреждения.

Выбрать все правильные ответы

27. К диагностическим ошибкам, выявляемым при сличении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, относят расхождение диагнозов по:

- а. Основному заболеванию.
- б. Важнейшим осложнениям.
- в. Важнейшим сопутствующим заболеваниям.
- г. Вторичным осложнениям.
- д. Сочетанному заболеванию.

Выбрать все правильные ответы

28. Диагностическая ошибка оценивается как расхождение диагнозов по основному заболеванию в случае:

а. Трактовки основного заболевания в клиническом диагнозе в качестве сопутствующего.

б. Применения синонима для обозначения основного заболевания, не указанного в международной номенклатуре и классификации болезней.

в. Нераспознавания одного из заболеваний, входящих в состав комбинированного основного заболевания.

г. Нераспознавания одного из заболеваний из семейства или ассоциации болезней.

д. Несовпадения по локализации поражений и по этиологии патологического процесса.

Выбрать все правильные ответы

29. Категория расхождения диагнозов устанавливается при расхождении диагнозов по:

а. Основному заболеванию.

б. Опасному осложнению.

в. Сопутствующему заболеванию.

г. Нозологической форме в составе комбинированного основного заболевания.

д. Нозологической форме в составе полипатии.

Выбрать все правильные ответы

30. III категория расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию означает следующее:

а. Заболевание не распознано на предыдущем этапе оказания медицинской помощи, а в этом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей (смерть в приемном покое и т.д.).

б. Нераспознавание заболевания привело к ошибочной лечебной тактике, что сыграло решающую роль в неблагоприятном исходе.

в. Заболевание не распознано в данном лечебном учреждении по субъективным причинам, однако диагностическая ошибка не оказала решающего влияния на исход болезни.

г. Заболевание не распознано в данном учреждении по объективным причинам, однако правильная диагностика не оказала бы решающего влияния на исход болезни.

Выбрать все правильные ответы

31. Этапы коллегиального анализа летальных исходов в лечебно-профилактическом учреждении:

а. Проведение клинико-морфологических сопоставлений, анализа качества оказания медицинской помощи с участием лечащего врача у секционного стола.

б. Контроль заведующего патологоанатомическим отделением за соблюдением стандартов патологоанатомической диагностики и экспертизы врачами отделения.

в. Обсуждение всех случаев летального исхода на заседаниях комиссии по изучению летальных исходов ЛПУ.

г. Углубленный анализ сложных и спорных случаев ЛКК больницы.

д. Углубленный разбор наиболее сложных и спорных случаев на клинико-анатомических конференциях.

Выбрать все правильные ответы

32. Современные критерии оценки деятельности стационара по результатам аутопсий:

а. Дифференцированный показатель частоты ошибок прижизненной диагностики основного заболевания: суммарный процент расхождений диагнозов, их распределение по причинам и категориям.

б. Частота (в процентах) ошибок в выявлении жизненно опасных осложнений основного заболевания с учетом их причины и адекватности лечения.

в. Частота выявления при патологоанатомических исследованиях ятрогенных заболеваний, своевременность их клинического диагностирования, адекватность лечения.

г. Процент вскрытий трупов умерших в стационаре.

д. Частота (в процентах) отмены руководством ЛПУ учреждения аутопсий с нарушением положений приказа Минздрава РФ «О проведении патологоанатомических вскрытий».

е. Количество заседаний КИЛИ, ЛКК, клинико-анатомических конференций и проанализированных случаев летального исхода.

Выбрать все правильные ответы

33. При подготовке и проведении очередной клинико-анатомической конференции главный врач ЛПУ исходит из следующих методических рекомендаций:

а. Подготовка и организация конференций возлагается на заместителя главного врача по медицинской части и заведующего патологоанатомическим отделением, они же назначаются председателями конференции.

б. Сопредседатели конференции определяют повестку конференции и доводят ее в письменном виде до сведения врачей учреждения не позднее, чем за 7 дней до начала конференции.

в. Основными докладчиками на конференции являются лечащий врач, патологоанатом и рецензент, назначенный из числа наиболее квалифицированных врачей-клиницистов,

г. Каждая конференция должна сопровождаться обзором современной литературы по анализируемой проблеме и проходить в атмосфере критического подхода к разбираемому материалу.

д. По итогам проведенного обсуждения в обобщающем выступлении сопредседателей вносятся предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса и совершенствование проведения последующих конференций.

е. Клинико-анатомическая конференция проводится в нерабочее время, участие в ее работе не относится к функциональным обязанностям врачей данного ЛПУ.

Выбрать все правильные ответы

34. Права членов семьи, родственников, законного представителя умершего:

а. Оформить в письменном виде отказ на проведение патологоанатомического вскрытия по религиозным мотивам, в связи с национальными обычаями.

б. Присутствовать на патологоанатомическом вскрытии трупа.

в. Пригласить специалиста соответствующего профиля для участия в проведении патологоанатомического вскрытия.

г. Требовать проведения независимой медицинской экспертизы.

Выбрать один правильный ответ

35. Больной 65 лет умер от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, в течение 10 лет страдал инсулиннезависимым сахарным диабетом с проявлениями субкомпенсированной диабетической невропатии и ретинопатией. Определить основное заболевание в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах:

а. Монокаузальное.

б. Бикаузальное.

в. Мультикаузальное.

Выбрать один правильный ответ

36. Причиной смерти 35-летнего наркомана, страдавшего ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа, явился милиарный туберкулез с развитием лептоменингита. В заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах туберкулез расценивается как:

- а. Основное заболевание.
- б. Сопутствующее заболевание.
- в. Конкурирующее заболевание.
- г. Сочетанное заболевание.
- д. Осложнение ВИЧ-инфекции.
- е. Проявление ВИЧ-инфекции.

Выбрать один правильный ответ

37. Универсальная широко применяемая фиксирующая жидкость

- а. Дистиллированная вода.
- б. 10 % раствор нейтрального формалина.
- в. 96—100 % этиловый спирт.
- г. Жидкость Карнуа.

Выбрать один правильный ответ

38. Оптимальный для предотвращения аутолиза в объектах исследования (биоптаты, кусочки ткани) объем фиксирующей жидкости:

- а. В 10—50 раз превышает объем объекта.
- б. В 2 раза превышает объем объекта.
- в. Равен объему объекта.
- г. Жидкость покрывает поверхность объекта.

Выбрать один правильный ответ

39. Без согласия пациента или его законного представителя сведения, составляющие врачебную тайну, передаются должностным лицам в следующих ситуациях, кроме:

- а. В целях обследования и лечения недееспособного гражданина.
- б. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых поражений и отравлений.
- в. В случаях оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет.
- г. Для публикации в научной литературе, использования в учебном процессе.
- д. По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда.

Выбрать один правильный ответ

40. Нормативный срок регистрации «Медицинского свидетельства о смерти» в загсе (с момента обнаружения трупа или наступления смерти) — не позднее

- а. Суток.
- б. 3 сут.
- в. 10 сут.
- г. Месяца.

Выбрать один правильный ответ

41. На основе клинико-морфологического анализа патологоанатом заполнил строчки пункта 18 «Медицинского свидетельства о смерти» мужчины 55 лет:

- а. Фибрилляция желудочков.

б. Острый трансмуральный инфаркт переднебоковой стенки левого желудочка (рубрика 121.2).

Где следует отразить выявленный стенозирующий атеросклероз венечных артерий сердца?

- а. Строчка «в» I части.
- б. Строчка «г» I части.
- в. Строчки II части.
- г. Не вносить в разделы пункта.

Выбрать один правильный ответ

42. Понятие «врачебная ошибка» включает все перечисленные ниже положения, за исключением:

а. Некачественное оказание медицинской помощи (дефекты диагностики, лечения и т.д.), приведшее к ухудшению состояния здоровья пациента, вне зависимости от причин дефектов профессиональной деятельности.

б. Некачественное оказание медицинской помощи, которое могло привести к ухудшению состояния здоровья больного, вне зависимости от причин дефектов профессиональной деятельности.

в. Дефекты оказания медицинской помощи, возникшие по объективным и субъективным причинам, обусловившие наступление смертельного исхода.

г. Дефекты оказания медицинской помощи вне зависимости от их причины, которые могли повлиять на наступление смертельного исхода.

д. Некачественное оказание медицинской помощи, приведшее к ухудшению состояния здоровья пациента, при исключении в действиях медицинских работников элементов противоправности и виновности.

Установить соответствие

43. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ 1. Патологоанатомические вскрытия 2. Анализ биоптатов и операционных материалов. Ответ: 1. 2.	ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ а. Болезни нервной системы. б. Болезни системы кровообращения. в. Болезни органов дыхания. д. Болезни кожи и подкожной жировой клетчатки, е. Болезни женской мочеполовой системы.
---	---

Установить соответствие

44. ВИД ДИАГНОЗА 1. Клинический 2. Патологоанатомический. Ответ: 1-, 2-.	ФУНКЦИИ а. Определение причин и механизмов смерти. б. Обучение клиническому мышлению. в. Статистический учет заболеваемости и смертности. г. Научный анализ патоморфоза заболеваний. д. Медицинская реабилитация. е. Медицинское прогнозирование.
---	---

Установить соответствие:

<p>45. ПРАВИЛА ВРАЧЕБНОГО МЫШЛЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Последовательность. 2. Доказательность 3. Определенность. <p>Ответ: 1-, 2-, 3-.</p>	<p>ЗАКОНЫ ЛОГИКИ</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Тожества. б. Противоречия. в. Исключенного третьего. г. Достаточного основания.
---	--

Установить соответствие

<p>46. ГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ И СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Монокаузальный, 2. Бикаузальный. 3. Мультикаузальный. <p>Ответ: 1-, 2-, 3-.</p>	<p>СТРУКТУРА РУБРИКИ «ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ»</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Одно основное заболевание. б. Сочетанные болезни. в. Конкурирующие болезни, г. Основное и фоновое заболевания. д. Ассоциация болезней. е. Семейство болезней.
--	---

Установить соответствие

<p>47. ВИД ДИАГНОЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинический. 2. Заключительный клинический. 3. Патологоанатомический. <p>Ответ: 1-, 2-, 3-.</p>	<p>СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Нозологическая единица, по поводу которой проводилось лечение. б. Болезнь с наиболее выраженными проявлениями. в. Нозологическая форма, наиболее угрожающая состоянию здоровья и жизни. г. Нозологическая форма, сама по себе повлекшая смерть. д. Нозологическая форма, приведшая к смерти через свои осложнения.
--	---

Установить соответствие

<p>48. ВИД ВСКРЫТИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Патологоанатомическое. 2. Судебно-медицинское. <p>Ответы: 1—., 2—.</p>	<p>СИТУАЦИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Смерть беременных, рожениц, родильниц, включая последний день послеродового периода, б. Смерть от насильственных причин или подозрение на нее. в. Не установлена личность умершего. г. Смерть от искусственного аборта, проведенного вне лечебного заведения. д. Смерть во время или после хирургической операции. е. Смерть от онкологических заболеваний при отсутствии гистологической верификации опухоли.
--	--

Установить соответствие

49. ВИД ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 1. Интраоперационное 2. Диагностическое Ответ: 1—., 2—.	НОРМАТИВЫ СРОКОВ ОТВЕТА а. До 20—25 мин. (срочное). б. До 1 ч. в. В пределах 5 сут. (плановое) г. До 10 сут. д. До 20—30 сут.
--	--

Установить соответствие

50. МЕСТО СМЕРТИ 1. Стационар. 2. Вне стационара. Ответ: 1—., 2—.	СОПРОВОЖДАЮЩАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ а. История болезни (история развития новорожденного, история родов), оформленная в установленном порядке и не позже 10 ч утра (при смерти в предыдущие сутки). б. Медицинская амбулаторная карта больного с записью о констатации смерти, заключительным клиническим диагнозом и посмертным эпикризом. в. Бланк-направление на патологоанатомическое исследование, заполненное в соответствии с установленным порядком. г. Протокол осмотра трупа сотрудниками милиции или представителями следственных органов при внезапной смерти. д. Акт констатации смерти, составленный медицинским работником. е. Послед для исследования его вместе с трупом плода или умершего новорожденного.
--	---

Установить соответствие

51. МЕТОД ВСКРЫТИЯ 1. Вирхова. 2. Абрикосова 3. Шора. Ответ: 1—., 2—.	ХАРАКТЕРИСТИКА а. Осмотр и исследование органов без извлечения их из туловища. б. Извлечение органов той системы, где локализуются наиболее выраженные поражения. в. Извлечение органов поодиночке после их осмотра. г. Извлечение органов тремя комплексами. д. Извлечение органов шеи, грудной и брюшной полостей единым комплексом.
---	---

Установить соответствие

52. ОБЪЕКТ ВСКРЫТИЯ	ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ а. Внутреннее исследование начи-нают со
---------------------	--

<p>1. Трупы плодов и новорожденных. 2. Трупы взрослых.</p> <p>Ответ: 1—., 2—.</p>	<p>вскрытия полостей тела и позвоночника, затем вскрывают полости тела.</p> <p>б. Применяют прямой срединный разрез покровов тела от подбородка до лобкового симфиза, обходя зону пупка слева.</p> <p>в. При вскрытии передней стенки живота срединный разрез не доводят до пупка на 2 см, из этой точки ведут 2 разреза вниз, наискось по направлению к паховым областям.</p> <p>г. При вскрытии полости черепа применяют циркулярный распил костей и отделяют крышу черепа от твердой мозговой оболочки.</p> <p>д. При вскрытии полости черепа браншами ножниц разрезают теменную кость, чешую височной кости и твердую мозговую оболочку, не повреждая серп большого мозга и верхний сагиттальный синус, формируя два «окна» для осмотра и извлечения головного мозга.</p>
---	---

Установить соответствие

<p>53. ДОКУМЕНТ</p> <p>1. Протокол-карта. 2. Протокол.</p> <p>Ответ: 1—., 2—.</p>	<p>СВЕДЕНИЯ</p> <p>а. Патологоанатомический и заключительный клинический диагнозы.</p> <p>б. Результаты наружного осмотра и макроскопического исследования органов и систем трупа.</p> <p>в. Клинико-патологоанатомический эпикриз.</p> <p>г. Результаты гистологического, бактериологического, биохимического и других исследований аутопсийного материала.</p> <p>д. Выписка из истории болезни и других медицинских документов.</p> <p>е. Результаты сличения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.-</p>
---	---

Установить соответствие

<p>54. МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Форма № 106-2/у-98. 2. Форма № 106/у-98. 3. Не оформляется. <p>Ответ: 1—., 2—., 3—.</p>	<p>ВОЗРАСТНЫЕ И ВЕСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Рождение мертвого плода с массой тела 570 г. б. Рождение мертвого плода с массой тела 1200 г. в. Смерть на 2-е сутки новорожденного с массой тела 750 г. г. Смерть на 2-е сутки новорожденного с массой тела 2000 г. д. Смерть на 8-е сутки новорожденного с массой тела при рождении 800 г. е. Смерть ребенка в возрасте 11 мес.
--	--

Установить соответствие

<p>55. Новорожденный с массой тела 2450 г умер на 3-й сутки от прогрессирующей дыхательной недостаточности в связи с болезнью гиалиновых мембран. У матери — нефропатия средней тяжести.</p>	
<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Болезнь гиалиновых мембран. 2. Недоношенность. 3. Нефропатия средней тяжести. <p>Ответы: 1—., 2—., 3-.</p>	<p>СТРОКИ ПУНКТА 33 СВИДЕТЕЛЬСТВА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ</p> <p>а, б, в, г, д.</p>

Установить соответствие

<p>56. ПРИЧИНА РАСХОЖДЕНИЯ 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Субъективная. 2. Объективная. <p>Ответ: 1—., 2—.</p>	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИНЫ РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Кратковременность пребывания в стационаре. б. Переоценка заключения консультанта. в. Недостаточное клиническое обследование. г. Атипичность развития и течения, редкость заболевания. д. Неверная интерпретация клинических данных. е. Трудность обследования из-за тяжести состояния.
--	--

Установить соответствие

<p>57 ТЕМА БЕСЕДЫ</p> <p>1. Причина смерти, предполагаемые дефекты медицинской помощи.</p> <p>2. Процедура оформления документов, похорон.</p> <p>Ответы: 1—, 2—.</p>	<p>КОНСУЛЬТАНТ</p> <p>а. Патологоанатом, осуществивший вскрытие и оформивший «Медицинское свидетельство о смерти».</p> <p>б. Лечащий врач.</p> <p>в. Любой врач учреждения/подразделения патологоанатомической службы.</p> <p>г. Заведующий патологоанатомическим отделением.</p> <p>д. Подготовленные санитары или лаборанты.</p>
---	--

Дополнить

58. Второе (новое) заболевание у пациента, обусловленное действиями медицинских работников как адекватными, так и ошибочными при оказании медицинской помощи называется _____

Эталон ответа

58. Ятрогения (синоним: осложнения, патология профилактики, диагностики, лечения) — вторая (новая) болезнь (нозологическая единица), обусловленная действиями медицинских работников как адекватными, так и неадекватными (ошибочными) при оказании медицинской помощи.

Дополнить

59. Основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти, может быть вписано только в строку, обозначенную буквой «___» в пункте 33 Свидетельства о перинатальной смерти.

Дополнить

60. Основное заболевание или патологическое состояние умершего, явившееся непосредственной причиной смерти, может быть вписано в части I в строку, обозначенную буквой «___» в пункте 18 «Медицинского свидетельства о смерти».

Дополнить

61. Внешние причины смерти при травмах и отравлениях могут быть вписаны в строку, обозначенную буквой «___» в первой части пункта 18 «Медицинского свидетельства о смерти».

Дополнить

62. Несколько болезней и состояний, не связанных с первоначальной причиной смерти, могут быть вписаны в _____ часть пункта 18 «Медицинского свидетельства о смерти».

Установить правильную последовательность

63. Технологическая цепочка исследования материалов в патологоанатомическом отделении:
- Микроскопическое исследование гистологических материалов.
 - Прием и регистрация материалов.
 - Обезвоживание и заливка кусочков тканей.
 - Оформление патоморфологического диагноза (заключение).
 - Хранение архивных материалов.
 - Макроскопическое описание и вырезка.
 - Фиксация (дофиксация) доставленных материалов.

- з. Выдача заключений по результатам исследования, и. Изготовление гистологических срезов.
- к. Окрашивание гистологических препаратов.

Установить правильную последовательность

64. Проведение водной пробы на воздушную эмболию:
- Разрезать перикард спереди.
 - Вскрыть грудную клетку.
 - Рассечь реберные хрящи до II ребра.
 - Налить воду в перикардальную полость.
 - Удалить грудину, не повреждая крупные сосуды шеи.
 - Под водой проколоть ножом стенку правого предсердия.
 - Перепилить грудину на уровне II ребра.
3. Появление пузырьков воздуха в воде подтверждает воздушную эмболию.

Выбрать один правильный ответ в каждом пункте

65. У 40-летнего мужчины в области келоидного рубца голени появилось изъязвление. Больной в течение 2 мес применял антисептические мазевые повязки без эффекта. Хирургом для установления природы заболевания направлен на гистологическое исследование иссеченный кусочек ткани из хронической язвы голени. Заключение патологоанатома: в доставленном материале мелкозернистые эозинофильные массы детрита с небольшими группами разрушенных нейтрофильных лейкоцитов:

- Вид материала для морфологической диагностики:
 - Операционный.
 - Инцизионный.
 - Эксцизионный.
- Характер патологоанатомического заключения:
 - Окончательный диагноз.
 - Ориентировочный диагноз.
 - Описательный ответ.
 - Предварительный диагноз.

Выбрать один правильный ответ в каждом пункте

66. Проведено гистологическое исследование трех кусочков слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка (с полиповидного образования и других участков), взятых во время фиброгастроскопии.

Заключение патологоанатома: гиперпластический полип слизистой оболочки антрального отдела желудка (рубрика К31.8) с высокой обсемененностью *Helicobacter pylori*, высокой активностью хронического воспаления, кистозной дилатацией ямок, кистами, хроническими эрозиями, очаговой неполной кишечной метаплазией. В других фрагментах слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка проявления хронического гастрита (рубрика К39.4) с начальными признаками атрофического процесса, умеренной обсемененностью *Helicobacter pylori*, умеренной активностью воспаления, очаговой неполной кишечной метаплазией:

- Вид материала для морфологической прижизненной диагностики:
 - Операционный.
 - Кюретаж-биопсия.
 - Эндоскопическая биопсия.
- Характер патологоанатомического заключения:
 - Описательный ответ.

- б. Ориентировочный диагноз.
- в. Окончательный диагноз.

3.1.2. Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Больной М. 35 лет, поступил в терапевтическое отделение с явлениями тяжелого нефротического синдрома с выраженными отеками, анasarкой, стойкой гипертензией. Из анамнеза известно, что около года тому назад после перенесенной ангины появились боли в пояснице, кровь в моче, потрясающие ознобы по ночам. Состояние расценено как хронический гломерулонефрит. В отделении проводилось лечение нефротического синдрома, почечной недостаточности, однако у больного нарастала протеинурия, уровень мочевины крови достиг 40,5 ммоль/л, креатинин 1678 мкмоль/л.

В последний день жизни у больного стали нарастать одышка смешанного характера, при аускультации выявлены множественные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью обоих легких, отмечено выделение пенистой мокроты из ротовой полости. Несмотря на интенсивные терапевтические и реанимационные мероприятия больной умер.

