

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
им. М.Ф.ВЛАДИМИРСКОГО

«УТВЕРЖДАЮ»
Декан ГБУЗ МО МОНИКИ
им. М. Ф. Владимирского
_____ Т.К. Чернявская
« ____ » _____ 2022г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность
31.08.07 Патологическая анатомия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2023 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 №110 ФГОС ВО по специальности, педагогическими работниками кафедры Настоящая рабочая программа дисциплины программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия (далее – программа ординатуры)

Рабочая программа дисциплины подготовлена на кафедре «Патологической анатомии и судебной медицины» (далее – кафедра) ГБУЗ МО МНИКИ им. М.Ф. Владимирского авторским коллективом под руководством д.м.н. Сетдиковой Г.Р.

Составители:

№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность
1.	Сетдикова Галя Равилевна	Д.м.н.	Профессор кафедры
2			

Рабочая программа дисциплины рассмотрена и одобрена на заседании кафедры (Протокол № ___ от «__» _____ 2023 г.).

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание.....	8
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	95
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	97

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом (далее – ФГОС), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-патологоанатом и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-патологоанатом – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации, определять возможности и способы их применения в профессиональном контексте.	УК-1. ИД-1. Знает методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации.
		УК-1. ИД-2. Умеет критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации.

Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-1. ИД-3. Умеет определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
		УК-1. ИД-4. Владеет методами и приемами системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2. ИД-1. Знает основы проектного менеджмента и международные стандарты управления проектом.
		УК-2. ИД-2. Умеет определять проблемное поле проекта и возможные риски с целью разработки превентивных мер по их минимизации.
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-2. ИД-3. Умеет осуществлять мониторинг и контроль над осуществлением проекта.
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение) Командная работа и лидерство	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-2. ИД-4. Умеет разрабатывать проект в области медицины и критерии его эффективности
		УК-3. ИД-1. Знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
---	---	--

<p>Деятельность в сфере информационных технологий</p>	<p>ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности</p>	<p>ОПК-1. ИД-1. Знает современные информационно-коммуникационные технологии и ресурсы, применимые в научно-исследовательской, профессиональной деятельности и образовании. ОПК -1. ИД-2. Знает и умеет использовать современные информационно-коммуникационные технологии для повышения медицинской грамотности населения, медицинских работников. ОПК-1. ИД-3. Знает и умеет планировать, организовывать и оценивать результативность коммуникативных программ, кампаний по пропаганде здорового образа жизни. ОПК-1. ИД-4. Умеет работать в медицинской информационной системе, вести электронную медицинскую карту. ОПК-1. ИД-5. Знает основные принципы организации оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, умеет применять их на практике. ОПК-1. ИД-6. Знает и умеет применять на практике основные принципы обеспечения информационной безопасности в медицинской организации.</p>
<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>ОПК-2. ИД-1. Знает и умеет применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей. ОПК-2. ИД-2. Знает и умеет оценивать и прогнозировать состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения. ОПК-2. ИД-3. Знает и умеет реализовывать основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни. ОПК-2. ИД-4. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием современных</p>

		подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических показателей.
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	<p>ОПК-3. ИД-1. Знает порядок организации и принципы осуществления педагогической деятельности по программам среднего профессионального и высшего медицинского образования.</p> <p>ОПК-3. ИД- 2. Формулирует адекватные цели и содержание, формы, методы обучения и воспитания, использует инновационные, интерактивные технологии и визуализацию учебной информации.</p> <p>ОПК-3. ИД-3. Осуществляет самообразовательную деятельность с целью профессионального и личностного роста.</p>
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов	<p>ОПК-4. ИД-1. Знает и умеет работать со стандартами оказания медицинских услуг.</p> <p>ОПК-4. ИД- 2. Знает патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>ОПК-4. ИД- 3. Составляет алгоритм диагностики и обследования пациентов.</p> <p>ОПК-4. ИД- 4. Применяет лабораторные методы исследований и интерпретирует полученные результаты.</p>
	ОПК-5. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>ОПК-5. ИД-1. Знает виды медицинских экспертиз, правила и порядок исследования, направленного на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность.</p> <p>ОПК-5. ИД-2. Умеет устанавливать причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья.</p> <p>ОПК-5. ИД-3. Знает правила и порядок экспертизы временной нетрудоспособности граждан в связи с</p>

		заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями. ОПК-5. ИД-4. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи.
	ОПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-6. ИД-1. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности и навыками составления плана работы и отчета о работе врача. ОПК-6. ИД-2. Владеет навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа. ОПК-6. ИД-3. Осуществляет контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала.
	ОПК-7. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-7.ИД-1. Знает и владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей). ОПК-7. ИД-2. Знает и владеет методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). ОПК-7. ИД-3. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания. ОПК-7. ИД-4. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
--	---	---

<p>Проведение прижизненных патологоанатомических исследований</p>	<p>ПК-1. Проведение прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала</p>	<p>ПК-1.1. Изучает выписки из медицинской документации пациента, получает разъяснения у врачей-специалистов, принимающих (принимавших) участие в обследовании и лечении пациента</p> <p>ПК-1.2. Проводит макроскопическое изучение биопсийного (операционного) материала, формулирует макроскопическое описание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-1.3. Проводит вырезки из биопсийного (операционного) материала, формулирует описания маркировки объектов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-1.4. Назначает при необходимости дополнительные методы окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительные методы микроскопии в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-1.5. Проводит микроскопическое изучение биопсийного (операционного) материала, формулирует микроскопическое описание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом</p>
---	---	--

		<p>стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-1.6. Проводит консультации материалов прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала</p>
	<p>ПК-2. Проведение посмертных патологоанатомических исследований (патологоанатомических вскрытий)</p>	<p>ПК-2.1. Изучает выписки из медицинской документации пациента, получает разъяснения у врачей-специалистов, принимающих(принимавших) участие в обследовании и лечении пациента</p> <p>ПК-2.2. Проводит наружный осмотра тела, формулирует описание наружного осмотра тела</p> <p>ПК-2.3. Проводит вскрытие и изучение полостей тела, формулирует описание вскрытия и изучения полостей тела.</p> <p>ПК-2.4. Проводит макроскопическое изучение органов и тканей, формулирует макроскопическое описание органов и тканей.</p> <p>ПК-2.5 Проводит взятие биологического материала для гистологического изучения, при наличии медицинских показаний - использует другие дополнительные специальные методы, назначает при необходимости применение дополнительных методов окраски микропрепаратов (постановки реакции, определения) и (или) дополнительные методы микроскопии в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>ПК-2.6. Проводит микроскопическое изучение биологического материала, формулирует микроскопическое описание</p> <p>ПК-2.7. Проводит консультации материалов посмертного патологоанатомического исследования (патологоанатомического вскрытия) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской</p>

		помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	ПК-3. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>ПК-3.1. Составляет план работы и отчета о работе врача-патологоанатома.</p> <p>ПК-3.2. Ведет протоколы и иную документацию, в том числе в электронном виде, о прижизненном патологоанатомическом исследовании биопсийного (операционного) материала, патологоанатомическом вскрытии, патологоанатомическом вскрытии плода мертворожденного, новорожденного.</p> <p>ПК-3.3. Контролирует выполнение должностных обязанностей находящихся в распоряжении средним медицинским персоналом.</p> <p>ПК-3.4. Проводит работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p>
	ПК-4. Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме	<p>ПК-4.1. Оценивает состояние пациентов, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.</p> <p>ПК-4.2. Владеет навыками распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.</p> <p>ПК-4.3. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).</p> <p>ПК-4.4. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.</p>

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

1 этап - тестирование

Определение **объема и качества знаний**, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры.

Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут.

Тестирование проводится в компьютерных классах Института в соответствии с расписанием.

Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

2 этап – практический

Определение объема и качества **практических навыков и умений**, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры

Обучающему предлагается дать ответ (продемонстрировать навык) на три практических вопроса.

Первый навык может быть продемонстрирован на секционном материале. В процессе демонстрации обучающийся должен провести осмотр и вскрытие тела умершего, провести клинико-патологоанатомический анализ с постановкой патологоанатомического диагноза.

Второй навык может быть продемонстрирован при макроскопическом описании и диссекции операционного и/или биопсийного материала.

Третий навык может заключаться в гистологическом исследовании секционного, операционного или биопсийного материала.

В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование.

На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут

Проверка практических навыков проводится в местах прохождения практической подготовки.

Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)

3 этап - собеседование

Определение объема и качества **профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения**

Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Института.

Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в 9 реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

Содержание государственной итоговой аттестации

Тестовые задания (1 этап)

№1 Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:

1. посмертную и прижизненную диагностику болезней
2. контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела
3. уточнение структуры причин смертности населения
4. все перечисленное верно +

№2 Этические нормы врача-патологоанатома определяются:

1. умениями
2. законами
3. этническими особенностями региона
4. моральной ответственностью врача перед обществом +

№4 Основные функциональные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя:

1. определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале
2. установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания
3. анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов
4. все перечисленное верно +

№6 В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:

1. заполнение врачебного свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной классификации болезней
2. беседа с родственниками умершего с учетом требований этики и деонтологии
3. выполнение производственных поручений заведующего отделением
4. все перечисленное верно +

№7 В случаях диагностирования злокачественных новообразований, инфекционных заболеваний, заболеваний, требующих гормональной, лучевой, цитостатической терапии и хирургических вмешательств, патологогистологическое заключение подписывает:

1. врач-патологоанатом
2. зав. патологоанатомическим отделением
3. главный врач больницы
4. врач-патологоанатом и заведующий, патологоанатомическим отделением +

№8 Набор помещений патологоанатомического отделения включает в себя:

1. секционную и хранилище трупов
2. зал прощания с комнатой для ожидания
3. кабинеты врачей, лаборатории с подсобными помещениями
4. все перечисленное верно +

№9 Набор помещений для гистологической лаборатории включает:

1. комнату для диссекции биопсийного/операционного материала
2. гистологическую лабораторию
3. комнату для хранения гистологического архива
4. все перечисленное верно +

№10 В таблицу оборудования патологоанатомического отделения включают:

1. аппараты и приборы
2. медицинский инструментарий, мебель и оборудование
3. реактивы
4. все перечисленное верно +

№11 В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:

1. заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
2. состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар
3. состояния, указанные в амбулаторной карте
4. состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью +

№12 В клиническом диагнозе должны также регистрироваться и другие состояния, которыми считаются:

1. патологические процессы
2. болезни, имевшиеся у больного, но не оказывающие влияние на основное заболевание
3. заболевания, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медико-санитарной помощи и оказывают влияние на лечение пациента
4. все перечисленное верно +

№13 Имеют право присутствовать на вскрытии:

1. родственники умершего
2. доверенное лицо
2. врачи отделения, где умер больной +
3. только врач-патологоанатом

№14 При вскрытии трупа оформляются следующие документы:

1. протокол патологоанатомического исследования
2. врачебное свидетельство о смерти
3. заключение о причине смерти
5. все перечисленное верно +

№15 Отмена вскрытия, по приказам Минздрава, не должна разрешаться в случаях:

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

№16 Направление трупа на судебно-медицинское исследование, независимо от времени пребывания больного в лечебном учреждении, производится, если смерть последовала от:

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

№17 В педиатрической практике вскрытию подлежат:

1. все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении
2. выкидыши с массой тела более 500 г
3. все мертворожденные с массой тела более 1000 г
4. все перечисленное верно +

№18 При вскрытии трупа могут быть использованы методы извлечения:

1. отдельных органов (по Вирхову)
2. органов по системам (по Абрикосову)
3. Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)
4. все перечисленное +

№19 К особенностям проведения вскрытий трупов при инфекционных болезнях относятся:

1. наличие 15-20 литров дезинфицирующих средств и коврика обильно смоченного дезинфицирующим раствором перед дверью, ведущей в секционную
2. использование противочумного костюма
3. возможность накопления и дезинфекции жидкостей, смываемых с секционного стола
4. все перечисленное верно +

№20 Противочумный костюм состоит из:

1. комбинезона с капюшоном (косынкой), марлевой маской

2. противочумного и медицинского халатов, резиновых сапог, носков, полотенца, прорезиненного фартука, нарукавников

3. двух пар резиновых перчаток и защитных очков

4. все перечисленное верно +

№21 При вскрытии трупа инфекционного больного используют следующие дезинфицирующие растворы:

1. 3-5%-й раствор лизола, 5-10%-й раствор монохлорамина Б

2. 20%-й осветленный раствор гипохлорита

3. 3-5%-й раствор фенола (горячий), 3-5%-й мыльный раствор

4. все перечисленной верно+

№22 При патологоанатомическом исследовании умерших от особо опасных инфекций руководствуются:

1. особенностями вскрытий умерших от инфекционных заболеваний

2. установленным режимом работы карантинных учреждений

3. требованиями инструктивных материалов Министерства здравоохранения РФ, по режиму работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями особо опасных инфекций

4. все перечисленное верно +

№23 При взятии материала для бактериологического и вирусологического необходимо использовать:

1. стерильные петли, лопаточки, шприцы и пастеровские пипетки

2. набор питательных сред

3. предметные и покровные стекла

4. все перечисленное верно +

№24 Посевы для бактериологического исследования производят:

1. из органов, не извлеченных из трупа, используя стерильный инструмент после прижигания поверхности разреза, укола

2. с поверхности органа, до соприкосновения его с нестерильными объектами

3. используя кровь правого предсердия, локтевой вены (до вскрытия черепа)

4. все перечисленное верно +

№26 Первоначальная причина смерти:

1. нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти

2. болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти +

3. это предварительный диагноз

4. все перечисленное верно

№27 Непосредственная причина смерти - это:

1. нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть +

2. нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного

3. проявления механизма наступления смерти

4. все перечисленное верно

№28 Рубрики патологоанатомического диагноза включают в себя:

1. основное заболевание (первоначальная причина смерти)

2. осложнения

3. сопутствующие заболевания

4. все перечисленное верно +

№29 Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:

1. два основных конкурирующих заболевания
2. два сочетанных заболевания
3. основное и фоновое заболевания
4. все перечисленное верно +

№30 Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий:

1. основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной, промежуточной причин смерти) +
2. основное заболевание записывается только в третью строку (в)
3. обязательно присутствие родственника
4. все перечисленное верно

№31 Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные данные:

1. анамнестические и клинические
2. лабораторные и рентгенологические
3. патологоанатомические и гистологические
4. все перечисленные +

№32 При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов основных заболеваний устанавливают следующие категории расхождений по:

1. диагнозу основного заболевания или первого заболевания в комбинированном
2. важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболевания или явившимся причиной смерти
3. второму заболеванию в комбинированном основном (при наличии двух конкурирующих, сочетанных, основного с фоновым)
4. все перечисленное верно +

№33 На клинико-патологоанатомической конференции обсуждают:

1. случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания
2. редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии
3. случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств
4. все перечисленные +

№35 В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов основных заболеваний выделяют:

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

№36 Инструменты и поверхности, соприкасавшиеся с трупом и его выделениями во время вскрытия или обработки материала, зараженного ВИЧ, подлежат обработке:

1. 3%-ным раствором хлорамина,
2. 70° спиртом
3. 10%-ным раствором формалина
4. все перечисленное верно +

№37 При случайном загрязнении рук и слизистых оболочек при работе с материалом, зараженным ВИЧ-инфекцией, пораженный участок обрабатывают:

1. 1% раствором борной кислоты
2. 0,5%-ным раствором марганцевокислого калия
3. 70° спиртом
4. все перечисленное верно +

№38 При подозрении на наличие воздушной эмболии патологоанатомическое исследование начинают со вскрытия:

1. черепа
2. брюшной и грудной полостей +
3. грудной клетки
4. брюшной полости

№39 Стаз - это:

1. замедление оттока крови
2. уменьшение оттока крови
3. остановка кровотока в капиллярах +
4. гемолиз эритроцитов

№40 При хроническом венозном полнокровии органы:

1. уменьшены в размерах
2. имеют дряблую консистенцию
3. имеют плотную консистенцию +
4. глинистого вида

№41 При хроническом венозном полнокровии в легких возникает:

1. мутное набухание
2. липофусциноз
3. бурая индурация +
4. фибриноидное набухание

№42 Общее венозное полнокровие развивается при:

1. сдавлении верхней полой вены
2. тромбозе воротной вены
3. сдавлении опухолью почечной вены
4. пороке сердца +

№43 Тромб характеризуется:

1. гладкой поверхностью
 2. эластичной консистенцией
 3. отсутствием фибрина
 4. все перечисленное верно +
-

№44 Для флеботромбоза характерно:

1. отсутствие воспаления стенки сосуда
2. воспаление стенки сосуда
3. септическое воспаление стенки сосуда
4. связь со стенкой сосуда +

№45 Образное название печени при хроническом венозном полнокровии:

1. сальная
2. саговая
3. бурая
4. мускатная +
5. глазурная

№46 Артериальное полнокровие может быть:

1. коллатеральное +
2. нейрогуморальное
3. токсическое
4. все перечисленное верно

№48 Признаки хронической сердечно-сосудистой недостаточности:

1. распространенные отеки +
2. микседема
3. ишемические инфаркты почек
4. васкулиты

№49 Признаками шока могут являться:

1. образование микротромбов в паренхиматозных органах
2. запустевание крупных сосудов
3. полнокровие крупных сосудов
4. верно 1 и 2 +

№50 Понятию диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови равнозначны:

1. коагулопатия потребления;
2. тромбгеморрагический синдром;
3. гипер-гипокоагуляционный синдром;
4. все перечисленные; +

№51 Жировую эмболию можно диагностировать в основном:

1. макроскопически
2. микроскопически +
3. эндоскопически
4. визуально

№52 Неспаянные со стенкой легочного ствола плотные кровяные массы красного и серовато-красного цвета в виде тонких жгутов:

1. тромбы
2. тромбоэмболы +
3. свертки крови
4. метастазы

№54 Тромбы в зависимости от их состава подразделяют на:

1. красные +
2. синие
3. желтые
4. зеленые

№55 Исходы тромбов:

1. организация +
2. секвестрация
3. нагноение
4. метастазирование

№56 Белый тромб состоит из:

1. тромбоцитов
2. фибрина +
3. эритроцитов
4. макрофагов

№57 Синонимами ДВС-синдрома являются:

1. тромбогеморрагический синдром
2. тромбоцитопеническая пурпура+
3. коагулопатия потребления
4. синдром дефибринизации
5. гипер-гипокоагуляционный синдром

№58 Мукоидное набухание соединительной ткани является состоянием:

1. обратимым +
2. необратимым
3. транзиторным
4. все перечисленное верно

№59 Амилоидозом может осложняться:

1. гипертоническая болезнь
2. атеросклероз
3. цирроз печени
4. хронический абсцесс легких +

№60 При вторичном амилоидозе чаще поражаются:

1. селезенка, почки, печень +
2. головной мозг
3. надпочечники, вилочковая железа
4. сердце, легкие

№61 Жировую дистрофию миокарда характеризуют

1. ожирение стромы миокарда
2. ожирение субэпикардальной клетчатки
3. появление жира в цитоплазме кардиомиоцитов +

4. все перечисленное верно

№62 Характерный механизм жировой дистрофии гепатоцитов периферии долек:

1. инфильтрация +
2. декомпозиция
3. трансформация
4. извращенный синтез

№63 Жировая дистрофия миокарда чаще возникает при:

1. ревматизме
2. сифилисе
3. атеросклерозе
4. дифтерии +

№64 При микроскопическом исследовании створок митрального клапана, иссеченного при операции протезирования у больного ревматическим митральным пороком сердца, оказалось, что ткань обладает выраженной базофилией. При окраске толуидиновым синим она красится в сиренево-красный цвет. Этот процесс может быть охарактеризован как:

