

Экзаменационные тесты для интернов патологоанатомов

К альтерации относятся:

1. опухолевый рост.
2. регенерация.
3. -дистрофия.
4. атрофия.
5. -некроз.

К механизмам развития дистрофий относятся:

1. -инфильтрация.
2. пролиферация.
3. агрегация.
4. -фанероз.
5. оссификация.

Среди механизмов развития дистрофий различают:

1. -декомпозицию.
2. некроз.
3. аккомодацию.
4. -извращенный синтез.
5. регенерацию.

Паренхиматозные диспротеинозы классифицируют на:

1. -общие и местные.
2. -приобретенные и наследственные.
3. углеводные и жировые.
4. минеральные.
5. острые и хронические.

К белковым паренхиматозным дистрофиям относятся:

1. -гидропическая.
2. жировая.
3. -роговая.
4. метаплазия.
5. метаболическая.

К паренхиматозным диспротеинозам относятся:

1. мукоидное набухание.
2. -роговая дистрофия.
3. амилоидная дистрофия.
4. гиалиноз.
5. -гиалиново-капельная дистрофия.

Среди перечисленных белковых дистрофий укажите только паренхиматозные:

1. мукоидное набухание.
2. амилоидоз.
3. -гидропическая дистрофия.
4. -лейкоплакия.
5. фибриноидное набухание.

В исходе гиалиново-капельной дистрофии в клетке может возникнуть:

1. -фокальный коагуляционный некроз.
2. -тотальный коагуляционный некроз.
3. фокальный колликвационный некроз.
4. тотальный колликвационный некроз.
5. баллонная дистрофия.

Образование телец Мэллори характерно для:

1. роговой дистрофии.
2. баллонной дистрофии.
3. лейкоплакии.
4. -гиалиново-капельной дистрофии.
5. жировой дистрофии.

Последствием гиалиновокапельной дистрофии почечных канальцев может быть:

1. глюкозурия.
2. -протеинурия.
3. гипергликемия.
4. -цилиндрурия.
5. гиперпротеинемия.

К проявлениям гидропической дистрофии относятся:

1. -водяночная дистрофия.
2. гиалиново-капельная дистрофия.
3. амилоидная дистрофия.
4. гиперкератоз.
5. -баллонная дистрофия.

К проявлениям роговой дистрофии относятся:

1. тирозиноз.
2. липидоз.
3. -ихтиоз.
4. -лейкоплакия.
5. метаплазия.

К наследственным дистрофиям, связанным с нарушением обмена аминокислот, относятся:

1. сфингомиелинлипидоз.
2. -цистиноз.
3. амилоидоз.
4. -фенилкетонурия.
5. муковисцидоз.

К проявлениям паренхиматозных липидозов относятся:

1. саговая селезенка.
2. сальная селезенка.
3. -тигровое сердце.
4. мускатная печень.
5. -гусяная печень.

Жировая дистрофия гепатоцитов бывает:

1. нитевидной.
2. шаровидной.
3. -мелкокапельной.
4. -крупнокапельной.
5. отрубевидной.

Где в почках выявляются липиды при паренхиматозной жировой дистрофии:

1. в клубочках.
2. -в канальцах.
3. в строме.
4. в сосудах.
5. в лоханке.

При муковисцидозе преимущественно нарушается:

1. белковый обмен.
2. -углеводный обмен.
3. жировой обмен.
4. минеральный обмен.
5. обмен витаминов.

Укажите возможную локализацию лейкоплакии:

1. кисти рук.
2. стопы.
3. туловище.
4. -придаточные пазухи носа.
5. -полость рта.

Отметьте, какие вещества синтезируются фибробластами:

1. жиры.
2. -коллаген.
3. альбумины.
4. глобулины.
5. -гликозамингликаны.

В каких структурах почек преимущественно откладывается амилоид:

1. -в стенке сосудов.
2. -в капиллярных петлях и мезангии клубочков.
3. -в базальных мембранах канальцев.
4. в цитоплазме нефротелия.
5. -в строме органа.