На секцию представлен труп истощенного мужчины с серо-землистыми кожными покровами. По вскрытии полостей ощущается запах мочи. Обнаружены увеличенные дряблые почки. На разрезе ткань их с широким желто-серым с красным крапом корковым слоем и полнокровными пирамидами. С поверхностей разрезов обоих легких обильно стекает розовая пенистая жидкость. Слизистая оболочка трахеи, бронхов, желудка, тонкого и толстого кишечника гиперемирована, местами с белесоватыми пленчатыми наложениями (фибринозно-геморрагическое воспаление). Печень увеличена, дряблая, желтого цвета. Стенка левого желудочка сердца толщиной 1,7 см. При гистологическом исследовании ткани почек выявлены отек и инфильтрация стромы, в цитоплазме эпителия канальцев видны крупные ярко эозинофильные, местами сливающиеся белковые капли. В клубочках пролиферация нефротелия, подоцитов и макрофагов с образованием "полулуний", которые сдавливают клубочек. Капиллярные петли клубочков некротизированы, в просвете их фибриновые тромбы.

Вопросы

1. Какой общепатологический процесс выявлен при микроскопическом исследовании канальцев почек и являлся непосредственной причиной протеинурии у данного больного:
 - а) некроз нефротелия;
 - б) гиалиново-капельная дистрофия;
 - в) экссудативное гнойное воспаление;
 - г) апоптоз нефроцитов.
2. Какой вид воспаления обнаружен в клубочках почек:
 - а) экссудативное;
 - б) серозно-гнойное;
 - в) интерстициальное;
 - г) продуктивное;
 - д) геморрагическое.
3. Морфологический субстрат какого клинического симптома выявлен в ткани легких:
 - а) острой легочной недостаточности;
 - б) острой легочно-сердечной недостаточности;

- c) хронической легочной недостаточности;
 - d) острой правожелудочковой сердечной недостаточности;
 - e) острой левожелудочковой сердечной недостаточности.
4. Укажите какой вид некроза капиллярных петель клубочков почек имелся у данного больного, учитывая инфекционно-аллергическую теорию патогенеза гломерулонефрита:
- a) инфаркт;
 - b) колликвационный;
 - c) трофоневротический;
 - d) фибриноидный;
 - e) ишемический
5. Укажите, каков благоприятный морфологический исход некроза капиллярных петель клубочков почки:
- a) восстановление мышечной оболочки;
 - b) регенерация подоцитов;
 - c) склероз;
 - d) коагуляция;
 - e) трансформация адвентиции.
6. Какой вид гломерулонефрита по топографии процесса имелся у данного больного:
- a) мезангиальный;
 - b) мезангиопролиферативный;
 - c) экстракапиллярный;
 - d) интракапиллярный;
 - e) мембранозный.
7. Морфологическим проявлением какого клинического синдрома являются, обнаруженное на секции фибринозно-геморрагическое воспаление в трахее, бронхах, желудке, кишечнике:
- a) полицитемии;
 - b) гемолитической анемии;
 - c) хлоргидропенической уремии;
 - d) эклампсической уремии;
 - e) азотемической уремии.
8. Укажите, с чем связано утолщение стенки левого сердца до 1,7 см у данного больного:
- a) гипертрофия в результате гипертонической болезни;
 - b) физиологическая гипертрофия;
 - c) кардиомиопатическая гипертрофия;
 - d) гипертрофия в результате нефрогенной гипертензии ;
 - e) гипертрофия в результате реноваскулярной гипертензии.
9. Укажите правильный вариант формулировки заключительного диагноза у данного больного:
- a)
Основное: Хроническая почечная недостаточность.
Фоновое: Хронический быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

Осложнения: Острая сердечная недостаточность...

Сопутствующий: Артериальная симптоматическая гипертензия.

б)

Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:

Хронический быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Нефротический синдром.

Осложнения: Хроническая почечная недостаточность. Острая сердечная недостаточность.

Сопутствующее: Артериальная симптоматическая гипертензия.

с)

Основной: Хронический быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

Осложнения: Хроническая почечная недостаточность. Нефротический синдром. Артериальная симптоматическая гипертензия. Острая сердечная недостаточность.

10. Укажите правильный вариант оформления медицинского свидетельства о смерти у данного больного:

а)

- I. а) Хроническая почечная недостаточность
- б) Симптоматическая артериальная гипертензия
- в) Хронический гломерулонефрит.

г)

II. Ацидоз.

б)

- I а) уремия
- б) Хроническая почечная недостаточность
- в) Хронический быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

г)

II.

I. а) Хроническая почечная недостаточность

б)

в)

г)

II.

Ситуационная задача № 2

Больной П. 60 лет поступил в терапевтическое отделение из инфекционной клиники с жалобами на желтуху, кожный зуд, боль в правом подреберье, нарушения стула, увеличение живота в объеме. Из анамнеза известно, что несколько лет назад появились боли в правом подреберье, нарушения стула, лихорадка с потрясающими ознобами. Около недели назад пожелтели кожные покровы и слизистые, стал заметно увеличиваться в объеме живот. Направлен участковым терапевтом в инфекционную клинику, где исключены инфекционные заболевания. В терапевтическом стационаре состояние расценено как цирроз печени. В течение 3-х недель проводились лечебные мероприятия, однако явления печеночной недостаточности, портальной гипертензии прогрессировали. За 2 дня до смерти у больного появился черный стул. В день смерти развилось массивное желудочно-кишечное кровотечение "полным ртом" темной крови, больной скончался.

На аутопсии обнаружены желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, значительный асцит (7 литров), увеличенная, плотная, с мелкозернистой поверхностью, серо-зеленая на разрезе печень. Внутренние органы малокровны. Селезенка так же увеличена, уплотнена. Почки несколько увеличены, дряблые, на разрезе серого цвета. Мышца сердца

дряблая, на разрезе с множественными тонкими прослойками ткани серого цвета, венечные артерии неравномерно сужены выступающими в просвет бляшковидными утолщениями белого и желтого цвета. Вены пищевода и желудка расширены, истончены, изъязвлены. В просвете желудка, тонкого и толстого кишечника темная жидкая кровь. В терминальных отделах толстого кишечника так же имеются каловые массы черного цвета. При гистологическом исследовании ткани печени выявлены следующие изменения: эпителий мелких желчных протоков некротизирован, множественные холестазы в протоках, стенка их и соединительная ткань, окружающая протоки инфильтрированы лимфоцитами, плазмócитами и макрофагами, встречаются саркоидоподобные гранулемы. В других участках некротизированные гепатоциты по периферии долек, ложные дольки, инфильтрация и склероз перипортальных полей, гепатоциты с оптически пустой цитоплазмой (при окраски ткани печени Суданом III – реакция положительная). В почках обнаружен некроз эпителия канальцев.

Вопросы

1. Какой вид цирроза исходя из представленных клинических и морфологических данных имел место у данного пациента:
 - a) вторичный билиарный;
 - b) первичный билиарный;
 - c) циркуляторный;
 - d) криптогенный;
 - e) обменно-алиментарный.

2. Назовите вид (генез) желтухи, которая развилась у данного больного:
 - a) надпеченочная;
 - b) подпеченочная;
 - c) печеночная;
 - d) гемолитическая;
 - e) механическая.

3. С чем связано развитие печеночной недостаточности у данного больного:
 - a) с воспалением и некрозом эпителия желчных протоков;
 - b) с воспалением в портальных трактах;
 - c) с формированием ложных долек;
 - d) с дистрофией и некрозом гепатоцитов;
 - e) с гипоксией печеночной паренхимы.

4. Какова непосредственная причина смерти данного больного:
 - a) желудочно-кишечное кровотечение;
 - b) острая постгеморрагическая анемия;
 - c) остановка сердца;
 - d) печеночная недостаточность.

5. Проявлением какого синдрома у данного больного является некроз эпителия канальцев почек:
 - a) ренального;
 - b) гиперспленического;
 - c) кардиоваскулярного;
 - d) гепато-ренального;
 - e) гепато-портального.

6. Морфологический критерий постановки диагноза цирроза:

- a) некроз и дистрофия гепатоцитов;
- b) склероз портальных трактов;
- c) клеточная инфильтрация паренхимы;
- d) формирование ложных долек;
- e) клеточная инфильтрация и склероз портальных трактов.

7. К какому виду общепатологических процессов относятся изменения, обнаруженные в гепатоцитах, не подвергшихся некрозу, у данного больного:

- a) организация;
- b) жировой гепатоз;
- c) фибринолиз;
- d) накопление гемосидерина;
- e) инфаркт.

8. К каким видам общепатологических процессов относятся изменения, обнаруженные в желчных протоках и портальных трактах печени у данного больного:

- a) продуктивное воспаление и некроз;
- b) альтеративное и продуктивное воспаление;
- c) альтеративное, экссудативное воспаление;
- d) экссудативное, продуктивное воспаление, некроз;
- e) некроз, атрофия, накопление липофусцина.

9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза у данного больного:

- a) *Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:*

1. Цирроз печени.

2. ИБС (диффузный атеросклеротический кардиосклероз).

Осложнения: Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Асцит. Малокровие внутренних органов.

- b)

Основной комбинированный диагноз, конкурирующие заболевания:

Цирроз печени.

Осложнение: Портальная гипертензия. Острая постгеморрагическая анемия.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Печеночная недостаточность.

Конкурирующее: ИБС (диффузный атеросклеротический кардиосклероз).

- c)

Основной: Цирроз печени.

Осложнения: Портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных и изъязвленных вен пищевода и желудка. Постгеморрагическая анемия. Асцит. Печеночная недостаточность.

10. Укажите правильный вариант заполнения медицинского свидетельства о смерти на данного больного:

- a)

I. а) Асцит

б) Кровотечение из вен пищевода и желудка

- в) Цирроз печени
 - г)
 - II. Постгеморрагическая анемия
- б)
 - I. а) Острая постгеморрагическая анемия
 - б) Портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка
 - в) Цирроз печени
 - г)
 - II. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).
- с)
 - I. а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
 - б) Портальная гипертензия
 - в)
 - г)
 - II. Цирроз печени

Ситуационная задача № 3

Больной Н. 55 лет вечером после работы почувствовал головную боль, резкое головокружение. Приняв таблетки анальгина и цитрамона лег спать. Утром состояние его не улучшилось, на дом был вызван участковый терапевт. Как удалось выяснить из анамнеза пациент болел простудными заболеваниями, пять лет назад перенес инфаркт миокарда. При общезысическом клиническом исследовании ЧСС -70 уд. в минуту, АД – 110\80 мм.рт.ст., отмечены отеки на нижних конечностях, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, приглушенность сердечных тонов. Состояние больного расценено как ИБС (постинфарктный кардиосклероз), назначено соответствующее лечение, консультация невропатолога в виду того, что больной жаловался на значительное головокружение. Невропатолог, пришедший на следующий день расценил состояние больного как энцефалопатию. К концу того же дня состояние пациента резко ухудшилось, бригадой скорой медицинской помощи доставлен в стационар, где скончался в приемном покое через 10 мин. после поступления. На секцию тело усопшего направлено с диагнозом: ОНМК по ишемическому типу. ИБС (постинфарктный кардиосклероз).

На аутопсии обнаружен истонченный взбухающий рубец в области верхушки и задней стенки левого желудочка, миокард в окружности рубцовой ткани на значительных участках желто-зеленоватого цвета во всех слоях (инфаркт миокарда), по периметру этих участков имеются зоны кровоизлияний, в просвете левой венечной артерии видна куполообразная бляшка, закрытая тромботическими наложениями, перекрывающими полностью просвет сосуда. Толщина стенки левого желудочка сердца 1,7 см. Легкие большие, бурые и плотные. Печень несколько увеличена, плотная, на разрезе серо-желтого цвета с темно-красным крапом, почки плотные, синюшные с поверхности, а на разрезе красно-синюшные с четкими границами коркового и мозгового слоев. Селезенка увеличена, плотная, с поверхности и на разрезе темно-вишневого цвета, пульпа ее без соскоба. В брюшной полости содержится 1 литра прозрачной желтоватой жидкости, в полости перикарда имеется 100 мл. такой же жидкости. При гистологическом исследовании ткани сердца выявлена рубцовая ткань, очаги некроза, кровоизлияния. В печени резкое венозное полнокровие центров долек с очагами кровоизлияний в них, на периферии долек множество гепатоцитов с оптически пустой цитоплазмой и ядром на периферии. В головном мозге периваскулярный и периваскулярный отек.

Вопросы

1. На какой стадии морфогенеза находится у данного пациента атеросклеротический процесс в венечных артериях сердца:
 - a) липосклероза;
 - b) кальциноза;
 - c) липоидоза;
 - d) атероматоза с изъязвлением;
 - e) атероматоза.

2. Какой патологический процесс у данного больного явился непосредственной причиной развития повторного инфаркта миокарда:
 - a) длительный спазм;
 - b) эмболия;
 - c) тромбоз;
 - d) тромбоз на фоне стенозирующего атеросклероза;
 - e) тромбэмболия на фоне стенозирующего атеросклероза.

3. Какой общепатологический процесс отмечен у данного больного в печени:
 - a) Биллиарный цирроз печени;
 - b) Некроз и дистрофия гепатоцитов;
 - c) Синдром Бади-Киари;
 - d) мускатная печень;
 - e) саговая печень.

4. Какой общепатологический процесс, связанный с патологией сердца имелся во внутренних органах у данного больного:
 - a) реакция гиперчувствительности замедленного типа;
 - b) местное венозное полнокровие;
 - c) общее венозное полнокровие;
 - d) гангрена;
 - e) атеросклероз.

5. Какая клиническая форма атипичного течения повторного инфаркта миокарда имела у данного больного:
 - a) болевая;
 - b) немая;
 - c) гастралгическая;
 - d) цереброваскулярная;
 - e) астматическая.

6. Назовите зоны наиболее частой локализации инфаркта миокарда с учетом среднего типа кровоснабжения сердца:
 - a) задняя стенка левого желудочка;
 - b) задняя стенка правого желудочка и задние отделы межжелудочковой перегородки;
 - c) передняя стенка правого желудочка;
 - d) передняя стенка левого желудочка, верхушка сердца и передние отделы межжелудочковой перегородки;
 - e) передняя, боковые стенки правого желудочка и задняя часть межжелудочковой перегородки.

7. Укажите морфологический маркер начала организации острого инфаркта миокарда:
- а) появление вокруг очага некроза фиброцитов;
 - б) отложение вокруг некротических масс солей кальция;
 - в) появление в воспалительном вале вокруг очага некроза вместо лейкоцитов плазмоцитов, лаброцитов и коллагеновых волокон;
 - г) появление в воспалительном вале вокруг очага некроза грануляционной ткани на значительных участках;
 - д) смена лейкоцитов в воспалительном вале вокруг очага некроза макрофагами и молодыми клетками фибробластического ряда.

8. Назовите смертельное осложнение инфаркта миокарда в подостром периоде (по клиническим данным) его течения:
- а) фибрилляция желудочков;
 - б) гемотампонада перикарда вследствие разрыва стенки сердца;
 - в) кардиогенный шок;
 - г) асистолия;
 - д) внезапная остановка сердца.

9. Укажите правильный вариант формулировки окончательного диагноза (с учетом данных аутопсии) данному больному:

а)

Основной: Инфаркт миокарда.

Конкурирующее: ОНМК по ишемическому типу.

Осложнение: Острая сердечная недостаточность.

б)

Основной: ИБС (инфаркт миокарда).

Фоновое: Атеросклероз венечных артерий, постинфарктный кардиосклероз.

Хроническая аневризма сердца.

Осложнение: Острая сердечная недостаточность

в)

Основной: ИБС (повторный трансмуральный инфаркт миокарда, крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, хроническая аневризма сердца в области верхушки).

Осложнение: Острая недостаточность кровообращения.

г)

Основной: ИБС (повторный трансмуральный инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность).

10. Ваше мнение по поводу наличия расхождения между клиническим и патологоанатомическим диагнозом в данном случае:

- а) имеется совпадение диагнозов;
- б) имеется расхождение диагнозов 1 категории;
- в) имеется расхождение диагнозов 2 категории;
- г) имеется расхождение диагнозов 3 категории.

Ситуационная задача № 4

Больная М. 48 лет доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии с жалобами на резчайшую головную боль, головокружение, чувство тяжести за грудиной. Из анамнеза известно, что последние несколько лет страдает гипертонией, периодически бывают кризы, систематически врачом не наблюдалась. При

поступлении АД 230/140 мм.рт.ст., пульс напряжен, но не учащен; тошнота, рвота. На ЭКГ умеренное уширение комплекса QRS, снижение сегмента ST, отрицательный T в левых грудных отведениях. Немедленно начаты интенсивные терапевтические мероприятия с применением комплекса гипотензивных средств. К концу первых суток пребывания в стационаре состояние больной ухудшилось, потеряла сознание, развилась гемиплегия справа, через несколько минут наступила клиническая смерть. Реанимационные мероприятия эффекта не имели.

На аутопсии обнаружена обширная полость, заполненная жидкой кровью, свертками крови в бассейне левой средней мозговой артерии, нарушение целостности данной артерии в области основного ствола, кровь в полости боковых, III и IV желудочков мозга. В области правой гемисферы имеется киста диаметром до 2 см., заполненная почти прозрачной коричневатой жидкостью, стенки ее ржаво-коричневого цвета. Сердце массой 550 г., толщина стенки левого желудочка 2,0 см. Миокард на разрезе с тонкими белесоватыми прослойками. На интима венечных артерий и аорты бляшковидные утолщения белого и желтого цвета. Почки маленькие, плотные, поверхность их мелкогранулярная, корковый слой на разрезе истончен. В надпочечниках видны узловые образования желтого цвета в корковом слое. При гистологическом исследовании почек выявлены склероз сосудов, гломерулосклероз, атрофия и замещение соединительной тканью канальцевой части нефронов.

Вопросы

1. Назовите общепатологический процесс, являющийся одним из базисов морфологического субстрата гипертонической болезни:
 - a) амилоидоз сосудов;
 - b) гиалиноз соединительной ткани;
 - c) лейкоплакия;
 - d) реканализация просвета сосудов;
 - e) гиалиноз сосудов.
2. Укажите морфологические маркеры гипертонического криза:
 - a) атеросклероз сосудов мышечно-эластического типа;
 - b) эксцентрическая гипертрофия миокарда;
 - c) плазматическое пропитывание артериол, артериолонекроз, геморрагии;
 - d) гипертонический кардиосклероз;
 - e) плазматизация ткани миокарда, артериолосклероз.
3. Свидетельством чего является указанная в задаче киста в правой гемисфере головного мозга у данной пациентки:
 - a) гипоксии головного мозга;
 - b) перенесенного ишемического инсульта;
 - c) перенесенного геморрагического инсульта;
 - d) врожденной аномалии развития;
 - e) внутренней гидроцефалии.
4. Укажите причину кровоизлияния в головной мозг у данной пациентки:
 - a) аррозия стенки сосуда;
 - b) разрыв стенки сосуда;
 - c) повышение проницаемости стенки сосуда;
 - d) геморрагическая инфильтрация;
 - e) врожденная аномалия стенки сосуда.

5. Укажите непосредственную причину смерти данной больной:
- геморрагический шок;
 - остановка сердца;
 - остановка дыхания;
 - прорыв крови в IV желудочек;
 - прорыв крови в боковые и III желудочек мозга.
6. Укажите наиболее частую локализацию кровоизлияний в головной мозг:
- кора головного мозга;
 - желудочки, подкорковые ядра больших полушарий;
 - мозжечок;
 - субкортикальные зоны лобной и затылочной долей;
 - мозолистое тело.
7. Влияет ли каким-то образом артериальная гипертензия на возникновение, существование или развитие атеросклеротических изменений:
- не влияет никаким образом;
 - способствует прогрессированию атеросклероза;
 - способствует стабилизации атеросклеротических изменений сосудов;
 - способствует обратному развитию атеросклероза на ранних стадиях морфогенеза последнего;
 - способствует обратному развитию атеросклеротических изменений на любой стадии морфогенеза атеросклероза.
8. Какой с Вашей точки зрения стадии морфогенеза атеросклероза соответствуют описанные на вскрытии изменения у данной пациентки:
- долипидная стадия;
 - липоидоза;
 - липосклероза и атероматоза;
 - атероматоза с изъязвлением;
 - атерокальциноза.
9. Укажите правильный вариант формулировки заключительного диагноза данной пациентке.
- Основной:* Гипертоническая болезнь III ст.
Осложнения: Кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга, прорыв крови в боковые, III и IV желудочки мозга.
 - Основной:* Кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга.
Фоновое: Гипертоническая болезнь III ст.
Осложнение: Прорыв крови в боковые, III и IV желудочки мозга.
Сопутствующий: ИБС (атеросклероз коронарных артерий, диффузный атеросклеротический кардиосклероз). Атеросклероз аорты.
 - Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:* Гипертоническая болезнь III ст. ИБС (атеросклероз коронарных артерий, диффузный атеросклеротический кардиосклероз).

Осложнение: Кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга с прорывом в боковые, III и IV желудочки мозга

d)

Основной: ОНМК по геморрагическому типу с прорывом крови в боковые, III и IV желудочки мозга.

Фоновое: Гипертоническая болезнь III ст. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз). Атеросклероз аорты.

10. Укажите правильный вариант заполнения врачебного свидетельства о смерти на данную пациентку:

a)

I. а) Геморрагический инсульт

б) Прорыв крови в желудочки мозга

в) Гипертоническая болезнь.