1. амилоидоз
2. гиалиноз
3. фибриноидное набухание
4. мукоидное набухание +

№65 Казеозный некроз встречается при:

1. дистрофии
2. газовой гангрене
3. инфарктах миокарда
4. туберкулезе +

№66 Наиболее частая причина смерти больных вторичным амилоидозом:

1. инсульт
2. уремия +
3. анемия
4. инфаркт

№67 Крупозное воспаление локализуется на:

1. слизистых оболочках, покрытых призматическим эпителием +
2. слизистых оболочках, покрытых многослойным плоским эпителием
3. роговой оболочке глаза
4. коже

№68 К продуктивному воспалению относят:

1. дифтеритическое
2. крупозное
3. грануломатозное +
4. катаральное

№69 Гранулема - это

1. скопление нейтрофильных лейкоцитов
2. наличие слизи в экссудате
3. ограниченная продуктивная воспалительная реакция +
4. наличие фибринозной пленки

№70 Гранулематозное воспаление может возникнуть при:

1. кори
2. брюшном тифе +
3. дизентерии
4. полиомиелите

№71 Туберкулезную гранулему характеризуют следующие признаки:

1. обилие сосудов
2. преобладание эритроцитов
3. наличие казеозного некроза +
4. наличие капсулы

№72 При микроскопическом исследовании препаратов сердца в строме миокарда обнаружены диффузные воспалительные клеточные инфильтраты, состоящие из лимфоидных клеток, гистиоцитов, фибробластов, плазматических клеток. Процесс в сердце называется:

1. экссудативным миокардитом
2. гранулематозным миокардитом
3. продуктивным межучточным миокардитом +
4. фибринозно-гнойным панкардитом

№73 Клеточный атипизм в опухолях характеризуется:

1. отличием клеток по форме и размеру
2. гиперхроматозом ядер
3. увеличением ядерно-цитоплазматического отношения
4. все перечисленное верно +

№74 Злокачественные опухоли характеризуются:

1. выраженной анаплазией клетки нарушением структуры тканей
2. инфильтрирующим ростом
3. наличием метастазов и рецидивов после удаления опухоли
4. все перечисленное верно +

№75 Гранулематозное воспаление наблюдается при:

1. лепре
2. туберкулезе
3. сифилисе
4. опухолях
5. скарлатине +

№76 Клетка, синтезирующая белок на "экспорт" содержит хорошо развитые:

1. гладкую эндоплазматическую сеть
2. свободные рибосомы
3. гранулярную эндоплазматическую сеть (комплекс Гольджи) +
5. лизосомы

№77 Эпителий, развивающийся из эктодермы:

1. многослойной плоской роговицы глаза +
2. почечных канальцев
3. цилиндрический мерцательный яйцевода
4. однослойный плоский (мезотелий)

№78 Общие черты эпителия кожи, роговицы глаза и ротовой полости:

1. развиваются из эктодермы
2. относятся к многослойным
3. занимают пограничное положение
4. все перечисленное +

№79 Тип секреции с полным разрушением железистых клеток

1. мерокриновый
2. апокриновый
3. голокриновый +
4. паракриновый

№80 В функцию комплекса Гольджи входят:

1. сортировка белков по транспортным пузырькам
2. гликолизирование белков
3. сепарация веществ
4. все перечисленное верно +

№81 На какой стадии митоза дочерние хромосомы расходятся к полюсам митотического веретена:

1. профазы
2. метафазы
3. анафазы +
4. телофазы

№82 Белки, предназначенные для выведения из клетки, синтезируют:

1. свободные рибосомы
2. митохондриальные рибосомы
3. гладкая эндоплазматическая сеть
4. полирибосомы гранулярной эндоплазматической сети +

№83 Нефротом (промежуточная мезодерма) формирует следующие органы:

1. яичко
2. Яичник
3. придаток яичка
4. все перечисленные органы +

№84 Укажите производные энтодермы:

1. эпителий слизистой оболочки желудка
2. эпителий слизистой оболочки кишки
3. эпителий поджелудочной железы
4. все перечисленное +

№85 Укажите производные мезодермы:

1. мышца сердца
2. серозные оболочки
3. кора надпочечников
4. все перечисленное +

№86 Из эктодермы формируется:

1. эпителий кожи
2. потовые железы

3. волосы
4. все перечисленное +

№87 Симпласты и синцитии возникают в результате:

1. митоза
2. амитоза +
3. мейоза
4. всего перечисленного

№88 При хроническом воспалительном процессе в цитограммах преобладающими являются следующие клеточные элементы:

1. нейтрофильные гранулоциты
2. эозинофильные гранулоциты
3. эритроциты
4. лимфоциты, гистиоциты, макрофаги +

№89 Какие из перечисленных воспалительных процессов являются специфическими:

1. туберкулез
2. сифилис
3. лепра
4. все перечисленные +

№90 Для туберкулезного воспалительного процесса характерно обнаружение:

1. эпителиоидных клеток
2. некротического детрита
3. клеток Лангханса
4. все перечисленное +

№91 Для аллергического типа воспалительного процесса характерно обнаружение:

1. нейтрофильных гранулоцитов
2. эозинофильных гранулоцитов +
3. макрофагов
4. лимфоцитов

№92 Для изучения клеточного состава воспалительного инфильтрата мазки лучше окрашивать:

1. гематоксилин-эозином
2. метиленовой синькой
3. по Папаниколау
4. всеми перечисленными +

№93 Гранулематозное воспаление является видом воспаления:

1. альтеративного
2. серозного
3. гнойного
4. продуктивного +

№94 Для злокачественных опухолей наиболее характерен:

1. экспансивный рост
2. медленный рост
3. инфильтративный рост +
4. ни один из перечисленных

№95 Для доброкачественных опухолей наиболее характерен:

1. медленный рост
2. экспансивный рост +
3. инфильтративный рост
4. медленный экспансивный рост

№96 При аденоме желудка наблюдаются:

1. увеличение объема ядер
2. гипертрофия нуклеол
3. отсутствие полиморфизма
4. все перечисленное +

№97 Характерными признаками клеток злокачественных опухолей являются:

1. полиморфизм клеток
2. полиморфизм ядер
3. несоответствие зрелости ядра и цитоплазмы
4. все перечисленное верно

№98 Из перечисленных признаков для опухолевых клеток наиболее характерны:

1. дистрофия
2. нарушение дифференцировки +
3. вакуолизация
4. зрелость клеток

№99 Комплексы раковых клеток отличают следующие признаки:

1. многослойность клеточных структур
2. ослабление межклеточных связей
3. беспорядочное нагромождение клеток
4. все перечисленные признаки +

№100 К полиморфизму клеток следует отнести следующие морфологические признаки:

1. многообразие клеточных форм
2. разнообразие размеров клеток
3. различие степени созревания отдельных клеток
4. все перечисленные признаки +

№101 При цитологическом исследовании бактериального вагиноза выявляются:

1. многоядерные клетки плоского эпителия
2. "ключевые клетки" +
3. клетки плоского эпителия с гиперхромными ядрами
4. клетки призматического эпителия

№102 Для выявления поражения папилломаобразующим вирусом характерно обнаружение:

1. многоядерных клеток
2. метаплазированного эпителия +
3. "ключевых клеток"
4. койлоцитов и дискератиноцитов

№103 Для поражения вирусом простого герпеса характерно наличие в мазках:

1. обилия нейтрофилов
2. метаплазированного эпителия
3. многоядерных эпителиальных клеток с изменением хроматина +

4. макрофагов

№104 Какая микрофлора обнаруживается в мазках при бактериальном вагинозе:

1. лактобациллы
2. кокки +
3. лептотрикс
4. все перечисленные

№105 Для поражения цитомегаловирусом характерно обнаружение:

1. койлоциты
2. "Ключевые клетки"
3. ладьевидные клетки
4. клетки типа "совиного глаза" +

№106 Для цитологической диагностики инвазивного поражения грибом рода *Candida* характерны:

1. нейтрофилы
2. лактобациллы
3. бластоспоры гриба
4. почкующиеся формы и псевдомицелий гриба +

№107 Какая из методик наиболее информативна для выявления хламидиоза:

1. цитологическое исследование с окраской гематоксилин-эозином
2. цитологическое исследование с окраской азур-эозином
3. использование моноклональных антител
4. окраска метиленовой синькой
5. все перечисленные

№108 С чем можно спутать трихомонады при вялотекущем трихомонадном кольпите:

1. с парабазальными клетками +
2. с макрофагами
3. с плазматическими клетками
4. с разрушенными нейтрофилами

№109 Для фолликулярного цервицита характерно:

1. обилие нейтрофилов
2. обилие макрофагов
3. лимфоидные клетки разной степени зрелости +
4. все перечисленное

№110 Воспалительные заболевания шейки матки для опухолевого процесса являются:

1. фоновым процессом +
2. предраком
3. факультативным предраком
4. все перечисленное

№111 Псевдоэрозию шейки матки характеризует:

1. свежие эритроциты
2. пласты призматического эпителия +
3. обилие клеток плоского эпителия
4. многослойность структур

112 Для лейкоплакии характерно присутствие в мазках:

1. большого числа клеток со светлой цитоплазмой
2. ороговевающих безъядерных клеток +
3. метаплазированных клеток
4. всех перечисленных

№113 При эндоцервикозе следует брать материал:

1. из влагалищной порции шейки матки
2. с границы между плоским и призматическим эпителием +
3. из цервикального канала
4. из всех перечисленных участков

№114 Для атрофичного типа мазка характерно присутствие клеток:

1. поверхностного слоя с пикнотическими ядрами
2. поверхностного слоя с крупным ядром
3. межучточного слоя
4. всех слоев одновременно +

№115 Синонимами термина "эндоцервикоз" являются:

1. истинная эрозия
2. железистая псевдоэрозия +
3. эритроплакия
4. лейкоплакия

№116 В цитологических препаратах для рака *in situ* шейки матки характерен фон:

1. воспалительный
2. слизистый
3. "грязный" (содержащий клеточный детрит)
4. "чистый" (отсутствие детрита) +

№117 Формы рака, встречающиеся в шейке матки

1. плоскоклеточный ороговевающий рак
2. плоскоклеточный неороговевающий рак
3. железистый рак
4. все указанные формы рака +

№118 Цитологический диагноз рак *in situ* шейки матки устанавливают по следующим признакам:

1. чистый фон мазка
2. расположение атипичных клеток в один слой
3. отсутствие уродливых клеток
4. сочетание указанных признаков +

№119 К предраковым заболеваниям эндометрия относят:

1. атипическую железистую гиперплазию +
2. эндометрит
4. железистую гиперплазию
5. воспалительный инфильтрат

№120 Признаки секреторной трансформации эндометриального эпителия:

1. увеличение объема клетки
2. вакуоли в цитоплазме
3. округлая форма ядер

4. все перечисленные признаки +

№121 Признаки эстрогенной стимуляции влагалищного эпителия:

1. преобладание клеток поверхностного слоя эпителия
2. раздельное расположение клеток
3. пикноз ядер
4. все указанные признаки +

№122 Признаки лютеиновой стимуляции:

1. скученное расположение клеток
2. закрученность краев клеток
3. темный фон мазка
5. все перечисленное +

№123 Для мазка андрогенного типа характерно:

1. преобладание клеток поверхностного слоя эпителия
2. высокий кариопикнотический индекс
3. клетки округлые со светлой "пустой" цитоплазмой, крупным центрально расположенным ядром
4. парабазальные клетки +

№124 Клинически - лейкоплакия. В мазках с поверхности шейки матки клетки плоского эпителия поверхностного и промежуточного слоев, встречаются единичные клетки с плотной блестящей цитоплазмой и пикнотическими ядрами. Цитологический диагноз:

1. эндометриоз
2. лейкоплакия
3. цитограмма без особенностей +
4. рак

№125 Женщина 37 лет. Жалобы на контактные кровомазанья. Предположительный клинический диагноз - рак шейки матки. В мазках с поверхности шейки матки содержатся лейкоциты, единичные клетки призматического и плоского эпителия. Цитологический диагноз:

1. цитограмма воспаления
2. неполноценный материал
3. цитограмма без особенностей
4. эрозия шейки матки +

№126 Женщина 45 лет. Кольпоскопически - эктопия. В мазках из канала и с поверхности шейки матки - клетки плоского эпителия поверхностного и промежуточного слоев. Цитологический диагноз:

1. цитограмма без особенностей +
2. цитограмма эктопии
3. лейкоплакия
4. неполноценный материал

№127 Слизистая оболочка трахеи и крупных бронхов в норме выстлана:

1. однорядным кубическим эпителием
2. многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием +
3. многослойным плоским эпителием
4. правильного ответа нет

№128 Слизистая оболочка мелких бронхов выстлана:

1. многослойным плоским эпителием
2. многорядным цилиндрическим эпителием +
3. однорядным кубическим эпителием
4. переходным эпителием

№129 Стандартный клеточный состав мокроты:

1. макрофаги
2. лейкоциты
3. многослойный плоский эпителий
5. все ответы правильные+

№130 В материале, полученном при бронхоскопии у здорового человека, присутствуют:

1. клетки цилиндрического эпителия
2. немногочисленные лейкоциты
3. макрофаги
4. все перечисленные клеточные элементы+

№131 В легких может встречаться:

1. плоскоклеточный рак
2. мелкоклеточный рак
3. карциноид
4. все перечисленные виды +

№132 Для цитогаммы плоскоклеточного рака характерны:

1. вытянутые клетки с выраженным полиморфизмом +
2. клетки с признаками ороговения
3. феномен "павлиньего глаза"
4. любой из перечисленных признаков

№134 Карциноид является разновидностью:

1. плоскоклеточного рака
2. железистого рака
3. опухолью АПУД-системы +
4. ни одной из перечисленной форм

№135 Для карциноида легких характерно:

1. монотонность клеточных форм
2. своеобразное глыбчатое расположение хроматина
3. расположение клеток "розетками"
4. все перечисленные признаки +

№136 Из неэпителиальных опухолей в легких могут встречаться:

1. гамартохондромы
2. злокачественные лимфомы
3. карциносаркомы
4. все перечисленные опухоли +

№137 Сходство с клетками опухоли имеют следующие элементы мокроты:

1. макрофаги
2. клетки метаплазированного эпителия +
3. растительные клетки
4. ни один из названных элементов

№138 Наиболее информативным материалом для установления диагноза при центральных раках легкого является:

1. мокрота
2. смыв из бронхов
3. соскоб щеточкой из бронхов
4. все перечисленные материалы +

№139 Наиболее информативным материалом для установления диагноза при периферических опухолях легкого является:

1. мокрота
2. бронхиолоальвеолярный лаваж
3. соскоб щеткой из бронха
4. трансторакальная пункция +

№140 Некротические массы в пунктате из легкого могут встречаться при:

1. раке
2. туберкулезе
3. аспергиллезе
4. при всех перечисленных заболеваниях +

№141 Установлению диагноза туберкулеза помогает окраска:

1. по Паппенгейму
2. Циль-Нильсену +
3. альвиановым синим
4. суданом черным

№142 Для цилиндromы бронха характерно:

1. наличие оксифильных масс
2. клетки цилиндрического эпителия с крупными ядрами +
3. овоидные тельца
4. все перечисленные признаки

№143 Клетки плоскоклеточного рака в мокроте чаще всего приходится дифференцировать:

1. с клетками плоскоклеточной метаплазии +
2. с гиперплазией бокаловидных клеток
3. с базальноклеточной гиперплазией
5. со всеми перечисленными клетками

№144 Клетки мелкоклеточного рака чаще всего приходится дифференцировать:

1. с клетками базальноклеточной гиперплазией +
2. плоскоклеточной метаплазией
3. бокаловидноклеточной гиперплазией
4. гистиоцитами

№145 Клетки железистого рака чаще всего приходится дифференцировать:

1. с клетками плоскоклеточной метаплазии
 2. базальноклеточной гиперплазией
 3. гистиоцитами
 4. бокаловидноклеточной гиперплазией +
-

№146 Слизистая оболочка пищевода в норме представлена:

1. многослойным плоским неороговевающим эпителием +
2. многорядным цилиндрическим эпителием
3. многослойным плоским ороговевающим эпителием
4. однорядным призматическим эпителием

№147 При опухолях пищевода наиболее информативным материалом является:

1. материал, полученный при эзофагоскопии +
2. промывные воды
3. пункции пищевода
4. мокрота

№148 В пищеводе из опухолей чаще встречаются:

1. железистый рак
2. плоскоклеточный рак +
3. переходноклеточный рак
4. недифференцированный рак

149 В пищеводе может развиваться:

1. плоскоклеточный рак
2. железистый рак
3. меланома
4. все перечисленные опухоли +

№150 При опухолях желудка наиболее рациональным способом получения материала является:

1. материал, полученный при гастроскопии
2. желудочный сок
3. промывные воды
4. мокрота
5. пункция желудка

№151 В цитологических препаратах, полученных при гастроскопии в норме встречаются:

1. клетки покровно-ямочного эпителия
2. главные клетки
3. обкладочные клетки
5. все перечисленные клетки +

№152 Для главных клеток желез желудка характерны:

1. светлая оксифильная цитоплазма
 2. кружевная цитоплазма
 3. темные базофильные гранулы в цитоплазме +
 4. все перечисленные признаки
-

№153 Для кишечной метаплазии эпителия желудка характерно:

1. пролиферация покровно-ямочного эпителия
2. атипия клеток
3. наличие клеток с обильной цитоплазмой у апикального края
4. ни один из перечисленных признаков +

№154 В желудке наиболее часто встречаются:

1. железистый рак +
2. плоскоклеточный рак
3. железисто-плоскоклеточный рак
4. все перечисленное одинаково часто

№155 В желудке могут развиваться:

1. карцинома
2. меланома
3. недифференцированный рак
4. все перечисленные опухоли +

№156 Для цитогаммы аденокарциномы характерно:

1. железистые комплексы из опухолевых клеток
2. "луковицы"
3. феномен "павлиньего глаза"
4. тяжи клеток
5. все перечисленное

№157 Для цитогаммы слизистого рака наиболее характерно:

1. железистые клетки
2. "луковицы"
3. пласты клеток
4. полиморфные перстневидные клетки +

№158 К предраковым заболеваниям желудка относится:

1. атрофический гастрит
2. хроническая язва
3. аденома желудка
4. все перечисленные заболевания +

№159 В прямой кишке могут развиваться:

1. железистый рак
2. плоскоклеточный рак
3. недифференцированный рак
4. все перечисленные опухоли +

№160 Наличие неизмененных гепатоцитов в пунктате из печени может наблюдаться при:

1. циррозе печени
2. гепатите
3. неправильно выполненной пункции +
4. все перечисленное верно

№161 Для гепатоцеллюлярного рака характерны:

1. комплексы крупных полигональных клеток
2. двоядерные и многоядерные клетки
3. включение в цитоплазме темных гранул
4. все перечисленные признаки +

№162 Для гипернефроидного рака характерны:

1. скопления клеток вокруг капилляров
2. обильная вакуолизированная цитоплазма +
3. наличие разрушенных клеток
4. гиперхромия ядер

№163 Для установления диагноза рака мочевого пузыря наиболее информативным является исследование:

1. мочи
2. спиртовых смывов
3. материала, полученного при цистоскопии +
4. пункции

№164 Слизистая мочевого пузыря имеет эпителий:

1. переходного типа +
2. плоский неороговевающий
3. цилиндрический
4. плоский ороговевающий

№165 В мочевом пузыре наиболее часто встречаются:

1. переходноклеточные опухоли +
2. соединительнотканые опухоли
3. плоскоклеточные опухоли
4. сосудистые опухоли

№166 Макроскопически фиброматоз характеризуется:

1. узловыми и диффузными разрастаниями по ходу предшествующих соединительнотканых образований +
2. четкими границами
3. наличием капсулы
4. наличие атипичных митозов

№167 Гемангиома грануляционнотканного типа (пиогенная гранулема) характеризуется перечисленными признаками:

1. анастомозирующих сосудов капиллярного типа с воспалительными инфильтратами между ними +
3. наличие атипичных митозов
4. изъязвления в поверхностных отделах опухоли
5. все перечисленное верно

№168 У больного некротический гингивит и тонзиллит. На коже множественные кровоизлияния. В периферической крови 100000 лейкоцитов в 1 мкл, среди которых 90% составляют незрелые клетки, не поддающиеся цитохимической идентификации.