г)

II. ИБС.

b)

I. а) Геморрагический инсульт

б)

в) ИБС

г)

II. Гипертоническая болезнь

c)

I. а) Геморрагический инсульт

б)

в)

г)

II. Гипертоническая болезнь. ИБС.

d)

I. а) Прорыв крови в желудочки мозга

б) Геморрагический инсульт

в) Гипертоническая болезнь

г)

II. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

Ситуационная задача № 5

Больной Н. 56 лет доставлен в терапевтическое отделение бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на выраженную одышку смешанного характера, цианоз, отеки на конечностях, увеличение живота в объеме, боли в области сердца сжимающего характера. Из анамнеза известно, что в молодом возрасте пациент перенес несколько атак ревматизма. При осмотре выявлен грубый скребущий систолический шум с максимумом в середине систолы, проводящийся преимущественно в область сонных артерий, над аортой систолическое дрожание. Притупление перкуторного звука над задними поверхностями обоих легких. Состояние расценено как порок сердца, проводилось симптоматическое лечение хронической недостаточности кровообращения, однако состояние больного прогрессивно ухудшалось, появились признаки отека легких, наступила смерть.

На аутопсии полулуния клапана аорты деформированы плотной белесоватой тканью с кальцинатами, бляшковидными утолщениями желтого цвета, отверстие клапана проходимо лишь для кончика мизинца. В аорте во всех отделах множественные бляшковидные утолщения на интимае, часть из них без покрышек, заполнены кашицеобразным детритом.

Сердце большое, толщина стенки левого желудочка 2,1 см., полость его дилатирована. Миокард на разрезе с множественными мелкими очажками белесоватой ткани и тонкими прослойками такой же ткани. На интима венечных артерий множественные бляшковидные утолщения, значительно суживающие просвет. Печень увеличена, плотная, на разрезе серо-желтого цвета с темно-красным крапом. Почки плотные красно-синюшные с поверхности и на разрезе. Селезенка увеличена, плотная, темно-вишневого цвета с поверхности и на разрезе. В брюшной и плевральных полостях имеется прозрачная желтоватая жидкость. При гистологическом исследовании тканей клапана выявлены склеротические изменения, в миокарде мелкоочаговый кардиосклероз, во внутренних органах хроническое венозное полнокровие.

Вопросы

1. Какие структурные компоненты сердца поражаются при ревматизме в первую очередь:
 - a) клапанный эндокард;
 - b) хордальный эндокард;
 - c) пристеночный эндокард;
 - d) соединительная ткань миокарда;
 - e) перикард.
2. Назовите наиболее характерный клинко-морфологический признак острого бородавчатого эндокардита:
 - a) диффузное поражение створок клапана без изменений эндотелия;
 - b) тромботические наложения по замыкающему краю створок клапана;
 - c) диффузное поражение створок клапана с паранекрозом эндотелия;
 - d) фибропластическое изменение замыкающего края створок клапана;
 - e) наличие порока сердца.
3. Назовите морфологический субстрат малой хорей при ревматизме:
 - a) васкулиты твердой мозговой оболочки;
 - b) наружная водянка головного мозга;
 - c) васкулиты мелких сосудов головного мозга;
 - d) внутренняя водянка головного мозга;
 - e) очаговый некроз гипофиза.
4. Назовите начальную фазу морфогенеза ревматизма:
 - a) фибриноидный некроз;
 - b) плазмотическое пропитывание;
 - c) казеозный некроз;
 - d) гиалиноз клапанов сердца;
 - e) склероз
5. Назовите морфологический вариант наиболее характерного (специфического) ревматического миокардита:
 - a) узелковый продуктивный;
 - b) диффузный межжучочный экссудативный;
 - c) очаговый периваскулярный экссудативный;
 - d) мультифокальный гранулематозный.

6. Назовите одну из наиболее частых причин смерти больных в период атаки ревматизма (кардиоваскулярная форма):
- фибрилляция желудочков сердца;
 - облитерация полости плевры;
 - тромбэмболии по сосудам большого круга;
 - ревматическая пневмония;
 - ревматический гломерулонефрит.
7. Укажите стадию морфогенеза атеросклероза аорты у данного пациента:
- липоидоз;
 - липосклероз;
 - липосклероз и атероматоз;
 - атероматоз и изъязвление;
 - атерокальциноз.
8. Укажите правильное название макроскопической картины хронического венозного полнокровия почки:
- цианотическая индурация почки;
 - большая красная почка;
 - большая пестрая почка;
 - первично-сморщенная почка;
 - вторично-сморщенная почка.
9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза данному больному:
- Основной:* Атеросклероз аорты.
Осложнение: Порок сердца: аортальный стеноз.
Осложнение: Н IIБ - III ст.
Конкурирующее: Ревматизм, неактивный, период ремиссии.
 - Основной:* Порок сердца: аортальный стеноз.
Фоновое: Атеросклероз аорты. Ревматизм, неактивный, период ремиссии.
Осложнение: Н IIБ-III ст.
 - Основной:* Ревматизм, неактивный, период ремиссии.
Осложнение: Порок сердца: аортальный стеноз. Н IIБ-III ст.
Сопутствующий: Атеросклероз аорты.
10. Укажите правильный вариант заполнения врачебного свидетельства о смерти на данного больного:
- Хроническая недостаточность кровообращения
 - Порок сердца: аортальный стеноз.
 -
 -

II. Ревматизм. Атеросклероз аорты.
 - Хроническая недостаточность кровообращения
 - Атеросклероз аорты

в) Ревматизм

г)

II.

с)

I. а). Хроническая недостаточность кровообращения

б).

в).

II. Порок сердца: аортальный стеноз.

Ситуационная задача № 6

Больная М. 45 лет доставлена в терапевтическое отделение с жалобами на резкую слабость, одышку в покое экспираторного характера. Из анамнеза удалось выяснить, что заболела остро 2 дня назад, когда был озноб. Страдает вредными привычками: злоупотребляет алкоголем, состоит на учете в наркологическом диспансере по хроническому алкоголизму. При объективном осмотре выявлено отставание правой половины грудной клетки при акте дыхания, множественные звучные мелкопузырчатые хрипы на фоне бронхиального дыхания, крепитация в проекции средней и нижней долей правого легкого. Отмечены отеки на нижних конечностях. При рентгенологическом исследовании выявлено интенсивное затемнение соответствующее средней и нижней долям, корень правого легкого неструктурен. В анализе периферической крови - нейтрофильный лейкоцитоз со значительным сдвигом влево. При рентгенологическом исследовании органов грудной полости так же выявлено увеличение сердца за счет правого и в основном левого желудочков. Пациентке проводилось интенсивное антибактериальное и противовоспалительное лечение, однако явления прежде всего легочной недостаточности нарастали, отмечено появление ржавой мокроты, на вторые сутки пребывания в стационаре наступила смерть, реанимационные мероприятия не проводились.

На аутопсии обнаружены следующие изменения: дряблое сердце с расширенными полостями, с пристеночными тромбами в левом желудочке; миокард дряблый, глинистого вида. Нижняя и средняя доли правого легкого увеличены в объеме, уплотнены, висцеральная плевро здесь же покрыта наложениями серо-желтоватых пленчатых масс, в правой плевральной полости содержится около 50 мл, мутной желтоватой жидкости. На разрезе ткань легкого в области средней и нижней долей темно-красного цвета, плотная. Регионарные лимфоузлы увеличенны, полнокровны. Печень увеличена, серо-желтого цвета с темно-красным крапом на разрезе. Почки и селезенка несколько увеличены, плотные, с поверхности и на разрезе темно-вишневого цвета. В области передней поверхности селезенки имеется конусовидный участок серо-желтого цвета, основание которого направлено к капсуле органа, а верхушка к воротам.

При гистологическом исследовании миокарда обнаружены гидропическая и жировая дистрофия кардиомиоцитов, очажки лизиса, атрофии и гипертрофии, фрагментация кардиомиоцитов. В средней и нижней долях правого легкого полнокровные сосуды, диапедез эритроцитов в просветы альвеол, здесь же нейтрофилы, нежные ниточки фибрина. Конусовидный участок в селезенке под микроскопом представлен скоплениями бесструктурных, безъядерных масс с лейкоцитарной реакцией по периферии. В печени резкое полнокровие центров долек, на периферии гепатоциты с явлениями жировой и гиалиново-капельной дистрофии, выявлены тельца Мэллори; в портальных трактах лимфо-гистиоцитарная инфильтрация.

Вопросы

1. Укажите стадию морфогенеза пневмонии в ходе, которой наступила смерть пациентки:

- a) стадия прилива;
 - b) стадия разрешения;
 - c) стадия красной гепатизации;
 - d) стадия серой гепатизации;
 - e) стадия осложненных поражений.
2. Укажите морфологический термин, правильно расшифровывающий природу конусовидного участка, обнаруженного в селезенке:
- a) метастаз;
 - b) инфаркт;
 - c) секвестр;
 - d) воспалительный очаг;
 - e) гранулема.
3. Укажите причину появления ржавой мокроты у пациентки:
- a) застойные явления в легких;
 - b) кардиомиопатия;
 - c) диапедез эритроцитов в альвеолы;
 - d) выпадение нитей фибрина в альвеолах;
 - e) легочное кровотечение.
4. Укажите одно из типичных легочных осложнений крупозной пневмонии:
- a) гангрена легкого;
 - b) перитонит;
 - c) гнойный менингит;
 - d) фибринозный плеврит;
 - e) полипозно-язвенный эндокардит.
5. Назовите общепатологический процесс, лежащий в основе развития алкогольной кардиомиопатии:
- a) склероз;
 - b) дистрофия кардиомиоцитов;
 - c) атрофия кардиомиоцитов;
 - d) гипертрофия кардиомиоцитов;
 - e) экссудативное воспаление.
6. Укажите одну из возможных причин смерти при алкогольной кардиомиопатии:
- a) остановка сердца;
 - b) фибрилляция желудочков;
 - c) асцит;
 - d) разрыв стенки сердца;
 - e) отрыв створки одного из клапанов.
7. Укажите морфологический термин, правильно отражающий картину макроскопических изменений, обнаруженных на аутопсии в печени у данной больной:
- a) "саговая" печень;
 - b) "гусяная" печень;
 - c) "мускатная" печень;
 - d) большая красная печень;
 - e) "сальная" печень.

8. Укажите состояние интимы коронарных артерий при алкогольной кардиомиопатии:

- a) без выраженных атеросклеротических изменений;
- b) с выраженными атеросклеротическими изменениями;
- c) бугристая, неровная, с язвенными дефектами;
- d) равномерно утолщена за счет облитерирующего склероза;
- e) с явлениями отслойки и изъязвления.

9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза данной пациентке (с учетом данных аутопсии):

a)

Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:

Лобарная плевропневмония в области средней и нижней долей правого легкого.

Хроническая алкогольная кардиомиопатия.

Осложнения: Острая сердечная недостаточность, фибрилляция желудочков сердца.

b)

Основной комбинированный диагноз, конкурирующие заболевания: Хронический

алкоголизм: алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гепатит. Крупозная пневмония средней и нижней долей правого легкого.

Осложнение: Фибрилляция желудочков сердца. Н ПБ....

c)

Основной: Крупозная пневмония в области средней и нижней долей правого легкого.

Осложнение: Фибрилляция желудочков сердца. Н П Б ...

Сопутствующий: Алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гепатит.

d)

Основной: Лобарная плевропневмония в области средней и нижней долей правого легкого.

Фоновое: Хронический алкоголизм: алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гепатит.

Осложнения: Фибрилляция желудочков сердца. Н П Б ...

10. Укажите правильный вариант заполнения врачебного свидетельства о смерти на данную больную:

a)

I. a) Фибрилляция желудочков сердца

б) Алкогольная кардиомиопатия

в) Хронический алкогольный гепатит

г)

II. Хронический алкоголизм. Крупозная пневмония справа.

b)

I. a) Фибрилляция желудочков сердца

б) Алкогольная кардиомиопатия

в) Хронический алкоголизм

г)

II. Лобарная пневмония справа. Алкогольный гепатит.

c)

I. a) Крупозная пневмония справа

б)

в)

г)

II. Хронический алкоголизм

d)

I. а) Фибрилляция желудочков сердца.

б)

в)

г)

II. Крупозная пневмония справа. Хронический алкоголизм.

Ситуационная задача № 7

Больной Л. 63 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на тяжелую одышку смешанного характера, кашель с обильным отделением слизисто-гноющей мокроты, повышение температуры тела до 37,2 градусов в течение нескольких дней. Из анамнеза известно, что длительное время злоупотребляет никотином (курит больше 1 пачки папирос в день), часто болеет простудными заболеваниями. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 4 дней после перенесенного гриппа. Общее состояние пациента при поступлении средней тяжести. Внешний осмотр больного выявил акроцианоз, бочкообразную грудную клетку, утолщение ногтевых фаланг пальцев рук и ног по типу "барабанных палочек", изменение ногтевых пластинок по типу "часовых стекол", выраженные отеки на голенях. При общеклиническом физическом исследовании органов дыхания выявлены коробочный звук при сравнительной перкуссии над обоими легкими, множественные сухие дискантовые и влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью обоих легких. Отмечены так же приглушенность сердечных тонов. При рентгенографии органов грудной полости отмечены эмфизема и диффузный пневмосклероз, у основания правого легкого видны кольцевидные тени, в VI сегменте этого же легкого участок затенения почти округлой формы. Проведенное прицельное бронхографическое исследование правого легкого выявило кистозные расширения в нескольких участках бронхиального дерева. На ЭКГ выявлены признаки гипертрофии левого и правого желудочков, диффузные изменения в миокарде. В стационаре начато антибактериальное и противовоспалительное лечение, медикаментозная коррекция нарушений кровообращения. Несмотря на терапевтические мероприятия, проводившиеся больному в течение 7 дней, состояние его прогрессивно ухудшалось: нарастала одышка смешанного характера в покое, стала накапливаться жидкость в брюшной и плевральной полостях, появились нарушения ритма сердечной деятельности, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы в легких, мокрота приобрела ржавый цвет и пенистый вид, через 9 суток пребывания в отделении больной умер.

На аутопсии обнаружены следующие патологические изменения: прозрачная желтоватая жидкость в количестве 500 мл, в брюшной полости и по 150 мл, такой же жидкости в плевральных полостях, плевра и брюшина макроскопически не изменены. Сердце увеличено в размерах, толщина стенки правого желудочка 0,8 см., левого-1,5 см. На интима коронарных артерий единичные пятна желтого цвета, миокард на разрезе с единичными тонкими белесоватыми прослойками. В аорте на интима всех отделов немногочисленные белые и желтые бляшковидные утолщения. Легкие увеличены, в верхних отделах вздутые, бледные, мягкие, режутся с хрустом, в остальных уплотнены на разрезе ржаво-бурого цвета. В прикорневых зонах правого легкого просвет нескольких бронхов мешковидно расширен, стенки их несколько утолщены, слизистая гиперемирована, в просвете тягучее серо-зеленоватое содержимое. В других участках стенки бронхов утолщены, ригидные, выступают над поверхностью разреза, просветы их сгруппированы, заключены в прослойки плотной белесоватой ткани в VI сегменте правого легкого полость с стенками из плотной сероватой ткани, толщиной до 0,5 см. от которой по направлению к корню легкого идут тяжи плотной белесоватой ткани. Содержимое полости серовато-зеленоватые тягучие массы. Почки и селезенка несколько увеличены, уплотнены, с поверхности и на разрезе ткань их темно-

красного с синюшным оттенком. Печень увеличена, плотная, на разрезе серо-желтого цвета с темно-красным крапом.

При гистологическом исследовании ткани правого легкого слизистая бронхов представлена призматическим и многослойным плоским неороговевающим эпителием. В слизистой, подслизистом слое отмечены диффузная лимфоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов; очаги склероза и кистозное изменение слизьпродуцирующих желез в подслизистом слое. В перибронхиальных зонах и очагово в паренхиме разрастания соединительной ткани. Множество альвеол с расширенными просветами, межальвеолярные перегородки истончены, местами разорваны. В других участках ателектазы. В перегородках, просветах альвеол множественные макрофаги, нагруженные гемосидерином. В просвете многих альвеол гомогенные эозинофильные массы. Капилляры запустевшие, с разрастаниями коллагеновых волокон в стенках, часто просто не определяются. Стенка полости в VI сегменте правого легкого представлена грануляционной и волокнистой соединительной тканью.

Вопросы

1. Дайте характеристику воспалительному процессу, выявленному в бронхах данного пациента:
 - a) острое гнилостное воспаление;
 - b) подострое геморрагическое воспаление;
 - c) хроническое слизисто-гнойное катаральное воспаление;
 - d) хроническое слизисто-гнойное фибринозное воспаление;
 - e) гнойно-геморрагическое альтеративное воспаление.
2. Укажите основной морфологический признак, отличающий приобретенный бронхоэктаз от врожденного:
 - a) мешковидный бронхоэктаз;
 - b) цилиндрический бронхоэктаз;
 - c) экссудативное воспаление в стенке;
 - d) упорядоченное расположение структур стенки бронха;
 - e) прикорневое расположение бронхоэктаза.
3. Укажите причину изменения ногтевых фаланг и ногтевых пластинок у данного больного:
 - a) амилоидоз;
 - b) гипоксия;
 - c) гипероксигенация;
 - d) понижение артериального давления;
 - e) коллапс легкого.
4. Укажите вид эмфиземы легких, имевшейся у пациента, исходя из представленных клинических и морфологических данных:
 - a) хроническая очаговая (рубцовая);
 - b) хроническая диффузная обструктивная;
 - c) викарная (компенсаторная);
 - d) старческая;
 - e) межуточная.

5. Какой патологический процесс обусловил появление в бронхах многослойного плоского эпителия:
- атрофия слизистой оболочки;
 - дисплазия эпителия слизистой оболочки;
 - метаплазия эпителия слизистой;
 - гиперплазия эпителия слизистой;
 - организация слизистой после повреждения.
6. Обнаружение какой ткани при гистологическом исследовании стенки абсцесса правого легкого свидетельствует о хроническом характере имеющегося у пациента гнойника:
- грануляционной;
 - "пиогенной" мембраны;
 - грубой волокнистой соединительной;
 - альвеолярной с лимфоцитарной инфильтрацией;
 - нервных окончаний в виде "ампутационных невром".
7. Укажите клинико-морфологический маркер перехода хронической недостаточности кровообращения из стадии субкомпенсации в стадию декомпенсации:
- акроцианоз;
 - приглушенность сердечных тонов;
 - накопление экссудата в полостях тела;
 - накопление трансудата в полостях тела;
 - появление отеков на голенях в конце рабочего дня.
8. Выберите правильное определение приобретенного ателектаза легкого:
- спадение респираторного отдела легких вследствие обтурации или компрессии бронхов;
 - спадение респираторного отдела легких вследствие врожденного отсутствия сурфактанта;
 - спадение респираторного отдела легких вследствие гнойного воспаления в альвеолах;
 - спадение респираторных структур вследствие механического сдавления легкого со стороны плевральной полости;
 - спадение респираторных структур вследствие некроза межальвеолярных перегородок.
9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза данному больному:
- Основной:* Бронхоэктатическая болезнь.
Фоновое: Хронический диффузный обструктивный бронхит.
Осложнение: Эмфизема легких. Хронический абсцесс правого легкого.
 Декомпенсированное хроническое легочное сердце. Н II Б. ОЛЖН.
Сопутствующий: Атеросклероз аорты.
 - Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:*
 Хронический обструктивный диффузный бронхит. Бронхоэктатическая болезнь.
Осложнение: Эмфизема легких. Хронический абсцесс правого легкого.
 Декомпенсированное хроническое легочное сердце. Н II Б. ОЛЖН.
Сопутствующий: Атеросклероз с преимущественным поражением коронарных артерий сердца и аорты. Мелкоочаговый кардиосклероз.
 - Основной:* Хронический диффузный обструктивный бронхит.

Осложнение: Бронхоэктазы в средней доле правого легкого. Эмфизема легких. Хронический абсцесс правого легкого. Декомпенсированное хроническое легочное сердце. Н П Б. ОЛЖН.

Сопутствующий: Атеросклероз аорты.

d)

Основной: Хронический абсцесс правого легкого.

Фоновое: Хронический диффузный обструктивный бронхит.

Бронхоэктатическая болезнь.

Осложнение: Эмфизема легких. Декомпенсированное хроническое легочное сердце.

Н П Б. ОЛЖН (отек легких).

Сопутствующий: Атеросклероз аорты.