Наиболее вероятный диагноз:

1. лимфобластный лейкоз
2. миелобластный лейкоз
3. недифференцированный лейкоз +
4. миеломная болезнь

№169 Гистологический вариант карциноида легких:

1. ворсинчатый
2. фолликулярный

3. трабекулярный +
4. солидный

№170 Гистологическая реакция, уточняющая гистологический диагноз "карциноид легкого":

1. окраска по Ван-Гизону
2. окраска по Перлсу
3. окраска по Вейгерту
4. реакция Grimelius +

№171 Самая частая первичная злокачественная опухоль пищевода:

1. аденокарцинома
2. плоскоклеточный рак +
3. недифференцированный рак
4. лейомиосаркома

№172 Для уточнения диагноза "перстневидно-клеточный рак" желудка следует провести окраску срезов:

1. на жир
2. на железо
3. на амилоид
4. на слизь +

№173 Заболевания желудка которые не относят к предраку:

1. острый гастрит +
2. хронический гастрит
3. хроническая язва
4. аденоматозный полип желудка

№174 Наиболее частая локализация рака толстой кишки

1. слепая кишка
2. восходящий отдел
3. селезеночный угол
4. ректосигмоидальный отдел +

№176 Органоспецифическая опухоль яичка:

1. гонадобластома
2. сперматогониома (семинома)
3. сперматоцитная семинома +
4. листовидная опухоль

№177 Биохимический маркер хорионэпителиомы яичка:

1. альфафетопротеин
2. тиреотропин
3. соматомаммотропин
4. хорионический гонадотропин +

№178 Опухоль Крукенберга - это:

1. тератобластома почки
2. рак молочной железы
3. метастаз рака желудка в яичник +
4. саркома кости

№179 Косвенный признак гормональной активности опухоли яичников:

1. аденомиоз матки

2. эндоцервикоз шейки матки
3. железистая гиперплазия эндометрия +
4. все перечисленное верно

№180 Основной внешний признак малигнизации серозной цистаденомы яичника:

1. гигантские размеры опухоли с наличием мелких дочерних камер
2. кровянистое содержание в просвете
3. множественные плотные сосочки на внутренней поверхности
4. множественные мягкие сосочки с формированием грибовидного узла +

№181 Строение, сходное с семиномой яичка, имеет опухоль яичника:

1. эмбриональная карцинома
2. лейдигома
3. дисгерминома +
4. гонадобластома

№182 Для микрокарциномы шейки матки характерно:

1. наличие атипичных клеток в области нижней трети эпителиального пласта
2. наличие одиночных комплексов рака с признаками стратификации в строме шейки матки
3. рост опухолевой ткани на глубину более 3 мм
4. рост опухолевой ткани на глубину менее 3 мм +

№183 Органосохраняющая операция (конусовидная эксцизия) допустима при глубине инвазии рака шейки матки:

1. менее 3 мм
2. от 3 до 5 мм +
3. более 5 мм
4. до серозного покрова
5. без оперативного вмешательства

№184 Первые метастазы при раке молочной железы, \следует искать в лимфоузлах:

1. подмышечных +
2. надключичных
3. подключичных
4. все перечисленное верно

№185 Среди раков молочной железы более благоприятным клиническим прогнозом отличается рак:

1. неинфильтративный протоковый +
2. медуллярный
3. слизистый
4. все перечисленное верно

№186 Из злокачественных эпителиальных опухолей в щитовидной железе чаще обнаруживают карциному:

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

№187 Различают аденомы щитовидной железы:

1. фолликулярную +
 2. папиллярную
 3. трабекулярную
 4. все перечисленное верно
-

№188 Аденоматозный зоб отличается от аденомы:

1. наличием четкой капсулы
2. отсутствием четкой капсулы +
3. клеточным полиморфизмом
4. частые фигуры миоза

№189 Признаки базедовификации зоба:

1. гиперплазия А-клеток
 2. гиперплазия Б-клеток
 3. полиморфизм фолликулов
 4. преобладание цилиндрического эпителия в фолликулах +
-

№190 Гистологические признаки малигнизации аденом щитовидной железы:

1. гиперхроматоз ядер
 2. клеточный полиморфизм
 3. инфильтрирующий рост в капсулу и стенки сосудов
 4. все перечисленное верно +
-

№191 Сосочковые структуры с выраженной стромой и сосудами являются признаками малигнизации:

1. базедова зоба
2. аденомы +
3. гиперпластического зоба
4. папилломы

№192 Цвет невуса обусловлен пигментом:

1. гемосидерином
2. ферритином
3. меланином +
4. билирубином

№193 Гистологически невус может быть:

1. внутриэпителиальным
 2. смешанным
 3. внутридермальным
 4. все перечисленное верно +
-

№194 Злокачественными вариантами пигментобразующих опухолей являются все перечисленное, кроме:

1. поверхностно распространяющейся меланомы
2. лентиго-меланомы
3. меланоза Дюбрейля +

4. акральной меланомы

№195 Четвертым уровнем инвазии (по Кларку) считается прорастание меланомы:

1. внутриэпидермально
2. до уровня потовых желез +
3. в сосочковый слой дермы
4. в верхнюю половину ретикулярного слоя дермы

№196 Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментных пятен являются все перечисленные признаки:

1. появления бляшковидного утолщения на фоне пятна
2. потери "кожного рисунка" в области бляшки
3. изменения окраски в области бляшки
5. все перечисленное верно +

№197 Признаками себорейного кератоза (старческой бородавки) являются:

1. акантотических разрастаний эпителиальных клеток типа "базалоидных"
2. внутриэпителиальных роговых кист
3. наличия в эпителиальных клетках меланина
4. все перечисленное верно +

№198 Для эккринной спираденомы характерно:

1. наличие клеток двух видов (мелких со светлыми ядрами и мелких лимфоцитоподобных)
2. наличие мелких узелков с четкими границами в дерме
3. кистозное строение
4. все перечисленное верно +

№199 Характерный признак брюшного тифа

1. фибринозный колит
2. дифтерическое воспаление тонкой кишки
3. язвенный колит
4. мозговидное набухание пейеровых бляшек с образованием язв в тонкой кишке +

№200 При брюшном тифе чаще поражается кишка:

1. сигмовидная
2. двенадцатиперстная
3. слепая
4. подвздошная +

№201 Изъязвления при брюшном тифе обычно локализуются в:

1. регионарных лимфоидных фолликулах
2. толстой кишке
3. илеоцекальной зоне +
4. малом сальнике

№202 Основные морфологические изменения при сальмонеллезе развиваются в:

1. тонкой кишке +
2. пищеводе
3. толстой кишке
4. желудке

№203 При острой дизентерии (шигеллезе) одним из осложнений может быть:

1. флегмона стенки кишки +
2. гранулематозный миокардит
3. стриктура просвета кишки
4. амилоидоз

№204 Характерный морфологический признак холеры:

1. острый гастрит
2. мозговидное набухание групповых фолликулов подвздошной кишки
3. серозный гастроэнтерит +
4. фибринозный колит

№205 На вскрытии выявлена картина перитонита. В подвздошной кишке, в центре некротизированных пейеровых бляшек, обнаружены язвы с неровными краями. В дне одной из них - сквозное отверстие. Микроскопически в краях не полностью некротизированных бляшек обнаружена пролиферация ретикулярных клеток. Наиболее вероятный диагноз:

1. неспецифический язвенный колит
2. туберкулез кишки
3. брюшной тиф +
4. дизентерий (шигеллез)

№206 На вскрытии выявлена картина общего амилоидоза. Кроме того, в слизистой оболочке прямой и сигмовидной кишок обнаружены гноящиеся язвы, рубцовые изменения, полипозные разрастания, поля пигментации слизистой оболочки. Согласно анамнестическим данным ранее высевалась бактерия Зонне. Развитие амилоидоза может быть связана в основном с:

1. нарушением белкового обмена +
2. потерей жидкости
3. изъязвлением
4. хроническим воспалительным процессом

№207 Для холерного тифоида характерно:

1. понижение температуры тела
2. гастроэнтерит
3. дифтеритически-язвенный колит +
4. эритроцитоз

№208 При иерсиниозе воспалительные изменения в лимфатических узлах носят характер:

1. некротический
2. абсцедирующий гранулематозный +
3. гранулематозный
4. экссудативный

№209 По отношению к карантинным инфекциям действуют следующие правила:

1. приказы
2. международный карантин +
3. инструкции
4. специальных правил нет

№210 Осложнения, наиболее характерные для амебиаза:

1. прободение язв
2. перитонит
3. стенозирующие рубцы после заживления язв
4. все перечисленное верно +

№212 К признакам первичного туберкулеза можно отнести:

1. субплевральную локализацию очага в нижней доле
2. казеозный лимфаденит
3. лимфогенную генерализацию
4. все перечисленное верно +

№213 Формы вторичного туберкулеза:

1. инфильтративный
2. цирротический
3. кавернозный
4. все перечисленное верно +

№214 Разновидности гематогенного туберкулеза:

1. казеозная пневмония
2. острый кавернозный
3. цирротический
4. милиарный +

№215 Первичный туберкулезный комплекс включает в себя:

1. первичный аффект и лимфангит
2. лимфангит и лимфаденит
3. лимфаденит, лимфангит и первичный аффект +
4. туберкулему

№216 Для инфильтративного туберкулеза легких характерно:

1. выраженное перифокальное воспаление +
2. выраженный фиброз
3. мелкие очаги с фиброзом
4. все перечисленное верно

№217 Туберкулома легких характеризуется:

1. множественными мелкими очагами некроза со специфическими грануляциями в капсулах
2. одиночным крупным очагом казеозного некроза +
3. полостью с фиброзной стенкой
4. очагом Гона

№218 Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется полостью:

1. содержащей гнойно-некротические массы, специфические грануляции и фиброзную ткань +
2. содержащей гнойно-некротические массы
3. выстланной многослойным плоским и цилиндрическим эпителием
4. серозную жидкость

№219 Выражением обострения туберкулезного процесса является воспалительно-тканевая реакция:

1. продуктивная
2. экссудативная +
3. продуктивно-инфильтративная
4. продуктивно-некротическая

№220 Наиболее частая форма сибирской язвы:

1. кожная +
2. легочная
3. кишечная
4. висцеральная

№221 Для сибирской язвы характерно воспаление:

1. гнилостное
2. гнойное
3. гранулематозное
4. серозно-геморрагическое +

№222 Во входных воротах при дифтерии воспаление имеет характер:

1. продуктивного
2. фибринозного +
3. гнойного
4. геморрагического

№223 Типичная локализация местных изменений при скарлатине:

1. слизистая оболочка полости рта
2. зев +
3. перианальная область
4. слизистая толстой кишки

№224 В регионарных лимфоузлах при скарлатине возникает:

1. некроз +
2. гнойный лимфаденит
3. гипоплазия
4. склероз

№225 Сепсис от других инфекционных болезней отличает:

1. стойкий иммунитет
2. контагиозность
3. специфичность возбудителя
4. полиэтиологичность +

№226 Наиболее тяжелая клинико-морфологическая форма оспы:

1. вариолоид
2. папулопустулезная
3. геморрагическая +
4. все указанное не верно

№227 Тельца Бабеша-Негри обнаруживаются у больных:

1. корью
2. желтой лихорадкой
3. токсоплазмозом
4. бешенством +

№228 Возбудитель малярии обнаруживается в:

1. эндотелии
2. лимфоцитах
3. эритроцитах +
4. гепатоцитах

№230 Почечная форма гипертонической болезни характеризуется:

1. гидронефрозом
2. амилоидозом
3. пиелонефритом
4. артериолосклеротическим нефросклерозом +

№231 При злокачественном течении гипертонической болезни в почках развивается:

1. первичное сморщивание
2. вторичное сморщивание
3. нефросклероз Фара +
4. гидронефроз

№232 При гипертонической болезни наиболее выражены изменения:

1. артерий эластического типа
2. венул
3. артериол +
4. капилляров

№233 Относительно благоприятный исход инфаркта миокарда:

1. рецидив некроза
2. кардиосклероз +
3. перикардит
4. острая аневризма сердца

№234 Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует, прежде всего:

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

№236 Нозологические единицы, входящие в родовое понятие "ишемическая болезнь сердца":

1. острый инфаркт миокарда
2. повторный инфаркт миокарда
3. постинфарктный кардиосклероз
4. все указанное верно +

№238 При стенозе отверстия аортального клапана сердца развивается:

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

№239 Бактериальный эндокардит является формой:

1. ревматизма
2. сепсиса +
3. красной волчанки

4. порока сердца

№240 Морфологическим проявлением септического эндокардита является эндокардит:

1. диффузный
2. острый бородавчатый
3. полипозно-язвенный +
4. фибропластический

№243 Атеросклероз макроскопически проявляется развитием:

1. жировых пятен и полосок
2. фиброзных бляшек
3. осложненных поражений (изъязвления, тромбоза, кровоизлияний)
4. все перечисленное верно. +

№244 Типы морфогенеза атеросклероза:

1. сорбционный
2. фибропластический
3. деструктивный
4. все перечисленное верно +

№245 При гипертонической болезни в артериолах и мелких артериях обнаруживают:

1. гиалиноз
2. артериосклероз
3. фибриноидный некроз
4. все перечисленное верно +

№248 Возможные исходы инфаркта головного мозга:

1. киста +
2. обызвествление
3. петрификация
4. дилатация

№249 Развитию геморрагического инфаркта головного мозга способствует:

1. венозный застой +
2. двойное кровоснабжение
3. тромбоз сосудов виллизиева круга
4. атеросклероз аорты

№250 Вокруг геморрагического инфаркта головного мозга выявляется большое количество:

1. зернистых шаров
2. лейкоцитов
3. глыбок гемосидерина и сидерофагов +
4. сосудов

№251 В качестве основного заболевания в диагнозе у взрослого больного может фигурировать пневмония:

1. очаговая
2. крупозная +
3. интерстициальная
4. застойная

№252 К ателектазу легких приводит:

1. пневмония
2. сдавление легкого извне

3. обтурация бронхов +

4. расширение альвеол

№254 Пневмонию Фридендера вызывают:

1. нейссерии

2. клебсиеллы +

3. пневмококки

4. золотистый стафилококк

№256 Экссудат при крупозной пневмонии носит характер:

1. серозный

2. фибринозно-геморрагический +

3. геморрагический

4. хиллезный

№257 Экссудат при стафилококковой пневмонии носит характер:

1. геморрагический

2. гнойный

3. некротический

4. все перечисленное верно +

№258 Карнификация легкого для крупозной пневмонии является:

1. исходом

2. осложнением +

3. проявлением

4. синонимом

№259 Очаговым пневмониям может предшествовать:

1. эмфизема

2. карнификация

3. острый бронхит +

4. пневмосклероз

№260 Наиболее характерная локализация изменений при аспирационной пневмонии:

1. верхние доли обоих легких

2. нижняя доля правого легкого +

3. нижняя доля левого легкого

4. средняя доля правого легкого

№261 Преобладающие возбудители острых пневмоний в современных условиях:

1. вирусы

2. грибы

3. условно-патогенная флора

4. все перечисленное верно +

№263 При хронической пневмонии и эмфиземе легких в сердце развивается:

1. атрофия миокарда

2. ожирение

3. гипертрофия левого желудочка

4. гипертрофия правого желудочка +

№265 При бронхоэктатической болезни эпителий бронхов подвергается:

1. атрофии +

2. гиперплазии

3. днесквамации

4. регенерации

№267 Обнаружение в мокроте большого кристаллов Шарко-Лейдена указывает скорее всего на наличие:

1. бронхиальной астмы +
2. карциномы легкого
3. абсцесса легкого
4. силикоза

№268 Клинико-морфологическими формами силикоза являются все перечисленные, кроме:

1. очагового +
2. узелкового
3. диффузно-склеротического
4. опухолевидного

№269 Силикотический узелок - это:

1. эпителиоидноклеточная гранулема
2. зрелая макрофагальная гранулема
3. фрагмент перивенулярного кониетического лимфангита
4. постпневматический пневмосклероз +

№270 Образование силикотических узелков в легких вызывает:

1. асбест
2. тальк
3. окись бериллия
4. двуокись кремния +

№272 Форма острого гастрита:

1. атрофический
2. гипертрофический
3. гнойный +
4. поверхностный

№273 Характерные гистологические признаки хронического атрофического гастрита:

1. неравномерное истончение слизистой оболочки желудка
2. кишечная метаплазия эпителия
3. лимфо-плазмочитарный инфильтрат слизистой оболочки
4. все перечисленное верно +

№274 Для обострения язвы желудка характерным является:

1. гиалиноз
2. энтеролизация
3. регенерация
4. фибриноидный некроз +

№275 Опухолевые поражения желудка:

1. тубулярная аденома +
2. кишечная метаплазия
3. полип Пейтца-Еггерса
4. гиперпластический полип

№276 Предраковое состояние в желудке:

1. хронический атрофический гастрит с дисплазией +
2. фибринозный гастрит
3. плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия
4. хронический гастрите повышенной кислотностью

№278 Морфологическими формами аппендицита являются все перечисленные, кроме:

1. острого гнойного
2. острого поверхностного
3. острого деструктивного
4. крупозного +

№279 Осложнения аппендицита:

1. перфорация
2. перитонит
3. абсцессы печени
4. все перечисленное верно +

№280 Наиболее характерный гистологический признак болезни Уиппла:

1. кровоизлияние
2. некроз
3. макрофагальный инфильтрат +
4. лейкоцитоз

№281 При неспецифическом язвенном колите в гистологических препаратах обнаруживается:

1. диффузный полосовидный воспалительный инфильтрат в слизистой оболочке кишки +
2. очаговый интрамуральный воспалительный инфильтрат, содержащий многоядерные гигантские клетки
3. фибриноидный некроз
4. глубокие щелевидные изъязвления слизистой оболочки

№282 Морфологическая форма хронического гепатита является:

1. флегмонозный
2. некротический
3. фибринозный
4. ничего из перечисленного +

№283 Наиболее адекватный вид биопсии при диффузном поражении печени:

1. пункционная +
2. чрезвенозная
3. краевая резекция печени
4. щипковая при лапароскопии

№284 Основной гистологический признак хронического гепатита:

1. четкая граница пограничной пластинки +
2. склероз портальных и перипортальных трактов
3. гранулематозное воспаление в центрилобулярных зонах
4. жировая дистрофия гепатоцитов

№285 Стадия токсической дистрофии печени:

1. активная

2. красной дистрофии +
3. средней тяжести
4. персистирующая

№286 Возможная непосредственная причина смерти при вирусном циррозе печени:

1. сепсис
2. перитонит
3. печеночная недостаточность +
4. профузное кишечное кровотечение

№287 Наиболее характерный морфологический признак острого гломерулонефрита:

1. пролиферация клеток клубочка +
2. фибриноидный некроз гломерулярных капилляров
3. фокальный склероз сосудистого полюса клубочка
4. выраженное утолщение базальных мембран капилляров

№288 Наиболее характерный морфологический признак подострого (быстро прогрессирующего) гломерулонефрита:

1. гиалиновые узелки на периферии клубочковых капилляров
2. утолщение базальной мембраны клубочковых капилляров
3. образование "полулуний" +
4. фибриноидный некроз артериол клубочка

№289 Для поражения почек при сахарном диабете характерны:

1. гиалиновые капли на периферии капиллярных петель +
2. гиалиновое утолщение базальной мембраны капилляров
3. ишемический коллапс клубочков
4. капиллярные некрозы