10. Укажите правильный вариант заполнения врачебного свидетельства о смерти на данного больного:

a)

I. а) Хронический абсцесс правого легкого

б) Бронхоэктатическая болезнь

в)

г)

II. Хронический бронхит. Атеросклероз аорты.

b)

I. а) Хроническая недостаточность кровообращения

б) Бронхоэктазы, декомпенсированное легочное сердце

в) Хронический бронхит

г)

II. Атеросклероз аорты

c)

I. а) Декомпенсированное легочное сердце

б)

в)

г)

II. Хронический бронхит. Бронхоэктатическая болезнь.

d)

I. а) Хроническая недостаточность кровообращения

б)

в) Декомпенсированное легочное сердце

II. Хронический бронхит с бронхоэктазами

Ситуационная задача № 8

Больной М. 47 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся почти сразу после приема пищи, периодические рвоты через 1-2 часа после приема пищи, слабость, сонливость, головокружение. Из анамнеза известно, что после службы в рядах Советской Армии появились боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, весной и осенью наблюдались обострения. Находится на диспансерном учете по поводу язвенной болезни желудка. При внешнем осмотре кожные покровы бледные, холодные, пониженного питания. Язык обложен у корня белым налетом, влажный. Пальпация эпигастральной области болезненная. Со стороны других органов и систем значительных изменений не обнаружено. В анализе периферической крови отмечено снижение числа эритроцитов до $2,3 \times 10^9 /л$. Сделать качественную ФГС не удалось ввиду наличия в желудке большого количества жидкости коричневатого цвета. Начата

гемостатическая терапия. На вторые сутки пребывания в стационаре у больного отмечен стул черного цвета. Срочно переведен в хирургическое отделение, готовился к операции. Однако состояние резко ухудшилось, появилась обильная рвота желудочным содержимым типа "кофейной гущи", резкая гипотония до 60/10 мм.рт.ст. Интенсивные терапевтические и реанимационные мероприятия оказались безуспешными.

На атопии в желудке обнаружен язвенный дефект по малой кривизне. Дефект почти округлой формы, диаметром 4 см., с плотными, несколько приподнятыми краями, в дне его имеется сосуд диаметром 0,3 см. с разрушенной стенкой. Дно дефекта черного цвета. В просвете желудка, тонкого и частично толстого кишечника имеется жидкая темная кровь и свертки крови. В терминальных отделах толстой кишки каловые массы черного цвета. Внутренние органы малокровны. При исследовании сердца отмечены бляшковидные утолщения на интима коронарных артерий, дряблость миокарда, разрастания под эпикардом жировой ткани, единичные тонкие прослойки плотной белесоватой ткани в миокарде. Со стороны других органов значительных изменений не отмечено за исключением печени: ткань ее дряблая, желто-коричневого цвета.

При гистологическом исследовании язвенного дефекта в его дне и краях отмечены участки фибриноидного некроза, окруженные нейтрофилами и лимфоцитами, поля грануляционной и грубоволокнистой соединительной ткани, толстостенные кровеносные сосуды и утолщенные нервные окончания. По краям гиперплазия эпителия. В печени клетки в центрах и на периферии долек в виде оптически пустых образований с ядром на периферии (в результате вымывания липидов при спиртовой проводке гистологических объектов).

Вопросы

1. Укажите вид патологических изменений, обнаруженных в печени данного пациента при гистологическом исследовании:
 - a) смешанная дистрофия гепатоцитов;
 - b) белковая паренхиматозная дистрофия;
 - c) белковая мезенхимальная дистрофия;
 - d) жировая паренхиматозная дистрофия;
 - e) жировая мезенхимальная дистрофия.

2. Укажите причину патологических изменений, обнаруженных в ткани печени:
 - a) алиментарные нарушения;
 - b) токсические изменения;
 - c) гипоксия;
 - d) атрофия;
 - e) воспаление в язвенном дефекте.

3. О чем свидетельствует черный цвет дна язвенного дефекта у данного больного:
 - a) об аддисоновой болезни у пациента с язвой желудка;
 - b) о накоплении гемосидерина в дне хронической язвы;
 - c) о длительных неоднократных кровотечениях из данной язвы;
 - d) о впервые возникшем кровотечении из язвы у данного больного;
 - e) о накоплении в дне язвенного дефекта гемомеланина.

4. Укажите основную причину кровотечения у данного пациента:
 - a) аррозия сосуда в дне обострившейся язвы воспалительным инфильтратом;
 - b) аррозия сосуда в дне язвенного дефекта желудочным соком;
 - c) диапедезное кровотечение из дна обострившейся язвы;
 - d) разрыв сосуда с склеротически измененной стенкой в дне язвы;

е) распространение некроза, имеющегося в дне язвы, на стенку сосуда с ее разрывом.

5. Укажите место наиболее частой локализации язвы в желудке:

- а) малая кривизна, антральный отдел;
- б) большая кривизна, антральный отдел;
- в) малая кривизна, кардиальный отдел;
- г) малая кривизна, субкардиальный отдел;
- е) большая кривизна кардиальный отдел.

6. Укажите одно из частых типичных осложнений язвенной болезни желудка:

- а) азотемическая уремия;
- б) флегмона желудка;
- в) стеноз привратника;
- г) язва луковицы 12-перстной кишки;
- е) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

7. Укажите непосредственную причину смерти данного больного:

- а) желудочно-кишечное кровотечение;
- б) постгеморрагическая анемия;
- в) острая сердечно-легочная недостаточность;
- г) остановка сердца;
- е) остановка дыхания.

8. Назовите морфологический маркер отличия язвы желудка от эрозии:

- а) нейтрофилами инфильтрирован поверхностный слой слизистой оболочки;
- б) слизистая инфильтрирована нейтрофилами на всю толщину;
- в) некроз всей толщи слизистой и более глубоких слоев стенки;
- г) некроз поверхностных слоев слизистой оболочки;
- е) некроз в пределах всей толщи слизистой оболочки.

9. Укажите правильный вариант оформления заключительного диагноза в данном случае:

а)

Основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:

Язвенная болезнь желудка (хроническая язва по малой кривизне). ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

Осложнения: Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

Острая сердечная недостаточность.

б)

Основной: Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (хроническая язва по малой кривизне)

Фоновое: ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

Осложнения: Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

Острая недостаточность кровообращения.

в)

Основной: Язвенная болезнь желудка (хроническая язва желудка в стадии обострения по малой кривизне).

Осложнения: Желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

Сопутствующий: ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).

10. Укажите правильный вариант оформления врачебного свидетельства о смерти на данного пациента:

- a)
- I. а) Желудочно-кишечное кровотечение
 - б)
 - в)
 - г)
 - II. Язвенная болезнь желудка. ИБС.
- b)
- I. а) Постгеморрагическая анемия
 - б) Желудочно-кишечное кровотечение
 - в) Хроническая язва желудка в стадии обострения
 - г)
 - II. ИБС (атеросклеротический кардиосклероз).
- c)
- I. а) Постгеморрагическая анемия
 - б) Желудочно-кишечное кровотечение
 - в)
 - г)
 - II. Хроническая язва желудка в стадии обострения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

У матери (беременность 38 недель) с сочетанным пороком митрального клапана и поздним гестозом роды осложнились тугим обвитием пуповины вокруг шеи плода (длина пуповины 75 см), с частичной отслойкой плаценты. Наступила антенатальная гибель плода. На секции у плода обнаружены проявления асфиксии (венозный застой, жидкая кровь, множественные кровоизлияния в плевру, эпикард, ателектаз легких). У плода, кроме этого, обширная гемангиома кожи лица (2,0x2,0 см), масса плода при рождении – 3000 г.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

У матери (беременность 40 недель) с равномерно суженным тазом быстрые роды осложнились родовой травмой: наружной кефалогематомой в области правой теменной кости, двухсторонним разрывом парусов мозжечкового намета, кровоизлиянием в задней черепной ямке (5,0 мл) и привели к асфиксии и интранатальной гибели плода (общий венозный застой, жидкая кровь, множественные кровоизлияния, ателектаз легких). У плода кроме этого обнаружена кавернозная гемангиома печени (1,0x1,0). Изменения в последе не выявлены. Масса ребенка при рождении 3800 г, рост 53 см.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

При несовместимости крови матери и плода по Rh - фактору, при 3-ей беременности 27 нед., родился мертвый отечный плод, массой -2500 г, с большими селезенкой (53,0 г),

печенью (188,0 г), сердцем (21,0 г), с признаками недоношенности (отсутствие ядер Беклара, волосатая кожа, мягкие хрящи ушных раковин, яички не опущены в мошонку). Плацента отечна, масса 980,0 г.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Во 2-ой половине I беременности у матери 36-лет небольшая лихорадка угрожающий выкидыш. При сроке беременности 35 недель родился мертвый плод мужского пола, массой 1700 г, с явлениями генерализованной врожденной цитомегаловирусной инфекции: цитомегаловирусный сиалоаденит околоушных и подчелюстных желез, нефрит, гепатит, энцефалит (обнаружены цитомегаловирусные клетки).

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

При преждевременных родах родился ребенок весом 1850,0 грамм с признаками недоношенности. Отмечено оболочечное прикрепление пуповины, кровоизлияние в месте отхождения пуповины от оболочек (5,0x4,0 см), ребенок умер на вторые сутки жизни. Выявлены изменения: диапедезные кровоизлияния в ядро диафрагмального нерва и в симпатические ганглии; полные и частичные ателектазы легких, единичные гиалиновые мембраны; общий венозный застой, единичные очаги серозно-гнойной пневмонии (кишечная палочка) на фоне ателектаза легких.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Родился доношенный ребенок с явлениями врожденной гипотрофии, масса при рождении – 2800 г. На 5-ый день ребенок умер от пупочного сепсиса в форме септикопиемии - гнойный омфалит и тромбартериит пупочной артерии, эмболическая гнойничковая пневмония, гнойный менингит, паренхиматозная дистрофия миокарда, печени, почек, фибринозно-гнойный плеврит. Патология матери и плода не выявлены.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

При срочных родах родился мертвый доношенный мальчик массой 3250 г с признаками болезни Дауна (четырепальцевая складка, монголоидный разрез глаз, брахицефалия со скошенным затылком, дефект межжелудочковой перегородки, коарктация аорты) и небольшой родовой травмой в виде наружной кефалогематомы в области правой теменной кости. Патологии последа и матери не выявлено.

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

От матери, страдающей сахарным диабетом, родился крупный мертвый ребенок (4800,0 г) с явлениями общего ожирения (толщина слоя жировой клетчатки в области живота 1,0 см), гиперплазия островков Лангерганса, с макроскопическими признаками асфиксии (ателектаз легких, общий венозный застой, мелкоточечные кровоизлияния). Роды осложнились слабостью родовой деятельности и был наложен вакуум-экстрактор. Имеется родовая травма скальпа - шиньон от вакуум-экстрактора, двухсторонний глубокий надрыв мозжечкового намета, субдуральная гематома в задней черепной ямке (5,0 мл). Выявлена патология последа в виде длинной пуповины (94 см).

1. Поставить перинатальный диагноз.
2. Выписать врачебное свидетельство о смерти.

Ситуационная задача 17

Женщина 29 лет поступила в роддом на 36-й неделе беременности. В анамнезе 3 медицинских аборта. Беременность 4-я, роды первые. Предыдущие беременности завершились медицинскими абортами. В первой половине настоящей беременности наблюдались тошнота, анемия легкой степени, на 11-й неделе — угроза прерывания беременности, уреоплазмоз, по поводу которого получала лечение. Родоразрешение на сроке 37—38 нед. путем кесарева сечения. Извлечена девочка массой 3050 г, рост 50 см. Наблюдалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тугое обвитие пуповины вокруг шеи 2 раза, острая гипоксия плода, оценка по шкале Апгар при рождении 1 балл. Проводились реанимационные мероприятия. Смерть новорожденной наступила через 1 сутки и 14 ч после родов.

Клинический диагноз. Внутриутробная инфекция неуточненной этиологии. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Анемия. Своевременные оперативные роды.

Данные патологоанатомического исследования. Мягкие мозговые оболочки отечные, мутные, полнокровные, с множественными кровоизлияниями. В глубине латеральных борозд видны множественные беловато-сероватые очажки, похожие на комочки ваты размером 0,2—0,3 см в диаметре. Мозговая ткань на разрезе синюшного цвета, влажная. Легкие тестоватой консистенции, на разрезе темно-красного цвета. С поверхности разреза отделяется кровянистая масса, под плеврой — точечные кровоизлияния. Внутренние органы полнокровны. При гистологическом исследовании в мягких мозговых оболочках определяются продуктивно-склеротические узелки на фоне диффузной продуктивно-экссудативной воспалительной реакции, среди клеточных элементов которой преобладают макрофаги с PAS-положительными включениями в цитоплазме, а также лимфоциты и фибробласты. Аналогичная картина — в сосудистых сплетениях. Лимфогистиоцитарные инфильтраты видны в строме легких, поджелудочной железы и надпочечников; в альвеолярных ходах и в полостях альвеол гомогенные белковые массы и эритроциты, остатки околоплодных вод. В мазках-отпечатках с легких и мозговых оболочек, обработанных меченой противохламидийной сывороткой, регистрируется свечение хламидийного антигена в цитоплазме альвеолоцитов, эндотелия и макрофагов. Плацента массой 560 г с дополнительной долькой 5,0x4,0x1,5 см. В ворсинах хориона, базальной пластинке,

париетальной децидуальной оболочке выявляется лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофильных лейкоцитов.

Выбрать один правильный ответ

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе:

- а. Асфиксия новорожденного.
- б. Врожденная хламидийная инфекция.
- в. Преждевременная отслойка плаценты.
- г. Отечно-геморрагический синдром.
- д. Санированный уреоплазмоз.
- е. Межуточный панкреатит и эпинефрит.

Выбрать все правильные ответы

2. Патология последа, обусловившая поражение новорожденного:

- а. Наличие добавочной дольки.
- б. Инфаркты.
- в. Плацентит.
- г. Преждевременная отслойка.

Выбрать один правильный ответ

3. Расхождение диагнозов по:

- а. Осложнению.
- б. Конкурирующему заболеванию.
- в. Сопутствующему заболеванию.
- г. Основному заболеванию.

Выбрать один правильный ответ.

4. Причина расхождения диагнозов:

- а. Краткость пребывания.
- б. Недоучет клинических данных.
- в. Тяжесть состояния.
- г. Недоучет анамнестических данных.
- д. Переоценка заключения специалиста.
- е. Недостаточное клиническое обследование.

Ситуационная задача 18

Женщина 23 лет, 2-я беременность на сроке 35—36 нед, первые роды. В анамнезе медицинский аборт. С 23 нед настоящей беременности диагностирован плацентит, с 28 нед — отеки, протеинурия, хроническая фетоплацентарная недостаточность. За 4 сут до родов исчезло сердцебиение плода. При родовспоможении использованы кожно-головные щипцы. Родился мертвый мацерированный плод массой 2300 г, рост 46 см.

Клинический диагноз. Преждевременные роды мертвым плодом. Нефропатия легкой степени на фоне нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу, кандидозный кольпит.

Данные патологоанатомического исследования. Мацерация кожных покровов плода, прокрашивание их мекониевыми массами в зеленоватый цвет, мекония в толстой кишке мало. Внутренние органы дряблые, полнокровные. В мягких мозговых оболочках и эпикарде — точечные кровоизлияния. Плацента массой 450 г, с плодной поверхности окрашена в зеленоватый цвет. Околоплодные оболочки мутные, отечные, зеленоватого цвета, пупочный канатик длиной 60 см, по его ходу — ложные узлы.

При гистологическом исследовании — в легких аспирированные мелкозернистые эозинофильные и мекониевые массы; в почках, печени, миокарде — частичный аутолиз, венозное полнокровие. В плаценте — флегмонозное воспаление, в плодных оболочках — отек, очаговая лейкоцитарная инфильтрация.

Выбрать один правильный ответ

1. Основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе:

- а. Недоношенность.
- б. Гнойный плацентит.
- в. Нейроциркуляторная дистония.
- г. Антенатальная гипоксия плода.
- д. Внутриутробное опорожнение толстой кишки.

Выбрать один правильный ответ

2. Непосредственная причина смерти плода:

- а. Наложение кожно-головных щипцов.
- б. Мацерация кожных покровов.
- в. Кровоизлияния в мозговых оболочках.
- г. Гипоксия.
- д. Аспирация околоплодных вод.

Выбрать один правильный ответ

3. Причина хронической фетоплацентарной недостаточности:

- а. Флегмонозный плацентит.
- б. Ложные узлы пуповины.
- в. Преждевременная отслойка плаценты.

Выбрать один правильный ответ

4. Свидетельство, необходимое для регистрации этой смерти в ЗАГСе:

- а. О рождении.
- б. О браке.
- в. О перинатальной смерти.
- г. О смерти.

3.1.3. Практические навыки.

3.1.3.1. Работа с макропрепаратом:

Обучающийся должен определить вид ткани, орган, характер патологических изменений в тканях, определить заболевание, вызвавшие наблюдаемые изменения.

Список макропрепаратов:

- 1. «Мускатная печень»
- 2. «Ржавая» киста головного мозга
- 3. Лус лобной кости
- 4. Абсцесс головного мозга, менингоэнцефалит
- 5. Абсцесс легкого
- 6. Аденома гипофиза
- 7. Аденомы толстой кишки /катарально-геморрагический колит/
- 8. Амилоидоз селезенки / « ветчинная селезенка»/
- 9. Амилоидоз селезенки / «сальная селезенка»/
- 10. Аннулярный цирроз печени
- 11. Антракоз легкого
- 12. Атеросклероз аорты (стадия атероматоза)
- 13. Атеросклероз аорты с пристеночными тромбами
- 14. Атеросклероз сосудов головного мозга
- 15. Бородавчатый эндокардит двухстворчатого клапана

16. Бронхоэктазы
17. Бронхоэктатическая болезнь
18. Бурая атрофия миокарда
19. Возвратный бородавчатый эндокардит
20. Гангрена нижней доли легкого
21. Гангрена толстой кишки
22. Гангрена тонкой кишки
23. Геморрагический инфаркт легкого
24. Гемосидероз печени и инфаркт селезенки
25. Гиалиноз капсулы селезенки
26. Гиперплазия костного мозга грудины и тел позвонков при остром миелолейкозе
27. Гиперплазия селезенки при лимфолейкозе
28. Гипертрофический гастрит
29. Гипертрофия сердца при гипертонической болезни
30. Гнойный лептоменингит
31. Гнойный лимфангит двуглавой мышцы. Абсцедирование
32. Жировая дистрофия печени
33. Инфаркт миокарда
34. Ишемический инфаркт селезенки
35. Кавернозная гемангиома печени
36. Казеозная пневмония с формированием каверны
37. Кандидозная пневмония с очагами распада
38. Карнификация легкого. Бронхоэктазы
39. Концентрическая гипертрофия левого желудочка
40. Кровоизлияние в боковые желудочки мозга
41. Кровоизлияние в мозг
42. Кровоизлияние в мягкие мозговые оболочки мозжечка при остром миелолейкозе
43. Кровоизлияния в слизистую оболочку желудка при остром миелолейкозе
44. Крупозная пневмония/серое опеченение
45. Лейомиосаркома матки
46. Липома
47. Липома спины
48. Мелкоузловой (портальный) цирроз печени
49. Менингиома, прорастающая в кость
50. Метастазы саркомы бедра в легком
51. Многооскольчатый перелом свода черепа
52. Мозговидное набухание групповых и солитарных фолликулов при брюшном тифе
53. Нефросклероз при гипертонической болезни
54. Нормальный аппендикс и флегмонозный аппендицит
55. Огнестрельное ранение печени и тонкой кишки, входная и выходная огнестрельные раны кожи
56. Ожирение печени
57. Опухолевидный туберкулез печени с ограниченным поддиафрагмальным перитонитом и забрюшинным абсцессом
58. Остеомиелит бедра. Секвестры
59. Остеомиелит шейных позвонков
60. Острая /желтая/ токсическая дистрофия печени
61. Очаг Гопа
62. Печень при эклампсии

63. Пневмония при гриппе
64. Постинфарктный кардиосклероз
65. Пристеночный тромб левого желудочка
66. Рак гортаноглотки
67. Рак грудной железы
68. Рак желчного пузыря
69. Рак молочной железы
70. Селезенка при лимфогранулематозе
71. Семейный полипоз толстой кишки
72. Сердце при истощении (бурая атрофия)
73. Серозный энтерит при холере
74. Смешанноузловой цирроз печени с некрозом узлов -регенераторов
75. Спленомегалия
76. Старое кровоизлияние в головной мозг. «Ржавая» киста
77. Стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия /шаровидный тромб в полости правого предсердия/
78. Сухая гангрена верхней конечности
79. Сухая гангрена стопы
80. Тромбоз воротной вены печени
81. Тромбоз почечной артерии. Инфаркт почки
82. Тромбоэмболия легочной артерии
83. Туберкулез гортани
84. Туберкулез почки
85. Туберкулезные язвы кишки
86. Туберкулезный спондилит
87. Туберкулезный спондилит с костной каверной
88. Фибринозный перикардит
89. Хориоидпапиллома бокового желудочка головного мозга
90. Хроническая язва антрального отдела желудка
91. Хронический абсцесс головного мозга
92. Хронический атрофический гастрит
93. Хронический бронхит. Антракоз легкого
94. Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легкого
95. Цистецеркоз головного мозга
96. Эмпиема желчного пузыря
97. Эрозии желудка
98. Эхинококковая киста
99. Эхинококковые пузыри
100. Дизентерия Flexner E
101. Токсическая дизентерия
102. Дизентерия. Язвенный колит
103. Острый гломерулонефрит
104. Острый постстрептококковый гломерулонефрит
105. Острая дизентерия Flexner A
106. Дифтерия гортани
107. Гнойно-некротический бронхит.
108. Мелкоочаговая гнойная пневмония при кори
109. Фиброзно-некротический ларинготрахеит. Глоссит при Дифтерии
110. Дифтерия гортани. Язва гортани
111. Дифтерия гортани. Пролежни после интубации