№290 Заболеванием, часто осложняющимся амилоидозом почек, является:

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

№291 При гипертонической болезни характерны почки:

1. большие сальные
2. первично сморщенные +
3. вторично сморщенные
4. неравномерно рубцовые сморщенные

№293 Микроскопический признак, отличающий хронический пиелонефрит вне обострения от интерстициального нефрита:

1. Большая примесь макрофагов в инфильтрате
2. линейные радиальные рубцы
3. "тиреоидизация" почки
4. склероз и моноклеарная инфильтрация чашечек и лоханки +

№294 Наиболее выраженные изменения при мембранозном гломерулонефрите локализуются:

1. проксимальных отделах собирательных канальцев
2. дистальных отделах собирательных канальцев
3. базальной мембране канальцев
4. базальной мембране капилляров клубочков +

№295 К аутоиммунным относят тиреоидит:

1. Хашимото +
2. Риделя
3. де Кервена
4. все перечисленное верно
5. верно 1 и 2

№296 Причина развития эндемического зоба:

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

№299 Морфологическое проявление диабетической макроангиопатии:

1. плазморрагия
2. атеросклероз +
3. васкулит
4. кальциноз

№300 Морфологическое проявление диабетической микроангиопатии:

1. атеросклероз
2. плазматическое пропитывание +
3. метаплазия
4. распад

№301 Изменения клубочков почек при сахарном диабете характеризуются:

1. склерозом и гиалинозом +
2. дистрофией
3. атрофией
4. гипертрофией

№302 Сахарный диабет рассматривается как основное заболевания при наличии:

1. диабетической комы +
2. синдрома Киммельстила-Уилсона
3. опухолевого процесса
4. показателей сывороточной глюкозы >10 ммоль/л

№303 При аденоме из эозинофильных клеток передней доли гипофиза в детском возрасте возникает:

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

№304 При аденоме из эозинофильных клеток передней доли гипофиза у взрослых возникает:

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

№306 Основным микроскопическим признаком при гиперпаратиреозе является:

1. наличие множественных известковых метастазов

2. обнаружение светлоклеточной (темноклеточной) аденомы околощитовидной железы +

3. наличие гигантоклеточной опухоли ("остеокластомы") в костях

4. все перечисленное верно

№307 Наилучшим индикатором для оценки состояния нейрона является:

1. липофусцин

2. меланин

3. нислевское вещество +

4. все перечисленное верно

№308 Импульсы от тела нейрона передаются по:

1. дендритам

2. аксонам +

3. астроцитам

4. олигодендроцитам

№309 Импульсы к телу нейрона передаются по:

1. дендритам +

2. аксонам

3. астроцитам

4. олигодендроцитам

№310 Нейроэктодермальное происхождение имеют все перечисленные клетки, кроме:

1. нейронов

2. олигодендроцитов

3. астроцитов

4. микроглиальных +

№311 Моноцитарное происхождение имеют клетки центральной нервной системы:

1. нейроны

2. микроглиальные +

3. астроциты

4. олигодендроциты

№313 Астроциты специфически окрашиваются:

1. серебрением по Футу

2. хлоридом золота по Рамон-Кахалу +

3. пикрофуксином по ван Гизону

4. азаном по Гейденгайну

№314 Цереброспинальная жидкость (ликвор) образуется:

1. твердой мозговой оболочкой

2. микроглией

3. сосудистыми сплетениями +

4. нейронами

№315 Гематоэнцефалический барьер образуют:

1. астроциты

2. эндотелий капилляров с плотными контактами +

3. олигодендроциты

4. макрофаги

№316 Вирусы вызывают менингит преимущественно:

1. гнойный
2. геморрагический
3. серозный +
4. ихорозный

№317 Гнойный энцефалит чаще локализуется в:

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

№318 По происхождению абсцессы мозга делят на:

1. метастатические гематогенные
2. из близлежащих гнойных очагов ("очагов по соседству")
3. посттравматические
4. все перечисленное верно +

№320 "Зернистые шары" образуются из клеток:

1. нейронов
2. астроглии
3. микроглии +
4. эпендимы

№321 В наружной (энцефалитической) зоне хронического абсцесса мозга обычно отсутствуют:

1. лимфоциты
2. плазматические клетки
3. лейкоциты +
4. "зернистые шары"

№324 В зависимости от характера течения анемии делятся на:

1. острые +
2. молниеносные
3. рецидивирующие
4. повторные

№327 Механизм извращенного кроветворения при пернициозной анемии:

1. повышенное кроверазрушение
2. кровопотеря
3. невозможность витамина В12 всасываться в результате недостаточности продукции гастромукопротеина +
4. пониженное кроверазрушение

№328 В клетках и ткани костного мозга при пернициозной анемии наблюдаются:

1. появление мегалобластов +
2. гемосидероз
3. фиброз
4. большое количество лимфоидных элементов

№329 Пернициозная анемия в слизистой оболочке желудка проявляется:

1. гиперплазией
2. атрофией +
3. язвами

4. метаплазией

№331 Для пернициозной анемии характерно развитие:

1. атрофического гастрита
2. гунтеровского глоссита
3. фуникулярного миелоза
4. все указанное выше верно +

№333 Причинами гемолитических анемий с преимущественно внутрисосудистым гемолизом являются:

1. инфекций
2. гемолитических ядов
3. гемотрансфузий
4. все перечисленное верно +

№336 Лакунарные клетки характерны для:

1. болезни Ходжкина с лимфоцитарным преобладанием
2. фолликулярной неходжкинской злокачественной лимфомы
3. болезни Ходжкина с нодулярным склерозом +
4. болезни Ходжкина смешанно-клеточного типа

№337 Ангиофолликулярная гиперплазия типична в лимфатических узлах:

1. подчелюстной области
2. средостения +
3. брюшинного пространства
4. шейных

№338 У больного 40 лет обнаружен конгломерат лимфатических узлов в подмышечных, надключичных и правой паховой областях. Температура тела 38°C в течение нескольких недель, потеря массы тела более чем на 10%. При микроскопическом исследовании в лимфоузле - замещение волокнистой фиброзной тканью и отложение аморфного эозинофильного вещества. Клеточных элементов мало. Среди них крупные одноядерные, двуядерные (с симметрично расположенными ядрами) и многоядерные клетки с выраженным ядрышком, а также лимфоциты, плазмциты, эозинофилы. Наиболее вероятна:

1. болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип
2. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное истощение +
3. неходжкинская злокачественная лимфома
4. болезнь Ходжкина, нодулярный склероз

№340 У больного 36 лет отмечается шейная лимфаденопатия. Рисунок лимфатического узла стерт, ткань его представлена относительно мономорфными крупными и средней величины клетками с эксцентрично расположенным ядром и выраженной базофильной цитоплазмой. Встречаются двуядерные клетки. Это может быть:

1. хронический лимфаденит
2. экстрамедулярная плазмцитомы +
3. миеломная болезнь
4. болезнь Ходжкина

№341 У больного 38 лет одиночный лимфоузел в подключичной области. Симптомов интоксикации нет. Рисунок лимфатического узла на большом протяжении стерт, ткань его представлена малыми лимфоцитами, единичными плазмцитомы и эозинофилами. В

небольшом количестве обнаруживаются крупные одно-, двух- и многоядерные клетки с крупным ядрышком. Ваш диагноз:

1. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание
2. диффузная гиперплазия ткани лимфатического узла
3. болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип +
4. хронический лимфаденит

№342 Лимфатический узел характеризуется наличием фиброза, располагающегося пальцевидно вокруг узелков гранулематозной ткани. В узелках - различное количество лимфоцитов, плазмочитов, нейтрофилов; имеются диагностические и лакунарные клетки Березовского-Штернберга. Вероятнее всего это:

1. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное истощение
2. болезнь Ходжкина, нодулярный склероз +
3. болезнь Ходжкина, смешанный тип
4. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание

№343 Многоядерные клетки Березовского-Штернберга бывают типичны для:

1. болезни Ходжкина +
2. туберкулезного лимфаденита
3. неходжкинской злокачественной лимфомы
4. болезни кошачьей царапины

№344 В лимфатическом узле крупные неправильной формы фолликулы с плеоморфными светлыми клетками, среди которых имеются макрофаги, Большое количество фигур митоза. Хорошо выражена мантийная зона. Такая микроскопическая картина характерна для:

1. реактивной фолликулярной гиперплазии
2. фолликулярной неходжкинской злокачественной лимфомы
3. гранулематозного лимфаденита
4. туберкулезного лимфаденита +

№346 К костеобразующему элементу костной ткани относят:

1. остеобласт +
2. фибробласт
3. эндотелиальную клетку
4. макрофаг

№347 Гистологическая структурная единица костной ткани:

1. гексогональная долька
2. остеон +
3. нефрон
4. все указанное верно
5. все указанное не верно

№348 Компонент остеона:

1. гаверсов канал +
2. фибробласт
3. остеокласт
4. все перечисленное верно

№349 Вид самопроизвольной резорбции костной ткани:

1. некротическая

2. воспалительная
3. пазушная +
4. все указанное верно

№350 Морфологическое проявление пазушного рассасывания костной ткани:

1. появление вокруг костной балки "жидкой" кости +
2. образование Гаушиповой лакуны
3. диффузное снижение плотности костной ткани
4. все перечисленное верно

№352 Гистогенетические источники развития костной ткани:

1. мезенхима +
2. эндотелиальная клетка
3. моноцит
4. макрофаг

№353 Дистрофическое заболевание костной ткани:

1. рахит +
2. остеомиелит
3. остеома
4. фиброзная остеодисплазия

№354 Диспластическое заболевание костной ткани:

1. остеомиелит
2. болезнь Педжета +
3. рахит
4. остеоид-остеома

№355 Восстановление костной ткани при первичных переломах плоских костей мозгового отдела черепа бывает по типу:

1. аппозиционного роста +
2. замещающего роста
3. энхондрального окостенения
4. все перечисленное верно

№356 Гистологические признаки секвестра:

1. некроз остеоцитов
2. зазубренность краев секвестра
3. Воспалительный инфильтрат в расширенных гаверсовых каналах
4. все перечисленное верно +
5. все указанное не верно

№357 Остеолитический очаг при третичном сифилисе характеризуется:

1. мощной зоной остеосклероза вокруг
2. отсутствием секвестров или наличием своеобразных "полулунных" секвестров
3. гиперостозом
4. все перечисленное верно +

№358 Крошащиеся "мелоподобные" массы в остеолитическом очаге с мощной зоной перифокального склероза выявляются при:

1. остеоид-остеома +
2. паратиреоидной остеодистрофии
3. болезни Педжета
4. рахите

№359 Паратиреоидная остеодистрофия бывает при:

1. хронической почечной недостаточности
2. аденоме околощитовидных желез +
3. раке щитовидной железы
4. карциноиде желудка

№360 При рахите наибольшие изменения в трубчатых костях локализуются в зоне:

1. диафиза
2. эпифиза
3. метафиза +
4. все указанное верно

№361 Остеомаляция развивается при:

1. туберкулезном спондилите
2. метастазах рака желчного пузыря в кости
3. карциноиде легких
4. рахите +

№362 Характерный гистологический признак фиброзной остеодисплазии:

1. незрелые реактивные, длительно несозревающие костные балки, лишенные ОБ +
2. наличие "спикул"
3. треугольник Кодмена
4. гигантские остеокласты с нечеткими границами

№363 Основным гистологическим признаком болезни Педжета:

1. тканевой тип кровотока
2. макрофагальные гранулемы +
3. мозаичная структура Шморля
4. тельца Каунсильмена

№364 Болезнь Педжета выявляется в возрасте:

1. старческом +
2. младенческом
3. до 20 лет
4. любом

№366 Ревматической болезнью является:

1. туберкулез
2. склеродермия +
3. атеросклероз
4. амилоидоз

№367 Характерное изменение соединительной ткани при ревматических болезнях:

1. склероз и петрификация
2. амилоидоз и гиалиноз
3. фибриноидное набухание +
4. гнойная инфильтрация

№368 На активность ревматического процесса указывает:

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

№369 Коллаген окрашивается в голубой цвет, когда его выявляют:

1. окраской по Футу
2. поляризационным методом
3. окраской по Маллори +
4. окраской пикрофуксином

№370 Признак активности ревматического процесса:

1. недостаточность аортального клапана
2. стеноз аортального клапана
3. гранулема Ашоффа-Талалаева +
4. укорачивание и утолщение хорд

№371 Наиболее частая клинико-анатомическая форма ревматизма:

1. полиартритическая
2. нодозная
3. кардиоваскулярная +
4. церебральная

№372 Изменение соединительной ткани, характерное для обострения ревматизма:

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

№373 Осложнение возвратно-бородавчатого эндокардита:

1. инфаркты в органах большого круга кровообращения +
2. кахексия
3. абсцесс мозга
4. перикардит

№374 Возможный исход ревматического миокардита:

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

№375 Наиболее частый вид миокардита при ревматизме у детей:

1. продуктивный очаговый
2. диффузный межленточный экссудативный +
3. гранулематозный
4. некротический

№376 Характерное изменение соединительной ткани при ревматизме:

1. амилоидоз
2. липоидоз
3. атеросклероз
4. мукоидное набухание +

№377 Исход ревматического эндокардита:

1. изъязвление клапана
2. фибриноидный некроз
3. мукоидное набухание
4. порок сердца +

№378 Частое осложнение ревматоидного артрита:

1. эндомиокардит
2. амилоидоз +
3. порок сердца
4. мукоидное набухание

№379 При оплодотворении яйцеклетки фолликул превращается в тело:

1. белое
2. желтое +
3. фиброзное
4. ни в одно из перечисленных

№380 При беременности в гипофизе снижается секреция гормона

1. лютеинизирующего
2. фолликулостимулирующего +
3. тиреотропного
4. все указанное верно

№383 На молочную железу при беременности не оказывает влияния гормон гипофиза:

1. фолликулостимулирующий +
2. соматомамматропин
3. лактогенный гормон
4. все указанное верно

№384 При беременности увеличение размеров молочных желез происходит за счет пролиферации:

1. эпителия выводных протоков внутри долек
2. эпителия выводных внедольковых протоков
3. концевых отделов молочного дерева
4. все указанное верно +

№385 Для лактирующей молочной железы характерно:

1. увеличение размеров долек +
2. инволюция молочных желез
3. расширение просвета протоков с обилием секрета
4. все перечисленное верно

№386 Условия развития трубной беременности:

1. гипоплазия труб
2. ношение внутриматочной спирали
3. сальпингофорит
4. все перечисленное верно +

№387 Эклампсия беременных обычно развивается в триместре беременности:

1. первом
2. втором
3. третьем +
4. все указанное верно

№388 Для развития эклампсии беременных наиболее частым фоном являются:

1. гломерулопатии
2. тубулопатии

3. цереброваскулярная болезнь

4. верно 1 и 2 +

№393 Размеры печени у умерших от эклампсии беременных:

1. уменьшены

2. увеличены +

3. не изменены

4. закономерности не выявляется

№396 В эндометрии половозрелой женщины выделяют слои:

1. функциональный +

2. промежуточный

3. переходный

4. основной

№399 Децидуальная ткань в эндометрии становится отчетливо выражена после оплодотворения с:

1. 3-его дня

2. 6-ого дня

3. 12-ого дня +

4. одного месяца

№400 Признаки маточной беременности в соскобе из полости матки;

1. деление эндометрия на компактный и спонгиозный слои

2. наличие большого числа сосудов

3. наличие инвазивного трофобласта +

4. отсутствие ворсин хориона

№402 Спиральные артерии в структуре гипопластического эндометрия свидетельствуют о (об):

1. наличии субмукозной миомы матки

2. начальных признаках фазы пролиферации

3. эстрогенной недостаточности яичников

4. персистенции неполноценного желтого тела яичников +

5. все указанное не верно

№403 Дисгормональные состояния слизистой оболочки матки характеризуются:

1. наличием структур одной из фаз менструального цикла, соответствующих времени, когда они должны наблюдаться в норме

2. признаками атрофии и кистозных изменений желез эндометрия +

3. массивной круглоклеточной инфильтрацией стромы эндометрия

4. все перечисленное верно

№404 Для гистологического диагноза железистой гиперплазии эндометрия характерным является:

1. отчетливое разделение эндометрия на компактный и спонгиозные слои

2. выраженный полиморфизм эпителия желез эндометрия

3. гиперплазия слизистой оболочки матки с признаками повышенной пролиферативной активности эпителия желез +

4. наличие сосочковых пролифератов в эпителии желез

№405 Плацентарный полип возникает в результате:

1. метапластических изменений терминального эпителия в эндометрии

2. метапластических изменений эндометрия

3. субмукозной фибромиомы
 4. задержки элементов плодного яйца +
- №406 При гормональной контрацепции в эндометрии характерны все перечисленные изменения, кроме:
1. полипоза эндометрия
 2. децидуального метаморфоза стромы эндометрия
 3. атрофии эпителия желез
 4. все указанное выше верно +
- №408 Феномен Ариас-Стелла характерен для:
1. внематочной беременности (нарушенной)
 2. применения гормональных контрацептивов
 3. трофобластической болезни
 4. все перечисленное верно +
- №409 Для простого (стационарного) эндоцервикоза характерным является:
1. наличие ровного пласта цилиндрического эпителия +
 2. погружной рост цилиндрического эпителия
 3. формирование железистых структур
 4. замещение переходно-клеточным эпителием
- №410 Для пролиферирующего (прогрессирующего) эндоцервикоза характерны:
1. ветвящиеся железы - фокусы резервно-клеточной гиперплазии
 2. многочисленные сосочковые выросты, наряду с железистыми разрастаниями
 3. железистые образования, растянутые и переполненные слизью, с образованием полостей и кист +
 4. все перечисленное верно
- №411 Для истинной эрозии шейки матки характерным является:
1. увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговению сквамозного эпителия
 2. деструкция эпителия с воспалительной инфильтрацией подлежащих тканей +
 3. пролиферация резервных клеток
 4. все перечисленное верно
- №412 Наиболее частая локализация трубной беременности:
1. фимбриальный конец трубы
 2. перешеек
 3. ампула +
 4. одинаково часто во всех отделах трубы
- №413 Поверхность яичника покрыта:
1. мезотелием +
 2. кубическим эпителием
 3. цилиндрическим эпителием
 4. плоским эпителием
- №414 Инфекция в яичник может проникнуть:
1. лимфогенно
 2. гематогенно
 3. контактно
 4. все перечисленное верно +
- №415 Воспалительный процесс чаще всего переходит на яичник с:

1. матки
2. фаллопиевой трубы +
3. аппендикса
4. слепой кишки

№416 Фолликулярные кисты яичника выстланы:

1. кубическим эпителием
2. плоским эпителием
3. мерцательным эпителием
4. клетками гранулезы +

№417 Характерный признак эндометриоидной цистаденомы яичника:

1. кашицеобразное содержимое
2. содержимое алого цвета
3. содержимое темно-коричневого цвета +
4. содержимое слизистое
5. все перечисленное не верно

№418 Для синдрома Штейна-Левенталя характерно наличие в яичниках:

1. фолликулярных кист +
2. дермоидных кист
3. эндометриоидных кист
4. кист желтого тела

№419 Синдром Штейн-Левенталя характеризуется:

1. эндометрием пролиферативного типа
2. эндометрием секреторного типа
3. эндометрием типа гипопластического смешанного +
4. железисто-кистозной гиперплазией эндометрия

№420 Морфологическое проявление остроконечных кондилом вульвы:

1. папилломатоз, акантоз и гиперкератоз
2. папилломатоз, акантоз, паракератоз и воспаление стромы +
3. дисплазия эпителия с гиперкератозом
4. все перечисленное верно

№421 К эмбриопатиям относятся пороки развития:

1. крипторхизм
2. сиреномелия
3. гипоплазия почек
4. тетрада Фалло +

№423 Основной макроскопический признак переносимости беременности:

1. мягкие хрящи ушных раковин
2. обилие пушковых волос на коже
3. ядро Беклара более 0,5 см в диаметре +
4. мягкие кости черепа

№424 Микроскопическим признаком недоношенности является:

1. кисты в коре почек
2. очаги экстрамедуллярного кроветворения в печени +
3. очаги глиоза в веществе головного мозга
4. холестаза в печени

№426 К родовым повреждениям головного мозга и его оболочек не относят:

1. эпидуральное кровоизлияние
2. кефалогематому
3. симметричные кровоизлияния под эпендиму боковых желудочков +
4. разрыв дупликатур твердой мозговой оболочки

№428 Один из наиболее частых видов травмы костей скелета плода - это перелом:

1. костей таза
2. плечевой кости
3. ключицы +
4. костей голени

№429 Наиболее массивное кровоизлияние в полость черепа проникновением крови вдоль сосудистых сплетений в желудочки мозга бывает при разрыве:

1. серпа твердой мозговой оболочки
2. намета мозжечка
3. большой вены мозга +
4. все указанное верно

№430 Наиболее часто родовые травмы возникают при следующих аномалиях предлежания:

1. теменного
2. тазового
3. лицевого
4. все указанное верно +

№433 Компенсаторная реакция со стороны плаценты на местную гипоксию:

1. ангиоматоз
2. увеличение количества синцитиальных почек +
3. ангиофиброз
4. кровоизлияния

№434 Морфологическими признаками незрелой плаценты являются:

1. разрастания соединительной ткани вокруг сосудов
2. двухслойные выстилки ворсин
3. обширные участки обызвествления
4. все указанное верно +

№435 Для гематогенного пути инфицирования последа наиболее характерно воспаление:

1. амниона
2. хориальной пластинки
3. пуповины, в частности, вены
4. ворсин и их сосудов +

№436 Из доброкачественных опухолей плаценты чаще всего встречаются:

1. пузырьный занос
2. тератома
3. гемангиома +
4. все указанное верно

№440 Респираторно-синцитиальные вирусы у детей наиболее тропны к эпителию:

1. носоглотки
2. гортани

3. трахеи
4. бронхов +

№441 Аденовирусы у детей наиболее тропны к эпителию:

1. носоглотки +
2. гортани
3. трахеи
4. бронхов

№442 Для респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей характерны:

1. одноядерные гигантские клетки с незначительно увеличенным ядром
2. многоядерные гигантские клетки-симпласты +
3. одноядерные гигантские клетки с резко увеличенным гиперхромным ядром
4. многоядерные клетки в базальной пластинке плаценты

№446 Локализация первичного септического очага при пупочном сепсисе у детей может быть в:

1. пупочной ямке
2. пупочной вене
3. пупочной артерии
4. все указанное верно +

№447 К микроскопическим признакам септицемии у детей относят все перечисленное, кроме:

1. миелоза иммунных органов
2. дистрофических изменений в паренхиме внутренних органов
3. проявления геморрагического диатеза
4. поражения центральной нервной системы +

№448 Для патологоанатомического диагноза врожденного токсоплазмоза основным является обнаружение в гистологических срезах:

1. воспалительных изменений
2. свободно лежащих паразитов и псевдоцист +
3. дистрофических изменений
4. расстройства кровообращения

№450 Специфическое морфологическое изменение в органах при цитомегалии:

1. некроз клеток зараженных вирусом
2. лейкоцитарная инфильтрация стромы
3. гигантоклеточный метаморфоз клеток +
4. образование гранулем

№451 При внутриутробном кандидозе поражение чаще локализуется в:

1. коре полушарий
2. субэпендимарных отделах желудочков +
3. мозжечке
4. стволе мозга

№453 Для пневмоцистной пневмонии характерны:

1. все указанное ниже
2. пенистое содержимое в альвеолах +
3. интерстициальное воспаление
4. спонтанный пневмоторакс

№454 У детей наиболее часто встречаются опухоли:

1. папилломы
2. аденомы
3. ангиомы
4. невусы +

№456 Случайно нанесенное повреждение больному при выполнении медицинской процедуры:

1. ранение, прокол или прободение органа
2. переливали иногруппной крови
3. передозировка при лучевой терапии
4. все перечисленное верно +

№457 Постреанимационные осложнения у оживленных больных:

1. postanоксическая энцефалопатия
2. кардиопульмональный синдром
3. печеночно-почечный синдром
4. все перечисленное верно +

№458 Осложнения интенсивной терапии и реанимации:

1. травматические
2. трансфузионные и перфузионные
3. детоксикационные
4. все перечисленное верно +

№459 Проявления реанимационной патологии в патологоанатомическом диагнозе вносятся в:

1. основное заболевание
2. осложнения
3. сопутствующие заболевания
4. отдельную строку диагноза, после сопутствующих заболеваний +

№460 Синдром длительного раздавливания тканей характеризуется:

1. метаболическим ацидозом и гиперкалиемией
2. миоглобинемией и миоглобуинурией
3. внутрисосудистым свертыванием крови
4. все перечисленное верно +

№461 Злокачественное новообразование, наиболее вероятное для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС:

1. рак желудка
2. рак легкого
3. лейкозы
4. рак щитовидной железы +

№462 Наиболее вероятный фактор риска для развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях:

1. сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты
2. употребление алкоголя
3. курение
4. употребление продуктов местного производства +
5. пребывание в лесах в зоне радиационного контроля

№463 Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано:

1. при дозах облучения менее 3 Гр
2. больным, у которых не было первичной реакции
3. больным с легкой степенью болезни +
4. больным, получившим летальные дозы облучения

№464 Особенности клинического течения различных заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах:

1. отсутствуют +
2. утяжеление клинического течения
3. большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
4. переход острых форм в хронические

№465 Доброкачественная опухоль почек, встречающаяся, в основном, в детском возрасте:

1. опухоль Гравица
2. опухоль Вильмса (нефробластома)
3. мезобластическая нефрома +
4. астроцитомы

466. Способность тканей, клеток и других микроскопических структур животных и растительных организмов окрашиваться основными красителями – это:

1. Амфифилия;
2. Оксифилия;
3. Базофилия;+
4. Все перечисленное верно;

467. Основной краситель состоит из:

1. Основания и его соли;+
2. Спирта и его соли;
3. Кислоты и его соли;
4. Только из соли;

468. Ацидофильный краситель состоит из:

1. Кислоты и спирта;
2. Спирта и основания;
3. Кислоты и его соли;+
4. Основания и его соли;

469. Способность тканей, клеток и других микроскопических структур животных и растительных организмов окрашиваться кислотными красителями – это:

1. Амфифилия;
2. Оксифилия;+
3. Базофилия;
4. Все перечисленное верно;

470. Какие красители применяют в гистологической практике:

1. Основные;
 2. Нейтральные;
 3. Кислотные;
 4. Все перечисленное верно;+
471. Верно ли утверждение: ацидофильный краситель окрашивает ядро клетки:
1. Верно, если температура окрашивания 37°C ;
 2. Неверно;+
 3. Верно, если температура окрашивания 60°C ;
 4. Верно, при любой температуре;
472. Для выявления базофильных структур в клетке используют:
1. Ацидофильный краситель; +
 2. Основной краситель;
 3. Базофильный краситель;
 4. Все перечисленное верно;
473. Продукт реакции основного красителя следует искать в:
1. Цитоплазме клетки;
 2. Ядре клетки;+
 3. Цитоплазме и ядре;
 4. Нет правильного ответа;
474. Какие системы входят в микроскоп:
1. Оптическая, нагревательная, механическая;
 2. Механическая, опорная, оптическая;
 3. Оптическая, осветительная, механическая;+
 4. Опорная, осветительная, оптическая;
475. Результирующее увеличение микроскопа при увеличении объектива 20 и окуляра 10 равно:
1. 30;
 2. 200;+
 3. 400;
 4. 2010;
476. К какой системе микроскопа относится объектив:
1. Механической;
 2. Оптической;+
 3. Окулярной;
 4. Осветительной;
477. К какой системе микроскопа относят диафрагму:
1. Осветительная;+
 2. Механическая;
 3. Оптическая;
 4. Все перечисленное верно;
478. К оптической системе микроскопа относится:
1. Окуляр, объектив, конденсор;
 2. Микро- и макровинт, диафрагма, объектив;
 3. Объектив, окуляр;+
 4. Конденсор, диафрагма, зеркало;
479. К осветительной системе микроскопа относится:

1. Окуляр, объектив, конденсор;
 2. Микро- и макровинт, диафрагма, объектив;
 3. Объектив, окуляр;
 4. Конденсор, диафрагма, зеркало;+
480. Система линз, фиксирующая лучи света на препарате, называется:
1. Диафрагма;
 2. Конденсор;+
 3. Окуляр;
 4. Макровинт;
481. В состав смеси Никифорова для обезжиривания стекол входит:
1. Спирт+ формалин;
 2. Спирт +эфир;+
 3. Спирт+ хлороформ;
 4. Спирт + ксилол;
482. Результат окраски гематоксилином и эозином:
1. ядро красное, цитоплазма желтая;
 2. ядро розовое, цитоплазма синяя;
 3. ядро синее, цитоплазма розовая;+
 4. ядро и цитоплазма синие;
483. Эластичность парафину придает:
1. Мыльный раствор;
 2. Воск;+
 3. Ксилол;
 4. Касторовое масло;
484. К основным красителям относят:
1. Гематоксилин;+
 2. Эозин;
 3. Судан III;
 4. Все перечисленное верно;
485. Эластические волокна соединительной ткани окрашиваются в тёмно-красный цвет; остальные структуры - в слабо-розовый цвет. Укажите окраску:
1. Гематоксилин и эозин;
 2. Судан III;
 3. Орсеин;+
 4. Маллори;
486. Коллагеновые волокна соединительной ткани окрашиваются в тёмно-синий цвет; другие структуры (ядра, мышечные волокна, эритроциты) - в оранжевый или красный цвет. Укажите окраску:
1. Гематоксилин и эозин;
 2. Судан III;
 3. Орсеин;
 4. Маллори;+
487. Коллагеновые волокна (содержащиеся в межклеточном веществе соединительной ткани) окрашиваются в ярко-красный цвет, а элементы других тканей (напр., мышечные волокна) - в жёлтый цвет Укажите окраску:
1. Окраска по Ван Гизону;+

2. Судан III;
 3. Орсеин;
 4. Маллори;
488. Явление, при котором происходит изменение цвета красителя при взаимодействии с компонентами клетки и межклеточного вещества называется:
1. Дисплазия;
 2. Метаплазия;
 3. Метакромазия;+
 4. Нет верного ответа;
489. Депарафинирование срезов проводится:
1. После окрашивания;
 2. После обезвоживания;
 3. Перед окрашиванием;+
 4. Перед заливкой;
490. Депарафинизация идет в следующем порядке:
1. спирты - дистиллированная вода - растворитель парафина;
 2. растворитель парафина - спирты – вода;+
 3. вода - спирты - растворитель парафина;
 4. растворитель парафина - вода – спирты;
491. Для заключения гистологических срезов не используют:
1. глицерин - желатиновую смесь;
 2. канадский бальзам;
 3. полистерол;
 4. белково - глицериновую смесь; +
492. Определите правильную последовательность обработки гистологических препаратов:
1. Фиксация-депарафинация-обезвоживания-уплотнение;
 2. Фиксация-промывание-обезвоживание-уплотнение-заливка в парафин; +
 3. Фиксация-обезвоживание-уплотнение-промывание-заливка в парафин;
 4. Фиксация-уплотнение-обезвоживание-заливка в парафин;
493. Для фиксации нельзя использовать:
1. Формалин;
 2. Ксилол; +
 3. Этиловый спирт;
 4. Ацетон;
494. Укажите процент раствора формалина, применяемого для фиксации биопсийного/аутопсийного материала:
1. 10%; +
 2. 20%;
 3. 40%;
 4. 100%;
495. Для приготовления 1 литра 10% р-ра формалина нужно взять:
1. 100 мл 40% формалина + 900 мл воды; +
 2. 900 мл 40% формалина + 100 мл воды;
 3. 40 мл 40% формалина + 960 мл воды;
 4. 100 мл 100% формалина + 900 мл воды;

496. Назовите простые фиксирующие жидкости, применяемые для фиксации:
1. Формалин; +
 2. Ксилол;
 3. Хлороформ;
 4. Жидкость Буэна;
497. После обезвоживания укажите последовательность спиртов:
1. Нисходящая (от 100⁰ до 50⁰);
 2. Восходящая (от 50⁰ до 100⁰); +
 3. Только 50⁰;
 4. Все перечисленное верно;
498. Для приготовления 100⁰ спирта используют:
1. Ca₂CO₃;
 2. CuSO₄; +
 3. H₂O;
 4. KCl;
499. Для контроля качества абсолютного спирта используют:
1. Формалин;
 2. Ксилол; +
 3. Глицерин;
 4. Все перечисленное верно;
500. О хорошо проведенном обезвоживании ткани свидетельствует:
1. появление мути при переносе объекта из спирта в ксилол;
 2. отсутствие мути; +
 3. почернение кусочков;
 4. покраснение кусочков;
501. Парафин и хлороформ (ксилол) для составления парафиновой каши берутся в соотношении:
1. 2:1;
 2. 1:2;
 3. 1:3;
 4. 1:1; +
502. В какой цвет окрасится амилоид при окраске конго-красным:
1. Зеленый;
 2. Черный;
 3. Красный; +
 4. Синий;
503. К индифферентным красителям относится:
1. Эозин;
 2. Гематоксилин;
 3. Кармин;
 4. Судан 3; +
504. Декальцинация костного материала производится в кислоте:
1. Серной;
 2. Фосфорной;
 3. Азотной; +
 4. Все перечисленное верно;

505. Фиксировать ткань - это:
1. сохранить прижизненную структуру; +
 2. вызвать коагуляцию клеточного содержимого;
 3. сделать ткань хрупкой, ломкой;
 4. способствовать сморщиванию или набуханию ткани;
506. Для выявления пигмента, содержащего железо используют:
1. реакция Гримелиуса;
 2. реакция Перльса; +
 3. реакция Шморля;
 4. не верного ответа;
507. Если кусочек исследуемого материала подсох на воздухе, необходимо:
1. положить в физраствор; +
 2. положить в спирт;
 3. положить в дистиллированную воду;
 4. материал испорчен, выбросить;
508. В какой цвет и какие волокна окрашиваются орсеином:
1. эластические в синий;
 2. ретикулиновые в коричневый;
 3. ретикулиновые в синий;
 4. эластические и коричневый; +
509. Гистохимический метод основан на:
1. Выявлении распределения веществ, меченных радиоактивными изотопами;
 2. Основан на специфичности реакции между химическим реактивом и субстратом, находящимся в клетке или ткани; +
 3. Реакции нейтрализации;
 4. Все перечисленное верно;
510. Биопсия, при которой забор материала проводится иссечением при оперативном лечении всего патологического образования, или органа, называется:
1. Щипцевая;
 2. Эксцизионная; +
 3. Инцизионная;
 4. Пункционная;
511. Биопсия, при которой забор материала для исследования путем прокола органа или ткани иглой, называется:
1. Щипцевая;
 2. Эксцизионная;
 3. Инцизионная;
 4. Пункционная; +
512. Биопсия, при которой материал собирается «скусыванием» из органов и тканей, называется:
1. **Щипцевая; +**
 2. Эксцизионная;
 3. Инцизионная;
 4. Пункционная;
513. К какому виду биопсии относится гастроскопия:
1. Щипцевая; +

2. Эксцизионная;
 3. Инцизионная;
 4. Пункционная;
514. CD в названии антител при иммуногистохимии указывает на:
1. Порядковый номер антител;
 2. Кластер дифференцировки антител;
 3. Кластер дифференцировки лейкоцитов; +
 4. Степень дифференцировки лейкоцитов;
515. Иммуногистохимический метод основан на реакции:
1. Антиген-антиген;
 2. Антитело-антиген; +
 3. Антитело-антитело;
 4. Антитело-ядро;
516. При иммуногистохимии реакция может быть:
1. Ядерная;
 2. Мембранная;
 3. Цитоплазматическая;
 4. Все перечисленное верно; +
517. При контроле качества Ki-67 реакцию необходимо оценивать:
1. В цитоплазме клетки;
 2. В ядре клетки; +
 3. В цитоплазме и ядре клетки;
 4. По мембране клетки;
518. При контроле качества Her-2-neu реакцию необходимо оценивать:
1. В цитоплазме клетки;
 2. В ядре клетки;
 3. В цитоплазме и ядре клетки;
 4. По мембране клетки; +
519. При контроле качества гладко-мышечного актина реакцию необходимо оценивать:
1. В цитоплазме клетки; +
 2. В ядре клетки;
 3. В цитоплазме и ядре клетки;
 4. По мембране клетки;
520. При иммуногистохимическом окрашивании рака молочной железы. какой маркер не имеет ядерной реакции?
1. А. Эстроген
 2. Б. Прогестерон
 3. В. Her-2-Neu +
 4. Г. Ki-67
521. При иммуногистохимическом окрашивании рака молочной железы. какой маркер не применяется в обычной практике?
1. А. Прогестерон
 2. Б. Эстроген
 3. В. Her-2-Neu

4. Г. EGFR +
522. Назовите иммуногистохимический маркер, не имеющий мембранную реакцию?
1. А. CD20
 2. Б. Ki-67 +
 3. В. CD56
 4. Г. Her-2-Neu
523. Назовите иммуногистохимический маркер, имеющий мембранную реакцию?
1. А. CK20
 2. Б. Ki-67
 3. В. CD56 +
 4. Г. CK7
524. При сомнительной реакции ИГх-маркера Her-2-Neu в раке молочной железы, для определения амплификации гена определяется при помощи
1. А. Повторной иммуногистохимии
 2. Б. Метода гибридизации 'in situ' +
 3. В. Полимеразная цепная реакция (ПЦР)
 4. Г. Секвенирование
525. В диагностической иммуногистохимии из других цитокератинов чаще остальных применяют
1. А. CK7 и CK20 +
 2. Б. CK5/6 и CK 17
 3. В. CK 18 и CK 19
 4. Г. CK14 и CK 19
526. Какой этап при срочном гистологическом исследовании заменяет заморозка ткани до низкой температуры?
1. А. Фиксация +
 2. Б. Проводка
 3. В. Заливка
 4. Г. Окрашивание
527. Рекомендуемые размеры кусочка ткани для гистологического исследования составляют
1. А. 2 x 2 x 2 мм
 2. Б. 10 x 10 x 2 мм +
 3. В. 20 x 20 x 5 мм
 4. Г. 40 x 40 x 2 мм
528. Окрашивание фрагментов ткани из какого органа производят по методу Ли?
1. А. Сердца +
 2. Б. Почек
 3. В. Печени
 4. Г. Поджелудочной железы
529. Окрашивание препаратов по методу Ниссля проводится с целью выявления
1. А. Лейкоцитов
 2. Б. Лимфоцитов
 3. В. Фибрина
 4. Г. Нейронов +