112. Гломерулонефрит при скарлатине
113. Вторично сморщенная почка при гломерулонефрите (скарлатина)
114. Фибринозный назофаренгит при дифтерии.
115. Лепра (проказа) нижние конечности
116. Поликистоз почки
117. Псевдомембранозный колит
118. Милиарный туберкулез почки
119. Апостемотозный нефрит
120. Хроническая язва антрального отдела желудка
121. Казеозная пневмония

3.1.3.2. Работа с микропрепаратом:

Необходимо назвать пораженный орган, вид патологии, какие микроскопические изменения соответствуют характеру микропрепарата

Список микропрепаратов:

1. Свежий тромб в артерии.
2. Инфаркт почки.
3. Почка при ГБ
4. Почка при ГБ (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
5. Железистая гиперплазия эндометрия
6. Метастаз аденокарциномы в лимфатический узел
7. Медулярный рак молочный железы
8. Трубная беременность
9. Атеросклеротическая бляшка с организацией тромба (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
10. Атеросклеротическая бляшка с организацией тромба
11. Аденокарцинома эндометрия
12. Плоскоклеточный ороговевающий рак легкого
13. Дизентерия
14. Кондилома Бушке
15. Микобактериоз кишки
16. Гнойный менингит
17. Лейкоплакия шейки матки
18. Постинфарктный кардиосклероз
19. Постинфарктный кардиосклероз (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
20. Печень при хроническом лимфолейкозе
21. Аспергиллез легкого (PAS-реакция)
22. Аспергиллез легкого (импрегнация солями серебра по Гроккоту)
23. Меланома кожи
24. Гемморагический инфаркт печени
25. Дифтерия миндалин
26. Аденокарцинома желудка
27. Амилоидоз почки (окраска конго-красным)
28. В-12 дефицитная анемия
29. Апластическая анемия
30. Папиллома кожи
31. Диффузный токсический зоб
32. Тиреоидит Хашимото
33. Саркоидоз легкого
34. Фибринозный перикардит

35. Инфаркт миокарда
36. Рак типа скирр МЖ
37. Лейомиосаркома
38. Цирроз печени (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
39. Цирроз печени
40. Цирроз печени (окраска трихромом по Массону)
41. Диабетический гломерулосклероз
42. Диабетический гломерулосклероз (окраска пикрофуксином по Ван Гизону)
43. Флегмонозный холецистит
44. Хронический пиелонефрит
45. Хронический пиелонефрит (щитовидная почка)
46. Ворсинчатая аденома толстой кишки
47. Жировая дистрофия печени
48. Кровоизлияние в головной мозг
49. Хронический калькулезный холецистит
50. Бурая индурация легкого
51. Бурая индурация легкого (реакция Перлса)
52. Флегмонозный аппендицит
53. Мускатная печень
54. Токсический миокардит
55. Лимфома Ходжкина
56. Тромб вены
57. Инфаркт мозжечка
58. Атеросклеротическая бляшка
59. Крупозная пневмония
60. Менингиома
61. Рак легкого
62. Хроническая язва
63. Коллоидный зоб
64. Милиарный туберкулез легких
65. Красный инфаркт
66. Аденокарцинома кишки
67. Остеомиелит
68. Базалиома кожи
69. Кожа при чесотке

3.1.4. Темы рефератов

1. Этиология, патогенез и морфологические проявления лепры.
2. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления туберкулеза кожи.
3. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления лейшманиоза.
4. Лекарственные поражения кожи. Синдром Лайелла: этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления, морфологическая диагностика.
5. Т-клеточные лимфомы кожи. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления, морфологическая диагностика.
6. Понятие о микологии. Морфология грибов, морфологическая диагностика, патогенез. Роль иммунологических реакций в их развитии.
7. Глубокие микозы, хромомикоз. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления.

8. Болезнь Мадеры. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления

9. Споротрихоз. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления

10. Гистоплазмоз. Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления.

11. Понятие о бактериальном вагинозе: Этиология, патогенез, эпидемиология и морфологические проявления.

12. Системная склеродермия: определение, этиология. Морфологические и клинические проявления. Осложнения, исходы.

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Тестовые задания к зачету

1. Что такое смерть?

Общебиологическое понятие, необратимое прекращение жизнедеятельности организма
гибель клеток и тканей в живом организме

генетически запрограммированная гибель клеток и тканей

все перечисленное

нет верных ответов

2. Классификация смерти в зависимости от причин:

Смерть от болезней

насильственная

естественная (физиологическая)

все верно

верно 1 и 2

3. В зависимости от развития обратимых или необратимых изменений организма выделяют смерть:

клиническую

биологическую

физиологическую

все верно

4. Признаки клинической смерти:

Трупное окоченение

отсутствие самостоятельного дыхания,

трупные пятна

аритмия

агония

5. Признаки биологической смерти:

Отсутствие самостоятельного дыхания

сужение зрачков

снижение температуры тела ниже 22⁰С

верно 2 и 3

все верно

6. Признаки смерти и посмертных изменений:

Охлаждение трупа
трупное окоченение
трупное высыхание
все верно
нет верных ответов

7. Что такое патоморфоз?

Изменения течения и морфогенеза заболеваний под воздействием лечения или окружающей среды

Причина возникновения болезней
Морфологические механизмы развития болезней
Механизмы смерти
Механизм развития болезней

8. Что такое морфогенез?

Изменения течения и морфогенеза заболеваний под воздействием лечения или окружающей среды

Причина возникновения болезней
Морфологические механизмы развития болезней
Механизмы смерти
Механизм развития болезней

9. Что такое этиология?

Изменения течения и морфогенеза заболеваний под воздействием лечения или окружающей среды

учение о причине возникновения болезней
Морфологические механизмы развития болезней
Механизмы смерти
Механизм развития болезней

10. Что такое танатогенез?

Изменения течения и морфогенеза заболеваний под воздействием лечения или окружающей среды

Причина возникновения болезней
Морфологические механизмы развития болезней
Механизмы смерти
Механизм развития болезней

11. Что такое патогенез?

Изменения течения и морфогенеза заболеваний под воздействием лечения или окружающей среды

Причина возникновения болезней
Морфологические механизмы развития болезней
Условия развития болезней
Механизм развития болезней

12. К микроскопическим методам исследования относят:

Светооптические
электронно-микроскопические
иммуногистохимические,

авторадиографические
Все верно

13. Определение некроза:
Нарушение обмена в паренхиме органа
гибель организма
нарушение обмена в строме органов
гибель клеток и тканей в живом организме
критические нарушения кровообращения

14. Микроскопические признаки некроза:
смерть клетки
кариолизис, плазмолиз
паранекроз, некробиоз
анабиоз, парабиоз
дистрофия, патобиоз

15. Укажите этиологический вид некроза:
токсический
трофоневротический
аллергический
травматический
все верно

16. Укажите форму непрямого некроза:
сосудистый
травматический
аортальный
токсический
все верно

17. Укажите форму прямого некроза:
гангрена
пролежень
нома
трофоневротический
травматический

18. Назовите клинико-морфологические формы некроза:
коагуляционный
колликвационный
секвестр
все верно
инфаркт

19. Назовите виды гангрены:
сухая
влажная
нома
все верно

пролежень

20. Дайте определение гангрены:

сосудистый некроз с распадом

токсический некроз с аутолизом

сухой некроз вследствие нарушения кровообращения

некроз тканей, соприкасающихся с внешней средой

влажный некроз вследствие бактериальной инфекции

21. Исходы некроза:

организация

оссификация

инкапсуляция

все верно

петрификация

22. Благоприятные исходы некроза:

кавернизация

организация

гнойное расплавление

отграничение

локализация

23. Дайте определение апоптоза:

генетически управляемая гибель клетки

стадия смерти клеток и тканей в живом организме

биологический признак смерти

микроскопический признак некроза

генетически запрограммированная смерть организма

24. Дайте определение пролежня:

сосудистый некроз

некроз тканей от сдавления

токсический некроз

разновидность инфаркта

травматический некроз

25. Формирование секвестров характерно для некроза:

головного мозга

легкого

скелетной мышцы

костной ткани

нервной ткани

26. В каком из нижеперечисленных органов может развиваться гангрена:

кишечник

почки

печень

сердце

головной мозг

27. Красный инфаркт легкого развивается в результате:
тромбоза коронарной артерии
эмболии ветви легочной артерии
геморрагической пневмонии
митрального порока сердца
тромбоза воротной вены

28. Казеозный некроз характерен для:
крупозной пневмонии
риносклеромы
кессонной болезни
туберкулеза
ревматизма

29. Дайте определение инфаркта:
трофоневротический некроз
аллергический некроз
некроз тканей, соприкасающихся с внешней средой
ишемический (дисциркуляторный) некроз
колликвационный некроз

30. Укажите виды инфаркта:
белый
красный
смешанный
все перечисленные

31. Морфологические отличия апоптоза от некроза:
наличие апоптозных телец
отсутствие аутолиза
отсутствие демаркационного воспаления
все верно

32. Неблагоприятные исходы некроза:
гнойное расплавление
организация
инкапсуляция
петрификация
оссификация

33. Белый инфаркт чаще развивается:
в почках
тонком кишечнике
толстом кишечнике
легком
все верно

34. Красный инфаркт чаще развивается:
в почках

в головном мозге
в легком
в селезенке
все верно

35. Причиной местного гемосидероза является:
ишемия
атрофия
интраваскулярный гемолиз
экстраваскулярный гемолиз
артериальная гиперемия

36. Причиной системного гемосидероза является:
острая ишемия
хроническая ишемия
интраваскулярный гемолиз
экстраваскулярный гемолиз
системная артериальная гиперемия

37. При бурой индурации легких развивается:
накопление гемосидерина, пневмосклероз
накопление гемосидерина, атрофия
накопление гематина
перерастяжение респираторных отделов

38. Образное название печени при стеатозе:
"гусяная"
"глазурная"
"тигровая"
"саговая"
"сальная"

39. Образное название сердца при жировой дистрофии:
"волосатое"
"капельное"
"бычье"
"гусяное"
"тигровое"

40. Закономерным следствием гиалиново-капельных изменений клеток является:
липофусциноз
склероз
зернистая дистрофия
коагуляционный некроз
водянка

41. Гидропическая дистрофия гепатоцитов наиболее характерна для:
мускатного фиброза
стеатоза

алкогольной болезни
гепатомы
вирусного гепатита В

42. Тромб прикрепляется к сосудистой стенке в месте, где:
имеется сужение сосуда
имеется расширение сосуда
увеличено количество фибрина и гранулоцитов
имеются явления организации
имеется дефект эндотелия

43. Причиной развития тромбов в полости левого желудочка сердца может быть:
легочная гипертензия,
артериальная гипертензия,
трансмуральный инфаркт миокарда,
ДВС-синдром,
тромбоз мелких ветвей легочной артерии.

44. Благоприятный исход тромбоза:
фрагментация тромба
перемещение тромба в более крупный сосуд
обызвествление
организация
асептический лизис

45. Неблагоприятные исходы тромбоза:
фрагментация тромба
перемещение тромба в другой сосуд
обызвествление
организация
все перечисленное

46. Возможные негативные последствия асептического лизиса тромба:
гематома
тромбоэмболия
диapedез эритроцитов
реканализация
реваскуляризация

47. Наиболее частые причины жировой эмболии:
избыточное накопление нейтрального жира
переломы трубчатых костей
переломы губчатых костей
стеатоз печени
атеросклероз

48. Наиболее частые причины воздушной эмболии:
ранения легких
переломы трубчатых костей

оксигенотерапия
ранения шеи
инфузионная терапия

49. Газовая эмболия сосудов при кессонной болезни водолазов сочетается с:
хронической правожелудочковой недостаточностью
отеками
артериальной гиперемией кожных покровов
хронической левожелудочковой недостаточностью
бурой индурацией легких

50. Источником тромбов при тромбоэмболии ветвей легочной артерии могут быть:
легочные вены
ветви воротной вены
правое предсердие и правый желудочек
аорта
ничего из перечисленного

51. Первые гематогенные метастазы злокачественной опухоли бедра локализируются в:
печени
почках
легких
головном мозге
костной ткани

52. Первые гематогенные метастазы злокачественной опухоли желудка локализируются
в:
печени
почках
легких
головном мозге
костной ткани

53. Образованию красного инфаркта соответствуют:
окклюзия артериального русла
тромбоз артерий
магистральное кровоснабжение органа
венозное полнокровие
артериальное полнокровие

54. Больная 67 лет, длительно страдавшая атеросклерозом мезентериальных сосудов, поступила в хирургическое отделение с симптомами острого живота. При лапаротомии обнаружены набухшие петли тонкой кишки багрово-черного цвета. В кишке развилась:
влажная гангрена
пролежень
геморрагический энтерит
коагуляционный некроз
сухая гангрена

55. Развитие красного инфаркта в легких связывают:
с тромбозом сосудов и стазом
с «двойным» кровоснабжением из легочных и бронхиальных артерий
возникновением геморрагического демаркационного воспаления
острой правожелудочковой недостаточностью
рефлекторной остановкой сердца

56. Благоприятными исходами инфаркта может быть...
гибель возбудителя
расплавление некротизированной ткани
организация
воспаление
секвестрация

57. У женщины 63 лет на фоне венозного полнокровия в системе воротной вены возник асцит; при эвакуации жидкости из брюшной полости развилась потеря сознания. Причина ишемии головного мозга:

выключение магистральной артерии
ишемия вследствие перераспределения крови
гиповолемический шок
большая потеря белков и ионов
варикозное расширение портокавальных анастомозов

58. Причины системной артериальной гиперемии:
повышение температуры тела
повышение температуры окружающей среды
сердечная недостаточность
увеличение объема циркулирующей крови
стресс

59. Макроскопическая характеристика органов при хроническом венозном застое:
уменьшены в размерах, дряблые
увеличены в размерах, плотные
плотной консистенции, с сальным блеском
дряблой консистенции, тусклые
бурого цвета, уменьшены в размерах

60. При остром венозном полнокровии легких развивается:
альвеолярный отек
некрозы
бурая атрофия
бурая индурация
легочная гипертензия

61. При хроническом венозном полнокровии легких развивается:
альвеолярный отек
некрозы
бурая атрофия
бурая индурация
гиалиновые мембраны

62. Ведущей причиной портальной гипертензии при заболеваниях печени является:
нарушение антитоксической функции печени
паренхиматозная желтуха
изменение объема циркулирующей крови
асцит
нарушение внутripеченочной гемодинамики

63. Портальная гипертензия приводит к развитию:
асцита
цирроза печени
увеличению почек
атрофии селезенки
прижизненного свертывания крови в полостях сердца

64. У 22-летнего мужчины, страдающего ревматическим пороком митрального клапана, в мокроте обнаружены клетки сердечных пороков. Это:
плазматические клетки, заполненные иммуноглобулинами
макрофаги, заполненные гемосидерином
макрофаги, заполненные липофусцином
многоядерные гигантские клетки
лейкоциты, заполненные пигментом

65. Больной страдает гипертонической болезнью, 10 лет назад перенес кровоизлияние в головной мозг. В ткани мозга можно найти:
кровь в желудочках мозга
гемосидероз подкорковых ядер
очаг серого размягчения
кисту с "ржавыми" стенками
свертки крови в ткани мозга

66. Точечные кровоизлияния — это:
диатез
экхимозы
петехии
гематомы
высыпания

67. Больная страдала атеросклерозом с развитием аневризмы брюшного отдела аорты. Разрыв аневризмы привел к массивной острой кровопотере. Причина смерти:
инфаркт миокарда
гиповолемический шок
железодефицитная анемия
отек головного мозга
острая правожелудочковая недостаточность

68. Острая левожелудочковая недостаточность приводит к:
бурой атрофии миокарда
бурой индурации легких
альвеолярному отеку легких

цианотической индурации почек
«мускатной печени»

69. Хроническая левожелудочковая недостаточность приводит к развитию:
бурой атрофии миокарда
бурой индурации легких
альвеолярному отеку легких
цианотической индурации почек
«мускатной печени»

70. Как образно называется печень при хроническом венозном полнокровии:
сальная
саговая
бурая
мускатная
глазурная

71. Местная, комплексная, сосудисто-мезенхимальная реакция в ответ на повреждение:
некроз
адаптация
воспаление
тромбоз
полнокровие

72. В фазу альтерации при воспалении происходит:
формирование гранулем
накопление жидкости в интерстиции
некроз и дистрофия клеток
активация и выделение медиаторов
фиброз

73. В фазу экссудации при воспалении происходит:
формирование гранулем
накопление жидкости в интерстиции
некроз и дистрофия клеток
активация и выделение медиаторов
фиброз

74. В фазу пролиферации при воспалении происходит:
инфильтрация гематогенными клетками тканей,
дифференцировка клеток,
некроз и дистрофия клеток,
активация и выделение медиаторов,
полнокровие и отек.

75. Виды экссудативного воспаления:
гранулематозное,
интерстициальное,
серозное,
хроническое,

фиброзное.

76. Для серозного воспаления характерны признаки:
жидкий экссудат с малым количеством белка,
экссудат отслаивает эпидермис с образованием пузырей,
скудный клеточный инфильтрат,
экссудат похож на сыворотку крови,
все перечисленное.

77. В исходе фибринозного перикардита может возникнуть:
артериальная гиперемия,
субэпикардальный инфаркт миокарда,
гемосидероз,
шум трения плевры,
спайки в полости перикарда.

78. Образное название сердца при фибринозном перикардите:
тигровое,
бычье,
гигантское,
капельное,
волосатое.

79. Виды гнойного воспаления:
абсцесс,
фибриноидное набухание,
катар желудка
пневмония,
ложный круп.

80. Виды гнойного воспаления:
киста
гранулема
катар желудка
флегмона
ложный круп

81. Флегмона может возникать:
в желчном пузыре
в подкожной жировой клетчатке
стенке полого органа
в аппендиксе
во всех перечисленных местах

82. Скопление гноя в просвете аппендикса называется:
киста
инфильтрат
флегмона
эмпиема

гранулема

83. Катаральное воспаление характеризуется следующими признаками:
глубокие некрозы подлежащей ткани
в состав экссудата всегда входит фибрин
обильный жидкий экссудат с примесью слизи
образующиеся пленки плотно связаны подлежащими тканями
исход — рубцевание

84. Катаральное воспаление может быть:
гранулематозным
интерстициальным
гнойным
фибринозным
фиброзным

85. Виды продуктивного воспаления следующие:
катаральное
смешанное
интерстициальное
дифтеритическое
гнойное

86. При хроническом воспалении в тканях наблюдают следующие морфологические изменения:
катаральные явления с выраженной экссудацией
преобладание альтеративных изменений
одновременно – явления альтерации, экссудации и пролиферации
последовательная смена фаз воспаления
гнойное расплавление

87. Характерным морфологическим признаком, отличающим очаг хронического от острого воспаления:
катаральные явления с выраженной экссудацией
склероз, мононуклеарный клеточный инфильтрат
фибриноидные изменения
выраженные альтеративные изменения
диффузная гнойная инфильтрация

88. Больному произведена резекция печени по поводу альвеококкоза. Вокруг паразита возникло
гнойное воспаление
интерстициальное воспаление
смешанное
фиброзирующее
гранулематозное воспаление

89. Больной перенес операцию пульмонэктомии по поводу рака легкого. В культе бронха обнаружены воспаление и остатки шовного материала. Характеристика воспаления:
гранулематозное вокруг инородного тела

острое
гранулематозное со специфическими признаками
неиммунное
интерстициальное

90. При подагре вокруг скоплений кристаллов мочевой кислоты в тканях возникает:
острое гнойное воспаление
гранулематозное воспаление с гигантскими многоядерными клетками
гранулематозное воспаление со специфическими признаками
острое иммунное воспаление
интерстициальное воспаление

91. В основе формирования гранулематоза лежат механизмы:
склерозирования
гиперчувствительности немедленного типа
абсцедирования
фибриноидного набухания
гиперчувствительности замедленного типа

92. Одним из условий формирования гранулемы является:
склерозирование
гиперчувствительность немедленного типа
некроз
резистентность антигена к фагоцитозу
фибриноидное набухание

93. Патогенное действие палочки Коха определяется способностью вызывать:
реакции анафилаксии
развитие влажного некроза
гнойное воспаление
реакции ГЗТ
реакции ГНТ

94. Характеристика воспаления при милиарном туберкулезе легких.
экссудативное
острое
гранулематозное со специфическими признаками
неиммунное гранулематозное
гранулематозное воспаление вокруг инородного тела

95. Преобладание экссудативной тканевой реакции при туберкулезе свидетельствует:
о выздоровлении
об обострении и прогрессировании заболевания
о хронизации
о развитии ГНТ
о присоединении вторичной инфекции

96. Нарастание продуктивной тканевой реакции с формированием гранул при туберкулезе характерно для:
затихания и хронизации процесса

обострения и прогрессирования заболевания
для развития ГНТ
для абсцедирования
для присоединения вторичной инфекции

97. Механизм развития аневризмы аорты у больного с третичным периодом сифилиса:
разрушение эластического каркаса вследствие высокого давления в аорте
разрушение эластического каркаса аорты вследствие атеросклеротических изменений
разрушение эластического каркаса аорты клетками гуммы,
фиброэластоз
разрушение эластического каркаса аорты гуммозным инфильтратом

98. Гумма печени выглядит как:
один желеобразный желтый очаг
один большой ячеистый очаг
один большой плотный очаг
множество мелких желтых очагов
несколько больших красных очагов

99. В печени больного с третичным периодом сифилиса обнаружен характерный очаг воспаления с некрозом.

название очага — "гумма"
название очага — "туберкулема"
название очага — "атерома"
название очага — "очаг Гона"
название очага — "очаг Ашофф-Пуля"

100. Реакция гиперчувствительности, связанная с образованием IgE:

I тип, анафилактическая реакция
II тип, цитотоксическая реакция
III тип, иммунокомплексная реакция
IV тип, ГЗТ
реакция "трансплантат против хозяина"

101. Кожная сыпь, диарея и желтуха выявлены у больного после пересадки костного мозга. Заключение:

дерматомиозит
болезнь "трансплантат против хозяина"
вирусный гепатит С
токсический гепатит
системная красная волчанка

102. Увеличение числа клеток в органе или ткани, приводящее к увеличению объема:

гипертрофия
гиперфункция
гиперплазия
дисплазия
адаптивная перестройка

103. Морфологические проявления гипертрофии:

гранулы липофусцина в цитоплазме
гипохромия
вакуолизация цитоплазмы
увеличение объема клеток
увеличение количества клеток

104. К развитию гипертрофии миокарда левого желудочка приводит:

болезнь Фордаиса
эссенциальная гипертензия
миокардит
хронический бронхит
облитерирующий тромбангиит

105. К развитию гипертрофии миокарда правого желудочка приводит:

ишемическая болезнь сердца
гипертоническая болезнь
миокардит
хронический бронхит
облитерирующий тромбангиит

106. Уменьшение в объеме клеток, тканей и органов, сопровождающееся снижением их функции:

гипоплазия
атрофия
агенезия
дистрофия
аплазия

107. При кахексии отмечаются:

плоскоклеточная метаплазия бронхов
бурая атрофия миокарда
гидронефроз
гемосидероз печени
атрофия коры головного мозга

108. При бурой атрофии миокарда происходит накопление в кардиомиоцитах пигмента:

липохрома
липофусцина
гемосидерина
меланина
порфирина

109. Замещение одной дифференцированной ткани на другую дифференцированную ткань в пределах одного зародышевого листка:

трансформация
дисплазия
метаплазия
анаплазия

агенезия

110. К причинам метаплазии относят:
недостаточную функциональную нагрузку
хроническое воспаление
дефицит витамина С
нарушение баланса тиреоидных гормонов
нарушение иннервации

111. Компонент ткани, необходимой для правильной (завершенной) регенерации эпидермиса и эпителия внутренних органов:

кровеносные сосуды
лимфатические сосуды
базальная мембрана
нервные волокна
стволовые клетки

112. Чаще всего гематогенные метастазы рака толстой кишки встречаются в:
легких
селезенке
головном мозге
поджелудочной железе
печени

113. Чаще всего гематогенные метастазы рака почки встречаются в:
мочевом пузыре
печени
легких
надпочечниках
почках

114. Наиболее частый гистологический тип центрального рака легкого:
аденокарцинома
бронхиоло-альвеолярный
плоскоклеточный
мелкоклеточный
крупноклеточный

115. Раковые "жемчужины" характерны для:
медуллярного рака молочной железы
плоскоклеточного ороговевающего рака
аденокарциномы мочевого пузыря
меланомы глаза
скирра молочной железы

116. Нарушение пролиферации и дифференцировки эпителия с развитием клеточного атипизма и нарушением гистоархитектоники без разрушения базальной мембраны:

метаплазия
гиперплазия
дисплазия

анаплазия
катаплазия

117. Для скirrа характерно:
преобладание паренхимы над стромой
равное соотношение паренхимы и стромы
преобладание стромы над паренхимой
железистое строение
«раковые жемчужины»

118. Характерный гистологический признак медулярного рака:
преобладание фиброзной стромы
"озера слизи"
преобладание паренхиматозных опухолевых структур
крупные железистые полости
сохранение базальной мембраны

119. Наиболее частый гистологический вариант рака шейки матки:
аденокарцинома
плоскоклеточный
аденоакантома
железисто-плоскоклеточный
скirr

120. Трихоэпителиома — опухоль, происходящая из эпителия:
потовых желез
кожи
сальных желез
волосяного фолликула
базальных клеток эпидермиса

121. Клинико-морфологическая особенность базальноклеточного рака кожи:
инфильтративный рост с гематогенным метастазированием
инфильтративный рост с лимфогенным метастазированием
инфильтративный рост с развитием карциноматоза
экспансивный медленный рост без метастазов
инфильтративный рост без метастазов

122. Основной принцип при классификации опухолей:
ультраструктурный
гистогенетический
биохимический
атипический
прогностический

123. При злокачественном новообразовании наибольшее прогностическое значение имеет:

кровоизлияние в опухоль
глубина инвазии
выраженность инфильтрации в опухолевой строме

васкуляризация стромы опухоли
размер опухоли

124. Характерный признак мезенхимальных опухолей:
редкое озлокачествление доброкачественных вариантов
лимфогенное метастазирование
раковые "жемчужины"
язвенно-инфильтративный рост
вторичность роста.

125. Частая локализация липомы:
забрюшинная жировая клетчатка
околопочечная жировая клетчатка
кожа
большой сальник
малый сальник

126. Частая локализация тератомы:
матка
предстательная железа
желудок
яичник
толстая кишка

127. Наиболее частая локализация тератом у детей раннего возраста:
яичники
яички
крестцово-копчиковая область
средостение
полость черепа

128. Наиболее частая локализация липосаркомы:
шея
забрюшинная область
верхняя конечность
средостение
большой сальник

129. Нарушение оттока ликвора при опухоли головного мозга часто приводит к:
инфаркту мозга
гидроцефалии
кровоизлиянию в мозг
энцефалиту
декомпрессии

130. Первые гематогенные метастазы саркомы бедра локализуются в:
печени
почках
легких

головном мозге
лимфатических узлах

131. Прогноз меланомы определяется:
локализацией
частотой опухоли
глубиной инвазии
количеством пигмента
предопухолевыми изменениями

132. Начальная стадия меланомы характеризуется:
интенсивным метастазированием
экспансивным ростом
узловым экзофитным ростом
радиальным ростом
вертикальным ростом

133. Наиболее частая внекожная локализация меланомы:
полость рта
пищевод
половые органы
сосудистая оболочка глаза
Толстая кишка

134. Особенности опухолей ЦНС:
тенденция к гематогенному метастазированию
лимфогенное метастазирование
редкость метастазов вне ЦНС
множественные метастазы в легкие
метастазы в периферические нервные ганглии

135. Потенциальная злокачественность опухолей ЦНС связана с:
неоднородностью тканевой среды
стабильностью клеточных популяций
замкнутостью полости черепа
гематоэнцефалическим барьером
обильной васкуляризацией

136. У больного анемией развилась желтуха, в крови 10 % ретикулоцитов, в биоптатах печени и костного мозга диффузные отложения гемосидерина. Указанные признаки характерны для анемии:

железодефицитной
В₁₂—фолиеводефицитной
гемолитической
апластической
пернициозной

137. Неспецифические морфологические изменения, типичные для хронических анемий независимо от вида:
фуникулярный миелоз

атрофический фундальный гастрит
атрофия костного мозга
гемосидероз
стеатоз печени

138. Достоверный признак железодефицитной анемии:
снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
увеличение размеров эритроцитов
резкое уменьшение содержания гемосидерина в костном мозге
гиперхромия эритроцитов
дефицит фолиевой кислоты

139. В костном мозге при железодефицитной анемии развивается:
снижение числа ретикулоцитов
гиперплазия мегакариоцитов и мегалобластов
резкое уменьшение клеток эритропоэза
гиперплазия эритроидного ростка
дисплазия миелоидного ростка

140. Недостаточность витамина В₁₂ и фолиевой кислоты встречается при:
алкоголизме
целиакии
болезни Крона
атрофическом хеликобактерном антральном гастрите
атрофическом аутоиммунным фундальном гастрите

141. Причины дефицита витамина В₁₂:
аутоиммунный гастрит
хронический колит
хроническая язва желудка
хронический панкреатит
дисбактериоз

142. Признак В₁₂ – фолиеводефицитной анемии:
снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
уменьшение размеров эритроцитов
резкое уменьшение содержания гемосидерина в костном мозге
гиперхромия эритроцитов
анизоцитоз

143. В костном мозге при В₁₂ - фолиеводефицитной анемии развивается:
снижение числа ретикулоцитов
гиперплазия мегакариоцитов
замещение красного костного мозга жировыми клетками
замещение нормобластов мегалобластами
фуникулярный миелоз

144. Фуникулярный миелоз — это:
миелоидная гиперплазия красной пульпы селезенки
распад миелина в белом веществе спинного мозга

миелоцитарная инфильтрация семенного канатика
дисплазия миелоидного ростка красного костного мозга
воспаление фундальной слизистой

145. Типичным признаком пернициозной анемии Аддисона – Бирмера является:
атрофический фундальный гастрит
атрофический антральный гастрит
миелоцитарная дисплазия костного мозга
дистальный колит
дуоденальная язва

146. Для гипопластической анемии, помимо уменьшения количества эритроцитов, характерно:
тромбоцитопения и гранулоцитопения
вторичный тромбоцитоз
полицитемия
лейкоцитоз
желтуха

147. Острая постгеморрагическая анемия по регенераторной активности является:
гипопластической
регенераторной
дисрегенераторной
диспластической
гипорегенераторной

148. Исходы рефрактерной анемии:
трансформация в лимфолейкоз
трансформация в миелолейкоз
обратное развитие с излечением
переход в апластическую анемию
верно 1 и 2

149. Наиболее высоким риском развития острого лейкоза при миелодиспластическом синдроме отличается следующая форма:
рефрактерная анемия
рефрактерная анемия с избытком бластов
рефрактерная анемия с избытком бластов в фазе трансформации
рефрактерная анемия с кольцевыми сидеробластами
хронический миеломоноцитарный лейкоз

150. Гемобластозы – это:
лейкозы с появлением бластных форм в периферической крови
опухоли из гемопоэтических клеток
увеличение количества форменных элементов с явлениями атипии
опухоли лейкоцитарного происхождения
пролиферация гемопоэтических элементов костного мозга

151. Системные (лейкозы) и регионарные (лимфомы) гемобластозы в ходе прогрессии приобретают сходные свойства, так как:
развиваются из гемопоэтических клеток (общий цитогенез)

имеется тенденция к распространению по ток крови
тропность к лимфоэтической ткани
нарастают явления атипии клеток
прогрессирует утрата клеточной дифференцировки

152. Определяющей особенностью системных гемобластозов (лейкозов) является:
тенденция к гематогенной диссеминации
поражение только лимфоидной ткани
первичная опухолевая трансформация клеток костного мозга
опухолевая трансформация клеток периферических кроветворных органов
«лейкемический провал»

153. Определяющей особенностью регионарных гемобластозов (лимфом) является:
тенденция к гематогенной диссеминации
поражение только лимфоидной ткани
первичная опухолевая трансформация клеток костного мозга
первичная опухолевая трансформация клеток периферических кроветворных органов
«лейкемический провал»

154. Основные морфологические проявления острых лейкозов связаны с факторами:
угнетение неопухолевых клонов гемопоэтических клеток
метастазирование (лейкозная инфильтрация)
атипия большое количество бластов в периферической крови
прогрессирует утрата клеточной дифференцировки
верно 1 и 2

155. Закономерным исходом хронического лейкоза является: а
трансформация в острый лейкоз
бластный криз
трансформация в лимфому
развитие миелодиспластического синдрома
аплазия костного мозга

156. В почках при миеломной болезни могут развиваться:
известковые метастазы
обструктивная тубулопатия
амилоидоз
нефросклероз
все перечисленное

157. Наиболее частая локализация лимфомы Ходжкина у взрослых:
лимфатические узлы шеи
лимфатические узлы брюшной полости
селезенка
костный мозг
паховые лимфатические узлы

158. Клетки, имеющие диагностическое значение при лимфоме Ходжкина:
Лангханса
Микулича

Березовского — Штернберга
Уортина
Аничкова

159. При атеросклерозе первично поражаются:
артериолы
артерии мышечного типа
артерии эластического типа
легочные артерии
вены

160. Наиболее типичные изменения органов, характерные для атеросклероза в стадии осложненных поражений:
инфаркты
атрофия
склероз
верно все
нет изменений

161. Типичная локализация инфаркта миокарда:
правое предсердие
левое предсердие
правый желудочек
левый желудочек,
не определена

162. Стадии инфаркта миокарда:
дисциркуляторная
транзиторная
дистрофическая
некротическая
реконвалесценции

163. Следствием трансмурального инфаркта миокарда может быть:
фибринозный перикардит
острая аневризма
тромбы в полостях левого желудочка
все вышеперечисленное
все ответы неверны

164. Ранним осложнением инфаркта миокарда является:
тромбоэмболия ветвей легочной артерии
отек легких
бронхоспазм и асфиксия
полипозный эндокардит
бурая индурация легких

165. В исходе инфаркта миокарда развивается:
крупноочаговый кардиосклероз
мелкоочаговый кардиосклероз

диффузный кардиосклероз
гранулематозный миокардит
все ответы правильны

166. Морфологическим проявлением стенокардии в миокарде является:
крупноочаговый кардиосклероз
мелкоочаговый кардиосклероз
хроническая аневризма
гранулематозный миокардит
интерстициальный миокардит

167. Морфологические изменения при эссенциальной гипертензии отличаются от симптоматических гипертензий только:
наличием факторов риска
развитием генерализованного артериолосклероза
развитием сердечной недостаточности
гипертрофией левого желудочка
отсутствием первичного заболевания, объясняющего гипертензию

168. При эссенциальной гипертензией первично поражаются:
артерии эластического типа
артерии мышечно-эластического типа
артерии мышечного типа
артериолы
капилляры

169. Изменения артериол во II стадии гипертонической болезни вне криза:
плазматическое пропитывание
фибриноидный некроз
гиперэластоз
атеросклероз
артериолосклероз и гиалиноз

170. Изменения артериол во II стадии гипертонической болезни во время криза:
тромбоз
фибриноидный некроз
гиперэластоз
атеросклероз
гиалиноз

171. Для мелких сосудов при артериальной гипертензии характерны:
эластофиброз
гиалиноз и склероз
коарктация
ослизнение и отеки
продуктивный эндovasкулит

172. Типичный инфаркт головного мозга локализуется:
в коре полушарий
в стволе мозга

в желудочках мозга
в базальных ядрах полушарий
субарахноидально

173. Развитие дислокации головного мозга при инфаркте мозга развивается как следствие:

нарушения кортикальной иннервации
сосудистого пареза
спадения вещества мозга после некроза и лизиса
отека и перифокального воспаления
формирования кисты

174. Исход инфаркта мозга:

гематома
серое размягчение
бурое уплотнение
глиальный рубец
губчатая энцефалопатия

175. Наиболее частая причина субарахноидального кровоизлияния — это:

разрыв аневризмы мозговой артерии
разрыв атеросклеротической бляшки
закрытая черепно-мозговая травма
заболевание крови
васкулиты

176. Наиболее типичные локализации внутричерепных кровоизлияний при цереброваскулярных болезнях:

внутри мозговые
субарахноидальные
эпидуральные
субдуральные
верно а и б

177. Для гипертензионной лейкоэнцефалопатии характерно:

наружная и внутренняя гидроцефалия
множественные кортикальные инфаркты
мелкие множественные кисты и реактивный глиоз
дилатация желудочков мозга с атрофией коры
солитарные внутримозговые гематомы

178. Разрушение миелина при рассеянном склерозе завершается:

гнойным энцефалитом
продуктивным менингоэнцефалитом
микрокистозной ("губчатой") дегенерации
реактивной пролиферацией нейроглии
селективной гибелью нейронов абсцессов мозга

179. Помимо гибели нейронов, для болезни Альцгеймера типично:

продуктивный менингоэнцефалит
амилоидоз сосудов мозга
склероз и гиалиноз артериол
периаксональная демиелинизация
гранулематоз

180. Для патогенеза всех ревматических болезней типично:
аутосомно-рецессивные наследуемые механизмы
индукция аутоиммунной гиперергической реакции при участии инфекционного агента
генерализованная инфекция с диссеминацией и фиксацией возбудителя
иммунодефицитные состояния
Ig E-зависимые реакиновые реакции

181. В патогенезе ревматизма наиболее значимым механизмом является:
появление секвестрированного антигена
перекрестное реагирование антител
поликлональная активация лимфоцитов
иммунный дефицит
повышение титра Ig E

182. При ревматизме повреждаются следующие слои стенки сердца:
пристеночный эндокард
миокард
перикард
клапанный эндокард
все перечисленные

183. Отличительный признак вариантов клапанного эндокардита – острого и возвратного бородавчатого:
наличие повреждения эндотелия
степень дезорганизации соединительной ткани
фиброз
прогрессирование
гранулематоз

184. Исход клапанного эндокардита:
бляшки Мак-Каллума
диффузный кардиосклероз
констриктивный перикардит
порок сердца
крупноочаговый кардиосклероз

185. Исход ревматического миокардита:
бляшки Мак-Каллума
диффузный кардиосклероз
констриктивный перикардит
порок сердца
крупноочаговый кардиосклероз

186. Клинические проявления клапанного эндокардита во время атаки ревматизма:

острая сердечная недостаточность
хроническая сердечная недостаточность
аритмия
малая хорей
практически не выражены

187. Острая сердечная недостаточность во время атаки ревматизма является проявлением:

париетального эндокардита
гранулематозного миокардита
клапанного эндокардита
диффузного экссудативного миокардита
констриктивного перикардита

188. Для ревматизма, кроме поражения сердца, характерны:

поражение крупных суставов
казеозная эритема
панкреатит
пиелонефрит
хорей Гентингтона

189. При ревматизме в суставах развивается:

острый серозно-фибринозный синовит
продуктивный негнойный синовит
гнойный деструктивный артрит
анкилоз
все перечисленное

190. При ревматоидном артрите в суставах развивается:

острый серозно-фибринозный синовит
продуктивный негнойный синовит
гнойный деструктивный артрит
амилоидоз
все перечисленное

191. Исход ревматоидного артрита:

идиопатический первичный амилоидоз
хроническая язва желудка
синдром Рейтера
анкилоз
облитерирующий тромбангиит

192. Осложнения ревматоидного артрита:

вторичный амилоидоз
хроническая язва желудка
синдром Рейтера
анкилоз
облитерирующий тромбангиит

193. Для ревматоидного артрита, кроме поражения суставов, характерно:
поражение легких
дискоидная эритема
синдром Рейно
пиелонефрит
хорея Гентингтона

194. Определение пневмонии:
воспаление в легких
острое экссудативное воспаление в респираторных отделах легких
хроническое воспаление легочной ткани
крупозное воспаление легких
интерстициальное воспаление легочной ткани

195. Определение пневмонита:
воспаление в легких
острое экссудативное воспаление в респираторных отделах легких
хроническое воспаление легочной ткани
крупозное воспаление легких
интерстициальное воспаление в респираторных отделах легких

196. Основной принцип классификации пневмоний:
патогенетический
нозологический
по объему поражения
этиологический
крупозные и очаговые

197. Этиология лobarной пневмонии:
пневмококки
стафилококки
пневмоцисты
протей
пневмотропные вирусы

198. Микроскопические изменения в легких при крупозной пневмонии:
серозный экссудат в просвете альвеол
гнойный экссудат с формированием абсцессов
ателектазы
карнификация и фиброз
фибринозно-гнойный экссудат в просветах альвеол

199. При лobarной пневмонии как обязательный компонент развивается:
фибринозный плеврит
гнойный панбронхит
абсцессы легкого
эмпиема плевры
гнойный лептоменингит

200. Осложнения лobarной пневмонии:

гангрена
карнификация
абсцессы легкого
эмпиема плевры
все перечисленное

201. Пневмония, вызываемая стафилококками, обычно бывает:
катаральной
гнойной
серозно-геморрагической
крупозной
интерстициальной

202. Осложнением гнойной стафилококковой пневмонии является: а
инфаркты легкого
абсцессы легкого
язвенный трахеит
аспирационный синдром
хронический бронхит

203. Для легких форм гриппа характерно развитие:
серозного ларинго-трахеита
серозно-геморрагической пневмонии
гнойного панбронхита
продуктивного пневмонита
серозного назофарингита

204. Вид воспаления в трахее и бронхах при гриппе средней тяжести:
катаральное
серозно-геморрагическое
гнойно-геморрагическое
крупозное
дифтеритическое

205. Развитие тяжелых форм гриппа с выраженной интоксикацией связано со следующими факторами:
специфическая пневмотропность вируса
присоединение бактериальной микрофлоры
выраженное вазопаралитическое действие вируса
ателектазы и дыхательная недостаточность
бронхиальная обструкция

206. Присоединение вторичной бактериальной флоры при гриппе приводит к следующим процессам:
воспаление становится геморрагическим
развитие внелегочных осложнений
развиваются гнойный менингит и энцефалит
воспаление становится гнойным с массивной деструкцией тканей легкого

развитие кровоизлияний и геморрагических инфарктов

207. Морфологическая характеристика изменений в легких при тяжелых токсических формах гриппа:

фокусы казеозного некроза
очаги гнойного воспаления и панбронхит
массивные диапедезные кровоизлияния
васкулиты
гранулематозное воспаление

208. Наиболее типичный признак рестриктивного типа ХНЗЛ:

нарушение легочной вентиляции
хроническое воспаление легочной ткани
первичный патологический процесс в респираторных отделах легкого
гнойное воспаление
ателектазы

209. Наиболее типичный признак обструктивного типа ХНЗЛ:

нарушение бронхиальной проходимости
вторичная перестройка респираторных отделов
первичный патологический процесс в респираторных отделах легкого
верно 1 и 2
бронхоэктазы

210. Развитие «легочного сердца» при обструктивном типе ХНЗЛ в первую очередь связано:

с нарушением дренажной функции бронхов
вторичной перестройкой респираторных отделов
перибронхиальным пневмосклерозом
гиперсекрецией желез бронхов
бронхоэктазами

211. Клинико-морфологическими проявлениями хронического «легочного сердца» является:

кашель с выделением мокроты
хроническая левожелудочковая недостаточность
хроническая правожелудочковая недостаточность
острая правожелудочковая недостаточность
острая левожелудочковая недостаточность.