530. Какова наиболее вероятная причина того, что срез крошится при микротомировании?
1. А. Низкая температура окружающей среды +
 2. Б. Недостаточная фиксация препарата
 3. В. Наличие костных фрагментов в образце
 4. Г. Все вышеперечисленное
531. Какова наиболее вероятная причина того, что срез крошится при микротомировании?
1. А. Низкая температура окружающей среды
 2. Б. Слишком твердый парафин
 3. В. Обе перечисленные причины +
 4. Г. Ничего из перечисленного
532. Если при изготовлении срезов отмечается неоднородная плоскость среза, то причина вероятнее всего
1. А. Недостаточная фиксация
 2. Б. Недостаточное обезвоживание +
 3. В. Недостаточное обезжиривание
 4. Г. Все перечисленное
533. Все методы гистологического окрашивания можно разделить на
1. А. Главные и второстепенные
 2. Б. Обзорные и специальные +
 3. В. Дорогие и дешевые
 4. Г. Обязательные и факультативные
534. Если выяснилось, что в процессе приготовления препарата, тот недостаточно обезвожен, то следует
1. А. Поместить его вновь в абсолютный спирт +
 2. Б. Поместить его на ночь в ксилол
 3. В. Поместить его на короткое время в ксилол
 4. Г. Тщательно промыть его дистиллированной водой
535. Отрицательным действием спирта, как фиксирующей жидкости является :
1. А. Растворение и экстракция жира
 2. Б. Растворение и экстракция гемоглобина
 3. В. Сморщивание клеток из-за резкого отнятия воды
 4. Г. Все перечисленное +
536. Какая из перечисленных биопсий не относится к пункционным биопсиям?
1. А. Биопсия печени
 2. Б. Биопсия предстательной железы
 3. В. Биопсия молочной железы
 4. Г. Биопсия слизистой толстой кишки +
537. При биопсиях какого органа окраски на содержание железа и меди выполняются в рутинной практике?
1. А. Молочной железы
 2. Б. Печени +
 3. В. Кожи
 4. Г. Предстательной железы

538. Назовите жидкость, не являющуюся фиксатором
1. А. Формалин
 2. Б. Ксилол +
 3. В. Этиловый спирт
 4. Г. Азотная кислота
539. В гистологической практике используют в качестве фиксирующей жидкости формалин
1. А. 10 % +
 2. Б. 20 %
 3. В. 30 %
 4. Г. 50 %
540. Какой фиксатор применяется для электронной микроскопии?
1. А. Нейтральный формалин по Лилли
 2. Б. Этиловый спирт
 3. В. Тетраоксид осмия
 4. Г. Глютаровый альдегид +
541. Процесс, когда жидкостная и жировая составляющие ткани замещаются парафином, носят название
1. А. Проводка +
 2. Б. Фиксация
 3. В. Заливка
 4. Г. Возгонка
542. Самым частым и распространенным видом проводки является проводка с
1. А. Толуолом и ацетоном
 2. Б. Бензолом и ксилолом
 3. В. Этанолом и ксилолом +
 4. Г. Этанолом и хлороформом
543. Преимущество гистопроцессора над ручной проводкой это –
1. А. Скорость
 2. Б. Безопасность
 3. В. Эффективность
 4. Г. Все перечисленное +
544. Основной обзорной окраской в современной патогистологии является окраска
1. А. Гематоксилином и эозином +
 2. Б. Пикрофуксином
 3. В. ШИК реакция
 4. Г. Орсеином
545. Какой гистологический краситель не относится к нейтральным?
1. А. Судан III
 2. Б. Судан IV
 3. В. Метиленовый синий
 4. Г. Гематоксилин +
546. Какой гистологический краситель относится к нейтральным?
1. А. Пикриновая кислота
 2. Б. Гематоксилин

3. В. Метиленовый синий +
 4. Г. Альциановый синий
547. Какой из приведенных ниже красителей не является основным?
1. А. Гематоксилин
 2. Б. Тионин
 3. В. Метиленовый синий+
 4. Г. Метиленовый зеленый
548. Какой из приведенных ниже красителей является основным?
1. А. Фуксин
 2. Б. Эозин
 3. В. Метиленовый синий
 4. Г. Метиленовый зеленый+
549. Какой из приведенных ниже красителей является кислотным?
1. А. Гематоксилин
 2. Б. Судан III
 3. В. Конго красный+
 4. Г. Метиленовый синий
550. Какой из приведенных ниже красителей не является кислотным?
1. А. Фуксин кислый
 2. Б. Эозин
 3. В. Кармин +
 4. Г. Эритрозин
551. При какой окраске не применяются обычные методы заливки (ксилол , этанол)?
1. А. Судан III +
 2. Б. По Ван-Гизон
 3. В. По Ли
 4. Г. Конго-рот
552. При какой окраске применяются обычные методы заливки (ксилол , этанол)?
1. А. Судан III
 2. Б. Нильблаусульфат
 3. В. ШИК-реакция +
 4. Г. Шарлах
553. С целью ускорения обезвоживания применяют
1. А. Формалин
 2. Б. Толуол
 3. В. Ацетон +
 4. Г. Этанол
554. Назовите устаревший метод заливки
1. А. Ксилол
 2. Б. Этанол
 3. В. Целлоидин +
 4. Г. Изопропанол
555. Требование к фиксатору – фиксатор должен иметь рН
1. А. Кислую
 2. Б. Нейтральную +
 3. В. Основную

4. Г. Все ответы правильные
556. Фиксация операционного материала должна производиться в
1. А. Предоперационной +
 2. Б. Приемном отделении
 3. В. Патологоанатомическом отделении
 4. Г. Все ответы не правильные
557. Если по условиям работы невозможно направить операционный материал в патоморфологическую лабораторию, то за его сохранность и надлежащую фиксацию отвечает
1. А. Лаборант-гистолог
 2. Б. Врач-патологоанатом
 3. В. Хирург, проводивший операцию +
 4. Г. Санитарка
558. Помимо окраски гематоксилином и эозином, биоптаты кожи рекомендуется всегда также окрашивать
1. А. ШИК
 2. Б. Ван-Гизон +
 3. В. Альциановым синим
 4. Г. Метиленовым зеленым
559. Биопсии кишки, взятые из разных отделов кишки, присланные и маркированные отдельно, носят название
1. А. Ступенчатые
 2. Б. Лестничные +
 3. В. Многоуровневые
 4. Г. Все ответы правильные
560. Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем материала в
1. А. 10-20 раз +
 2. Б. 30-40 раз
 3. В. В 100 раз
 4. Г. В 2-5 раз
561. Формалин представляет собой раствор формальдегида
1. А. 10 %
 2. Б. 20 %
 3. В. 30 %
 4. Г. 40 % +
562. Со временем в незабуференных водных растворах формалин разлагается на
1. А. Муравьиную кислоту, метиловый спирт и ацетон +
 2. Б. Параформальдегид и воду
 3. В. Метиловый спирт и ацетон
 4. Г. Муравьиную кислоту и метанол
563. В гистологических срезах возможно появление глубокого «формалинового пигмента», это чаще наблюдается при фиксации в
1. А. Нейтральном формалине
 2. Б. Кислом формалине +
 3. В. Забуференном формалине
 4. Г. Все ответы не правильные

564. Белесоватый осадок, выпадающий в непригодном для фиксации формалине, носит название

1. А. Формол
2. Б. Формальдегид
3. В. Параформальдегид +
4. Г. Параформалин

565. Каковы преимущества автоматизированного оборудования для проводки перед ручной проводкой?

1. А. Возрастает скорость и результативность исследований;
2. Б. Резко падает доля бракованных и испорченных образцов;
3. В. Повышается достоверность результатов микроскопии.
4. Г. Все перечисленное+

566. При наружном осмотре умершего в первую очередь обращают внимание на

1. А) Пол и возраст
2. Б) Основные признаки наступившей смерти +
3. В) Конституциональные особенности
4. Г) Наличие послеоперационных швов и дренажей

567. К основным признакам наступившей смерти не относят

1. А) Охлаждение трупа
2. Б) Помутнение роговицы и отсутствие реакции зрачков на свет
3. В) Наличие трупных пятен
4. Г) Изменение цвета кожных покровов +

568. Через какое время с момента наступления смерти появляется отчетливое трупное окоченение в мышцах верхней челюсти

1. 30-40 минут
2. 1-2 часа
3. 3-5 часов +
4. 8-12 часов

569. В каком порядке появляются явления трупного окоченения

1. Мышцы верхней челюсти, мышцы шеи, мышцы туловища, мышцы верхних и нижних конечностей +
2. Мышцы верхних и нижних конечностей, мышцы шеи, мышцы верхней челюсти
3. Мышцы шеи, мышцы верхних и нижних конечностей, мышцы туловища
4. Мышцы нижних конечностей, мышцы верхних конечностей, мышцы туловища, мышцы шеи, мышцы нижней челюсти

570. Через какое время заканчивается развитие трупного окоченения и начинается его разрешение

1. через 8-12 часов
2. к концу первых суток
3. к концу 2-3 суток +
4. к концу 5 суток

571. При каких состояниях трупное окоченение развивается медленнее

1. А) сепсис +

2. Б) опухолевая интоксикация
 3. В) ДВС-синдром
 4. Г) хронические заболевания печени
572. При каких состояниях трупное окоченение развивается быстрее
1. А) обезвоживание организма
 2. Б) судорожные состояния
 3. В) некоторые инфекционные заболевания, например столбняк и холера
 4. Г) Все перечисленное верно +
573. Вскрытие трупа начинают с головы во всех случаях кроме
1. А) гнойных заболеваниях
 2. Б) подозрении на инфекционное заболевание
 3. В) подозрение на наличие воздушной эмболии +
 4. Г) наличие массивного асцита
574. Метод полной эвисцерации органов носит название
1. А) метод Шора +
 2. Б) метод Абрикосова
 3. В) метод Вирхова
 4. Г) метод Автандилова
575. При гипертонической болезни происходит увеличение массы сердца за счет
1. А) увеличения левого предсердия
 2. Б) увеличения левого желудочка+
 3. В) увеличения правого предсердия
 4. Г) увеличения правого желудочка
576. При хронических заболеваниях легких происходит
1. А) увеличение левого предсердия
 2. Б) увеличение левого желудочка
 3. В) увеличение правого предсердия
 4. Г) увеличение правого желудочка+
577. Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:
1. Посмертную и прижизненную диагностику болезней
 2. Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела
 3. Уточнение структуры причин смертности населения
 4. Все перечисленное верно +
578. В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:
1. Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
 2. Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар
 3. Состояния, указанные в амбулаторной карте
 4. Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью +
579. В клиническом диагнозе должны также регистрироваться и другие состояния, которыми считаются:
- А) Патологические процессы
 - Б) Болезни, имевшиеся у больного, но не оказывающие влияние на основное заболевание
 - В) Начальные звенья патогенеза, ранее диагностированных нозологических единиц
 - Г) Заболевания, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медико-

санитарной помощи и оказывают влияние на лечение пациента +

580. При вскрытии трупа оформляются следующие документы:

- А) Протокол патологоанатомического исследования
- Б) Врачебное свидетельство о смерти
- В) Заключение о причине смерти
- Г) Все перечисленное верно +

581 Отмена вскрытия, по приказам Минздрава, не должна разрешаться в случаях:

- А) Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток
- Б) Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний
- В) Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
- Г) Все перечисленное верно +

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

- А) Механических повреждений и асфиксии
- Б) Отравлений, действия крайних температур и электричества
- В) Искусственного аборта и насильственных причин
- Г) Все перечисленное верно +

583. В педиатрической практике вскрытию подлежат:

- А) Все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении
- Б) Выкидыши с массой тела более 500 г
- В) Все мертворожденные с массой тела более 1000 г
- Г) Все перечисленное верно +

584. При патологоанатомическом исследовании умерших от особо опасных инфекций руководствуются:

- А) Особенности вскрытий умерших от инфекционных заболеваний
- Б) Установленным режимом работы карантинных учреждений
- В) Требованиями инструктивных материалов Министерства здравоохранения РФ, по режиму работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями особо опасных инфекций
- Г) Все перечисленное верно +

585. При взятии материала для бактериологического и вирусологического необходимо использовать:

- А) Стерильные петли, лопаточки, шприцы и пастеровские пипетки
- Б) Набор питательных сред (бульон, агар)
- В) Предметные и покровные стекла
- Г) Все перечисленное верно +

586. Непосредственная причина смерти - это:

- А) Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть +
- Б) Нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного
- В) Проявления механизма наступления смерти

Г) Все перечисленное верно

587. Рубрики патологоанатомического диагноза включают в себя:

- А) Основное заболевание (первоначальная причина смерти)
- Б) Осложнения
- В) Сопутствующие заболевания
- Г) Все перечисленное верно +

588. Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные 1

- А) Анамнестические и клинические
- Б) Патологоанатомические и гистологические
- В) Заключение о причине смерти больного
- Г) Все перечисленные +

589. На клинико-патологоанатомической конференции обсуждают:

- А) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания
- Б) Редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии
- В) Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств
- Г) Все перечисленные +

590. В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов основных заболеваний выделяют:

- А) Недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования
- Б) Недоучет клинических и лабораторных данных
- В) Переоценку клинических и лабораторных данных
- Г) Все перечисленное верно +

591. Стаз - это:

- А) Замедление оттока крови
- Б) Уменьшение оттока крови
- В) Остановка кровотока в капиллярах +
- Г) Гемолиз эритроцитов

592. При хроническом венозном полнокровии органы:

- А) Уменьшены в размерах
- Б) Имеют дряблую консистенцию
- В) Имеют плотную консистенцию +
- Г) Глинистого вида

593 При хроническом венозном полнокровии в легких возникает:

- А) Мутное набухание
- Б) Бурая индурация +
- В) Мукоидное набухание
- Г) Фибриноидное набухание

594. Общее венозное полнокровие развивается при:

- А) Сдавлении верхней полой вены
- Б) Тромбозе воротной вены

- В) Сдавлении опухолью почечной вены
- Г) Пороке сердца +

595. Для флеботромбоза характерно:

- А) Отсутствие воспаления стенки сосуда +
- Б) Воспаление стенки сосуда
- В) Связь со стенкой сосуда
- Г) Отсутствие связи со стенкой сосуда

596. Образное название печени при хроническом венозном полнокровии:

- А) Сальная
- Б) Саговая
- В) Бурая
- Г) Мускатная +

597. Признаки хронической сердечно-сосудистой недостаточности:

- А) Распространенные отеки +
- Б) Микседема
- В) Ишемические инфаркты почек
- Г) Лимфаденопатия

598. Понятию диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови равнозначны:

- А) Коагулопатия потребления
- Б) Тромбогеморрагический синдром
- В) Гипер-гипокоагуляционный синдром
- Г) Все перечисленные +

599. Жировую эмболию можно диагностировать в основном:

- А) Макроскопически
- Б) Микроскопически +
- В) Визуально
- Г) Все указанное не верно

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

- А) Тромбы +
- Б) Тромбоэмболы
- В) Свертки крови
- Г) Опухоль

601. Белый тромб состоит из:

- А) Лейкоцитов и фибрина +
- Б) Фибрина
- В) Лейкоцитов и эритроцитов
- Г) Эритроцитов и фибрина

602. Мукоидное набухание соединительной ткани является состоянием:

- А) Обратимым +
- Б) Необратимым
- В) Транзиторным

Г) Все перечисленное верно

603. Амилоидозом может осложняться:

- А) Гипертоническая болезнь
- Б) Цирроз печени
- В) Хронический абсцесс легких +
- Г) Ишемические болезни сердца

604. При вторичном амилоидозе чаще поражаются:

- А) Селезенка, почки, печень +
- Б) Головной мозг
- В) Надпочечники, вилочковая железа
- Г) Сердце, легкие

605. Жировую дистрофию миокарда характеризует:

- А) Ожирение стромы миокарда
- Б) Ожирение субэпикардальной клетчатки
- В) Появление жира в цитоплазме кардиомиоцитов +
- Г) Все перечисленное верно

606. Характерный механизм жировой дистрофии гепатоцитов периферии долек:

- А) Инфильтрация
- Б) Декомпозиция +
- В) Трансформация
- Г) Нарушения гемодинамики

607 Жировая дистрофия миокарда чаще возникает при:

- А) Ревматизме
- Б) Туберкулезе
- В) Атеросклерозе
- Г) Дифтерии +

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

- А) Амилоидоз
- Б) Гиалиноз
- В) Мукоидное набухание +
- Г) Белковой дистрофией

609. Казеозный некроз встречается при:

- А) Газовой гангрене
- Б) Инфарктах мозга
- В) Инфарктах миокарда
- Г) Туберкулезе +

610. Наиболее частая причина смерти больных вторичным амилоидозом:

- А) Инсульт
- Б) Уремия +
- В) Анемия

Г) Все указанное не верно

611 Крупозное воспаление локализуется на:

- А) Слизистых оболочках, покрытых призматическим эпителием +
- Б) Слизистых оболочках, покрытых многослойным плоским эпителием
- В) Коже
- Г) Слизистых оболочках, покрытых переходным эпителием

612. К продуктивному воспалению относят:

- А) Крупозное
- Б) Грануломатозное +
- В) Катаральное
- Г) Серозное

613. Гранулема - это:

- А) Скопление нейтрофильных лейкоцитов
- Б) Ограниченная продуктивная воспалительная реакция +
- В) Наличие фибринозной пленки
- Г) Альтеративная реакция

614. Гранулематозное воспаление может возникнуть при:

- А) Кори
- Б) Брюшном тифе +
- В) Дизентерии
- Г) Дифтерии

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

- А) Экссудативным миокардитом
- Б) Гранулематозным миокардитом
- В) Продуктивным межучочным миокардитом +
- Г) Фибринозно-гнойным панкардитом

616. Какие из перечисленных воспалительных процессов являются специфическими:

- А) Туберкулез
- Б) Сифилис
- В) Лепра
- Г) Все перечисленные +

617. Для туберкулезного воспалительного процесса характерно обнаружение:

- А) Эпителиоидных клеток
- Б) Некротического детрита
- В) Клеток Лангханса
- Г) Все перечисленное +

618. Для изучения клеточного состава воспалительного процесса характерно обнаружение:

- А) Гранулоцитов
- Б) Макрофагов
- В) Лимфоцитов

Г) Всех перечисленных +

619. Гранулематозное воспаление является видом воспаления:

- А) Серозного
- Б) Гнойного
- В) Катарального
- Г) Продуктивного +

620. Установлению диагноза туберкулеза помогает окраска:

- А) Циль-Нильсену +
- Б) Альциановым синим
- В) Суданом черным
- Г) ШИК (PAS) реакция

621. Формы вторичного туберкулеза:

- А) Инфильтративный
- Б) Цирротический
- В) Кавернозный
- Г) Все перечисленное верно +

622. Разновидности гематогенного туберкулеза:

- А) Казеозная пневмония
- Б) Острый кавернозный
- В) Милиарный +
- Г) Инфильтративный

623. Первичный туберкулезный комплекс включает в себя:

- А) Первичный аффект и лимфангит
- Б) Лимфангит и лимфаденит
- В) Лимфаденит, лимфангит и первичный аффект +
- Г) Туберкулему

624. Для инфильтративного туберкулеза легких характерно:

- А) Выраженное перифокальное воспаление +
- Б) Выраженный фиброз
- В) Мелкие очаги с фиброзом
- Г) Все перечисленное верно

625. Туберкулома легких характеризуется:

- А) Множественными мелкими очагами некроза со специфическими грануляциями в капсулах
- Б) Одиночным крупным очагом казеозного некроза +
- В) Полостью с фиброзной стенкой
- Г) Очагом Гона

626. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуете полостью:

- А) Содержащей гнойно-некротические массы, специфически грануляции и фиброзную ткань +
- Б) Содержащей гнойно-некротические массы
- В) Выстланной многослойным плоским и цилиндрическим эпителием
- Г) Серозную жидкость

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

- А) Продуктивная
- Б) Экссудативная +
- В) Продуктивно-инфильтративная
- Г) Продуктивно-некротическая

628. Наиболее частая форма сибирской язвы:

- А) Кожная +
- Б) Легочная
- В) Кишечная
- Г) Висцеральная

629. Для сибирской язвы характерно воспаление:

- А) Гнилостное
- Б) Гнойное
- В) Гранулематозное
- Г) Серозно-геморрагическое +

630. В регионарных лимфоузлах при скарлатине возникает:

- А) Некроз
- Б) Гнойный лимфаденит +
- В) Гипоплазия
- Г) Склероз

631. Сепсис от других инфекционных болезней отличает:

- А) Контагиозность
- Б) Цикличность
- В) Специфичность возбудителя
- Г) Полиэтиологичность +

632. Наиболее тяжелая клинико-морфологическая форма оспы:

- А) Вариолоид
- Б) Папулопустулезная
- В) Геморрагическая +
- Г) Все указанное верно

633. Возбудитель малярии обнаруживается в:

- А) Лимфоцитах
- Б) Эритроцитах +
- В) Лейкоцитах
- Г) Гепатоцитах

634. Почечная форма гипертонической болезни характеризуется:

- А) Гидронефрозом
- Б) Амилоидозом
- В) Артериолосклеротическим нефросклерозом +
- Г) Атеросклеротическим нефросклерозом

635. При злокачественном течении гипертонической болезни в почках развивается:
- А) Первичное сморщивание
 - Б) Вторичное сморщивание
 - В) Нефросклероз Фара +
 - Г) Гидронефроз
636. При гипертонической болезни наиболее выражены изменения:
- А) Артерий эластического типа
 - Б) Венул
 - В) Артериол +
 - Г) Капилляров
637. Относительно благоприятный исход инфаркта миокарда:
- А) Рецидив некроза
 - Б) Кардиосклероз +
 - В) Перикардит
 - Г) Острая аневризма сердца
638. Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует, прежде всего:
- А) Микроангиопатия
 - Б) Макроангиопатия +
 - В) Диабетическая кома
 - Г) Диабетический нефросклероз
639. Нозологические единицы, входящие в родовое понятие "ишемическая болезнь сердца":
- А) Острый инфаркт миокарда
 - Б) Повторный инфаркт миокарда
 - В) Постинфарктный кардиосклероз
 - Г) Все указанное верно +
640. При стенозе отверстия аортального клапана сердца развивается:
- А) Гипертензия малого круга
 - Б) Гипертрофия левого желудочка +
 - В) Гипертрофия правого желудочка
 - Г) Все указанное верно
641. Бактериальный эндокардит является формой:
- А) Ревматизма
 - Б) Сепсиса +
 - В) Порока сердца
 - Г) Все указанное верно
642. Морфологическим проявлением септического эндокардит является эндокардит:
- А) Диффузный
 - Б) Острый бородавчатый
 - В) Полипозно-язвенный +
 - Г) Фибропластический
643. Причины развития ишемического инфаркта головного мозга:
- А) Тромбоз позвоночных артерий

- Б) Эмболия сосудов артериального круга
- В) Патологическая извитость сосудов шеи
- Г) Все перечисленное верно +

644. Развитию геморрагического инфаркта головного мозга способствует

- А) Венозный застой +
- Б) Двойное кровоснабжение
- В) Тромбоэмболия сосудов велизиева круга
- Г) Все перечисленное верно

645. Вокруг геморрагического инфаркта головного мозга выявляется большое количество:

- А) Зернистых шаров
- Б) Лейкоцитов
- В) Глыбок гемосидерина и сидерофагов +
- Г) Сосудов

646. К ателектазу легких приводит:

- А) Пневмония
- Б) Сдавление легкого извне
- В) Обтурация бронхов +
- Г) Все перечисленное верно

647. Экссудат при стафилококковой пневмонии носит характер

- А) Геморрагический
- Б) Гнойный
- В) Некротический
- Г) Все перечисленное верно +

648. Карнификация легкого для крупозной пневмонии является

- А) Исходом
- Б) Осложнением +
- В) Проявлением
- Г) Все указанное верно

649. Очаговым пневмониям может предшествовать:

- А) Эмфизема
- Б) Острый бронхит +
- В) Пневмосклероз
- Г) Альвеолит

650. Наиболее характерная локализация изменений при аспирационной пневмонии:

- А) Верхние доли обоих легких
- Б) Нижняя доля правого легкого +
- Г) Нижняя доля левого легкого
- Д) Все перечисленное верно

651. Обнаружение в мокроте больного кристаллов Шарко-Лейдена указывает скорее всего на наличие:

- А) Бронхиальной астмы +
- Б) Абсцесса легкого
- В) Силикоза
- Г) Туберкулеза

652. Клинико-морфологическими формами силикоза являются все перечисленные, кроме:

- А) Очагового +
- Б) Узелкового
- В) Диффузно-склеротического
- Г) Опухолевидного

653 Силикотический узелок - это:

- А) Эпителиоидноклеточная гранулема
- Б) Зрелая макрофагальная гранулема
- В) Фрагмент перивенулярного кониетического лимфангита +
- Г) Все указанное не верно

654. Для обострения язвы желудка характерным является:

- А) Энтеролизация
- Б) Регенерация
- В) Лимфоплазмочитарная инфильтрация
- Г) Фибриноидный некроз +

655. Морфологическими формами аппендицита являются все перечисленные, кроме:

- А) Острого гнойного
- Б) Острого деструктивного
- В) Хронического
- Г) Крупозного +

656. Осложнения аппендицита:

- А) Перфорация
- Б) Перитонит
- В) Абсцессы печени
- Г) Все перечисленное верно +

657. Наиболее характерный гистологический признак болезни Уиппла

- А) Некроз
- Б) Макрофагальный инфильтрат +
- В) Лейкоцитоз
- Г) Все указанное не верно

658. Стадия токсической дистрофии печени

- А) Активная
- Б) Красной дистрофии +
- В) Средней тяжести
- Г) Персистирующая

659. Возможная непосредственная причина смерти при вирусном циррозе печени:

- А) Сепсис

- Б) Перитонит
- В) Печеночная недостаточность +
- Г) Профузное кишечное кровотечение

660. Наиболее характерный морфологический признак острого гломерулонефрита:

- А) Пролиферация клеток клубочка +
- Б) Фибриноидный некроз гломерулярных капилляров
- В) Фокальный склероз сосудистого полюса клубочка
- Г) Выраженное утолщение базальных мембран капилляров

661. Наиболее характерный морфологический признак подострого (быстро прогрессирующего) гломерулонефрита

- А) Гиалиновые узелки на периферии клубочковых капилляров
- Б) Утолщение базальной мембраны клубочковых капилляров
- В) Образование "полулуний" +
- Г) Интерстициальный фиброз

662. Для поражения почек при сахарном диабете характерны:

- А) Гиалиновые капли на периферии капиллярных петель +
- Б) Гиалиновое утолщение базальной мембраны капилляров
- В) Ишемический коллапс клубочков
- Г) Капиллярные некрозы

663. Заболеванием, часто осложняющимся амилоидозом почек, является:

- А) Ревматоидный артрит +
- Б) Ревматизм
- В) Гипертоническая болезнь
- Г) Цирроз печени

664. При гипертонической болезни характерны почки:

- А) Первично сморщенные +
- Б) Вторично сморщенные
- В) Неравномерно рубцовые сморщенные
- Г) Крупнобугристые сморщенные

665. К тубуло-интерстициальным поражениям при гломерулярной и сосудистой патологии почек относят:

- А) Острые и хронические гломерулопатии
- Б) Первично сморщенную почку
- В) Вторично сморщенную почку
- Г) Все перечисленное верно (+)

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

- А) Большая примесь макрофагов в инфильтрате
- Б) Фиброз интерстиция
- В) "Тиреоидизация" почки
- Г) Склероз и мононуклеарная инфильтрация чашечек и лоханки +

667. Наиболее выраженные изменения при мембранозном гломерулонефрите локализуются:

- А) Проксимальных отделах собирательных канальцев

- Б) Базальной мембране канальцев
- В) Базальной мембране капилляров клубочков
- Г) Все указанное верно +

668. Оптимальная ИГХ панель для дифференциальной диагностики немелкоклеточного рака легкого включает:

1. TTF-1 и ЦК7;
2. p63 и ЦК7;
3. TTF-1 и p40; +
4. виментин и общий цитокератин;

669. Для определения молекулярного типа рака молочной железы используется следующий минимальный набор антител:

1. ER, PR, AR, Her-2neu;
2. ER, PR, Her2-neu, Ki-67; +
3. ER, PR, AR, Ki-67;
4. ER, PR, Ki-67

670. Инфаркт лёгкого бывает

1. Белый с геморрагическим венчиком
2. Белый
3. Красный +
4. Грязно-серый

671. Макроскопическая характеристика печени при жировом гепатозе

1. Гусиная; +
2. Мускатная;
3. Саговая;
4. Бычья;

672. Липидоз – это избыточное накопление в тканях

1. липидов; +
2. белков;
3. углеводов;
4. эмболов;

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Осмотр и вскрытие тела умершего.
2. Клинико-патологоанатомический анализ.
3. Выполнение пробы на ишемию миокарда.
4. Выполнение пробы на подозрение жировую эмболию головного мозга.
5. Взвешивание отделов сердца.
6. Выполнение пробы на воздушную и жировую эмболию.
7. Забор секционного материала для проведения бактериологических, цитологических (цитогенетических), вирусологических, биохимических и других видов исследований.
8. Макроскопическое описание и диссекция после гастроэктомии при опухолях желудка.
9. Макроскопическое описание и диссекция после эндоскопической подслизистой диссекции.
10. Макроскопическое описание и диссекция после нефрэктомии.

11. Макроскопическое описание и диссекция после панкреатодуоденальной резекции
12. Макроскопическое описание и диссекция после резекции толстой кишки
13. Срочные биопсии: порядок получения, обработки и оформления документации.
14. Исследование гистологических препаратов (секционного, операционного и биопсийного материала).
15. Выбор оптимальных методов фиксации, обработки, окраски материала. Определение необходимого для диагностики числа гистологических препаратов.
16. Отбор участков гистологического препарата для микрофотографирования.
17. Определение необходимости дополнительных окрасок для постановки или уточнения патологоанатомического диагноза.
18. Определение минимальной ИГХ-панели .
19. 14. Интерпретация результатов дополнительных методов исследования.
20. Формулировка патологоанатомического диагноза, сличение его с клиническим, выявлением категорий расхождения и их оценкой.
21. Заполнение основных медицинских документов – протокола патологоанатомического вскрытия, заключительного патологоанатомического эпикриза, медицинского свидетельства о смерти.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Основы действующего законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения, директивные, нормативные, методические документы по своей специальности
2. Правовые вопросы в деятельности врача специалиста патологоанатома
3. Учение о болезни, этиологии, патогенезе, нозологии, органопатологическом, синдромологическом и нозологическом принципах в изучении болезней, патоморфозе болезней, танатогенезе
4. Общие закономерности общепатологических процессов; сущность, причины, виды дистрофии и их исходы
5. Причины и виды некрозов
6. Морфологические проявления нарушения крово- и лимфообращения ишемии, кровотечений, кровозлияний, геморрагического синдрома
7. Патологическая анатомия тромбоза, эмболий, инфарктов, тромбоэмболического синдрома, коагулопатий, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
8. Причины, фазы, виды, основные морфологические признаки, классификация воспаления и его исходы
9. Морфология гранулематозных воспалительных реакций
10. Морфологическая характеристика основных иммунопатологических процессов
11. Аутоиммунные болезни: этиология, патогенез, классификация, морфологическая характеристика. Первичные и вторичные иммунодефицитные состояния. СПИД
12. Общая морфологическая характеристика инфекционного процесса
13. Морфология реакций гиперчувствительности немедленного и замедленного типов
14. Морфологические проявления компенсаторных реакций
15. Морфология регенерации, метаплазии
16. Морфология гипертрофии, гиперплазии, атрофии, организации, инкапсуляции, заживления ран, костных переломов
17. Современные теории опухолевого роста, принципы гистогенетической классификации опухолей; гистологическая номенклатура и классификация опухолей; понятие о дисплазии, раке in situ, раннем раке
18. Методы морфологической диагностики опухолей

19. Принципы оформления патологоанатомического диагноза и заполнения медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями. Международной статистической классификации болезней и причин смерти
20. Патологическая анатомия опухолей детского возраста: дизонтогенетических, из камбиальных эмбриональных тканей и опухолей, развивающихся по типу опухолей взрослых
21. Патологическая анатомия острых и хронических лейкозов
22. Лимфогранулематоз: клиничко-морфологические формы, стадии течения, исходы и осложнения. Неходжкинские лимфомы: современная классификация, морфологическая характеристика
23. Этиология, патогенез, морфогенез и органные проявления атеросклероза
24. Патологическая анатомия пневмоний
25. Макро- и микроскопическая диагностика различных форм анемий
26. Патологическая анатомия ревматизма
27. Патологическая анатомия цирроза печени
28. Классификацию и патологическая анатомия рака желудка
29. Классификация и патологическая анатомия ишемической болезни сердца
30. Гломерулонефрит и гломерулопатии: классификация, этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы
31. Патологическая анатомия пиелонефрита
32. Тубулопатии: острая почечная недостаточность (некротический нефроз). Хронические тубулопатии обструктивного генеза (парапротеинемический нефроз, подагрическая почка): патологическая анатомия, исходы, осложнения
33. Патологическая анатомия атеросклероза аорты, почечных артерий и артерий нижних конечностей
34. Патологическая анатомия острого и хронического бронхита
35. Патологическая анатомия болезней и опухолей надпочечников
36. Патологическая анатомия болезней поджелудочной железы, острого и хронического панкреатита, сахарного диабета
37. Патологическая анатомия травмы и радиационных поражений
38. Классификация и патологическая анатомия рака легкого
39. Макро- и микроскопическая диагностика различных форм анемий
40. Патологическая анатомия бронхоэктатической болезни, абсцесса легкого, пневмосклероза и эмфиземы легкого
41. Патологическая анатомия опухолей кишечника
42. Патогенез, морфология инфаркта миокарда и стадии его развития
43. Патологическая анатомия хронического алкоголизма
44. Классификация и патологическая анатомия гипертонической болезни (сердечной, сердечно-почечной, почечной форм)
45. Патогенез и морфология бронхиальной астмы
46. Патологическая анатомия рака желчного пузыря и желчевыводящих путей
47. Врожденные и приобретенные пороки развития сердца
48. Патологическая анатомия гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
49. Патологическая анатомия нефросклероза
50. Классификация и патологическая анатомия цереброваскулярных болезней
51. Патологическая анатомия рака поджелудочной железы
52. Патологическая анатомия туберкулеза
53. Классификация и морфология кардиомиопатий
54. Патологическая анатомия перитонитов
55. Патологическая анатомия сифилиса
56. Морфология инфаркта мозга
57. Патологическая анатомия болезней кишечника: энтерита, энтеропатии, болезни Уиппла, неспецифического язвенного колита, болезни Крона

58. Морфология узловой гиперплазии предстательной железы
59. Патологическая анатомия острого и хронического аппендицита
60. Патологическая анатомия почечно-каменной болезни
61. Патологическая анатомия вирусных инфекций (корь, грипп, парагрипп, энцефалиты)
62. Морфология лимфом
63. Патологическая анатомия болезней и опухолей щитовидной железы и паращитовидных желез
64. Патологическая анатомия бактериальных инфекций (сальмонеллез, брюшной тиф, дизентерия)
65. Патологическая анатомия холециститов
66. Морфология беременности
67. Патологическая анатомия гепатита
68. Морфология трофобластической болезни
69. Патогенез, морфология инфаркта миокарда и стадии его развития
70. Клинико-морфологические формы сепсиса
71. Патологическая анатомия ревматоидного артрита
72. Морфология овариально-менструального цикла
73. Патогенез, морфология внутримозговых кровоизлияний при различных формах гипертонической болезни
74. Патологическая анатомия скарлатины, дифтерии, менингококковой инфекции
75. Морфология фиброкистозной болезни
76. Патологическая анатомия опухолей печени
77. Патологическая анатомия глистных инвазий (эхинококкоз, цистицеркоз, трихинеллез, шистосомоз)
78. Классификация и морфология пневмокониозов
79. Демиелинизирующие заболевания головного мозга: боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз. Болезнь Альцгеймера. Энцефалиты. Менингиты
80. Особо опасные и карантинные инфекции: чума, холера, оспа, сибирская язва, сальмонеллез, геморрагические лихорадки
81. Протозойные инфекции: малярия, амебиаз, балантидиаз, токсоплазмоз, пневмоцистоз

Ситуационные задачи

Ситуационные задачи

1. У женщины в постклимактерическом периоде развилось маточное кровотечение, по поводу которого было произведено диагностическое выскабливание полости матки. При микроскопическом изучении соскоба были обнаружены атипичные железистые структуры с выраженным клеточным атипизмом. Ваш диагноз по микроскопической картине?
 1. Плоскоклеточный рак
 2. Эндометриальная саркома
 3. Аденокарцинома тела матки
 4. Аденоакантома
 5. Лейомиосаркома
2. У женщины 26 лет, во время диспансеризации выявлена эрозия шейки матки. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании обнаружены: деструкция покровного эпителия, густая инфильтрация тканей шейки матки лимфоидными и плазматическими клетками, явления пролиферативного васкулита. Ваш наиболее вероятный диагноз.
 1. Микоз
 2. Истинная эрозия
 3. Сифилис
 4. Псевдоэрозия
3. Микроскопическое исследование створок митрального клапана больного, погибшего в результате обострения ревматизма, показало, что в них имеются участки гомогенизации коллагеновых волокон, обладающие повышенной эозинофилией и дающие положительную

реакцию на фибрин. Метакромазия при окраске толуидиновым синим не выражена. На основании перечисленного в клапане имеет место:

1. Дистрофическое обызвествление
2. Ослизнение
3. Ожирение

4. Фибриноидное набухание

5. Мукоидное набухание

4. Под слизистой оболочкой матки расположены множественные шарообразные белесоватые узлы, четко отграниченные от окружающей ткани. Микроскопически узлы построены из пучков, состоящих из гладкомышечных элементов со слабыми явлениями тканевого атипизма. Указанная картина характерна для:

1. Субмукозной лейомиомы
2. Субмукозной лейомиосаркомы
3. Субмукозной нейрофибросаркомы

5. У больного 38 лет одиночный лимфоузел в подключичной области. Симптомов интоксикации нет. Рисунок лимфатического узла на большом протяжении стерт, ткань его представлена малыми лимфоцитами, единичными плазмочитами и эозинофилами. В небольшом количестве обнаруживаются крупные одно-, двух- и многоядерные клетки с крупным ядрышком. Ваш диагноз:

1. Болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание
2. Диффузная гиперплазия ткани лимфатического узла
3. Болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип
4. Хронический лимфаденит
5. Диффузная злокачественная неходжкинская лимфома

6. У больного некротический гингивит и тонзиллит. На коже множественные кровоизлияния. В периферической крови 100000 лейкоцитов в 1 мкл, среди которых 90% составляют незрелые клетки, не поддающиеся цитохимической идентификации. Наиболее вероятный диагноз:

1. Лимфобластный лейкоз
2. Миелобластный лейкоз
3. Недефференцированный лейкоз
4. Миеломная болезнь
5. Эритролейкоз

7. На вскрытии выявлена картина перитонита. В подвздошной кишке, в центре некротизированных пейеровых бляшек, обнаружены язвы с неровными краями. В дне одной из них сквозное отверстие. Микроскопически в краях не полностью некротизированных бляшек обнаружена пролиферация ретикулярных клеток. Наиболее вероятный диагноз:

1. Неспецифический язвенный колит
2. Туберкулез кишки
3. Брюшной тиф
4. Дизентерия (шигеллез)
5. Амебиаз

8. У внезапно умершего при вскрытии в стволе легочной артерии обнаружены неспаянные со стенкой плотные кровяные массы фиолетового и серовато-красного цвета в виде тонких жгутов, не соответствующих просвету ствола легочной артерии. Обнаруженные массы называются:

1. Тромбами
2. Тромбоэмболами
3. Свертками крови
4. Метастазами

9. В ткани печени обнаружено округлое образование диаметром 5 см. Микроскопически: в центре — некротические массы, вокруг них — грануляционная ткань с наличием плазматических, лимфоидных клеток и кровеносных сосудов с явлениями васкулита. Ваш диагноз:

1. Абсцесс
2. Туберкулома
3. Гепатома
4. Гумма
5. Киста

10. У тучной больной 70 лет, страдающей сахарным диабетом и погибшей от ишемического инфаркта головного мозга, на вскрытии обнаружена большая дряблая желтая печень. Микроскопически в островках поджелудочной железы – гомогенные розовые массы.