212. Клинико-морфологическими проявлениями хронического «легочного сердца» является:

артериальная гипертензия
бурая индурация легких
хроническое венозное полнокровие в бассейне большого круга
хроническая ишемия легочной ткани
альвеолярный отек легких

213. Для начальных этапов развития хронического бронхита характерны следующие изменения в стенке бронхов:

- гранулоцитарная инфильтрация слизистой бронха
- гиперплазия желез и бокаловидных клеток слизистой бронхов
- эмфизема и расширение респираторных отделов
- атрофия слизистой и метаплазия эпителия
- гранулематоз

214. Для финальных этапов развития хронического бронхита характерны следующие изменения в стенке бронхов:

- гранулоцитарная инфильтрация слизистой бронха
- гиперплазия желез и бокаловидных клеток слизистой бронхов
- бронхоспазм
- атрофия слизистой и метаплазия эпителия
- гранулематоз

215. Закономерность эволюции хронического бронхита от необструктивного негнойного к обструктивному гнойному обусловлена:

этиологическим фактором хронического бронхита являются гноеродные микроорганизмы

нарастающие нарушения дренажной функции бронхов приводят к нарушению самоочищения от возбудителей

- хроническое воспаление всегда прогрессирует в сторону нагноения
- нарастанием гипертрофии правого желудочка
- прогрессирующей правожелудочковой недостаточностью

216. В основе эмфиземы легких лежит:

- пневмосклероз
- курение
- разрушение эластического каркаса респираторных отделов легкого
- хроническое воспаление в респираторных отделах
- бронхоспазм

217. Для бронхоэктатической болезни характерно:

- хроническая пневмония
- гнойное воспаление в расширенных участках бронхов
- интерстициальное воспаление в легких
- отсутствие бронхиальной обструкции
- серозно-слизистое воспаление бронхов

218. Хроническое интерстициальное воспаление в легких приводит к развитию:

- «сотового легкого»
- туберкулеза
- легкого курильщика
- антракоза
- гемосидероза

219. Определение хронического гастрита:
хроническое воспаление слизистой оболочки желудка
хроническое воспаление стенки желудка
перестройка и кишечная метаплазия слизистой
дистрофически-дегенеративное заболевание с прогрессирующей атрофией
предопухоловое состояние

220. Клинико-морфологические особенности аутоиммунного хронического гастрита:
атрофический
фундальный
гипоацидный
часто ассоциирован с пернициозной анемией
верно все

221. Клинико-морфологические особенности геликобактерного хронического гастрита:
антральный
фундальный
гипоацидный
чаще гиперацидный
верно 1 и 4

222. Развитие рефлюкс-гастрита, как правило, происходит как следствие:
алиментарного поступления едких кислот
алиментарного поступления едких щелочей
хронического энтерита
резекции желудка
рецидивирующей рвоты

223. Повреждение слизистой желудка при приеме НПВС возникает в результате:
воздействия кислоты препаратов
механического повреждения
сочетания кислотного и механического действия препаратов
ингибирования синтеза простагландинов
активации секреции желудочного сока

224. Морфологические признаки атрофического гастрита:
лимфоплазмочитарный инфильтрат собственной пластинки не проникает в
межжелудочную строму
нет разрежения желез
диффузный лимфоплазмочитарный инфильтрат в собственной пластинке
преобладание в воспалительном инфильтрате гранулоцитов
верно 1 и 2

225. Осложнения хронических язв желудка:
перфорация
пенетрация

малигнизация
кровотечение
все перечисленное

226. Образование язв в тонкой кишке при брюшном тифе объясняют:
массивным разрушением слизистой под действием сальмонелл
гиперергической реакцией с последующим некрозом лимфатических фолликулов
активацией кислотно-пептического фактора
диареей
верно 1 и 2

227. Для стадии мозговидного набухания при брюшном тифе характерно:
отек и гранулоцитарная инфильтрация слизистой
фибринозное воспаление
формирование гранул в лимфатических фолликулах слизистой
формирование эпителиоидноклеточных гранул в слизистой
некроз

228. Для стадии образования язв при брюшном тифе характерно:
формирование поверхностных эрозий с прогрессированием до язв
фибринозно-язвенный энтерит
разрушение слизистой над некротизированными лимфатическими фолликулами
гранулематозный энтерит
флегмонозно-язвенный энтерит

229. Для первой стадии холеры характерно развитие:
фибринозного энтерита
катарального гастрита
катарального гастроэнтерита
катарального энтерита
катарального колита

230. Для второй стадии холеры характерно развитие:
фибринозно-язвенного энтерита
эрозивного гастрита
катарального гастроэнтерита
геморрагического энтерита
фибринозного колита

231. Для третьей стадии холеры в кишечнике характерно развитие:
язвенного энтерита
эрозивно-язвенного гастроэнтерита
катарального гастроэнтерита
геморрагического энтерита
фибринозного энтероколита

232. Развитие алгидного периода при холере является следствием:
обезвоживания
истощения иммунной системы
генерализации возбудителя

сенсibilизации
гиперергической реакции

233. Закономерным исходом дифтеритического колита при дизентерии является развитие следующей стадии:

эрозивного колита
флегмоны кишки
язвенного колита
коллагенозного колита
фолликулярного колита

234. Больному произведена аппендэктомия. Червеобразный отросток покрыт зеленовато-серыми наложениями. Под микроскопом в стенке отростка видны диффузная гранулоцитарная инфильтрация всех слоев стенки. Морфологическая форма аппендицита:

простой
поверхностный
флегмонозный
апостематозный
гангренозный

235. Признаком флегмонозного аппендицита является:

фибриновые пленки на серозной оболочке
периаппендикулярный инфильтрат
гнойная инфильтрация всех слоев стенки
склероз подслизистого слоя
изъязвление слизистой

236. Для гломерулопатий характерно:

первичный патологический процесс в клубочках
первичный патологический процесс в канальцах
вторично возникает патология канальцев
патология клубочков возникает вторично
верно 1 и 3

237. Для тубулопатий характерно:

первичный патологический процесс в клубочках
первичный патологический процесс в канальцах
патология канальцев возникает вторично
вторично возникает патология клубочков
верно 2 и 4

238. Исход хронических, длительно протекающих гломерулопатий:

артериолосклероз
дилатация и обструкция канальцев
нефросклероз
гидронефроз
пионефроз

239. Определение гломерулонефрита:

инфекционно-аллергическое воспаление клубочков почки

инфекционное воспаление межуточной ткани почек, лоханок, чашечек
наследственное заболевание с поражением преимущественно эпителия канальцев
дистрофия и некроз эпителия канальцев
инфекционно-аллергическое воспаление сосудов почки

240. Для экстракапиллярных форм гломерулонефрита характерно:
воспаление сосудистых петель и мезангия клубочков
изолированное воспаление капсулы клубочков
воспаление капсулы клубочков и канальцев
воспаление сосудистых петель с распространением на капсулу клубочков
тубулярный некроз

241. Морфологический субстрат подострого экстракапиллярного гломерулонефрита:
опухолевый рост
пролиферация сосудистого эндотелия
отложения амилоида в клубочках
образование фиброэпителиальных «полулуний» в клубочках
накопление гнойного экссудата в клубочках

242. Исход подострого гломерулонефрита:
хронизация
хроническая почечная недостаточность
первично-сморщенная почка
вторично-сморщенная почка
выздоровление

243. Острая почечная недостаточность может развиваться при:
шоке
интраваскулярном гемолизе
обструкции мочевыводящих путей
все ответы верны
верно 1 и 2

244. Для гистологического выявления амилоида в почках используется окраска:
пикрофкусином по ван Гизону
PAS-реакция
конго-красным
по Габе-Дыбану
альциановым синим

245. Вид воспаления во входных воротах инфекции при дифтерии:
продуктивное
гнилостное
фибринозное
гнойное
геморрагическое

246. Редко встречающиеся, но возможные входные ворота инфекции при дифтерии:
конъюнктивы, раневая поверхность
желудочно-кишечный тракт

мозговые оболочки
bronхи, легкие
миндалины, зев

247. Что понимают под истинным крупом:
дифтеритическое воспаление гортани
отек и спазм гортани
гнойное воспаление трахеи и бронхов
отек и спазм бронхов
крупозное воспаление гортани и трахеи с развитием аспирации

248. Что понимают под ложным крупом:
дифтеритическое воспаление гортани
отек и спазм гортани
гнойное воспаление трахеи и бронхов
отек и спазм бронхов
крупозное воспаление гортани и трахеи с развитием аспирации

249. Вид воспаления, характерный при менингококковом менингите:
катаральное
геморрагическое
продуктивное
гнойное
верно 1 и 2

250. Локализация местных изменений при кори:
передние рога спинного мозга
кожа, легкие
слизистая оболочка зева, трахеи, конъюнктивы
слизистая желудочно-кишечного тракта
миокард, эндокард

251. Общие изменения при кори:
конъюнктивит
ложный круп
истинный круп
экзантема, энантема
панбронхит.

252. Возбудитель скарлатины:
диплококк
клебсиелла
 β - гемолитический стрептококк
зеленящий стрептококк
золотистый стафилококк

253. Назовите наиболее типичное проявление второго периода скарлатины:
гнойный лимфаденит
флегмона шеи
пиелонефрит

гепатит
острый гломерулонефрит.

254. Назовите наиболее типичное проявление первого периода скарлатины:
некротическая ангина
дифтеритический тонзиллит
серозный назофарингит
гнойный панбронхит
острый гломерулонефрит

255. Энантема (пятна Филатова-Коплика) обнаруживается:
на ладонях и подошвах
на разгибательных поверхностях предплечья
на языке
в носогубном треугольнике
на внутренней поверхности щек

256. ВИЧ обладают тропизмом к следующим клеткам:
CD8+ Т-клеткам
CD4+ Т-клеткам
NK-клеткам
дендритным клеткам
гранулоцитам

257. Пневмония, вызванная *pneumocysta carini*, диагностирована у 40-летнего мужчины с лимфопенией. Заключение:
СПИД
тяжелый комбинированный иммунодефицит
синдром Гудпасчера
изолированный дефицит IgA
болезнь Шегрена

258. По характеру воспаления первичный гематогенный остеомиелит бывает:
Фибринозным
Фиброзным
Гнойным
Геморрагическим
Гранулематозным

259. Развитие воспаления при остеомиелите сопровождается:
Развитием фиброзной остеодисплазии
Массивными некрозами костной ткани
Выраженным остеопорозом
Продуктивной тканевой реакцией с формированием гранулем
Все ответы верны

260. Наиболее частая локализация остеогенной саркомы:
Эпифизы длинных трубчатых костей
Мелкие кости скелета

Плоские кости
Метафизы длинных трубчатых костей
Диафизы длинных трубчатых костей
Кости черепа

261. Характерный рентгенологический признак остеосаркомы:

Множественные костные секвестры
Треугольник Кодмана
Энхондральная оссификация
Мозаичность поражения пластинчатой кости
Разрежение структуры костей скелета

262. Перечислить заболевания, относящиеся к воспалительным заболеваниям шейки матки:

Эндоцервикоз
Эктропион
Эндометрит
Сальпингит
Истинная эрозия

263. Морфологический субстрат эндоцервикоза:

Накопления в базальном слое эпителия рогового вещества
Дисплазия многослойного плоского эпителия
Дисплазия базального слоя эндометрия
Метаплазия многослойного плоского эпителия в железистый
Формирование кондиломы

264. Дайте определение эктропиона:

Заболевание инфекционно-аллергической природы, характеризующееся наличием многослойного плоского эпителия в шейке матки

Заболевание инфекционной природы, характеризующееся наличием железистого эпителия в шейке матки

Заболевание, дисгормональной природы с наличием железистого эпителия в шейке матки

Заболевание, характеризующееся появлением железистого эпителия в шейке матки вследствие механического повреждения

Заболевание наследственной природы с наличием железистого эпителия в шейке матки вследствие механического повреждения

265. Основным морфологическим признаком лейкоплакии является:

Гиперплазия многослойного плоского эпителия
Появление рогового слоя в многослойном плоском эпителии влажной порции шейки матки

Наличие гемосидерина в базальном слое эпителия шейки матки

Атрофия многослойного плоского эпителия влажной порции шейки матки

Накопление амилоида в базальном слое многослойного плоского эпителия

266. Назовите дисгормональные заболевания для слизистой оболочки тела матки:

«Наботовы» кисты

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия

Эндоцервицит
Простая железистая гиперплазия эндометрия
Истинная эрозия эндоцервикса

267. Назовите предраковые состояния для слизистой оболочки матки:

Эритроплакия
Железистая гиперплазия эндометрия
Эндоцервикоз
Лейкоплакия
Гнойный эндометрит

268. Исходы железистой гиперплазии эндометрия:

Атрофия эндометрия
Малигнизация,
Метаплазия эндометрия
Трансформация
Хроническое воспаление.

269. По локализации миомы матки делят на:

Трансмуральная
Интрамуральные
Субсерозная
Верно 2 и 3
Все ответы правильные

270. Достоверным методом диагностики гиперпластических процессов в эндометрии являются:

Гистероскопия
Патогистологическое исследование соскобов из цервикального канала и полости матки
УЗИ - диагностика органов малого таза
Компьютерная томография органов брюшной полости
Верно 1 и 2

271. Под термином эндометриоз понимают:

Наличие цервикальных желез за пределами матки
Наличие цервикальных желез в эндометрии
Наличие фрагментов эндометрия (эндометриальных желез и стромы) за пределами матки

Наличие эндометриальной стромы в слизистой оболочки матки
Метаплазию многослойного плоского эпителия в призматический

272. Наиболее частая гистологическая форма рака шейки матки:

Железисто-плоскоклеточный рак
Диморфный рак
Ангиосаркома
Плоскоклеточная карцинома
Липосаркома

273. При гипопункции щитовидной железы у детей развивается:

Микседема;

Гигантизм;
Акромегалия
Кретинизм
Синдром Кушинга

274. При гипофункции щитовидной железы у взрослых развивается:

Тиреотоксикоз
Микседема
Акромегалия
Синдром Кушинга
Несахарный диабет

275. Функция щитовидной железы при аутоиммунных тиреоидитах:

Не изменена
Типичен гипертиреоз
Типичен гипотиреоз
Вначале – гипертиреоз с последующим исходом в гипотиреоз
Вначале – гипотиреоз с последующим исходом в гипертиреоз

276. К аутоиммунным тиреоидитам относят:

Тиреоидит Хашимото
Тиреоидит Риделя
Тиреоидит де Кервена
Синдром Шегрена
Первые три

277. Морфологический признак тиреоидита Хашимото:

Массивная гранулоцитарная инфильтрация щитовидной железы с деструкцией фолликулов
Массивная лимфоцитарная инфильтрация щитовидной железы с с деструкцией фолликулов
Гранулематозное воспаление с формированием эпителиоидноклеточных гранулем
Гиперплазия фолликулов с накоплением коллоида
Атрофия фолликулов с реактивным фиброзом

278. Морфологический признак подострого тиреоидита де Кервена:

Массивная гранулоцитарная инфильтрация щитовидной железы с деструкцией фолликулов
Массивная лимфоцитарная инфильтрация щитовидной железы с деструкцией фолликулов
Гранулематозное воспаление с формированием эпителиоидноклеточных гранулем
Гиперплазия фолликулов с накоплением коллоида
Атрофия фолликулов с реактивным фиброзом

279. Диабетическую макроангиопатию характеризуют:

Изменения в аорте и артериях
Артериолосклероз
Изменения артериол, капилляров и венул
Изменения периферических вен
Верно все

280. Морфологическим проявлением диабетической макроангиопатии является:

Артериолосклероз

Атеросклероз

Гиалиноз;

Ангиоматоз

Эндоваскулит

281. Диабетическую макроангиопатию характеризуют:

Изменения в аорте и артериях

Атеросклероз

Изменения артериол, капилляров и венул

Изменения периферических вен

Верно все

282. Частое осложнение сахарного диабета, обусловленное макроангиопатией:

Слепота

Инфаркт миокарда,

Диабетический гломерулосклероз

Пиодермия

Диабетическая полинейропатия

283. Частое осложнение сахарного диабета, обусловленное микроангиопатией:

Гангрены нижних конечностей

Инфаркт миокарда,

Диабетический гломерулосклероз

Пиодермия

Гипергликемическая кома

284. При поражении задней доли гипофиза возникает:

Болезнь Иценко-Кушинга

Несахарное мочеизнурение (несахарный диабет)

Акромегалия

Адипозогенитальный синдром

Феохромоцитома

285. При аденоме базофильных клеток передней доли гипофиза возникает:

Болезнь Иценко-Кушинга

Болезнь Конна

Болезнь Кавасаки

Адипозогенитальный синдром

Акромегалия

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

Болезнь Иценко-Кушинга

Болезнь Конна

Гигантизм

Адипозогенитальный синдром

Акромегалия

287. При болезни/синдроме Иценко – Кушинга характерно:

Гиперплазия коры надпочечников

Артериальная гипертензия

Гипергликемия

Полосы растяжения (стрии)

Все ответы верны

288. Достаточно частым осложнением болезни/синдрома Иценко – Кушинга является:

Нефротический синдром

Гипогликемическая кома

Гангрены конечностей

Язвы желудка

Все ответы верны

289. При болезни Аддисона характерно развитие:

Системной микроангиопатии

Резкого прогрессирования атеросклероза

Аневризмы аорты

Гипоплазии аорты

Геморрагического синдрома

290. Спонгиоз — это:

Чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса

Гиперплазия эпидермиса с удлинением межсосочковых островков

Межклеточный отек эпидермиса

Патологическое ороговение отдельных клеток шиповатого слоя.

Вакуолизация внутридермальных нервных элементов

291. Характерный гистологический признак диспластического невуса:

Значительное скопление меланина

Распространение атипичных невусных клеток вдоль дермоэпидермального соединения

Гнезда меланоцитов в дерме

Гнезда меланоцитов в эпидермисе

Многоядерные клетки

292. Наиболее частая внекожная локализация меланомы:

Полость рта

Пищевод

Половые органы

Сосудистая оболочка глаза

Оболочки головного мозга

293. Наиболее значимый прогностический показатель при меланоме:

Количество пигмента

Степень фиброза стромы

Число фигур митоза

Глубина инвазии

Локализация

294. Себорейный кератоз — это:

Доброкачественная эпителиальная опухоль кожи

Меланоцитарная опухоль

Злокачественная опухоль эпидермиса

Опухоль дермы

Меланоцитарная дисплазия

295. Трихоэпителиома — опухоль, происходящая из эпителия:

Потовых желез

Кожи

Сальных желез

Волосяного фолликула

Эндокринных клеток

296. Экринная порома — это:

Опухоль протоков потовых желез

Опухоль волосяного фолликула

Эпителиальная киста

Рак из сальных желез

Опухоль эндокринных клеток

297. Грибовидный микоз — это:

Острый воспалительный дерматоз

Буллезное заболевание кожи

Опухоль эпителия кожи

Порок развития

Опухоль из гемопоэтических клеток

298. Возможные пути заражения туберкулезом

Аэрогенный, алиментарный, трансплантационный

Трансмиссивный, контактный, алиментарный

Парентеральный, гематогенный, аэрогенный

Гематогенный, трансмиссивный, контактный

Гематогенный, алиментарный, контактный

299. Классификация туберкулеза

Первичный, гематогенный, вторичный

Гематогенный, пневмонитогенный, саркоидозный

Первичный, пневмонитогенный, эндогенный

Экзогенный, гематогенный, первичный

Экзогенный, пневмонитогенный, эндогенный

300. Возможная локализация первичного туберкулезного комплекса:

Легкие, печень, почки

Головной мозг, почки, печень

Сердце, легкие, миндалины

Легкое, миндалины, кишечник

Верно 1 и 2

301. Первичный туберкулезный комплекс состоит из:

Тромбофлебита, эмболии, палочек Коха
Первичного аффекта, лимфангита, лимфаденита
Микобактерий лепры, лимфангита, лимфаденита
Первичного аффекта, тромбофлебита, флеботромбоза
Лимфангита, тромбофлебита, флеботромбоза

302. Разновидности гематогенного туберкулеза:

Фиброзно-кавернозный, туберкулема, с преимущественно легочным поражением
Генерализованный, с преимущественно легочным поражением, с преимущественными внелегочными поражениями
Казеозная пневмония, туберкулема, цирротический, с преимущественно внелегочным поражением
Все перечисленное
Ничего из перечисленного

303. Клинико-морфологические формы генерализованного гематогенного туберкулеза:

Острейший туберкулезный сепсис Ландузи, острый милиарный, крупноочаговый
Генерализованный, с преимущественно легочным поражением, с преимущественными внелегочными поражениями
Фиброзно-кавернозный, туберкулема, с преимущественно легочным поражением
Верно 1 и 2
Ничего из перечисленного

3.2.2. Ситуационные задачи к зачету:

Ситуационная задача № 1

Женщина 78 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на задержку стула и газов, боли в животе, черный цвет кала, снижение массы тела в течение 4 месяцев на 10 кг, отеки на ногах. При осмотре кожные покровы бледные, пастозность голеней, красноватые пятна и полосы на передней поверхности голеней. При пальпации живота определяются болезненность и опухолевидное образование в левой подвздошной области. В общем анализе крови: гемоглобин — 70 г/л, эритроциты — $3,8 \cdot 10^{12}/л$; лейкоциты — $10 \cdot 10^9/л$. При ультразвуковом исследовании печени в левой доле выявлены два узла 2,5 и 3,0 см в диаметре. Во время колоноскопии в области левого изгиба ободочной кишки обнаружена бугристая изъязвленная опухоль, циркулярно суживающая просвет кишки. При гистологическом исследовании тубулярная аденокарцинома умеренной степени дифференцировки. На 10-й день пребывания в стационаре была обнаружена медицинской сестрой в туалете, без сознания, без признаков сердечной деятельности и дыхания. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована смерть.