Выберите положения, верные для данной ситуации:

1. Макроскопический вид печени характерен для амилоидоза.
2. Макроскопический вид печени характерен для жировой дистрофии.
3. В островках поджелудочной железы может быть обнаружен амилоид.
4. Для верификации процесса в поджелудочной железе необходима окраска Конго красным.
5. В артериолах и мелких артериях многих органов выявлен гиалиноз.

11. Больной 55 лет страдал хронической ишемической болезнью сердца на фоне атеросклероза. Умер от хронической сердечной недостаточности. На вскрытии обнаружено «тигровое сердце». Выберите признаки, характерные для «тигрового сердца»:

1. Размеры сердца уменьшены.
2. Камеры сердца растянуты.
3. Значительное увеличение жировой клетчатки под эпикардом.
4. На разрезе миокард бурого цвета.
5. Под эндокардом на сосочковых мышцах видна желто-белая исчерченность

12. Больная 67 лет, длительно страдавшая атеросклерозом мезентериальных сосудов, поступила в хирургическое отделение с симптомами острого живота. При лапаротомии петли тонкой кишки с выраженными некротическими изменениями. Выберите положения, справедливые для данной ситуации:

1. Процесс в кишке можно назвать влажной гангреной.
2. Процесс в кишке можно назвать пролежнем.
3. Стенка кишки набухшая, багрово-черного цвета на серозной оболочке – фибриновые наложения.
4. Наиболее вероятная причина развития некроза - тромбоз верхней мезентериальной артерии.
5. В развитии данной формы некроза наличие кишечной флоры роли не играет.

13. 65-летняя женщина при падении сломала бедренную кость. Умерла на 3-и сутки при явлениях прогрессирующей дыхательной недостаточности и спутанного сознания. Эти изменения, вероятнее всего, возникли в связи со следующими изменениями:

1. Эпидуральная гематома.
2. Аспирационная пневмония.
3. Жировая эмболия.
4. Тромбоэмболия легочной артерии.
5. Геморрагический инфаркт легкого.

14. Больной погиб в третичном периоде сифилиса от разрыва аневризмы аорты. На вскрытии обнаружен также очаг воспаления в печени, характерный для этого периода сифилиса.

Выберите положения, справедливые для аневризмы аорты в данной ситуации:

1. Локализуется в брюшном отделе аорты.
2. Интима имеет вид шагреновой кожи.
3. Вид интимы связан с атеросклеротическими бляшками.
4. Развитие аневризмы связано с врожденным дефектом эластических волокон.
5. Часто сопровождается развитием порока аортальных клапанов.

15. У ребенка 12 месяцев обнаружено отставание роста, незаращение родничков, деформация грудной клетки, утолщение ребер на границе костной и хрящевой ткани. Причиной нарушения минерального обмена у данного ребенка является

1. Гиповитаминоз А
2. Гиповитаминоз В

3. Гипервитаминоз Д

4. Гиповитаминоз С

5. Гиповитаминоз Д

16. У внезапно умершего при вскрытии в стволе легочной артерии обнаружены неспаянные со стенкой плотные кровяные массы фиолетового и серовато-красного цвета в виде тонких жгутов, не соответствующих просвету ствола легочной артерии. Обнаруженные массы называются:

1. Тромбами
2. Тромбоэмболами
3. Свертками крови
4. Метастазами

17. При наличии у умершего гноящейся раны бедра и регионарного тромбофлебита обнаружены множественные гнойники в органах. Гнойный процесс в данном случае распространен:

1. Лимфогенно
2. Гематогенно
3. Каналикулярно
4. Контактным

18. У больного 35 лет лимфоузлы резко увеличены, располагаются пакетами, не спаяны между собой, на разрезе серого цвета. Гистологически: мономорфная картина, представленная клетками типа В-лимфоцитов. Эта клиническая картина наблюдается при:

1. хроническом лимфолейкозе
2. лимфогранулематозе
3. хроническом миелолейкозе
4. хроническом неспецифическом лимфадените
5. инфекционном мононуклеозе

19. Ребенок 8 лет погиб во время автокатастрофы. В анамнезе каких-либо заболеваний отмечено не было. При вскрытии обнаружены очаги казеозного некроза бронхопульмональных лимфоузлов. Указанную картину в диагнозе следует обозначить как:

1. первичный туберкулез
2. туберкулезный лимфаденит
3. рост первичного аффекта
4. гематогенную генерализацию первичного туберкулеза
5. вторичный туберкулез

20. На вскрытии обнаружена картина диффузного остеопороза с очагами деструкции костной ткани. В костном мозге имеется пролиферация атипических плазматических клеток. В почках – скопления амилоидных масс в строме пирамид, в клубочках, в просветах канальцев – белковые цилиндры. Речь идет о:

1. миелолейкозе
2. миеломной болезни
3. макроглобулинемии
4. эритремии
5. лимфолейкозе

21. На вскрытии обнаружена флегмона слепой кишки при неизменном червеобразном отростке. В слизистой оболочке кишки – крупная язва с грязным зеленовато-желтым дном и подрытыми краями. Указанная картина характерна для:

1. опухоли
2. амебиаза
3. неспецифического колита
4. болезни Крона
5. дизентерии

22. У больного 40 лет обнаружен конгломерат лимфатических узлов в подмышечных, надключичных и правой паховой областях. Температура тела 38,0 С в течение нескольких недель, потеря массы тела более 10%. При микроскопическом исследовании в лимфоузле –

замещение волокнистой фиброзной тканью. Клеточных элементов мало. Среди них крупные, одноядерные (с симметрично расположенными ядрами) и полиморфные многоядерные клетки. Наиболее вероятна:

1. Лимфома Ходжкина, смешанный тип
2. Лимфома Ходжкина лимфоцитарное истощение
3. Неходжкинская злокачественная лимфома
4. Лимфома Ходжкина, нодулярный склероз
5. Лимфома Ходжкина, лимфоцитарное преобладание

23. Больной длительно страдал гипертонической болезнью с преимущественным поражением головного мозга и почек. Умер при явлениях хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены маленькие плотные почки с мелкозернистой поверхностью. Все положения верны в отношении приведенной ситуации, за исключением:

1. Артериолосклеротический нефросклероз.
 2. Первично-сморщенные почки.
 3. В артериолах почки и головного мозга - гиалиноз.
 4. Изменения артериол и мелких артерий развились вследствие фибриноидного некроза.
24. Больная 38 лет длительно страдала ревматическим пороком сердца (преобладание стеноза левого атриовентрикулярного отверстия). В течение последних месяцев - нарастающая одышка, кашель с ржавой мокротой. Смерть наступила внезапно от массивного желудочного кровотечения. На вскрытии в желудке - множественные эрозии и язвы. Выберите положения, верные в данной ситуации.

1. В легких обнаружена бурая индурация.
2. Цвет легких можно объяснить развитием местного гемосидероза.
3. Идентифицировать пигмент в легких можно с помощью гистохимической реакции Перлса.
4. Дно эрозий и язв окрашено в зеленоватый цвет.

25. У больного, страдающего приступообразными болями в суставах рук и ног, обнаружена гиперурикемия и гиперурикурия. Все перечисленные изменения могли быть обнаружены в биоптате околосуставной ткани, за исключением:

1. Отложения фосфорнокислого кальция.
2. Отложения мочекислового натрия.
3. Скопления гигантских клеток инородных тел.
4. Массивного разрастания соединительной ткани.
5. Некроза тканей.

26. При вскрытии, проведенном на 3-и сутки после смерти больного инфарктом миокарда, макроскопически были обнаружены выраженные признаки аутолиза во всех органах, что затрудняло подтверждение клинического диагноза. Какой критерий можно использовать для дифференциальной диагностики между некрозом и посмертным аутолизом?

1. Кариолизис.
2. Плазморексис.
3. Плазмолизис.
4. Демаркационное воспаление.
5. Кариорексис.

27. Больной 19 лет страдал менингококкемией, осложнившейся развитием эндотоксического шока с присоединением ДВС-синдрома. Отмечались признаки легочной, почечной и сердечной недостаточности. На вскрытии, вероятнее всего, обнаружены следующие изменения:

1. Во внутренних органах - дистрофия и фокусы некроза.
2. В головном мозге - стазы, тромбы в капиллярах, диапидезные кровоизлияния, мелкие кровоизлияния.
3. Острая почечная недостаточность связана с развитием некроза эпителия проксимальных и дистальных канальцев (некротический нефроз).
4. Острая легочная недостаточность связана с фибринозной пневмонией.
5. В полостях сердца, крупных сосудах - многочисленные тромбы.

28. Больной госпитализирован в клинику в связи с болезненным округлым флюктуирующим очагом в ягодичной области на месте инъекции магнесии. При поступлении лихорадка (до 40 °С), лейкоцитоз - $20 \cdot 10^9/\text{л}$. При разрезе из очага выделилось сливкообразное содержимое. Вскоре появились боли в поясничной области, пиурия. Поставлен диагноз: септикопиемия. Выберите положения, верные приданной ситуации.

1. В ягодичной области - очаговое гнойное воспаление.
2. Название очага - «абсцесс».
3. Лихорадка, лейкоцитоз - реакция острой фазы воспаления, связанная с медиаторами, выделяемыми ПЯЛ.
4. Расплавление ткани в центре абсцесса связано с действием лизосомальных ферментов ПЯЛ.

29. Больной, страдавший злокачественной формой гипертонической болезни, погиб от уремии. В терминальной стадии прослушивался шум трения перикарда. На вскрытии, кроме прочего, обнаружен катаральный серозный гастрит. Выберите положения, верные в данной ситуации.

1. Шум трения перикарда обусловлен фибринозным перикардитом.
2. Макроскопический вид сердца - «панцирное сердце».
3. В желудке полнокровие, складки набухшие, покрыты большим количеством мутного экссудата, стекающего с поверхности.
4. Изменения в сердце, желудке связаны с выделением токсинов серозными и слизистыми оболочками при уремии.
5. Фибринозный перикардит носит дифтеритический характер.

30. Больной раком желудка с множественными метастазами умер от раковой кахексии.

Какие изменения с наибольшей долей вероятности могли быть обнаружены на вскрытии?

1. Бурая атрофия миокарда.
2. Бурая индурация легких.
3. Печень увеличена, дряблой консистенции, желтого цвета.
4. В эпикарде увеличено количество жировой клетчатки.
5. Поперечные мышцы бурого цвета за счет накопления липофусцина.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена размещен на сайте Института.

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «не зачтено» –70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценка «зачтено» означает успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «не зачтено» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними

самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

№	Основная литература:	Электронный адрес ресурса
1	Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание. под ред. А. Г. Чучалина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001507246
2	Патологическая анатомия : в 2 томах : учебник для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлениям подготовки 31.05.01 "Лечебное дело", 31.05.02 "Педиатрия", 31.05.03 "Стоматология" / под редакцией В. С. Паукова. — 3-е изд., перераб. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, Издается с 2022г. — ISBN 978-5-9704-7094-7.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001597779
3	Патологическая анатомия [Текст: Электронная копия] : в 2 томах : учебник для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлениям подготовки 31.05.01 "Лечебное дело", 31.05.02 "Педиатрия", 31.05.03 "Стоматология" / под редакцией В. С. Паукова ; Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет). — 3-е изд., перераб. Т. 1 : Общая патология. — 2021 г	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001598454
4	Зайратьянц О. В., Тарасова Л. Б., Рябоштанова Е. И., Зотова Л. А., Бойков С. П., Колонтарев Б. А., Опаленов К. В., Бойков К. А., Тарасов К. В., Швец Н. А., Токмаков А. М. Патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям : учебное пособие для студентов образовательных организаций высшего профессионального образования, обучающихся по специальности "Лечебное дело" по дисциплине "Патологическая анатомия" / О. В. Зайратьянц, Л. Б. Тарасова, Е. И. Рябоштанова [и др.]. — 2-е изд., испр. и доп. — 2021 г.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001598455
5	Зайратьянц О. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов : справочник / О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский. — 2-е изд., перераб. и доп. — 2011 г. Шифр: А4-9563	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001403985
	Дополнительная литература	
6	Струков А. И. Патологическая анатомия : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплинам "Патологическая анатомия", "Клиническая патологическая анатомия" / А. И. Струков, В. В. Серов. — 6-е изд. — 2015 г.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001594966
7	Серов В. В. Патологическая анатомия : Атлас : Учеб. пособие для студентов мед. ин-тов / В. В. Серов, Н. В. Ярыгин, В. С. Пауков. — М. : Медицина, 1986 г. — 368 с. : ил.. — (Учебная литература для студентов медицинских институтов).	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001121449
8	Струков А. И. Патологическая анатомия : учебник для студентов высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.62 "Лечебное дело" по дисциплинам "Патологическая анатомия", "Клиническая патологическая анатомия" / А. И. Струков, В. В.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001413631

	Серов. — 6-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015 г. — 878 с. : ил., табл., цв. ил. ; 25 см. — ISBN 978-5-9704-3551-9. Шифр: В-7441	
9	Зайратьянц О. В., Бойкова С. П., Зотова Л. А., Колонтарев Б. А., Мальков П. Г., Миринова Л. Г., Рябоштанова Е. И., Смольяникова В. А., Тарасова Л. Б. Патологическая анатомия : атлас : учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело", 060103.65 "Педиатрия", 060105.65 "Медико-профилактическое дело", 060201.65 "Стоматология" по дисциплине "Патологическая анатомия" / [авт. коллектив: Зайратьянц Олег Вадимович и др.]. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014 г. — 960 с. : ил. ; 30 см. — ISBN 978-5-9704-2780-4. Шифр: Г-3570	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001341161
10	Зайратьянц О. В., Тарасова Л. Б., Рябоштанова Е. И., Зотова Л. А., Колонтарев Б. А., Опаленов К. В., Тарасов К. В., Бойков К. А., Швец Н. А., Токмаков А. М. Частная патологическая анатомия : руководство к практическим занятиям по патологической анатомии для студентов лечебного факультета / [коллектив авт.: О. В. Зайратьянц и др.]. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — Москва : Новик, 2013 г. — 403 с. : ил. ; 20 см. — (Патологическая анатомия). — ISBN 978-5-904383-23-7. Шифр: А5-2358	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001332850
11	Пауков В. С. Патологическая анатомия : атлас : учебное пособие для студентов образовательных организаций высшего профессионального образования, обучающихся по направлению подготовки "Лечебное дело" по дисциплине "Патологическая анатомия" / В. С. Пауков, В. В. Серов, Н. Е. Ярыгин. — Москва : Медицинское информационное агентство, 2015 г. — 392 с. : цв. ил. ; 21 см. — ISBN 978-5-9986-0226-9. Шифр: А5-4787	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001415395
12	Шевченко Н. И. Патологическая анатомия : учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений / Н. И. Шевченко, Ж. И. Муканова. — Москва : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005 г. — 285 с. ; 23 см. — (Конспекты лекций для медицинских вузов). — ISBN 5-305-00143-9 (в пер.). Шифр: Б2-3297	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000591529
13	Кумар В., Аббас А. К., Фаусто Н., Астер Д. К. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану : перевод с английского : [в 3 томах] / Винай Кумар [и др.]. — Москва : Логосфера, Издается с 2016г. — 28 с. — ISBN 978-1-4160-3121-5.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001445563
14	Е-копия. Многотомник Кумар В., Аббас А. К., Фаусто Н., Астер Д. К. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану : перевод с английского : [в 3 томах] / Винай Кумар [и др.]. — Издается с 2016г.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001567988
15	Е-копия. Книга. Цифровая таблица. Экзаменационный лист Клатт Э. К. Атлас патологии Роббинса и Котрана : перевод с английского / Эдвард К. Клатт, проф.. — 2010 г. Шифр: Г-3151	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001504207
16	Порядин Г. В. Общая патология (патологическая анатомия, патологическая физиология). История становления и развития / Г. В. Порядин, Ю. В. Балякин, Ж. М. Салмаси. — Москва : Литтерра, 2018 г. — 255 с. : портр. ; 21 см. — ISBN 978-5-4235-0313-0. Шифр: А5-8089	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001498086
17	Балалыкин Д. А. Натурфилософия и принципы общей патологии в системе Галена (на примере трактата "Искусство медицины"). Часть 2. = Natural philosophy and principles of general pathology in the Galen system (as exemplified by the "Ars medica" treatise). Part 2 / Д. А. Балалыкин // История медицины : Научно-практический журнал / Первый МГМУ им. И. М. Сеченова. — 2015. — Т. 2, № 2. — С. 271-281.	https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001422427

1 8	Саркисов Д. С. Общая патология - теоретический фундамент медицины = General pathology - theoretical ground of medicine / Д. С. Саркисов // Вестник Российской Военно-медицинской академии : Научно-практическое издание / Российская Военно-медицинская академия. — 1999. — № 1. — С. 40-43.	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0000444768
1 9	Болевич С. Б. Молекулярные механизмы в патологии человека : руководство для врачей / С. Б. Болевич, В. А. Войнов. — Москва : Мед. информ. агентство, 2012 г. — 206 с. : ил. ; 24 см. — ISBN 978-5-9986-0092-0. Шифр: В-6597	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0001257483
2 0	Паклина О. В., Чекмарева И. А., Туманова Е. Л., Сетдикова Г. Р. Характеристика фиброза при хроническом панкреатите = Characteristics of fibrosis in chronic pancreatitis / О. В. Паклина [и др.] // Архив патологии : Научно-практический журнал / Рос. академия медицинских наук, Рос. общество патологоанатомов. — 2009. — Т. 71, № 3, май-июнь. — С. 7-12.	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0000753017
2 1	Сетдикова Г. Р. Морфогенез и дифференциальная диагностика ампулярных и периапулярных карцином гепато-панкреатодуоденальной зоны : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук : код специальности 14.03.02 Патологическая анатомия / Сетдикова Галия Равиловна. — Москва, 2018 г. — 41 с. : ил. ; 21 см. Шифр: 03-41744	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0001522472
2 2	Паклина О. В. Патоморфологическая и лучевая диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы / О. В. Паклина, Г. Г. Кармазановский, Г. Р. Сетдикова. — Москва : Видар-М, 2014 г. — 181 с. : ил. ; 28 см. — ISBN 978-5-88429-191-1. Шифр: В-7112	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0001378576
2 3	Институт морфологии человека РАМН : к 100-летию со дня рождения основателя Научно-исследовательского института морфологии человека РАМН акад. АМН СССР А. П. Авцына / под ред. чл.-кор. РАМН Л. В. Кактурского, проф. О. В. Макаровой. — Москва : МДВ, 2008 г. — 310 с. : фот. ; 24 см. — ISBN 978-5-91629-003-5. Шифр: Б2-4742	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0000731345
2 4	Лилли Р. Патологистологическая техника и практическая гистохимия : пер. с англ. / Р. Лилли. — 1969 г. Шифр: В-1555	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0001571376
2 5	Семченко В. В., Барашкова С. А., Ноздрин В. И., Артемьев В. Н. Гистологическая техника : учебное пособие для студентов медицинских вузов и сузов / В. В. Семченко [и др.]. — [3-е изд., доп. и перераб.]. — Омск ; Орел : Омская обл. тип., 2006 г. — 289 с. : ил. ; 20 см. — ISBN 5-87367-025-0. Шифр: А4-3121	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0000595481
2 6	Петров С. В., Райхлин Н. Т., Ахметов Т. Р., Букаева И. А., Вибберг М. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека = Manual on immunohistochemical diagnostics of human tumors / [авт. коллектив: Петров С. В. и др.]. — 4-е изд., доп. и перераб. — Казань : [б. и.], 2012 г. — 623 с. : ил. ; 27 см. — ISBN 978-5-85247-559-6. Шифр: В-6575	https://emll.ru/find?idb=17 &ID=RUCML-BIBL- 0001255454