Заключительный клинический диагноз. Рак левого изгиба ободочной кишки с метастазами в печень. Хроническая обтурационная толстокишечная непроходимость. Тромбоэмболия легочного ствола и его ветвей?

Данные патологоанатомического исследования. В области левого изгиба ободочной кишки обнаружена опухоль размером 6,0x7,0 см в виде плотных беловатых масс, прорастающая все слои стенки кишки, циркулярно суживающая просвет. В зоне роста опухоли слизистая оболочка с глубокими язвенными дефектами. При гистологическом исследовании опухоль имеет структуру тубулярной, местами слизистой, умеренно дифференцированной аденокарциномы с выраженным фиброзом стромы. Метастазы рака выявлены в трех лимфатических узлах брыжейки, печени, обнаружен канцероматоз

брюшины. В глубоких венах голени обнаружены плотные суховатые червеобразные массы серо-красного цвета, обтурирующие просвет. В легочном стволе и крупных его ветвях — свободно лежащие, червеобразные массы, похожие на образования в венах голени.

Выбрать все правильные ответы

1. Гематогенные метастазы аденокарциномы ободочной кишки:
 - а. Метастаз Вирхова.
 - б. Печень.
 - в. Легкие.
 - г. Лимфатические узлы брыжейки.
 - д. Почки.

Установить соответствие

<p>2. ОБРАЗОВАНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тромб. 2. Посмертный сгусток крови. <p>Ответ: 1—., 2—.</p>	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> а. Плотный. б. Крошащийся. в. Эластичный. г. Гладкий. д. Шероховатый.
--	---

Выбрать все правильные ответы

3. Источники тромбоэмболии легочного ствола и его ветвей:

- а. Аорта.
- б. Вены голени.
- в. Печеночные вены.
- г. Трехстворчатый клапан.
- д. Вены бедра.
- е. Аневризма левого желудочка.
- ж. Вены малого таза.
- з. Двустворчатый клапан.

Выбрать все правильные ответы

4. Развившиеся у больной осложнения основного заболевания:

- а. Отек легких.
- б. Кахексия.
- в. Тромбоз глубоких вен голени.
- г. Толстокишечная непроходимость.
- д. Карциноматоз брюшины.

Ситуационная задача № 2

У женщины 46 лет год назад были диагностированы неспецифический аортоартериит и хронический бронхит, артериальная гипертензия. Поступила в стационар с острым нарушением мозгового кровообращения, моторной афазией и правосторонним гемипарезом. Через 6 дней развилась кома и больная умерла.

Заключительный клинический диагноз. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез, моторная афазия. Неспецифический аортоартериит. Хронический обструктивный бронхит, пневмофиброз, двусторонняя нижнедолевая застойная пневмония. Артериальная гипертензия III стадии.

Данные патологоанатомического исследования. В теменной доле левого полушария большого мозга обнаружен округлый кашицеобразной консистенции (диаметром 6,5 см) очаг серого цвета. Крупные артерии основания головного мозга уплотнены, утолщены, с диффузным сужением просвета; в просвете левой средней мозговой артерии —

обтурирующие червеобразные суховатые серо-красные массы. Внутренняя оболочка дуги, брюшной части и крупных ветвей аорты (плечеголовного ствола, левых общей сонной и подключичной артерий), артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов, а также устьев венечных артерий имела интенсивный желтый цвет; описанные отрезки сосудистого русла стенотически сужены. В верхней части брюшной части аорты престенотическое мешковидное расширение. В нем — пристеночные, фиксированные к внутренней оболочке, плотноватые серо-красные массы, прикрывающие устье левой почечной артерии. Остальные кровеносные сосуды без видимых изменений. В просвете крупных бронхов незначительное количество пенистой светло-серой жидкости, слизистая оболочка желто-серого цвета. Легкие синюшно-красного (в нижних долях — интенсивно красного) цвета, поверхность разреза зернистая, с чередованием участков плотной и эластической консистенции; ткань нижних долей тонет в воде. Кровеносные сосуды легких выступают над поверхностью разреза. Корковое вещество почек бледно-серого цвета, пирамиды мозгового вещества темно-красные.

При бактериологическом исследовании легких выделен *S. aureus* (10^7 КОЕ).

Результаты гистологического исследования. В стенках дуги, брюшной части аорты, ее крупных ветвей, артерий каротидного и вертебробазиллярного бассейнов, крупных мозговых артерий, а также в области устьев венечных артерий диффузный склероз всех оболочек сосудистой стенки, большое количество полнокровных *vasa vasorum*, очаговая инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами с единичными гигантскими клетками Лангханса. В ткани головного мозга обширные поля некроза с полиморфно-клеточной воспалительной реакцией по периметру, фиброз мягких мозговых оболочек. Легкие: часть альвеол расширена, с разрывами межальвеолярных перегородок; другие (в ткани из нижних долей) — заполнены эозинофильными гомогенными и нитевидными массами с нейтрофилами; межальвеолярные перегородки утолщены, инфильтрированы лимфоцитами и нейтрофилами; эпителий бронхов слущен, диффузная лейкоцитарная инфильтрация всех слоев стенок бронхов, гиперплазия слизистых желез крупных бронхов; перибронхиальный и периваскулярный склероз. Артериолосклеротический нефросклероз.

Выбрать один правильный ответ

1. Основное заболевание:
 - а. Вторичная артериальная гипертензия.
 - б. Двусторонняя очаговосливная пневмония.
 - в. Ишемический инфаркт головного мозга.
 - г. Хронический обструктивный бронхит.
 - д. Аневризма брюшной части аорты.
 - е. Синдром дуги аорты (Такаясу).

Выбрать все правильные ответы

2. Осложнения основного заболевания:
 - а. Отек головного мозга.
 - б. Двусторонняя пневмония.
 - в. Хронический обструктивный бронхит.
 - г. Аневризма брюшной части аорты.
 - д. Пристеночные тромбы в аневризме аорты.
 - е. Ишемический инфаркт головного мозга.

Выбрать один правильный ответ

3. Место хронического обструктивного бронхита в патологоанатомическом диагнозе:
 - а. Основное заболевание.
 - б. Сочетанное заболевание.
 - в. Осложнение.
 - г. Фоновое заболевание.
 - д. Сопутствующее заболевание.

Выбрать один правильный ответ

4. Механизм танатогенеза:

- а. Прорыв крови в боковые желудочки мозга.
- б. Острая дыхательная недостаточность.
- в. Отек головного мозга с дислокацией мозгового ствола.
- г. Пульмонокоронарный рефлекс.
- д. Разрыв стенки аневризмы аорты.

Ситуационная задача № 3

У больного 45 лет туберкулез легких выявлен в исправительно-трудовом учреждении, где проведен курс химиотерапии. После освобождения в течение 2 лет частые обострения, последнее проявилось продуктивным кашлем со слизисто-гнойной мокротой, прогрессирующей одышкой, повышением температуры тела, нарастающей слабостью. Не лечился. В противотуберкулезном диспансере выполнена комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_v правого легкого с трехреберной торакопластикой. В послеоперационном периоде — несостоятельность культи бронха и эмпиема плевры справа. Смерть больного наступила через 2 нед после операции от массивного легочного кровотечения.

Заключительный клинический диагноз. Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. Операция: комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_v правого легкого с трехреберной торакопластикой (дата). Бронхиальный свищ культи правого верхнедолевого бронха. Острая эмпиема плевры справа. Аррозия ветви легочных артерий. Массивное легочное кровотечение. Геморрагический шок.

Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе выраженной активности воспалительного процесса (БК+): большие и гигантские каверны в верхней доле и сегменте S_v правого легкого (операционный материал №) с гематогенной диссеминацией, казеозный бронхит и бронхиолит, продуктивно-некротический медиастинальный лимфаденит. Операция: комбинированная резекция верхней доли и сегмента S_v, правого легкого с трехреберной торакопластикой (дата).

Осложнения: хроническое легочное сердце (масса сердца 430 г, ЖИ 0,8). Кахексия. Несостоятельность культи правого верхнедолевого бронха: продуктивно-некротические гранулемы в стенке культи бронха. Острая эмпиема плевры справа смешанной этиологии (микобактерии туберкулеза, протей, золотистый стафилококк). Полисегментарная фибринозно-гнойная пневмония нижней доли правого легкого (золотистый стафилококк). Аррозия ветви бронхиальной артерии в культе правого верхнедолевого бронха. Массивное кровотечение (2100 мл) в правую плевральную полость. Острое малокровие внутренних органов.

Выбрать один правильный ответ

1. Причина смерти больного:

- а. Острая эмпиема плевры справа.
- б. Полисегментарная пневмония.
- в. Массивное легочное кровотечение.
- г. Острая легочно-сердечная недостаточность.

Выбрать один правильный ответ

2. Констатировано расхождение диагнозов по заболеванию:

- а. Основному.
- б. Сочетанному.
- в. Конкурирующему.
- г. Фоновому.
- д. Сопутствующему.

Выбрать один правильный ответ

3. Данная форма туберкулеза:
 - а. Контагиозна.
 - б. Не контагиозна.Выбрать все правильные ответы
4. Возможные осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:
 - а. Прорыв каверны в плевральную полость.
 - б. Рак легкого.
 - в. Вторичный амилоидоз.
 - г. Хроническое легочное сердце.
 - д. Гемосидероз легких.
 - е. Легочно-сердечная недостаточность.
 - ж. Спонтанный пневмоторакс.
3. Подкожная эмфизема.

Ситуационная задача № 4

Больная 24 лет госпитализирована с жалобами на нарушение менструального цикла по типу метrorрагии, периодически возникающие боли внизу живота, скудные бели, повышение температуры тела по вечерам до субфебрильных цифр. На 17-й день менструального цикла выполнено диагностическое выскабливание полости матки. Материал направлен для гистологического исследования в централизованное патологоанатомическое отделение на следующий день.

Клинический диагноз. Хронический эндометрит в стадии обострения. Данные гистологического исследования. Маточные железы овально-округлой формы, местами извитые, в отдельных полях зрения имеют штопорообразную форму, просветы их расширены, заполнены эозинофильными гомогенными вакуолизированными массами. Цитоплазма клеток слабобазофильная. В абсолютном большинстве эпителиоцитов желез и покровных клетках видны субнуклеарно расположенные оптически пустые вакуоли. Ядра (чаще овально-округлые или палочковидные) оттеснены вакуолями в центральные отделы клеток, расположены на разных уровнях. В некоторых эпителиоцитах вакуоли определяются в апикальной части. Строма эндометрия разрыхлена, видны участки диапедезных кровоизлияний. Ядра соединительнотканых клеток крупные, вытянутые, гиперхромные. Спиральные артерии лежат группами по 2—3 вместе, умеренно извиты, полнокровны. В строме эндометрия выраженная полиморфно-клеточная инфильтрация с преобладанием лимфоцитов, наличием немногочисленных плазматических клеток и нейтрофильных лейкоцитов. В просветах некоторых желез видны элементы инфильтрата. Наряду с этим определяются скопления фибробластов, преимущественно вокруг сосудов (периваскулярный фиброз).

Заключение. Хронический неспецифический эндометрит в фазе выраженной активности воспалительного процесса. Эндометрий соответствует ранней стадии фазы секреции менструального цикла.

Выбрать один правильный ответ

1. Вид материала, направленного на гистологическое исследование:
 - а. Операционный.
 - б. Инцизионный биоптат.
 - в. Аспирационный биоптат.

Выбрать один правильный ответ

2. Метод фиксации материала:
 - а. Дистиллированная вода.
 - б. 96 % этиловый спирт.
 - в. 10 % раствор нейтрального формалина.

- г. Глутаральдегид.
 - д. Сухой лед.
- Выбрать один правильный ответ
3. Характер ответа патологоанатома:

- а. Описательный.
- б. Окончательный диагноз.
- в. Ориентировочный диагноз.

Выбрать один правильный ответ

4. Нормативные сроки исследования материала:

- а. До 20—25 мин.
- б. До 1 ч.
- в. В пределах 5 сут.
- г. До 10 сут.
- д. До 20—30 сут.

Ситуационная задача № 5

Женщина 22 лет жаловалась на наличие плотного узла в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Уплотнение в молочной железе замечено около 9 мес назад. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Произведена секторальная резекция железы, ткань ее была послана для срочного гистологического исследования. Обнаружен опухолевый узел диаметром 2,0 см, плотный, четко отграниченный, на разрезе бело-розовый.

В гистологических срезах выявлена органоидной структуры опухоль, паренхима которой представлена мелкими темными эпителиоцитами, расположенными в один или несколько слоев, формирующими железистые структуры овальной и щелевидной формы. Строма новообразования нежная, но коллагенизированная, резко преобладает над паренхимой.

Выбрать один правильный ответ

1. Заболевание молочной железы
- а. Фиброма.
 - б. Фиброаденома.
 - в. Аденокарцинома.
 - г. Фиброзный рак.

Выбрать один правильный ответ

2. Вид проведенного морфологического исследования:

- а. Срочная интраоперационная инцизионная биопсия.
- б. Плановая интраоперационная биопсия.
- в. Срочная интраоперационная аспирационная биопсия.
- г. Плановая интраоперационная инцизионная биопсия.

Выбрать один правильный ответ

3. Нормативные сроки исследования материала:

- а. До 20—25 мин.
- б. До 1 ч.
- в. В пределах 5 сут.
- г. До 10 сут.

Выбрать один правильный ответ

4. Для выявления соединительной ткани в опухоли используют:

- а. Судан III.
- б. Реакцию Перлса.
- в. Толуидиновый синий.
- г. Пикрофуксин.

- д. Гематоксилин и эозин.
- е. ШИК(РА8)-реакцию.

Ситуационная задача № 6

Больной 60 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, ноющие боли в эпигастральной области, анорексию, снижение массы тела на 15 кг за последний год, периодическое повышение температуры тела до фебрильных цифр. При фиброгастроскопии в кардиальном отделе желудка обнаружено опухолевидное образование округлой формы диаметром 9,5 см, плотноэластическое, с бугристой серо-розовой поверхностью, кровоточащей при инструментальной пальпации. Из опухолевого узла взяты на исследование кусочки ткани и направлены в патологоанатомическое отделение.

Ответ патологоанатома: в микропрепаратах мелкие фрагменты некротического детрита, свертки фибрина, группы клеток покровно-ямочного эпителия.

Выбрать все правильные ответы

1. Необходимые манипуляции перед отправкой материала на гистологическое исследование:

- а. Взвешивание.
- б. Фиксация.
- в. Маркирование.
- г. Упаковывание.
- д. Окрашивание зеленкой.
- е. Промывание под струей воды.
- ж. Разъединение на фрагменты.

Выбрать все правильные ответы

2. Содержание графы «клинические данные» направления на гистологическое исследование:

- а. Важные клинические данные.
- б. Результаты лабораторно-инструментального исследования.
- в. Семейный анамнез.
- г. Места забора материала.
- д. Количество объектов исследования.
- е. Фамилия лечащего врача.

Выбрать один правильный ответ

3. Характер ответа патологоанатома:

- а. Ориентировочный диагноз.
- б. Описательный.
- в. Окончательный диагноз.

Выбрать все правильные ответы

4. Тактика лечащего врача:

- а. Выписать больного.
- б. Консультация онколога.
- в. Повторная эндоскопия с биопсией.
- г. Расширенный онкопоиск.
- д. Выявление возможных метастазов.

Ситуационная задача № 7

Больной 22 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в правой подвздошной и околопупочной областях. При обследовании выявлен положительный симптом Щеткина—Блумберга, в общем анализе крови количество лейкоцитов $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле — сдвиг влево — 7 % палочкоядерных

лейкоцитов. Диагностирован острый аппендицит. По экстренным показаниям произведена аппендэктомия. Удаленный червеобразный отросток направлен на морфологическое исследование.

Ответ патологоанатома: червеобразный отросток длиной 7,0 см, толщиной до 1,3 см. Серозная оболочка тусклая, утолщена, покрыта желто-зелеными пленчатыми наложениями. Стенка дряблая, серо-красная. Просвет червеобразного отростка расширен, заполнен зеленоватыми гноевидными массами. При гистологическом исследовании серозная оболочка покрыта фибринозно-гнойным экссудатом. Стенка червеобразного отростка диффузно инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами, выражен отек, сосуды полнокровны. Воспалительная клеточная инфильтрация распространяется на жировую ткань брыжейки отростка. Слизистая оболочка изъязвлена. Просвет отростка заполнен гнойным экссудатом.

Заключение. Острый флегмонозно-язвенный аппендицит, периаппендицит, мезентериолит.

Выбрать все правильные ответы

1. Компоненты ответа морфолога при изучении операционного материала:
 - а. Макроскопическое описание.
 - б. Описание способа фиксации.
 - в. Гистологическое описание.
 - г. Заключение (диагноз).
 - д. Рекомендации лечащему врачу.
 - е. Прогноз.

Выбрать один правильный ответ

2. Характер ответа патологоанатома:
 - а. Окончательный диагноз.
 - б. Описательный.
 - в. Ориентировочный диагноз.

Выбрать все правильные ответы

3. Обязательному морфологическому исследованию подлежат органы и ткани:
 - а. Только в неясных случаях.
 - б. Для уточнения динамики болезни.
 - в. В научных целях.
 - г. Удаленные во время хирургических операций.
 - д. По просьбе больного, родственников.
 - е. Для уточнения характера и тяжести поражения.

Выбрать один правильный ответ

4. Отвечает за доставку материала в патологоанатомическое отделение:
 - а. Лаборант.
 - б. Санитар.
 - в. Лечащий врач.
 - г. Заведующий отделением.
 - д. Патологоанатом.

Ситуационная задача № 8

У мужчины 42 лет, страдающего шизофренией, появились диспепсические симптомы и желтуха. При ультразвуковом исследовании выявлено увеличение печени без очаговых изменений. При лапароскопии установлено, что фиброзная капсула увеличенной печени тонкая и гладкая, напряжена, ткань органа желтовато-коричневая с зеленоватым крапом. В направлении на гистологическое исследование в разделе «клинические данные» отражены лишь вышеперечисленные сведения.

Клинический диагноз. Лекарственное поражение печени (реакция на лечение аминазином)?

Ответ патологоанатома: при гистологическом исследовании биоптата в гепатоцитах преимущественно центров долек обнаружены крупные и мелкие оптически пустые вакуоли. Желчные капилляры местами расширены, переполнены желчью, в цитоплазме гепатоцитов видны скопления темно-зеленого и коричневатого пигмента. В этих зонах — гиперплазия звездчатых ретикулоэндотелиоцитов (купферовских клеток).

Заключение. При наличии соответствующих клинических данных можно предполагать лекарственную природу поражения печени.

Выбрать один правильный ответ

1. Уточнить природу включений в гепатоцитах поможет окраска:

- а. Толуидиновым синим.
- б. Гематоксилином и эозином.
- в. Суданом III.
- г. ШИК/PAS -реакция.

Выбрать один правильный ответ

2. Характер ответа патологоанатома:

- а. Окончательный диагноз.
- б. Описательный.
- в. Ориентировочный диагноз.

Выбрать все правильные ответы

3. В направлении на гистологическое исследование необходимо указывать:

- а. Длительность заболевания.
- б. Контагиозность.
- в. Результаты печеночных проб.
- г. Употребляемые лекарственные препараты.
- д. Дозы и длительность применения препаратов.
- е. Частоту заболевания в популяции.

Выбрать один правильный ответ

4. Обязательное исследование при появлении диспепсических симптомов и желтухи:

- а. Ультразвуковое исследование печени.
- б. Серологические маркеры гепатитов.
- в. Биопсия печени.
- г. Реакция Вассермана.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ

Оценивание знаний, умений и навыков ординаторов, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Шкала оценивания

При проведении промежуточной аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой формами контроля.

При проведении промежуточной аттестации в форме экзамена, зачёта с оценкой знания ординаторов оцениваются по пятибалльной системе оценок («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

При проведении промежуточной аттестации в форме зачета знания ординаторов оцениваются: «зачтено»/ «не зачтено».

Оценку «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой дисциплины (модуля), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 85%–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную рабочей программой дисциплины (модуля), способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 65%–84% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с основной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 55%–64% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал менее 55% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля), знакомый с рекомендованной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает 55 % и более правильных ответов.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля) заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает менее 55% правильных ответов.