При мукоидном набухании в основном веществе соединительной ткани:

1. -накапливаются гликозамингликаны.

2. накапливается соляная кислота.
3. накапливаются альдегиды.
4. -развиваются процессы гидратации, набухания.
5. исчезает феномен метахромазии.

Характеристика ожирения сердца при тучности:

1. жировая ткань разрастается преимущественно под эндокардом.
2. -под эпикардом.
3. -она прорастает строму миокарда.
4. накапливается в цитоплазме мышечных клеток.
5. -мышечные клетки подвергаются атрофии.

Феномен метахромазии возникает:

1. в очагах фибриноидного набухания.
2. -в очагах мукоидного набухания.
3. при накоплении в тканях жировых веществ.
4. -при накоплении в очагах мукоидного набухания хромотропных веществ.
5. в очагах гиалиноза.

Охарактеризуйте фибриноидное набухание:

1. является поверхностной и обратимой дезорганизацией.
2. -является глубокой и необратимой дезорганизацией.
3. -характеризуется деструкцией основного вещества и волокон.
4. характеризуется феноменом метахромазии.
5. -характеризуется резким повышением сосудисто-тканевой проницаемости.

Где выпадают амилоидные массы при периретикулярном амилоидозе?

1. -по ходу мембран сосудов.
2. по ходу коллагеновых волокон.

3. -по ходу мембран желез.
4. в паренхиме внутренних органов.
5. -в ретикулярной строме паренхиматозных органов.

Амилоидная кардиомегалия характеризуется отложением амилоида:

1. -под эндокардом.
2. цитоплазме кардиомиоцитов.
3. -в строме и сосудах миокарда.
4. в нервных волокнах.
5. -по ходу сосудов в эпикарде.

Охарактеризуйте мукоидное набухание:

1. -это поверхностная дезорганизация соединительной ткани.
2. это глубокая дезорганизация соединительной ткани.
3. -это обратимая дезорганизация соединительной ткани.
4. это необратимая дезорганизация соединительной ткани.
5. характеризуется отсутствием феномена метахромазии.

Назовите основные варианты общего ожирения:

1. гипертонический.
2. гиперлипидемический.
3. -гипертрофический.
4. -гиперпластический.
5. гиперстенический.

Как следует из определения, конкременты это:

1. плотные образования, интимно связанные с тканями.
2. рыхлые образования, свободно лежащие в тканях.
3. -плотные образования, свободно лежащие в протоках или полостных органах.

4. наличие солей кальция в организме.
5. интерстициальный кальциноз.

Бурая атрофия печени сопровождается нарушением обмена:

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

Назовите наследственные системные меланозы:

1. гемомеланоз.
2. карциноидный синдром.
3. меланома.
4. витилиго.
5. -пигментная ксеродерма.

Нарушение обмена меди характерно для:

1. болезни Деркума.
2. -болезни Вильсона-Коновалова.
3. болезни Гоше.
4. болезни Гирке.
5. болезни Иценко-Кушинга.

Укажите пигменты, образующиеся в результате физиологического распада эритроцитов и гемоглобина:

1. гематины.
2. -ферритин.
3. меланин.

4. -гемосидерин.

5. -билирубин.

К процессам, отражающим нарушение обмена протеиногенных пигментов, относятся:

1. -меланоз.

2. кальциноз.

3. лейкоплакия.

4. -альбинизм.

5. -лейкодермия.

Нарушение обмена нуклеопротеидов наблюдается при:

1. -мочекаменной болезни.

2. желчнокаменной болезни.

3. -подагре.

4. каловых камнях.

5. желтухах.

Укажите гемоглобиногенные пигменты, которые не содержат железо:

1. гемосидерин.

2. -билирубин.

3. солянокислый гематин

4. -порфирин.

5. липофусцин.

Известковые метастазы встречаются при:

1. -разрушении костей опухолью.

2. -избытке паратгормона.

3. избытке кальцитонина.

4. -гиперпаратиреоидной дистрофии.

5. -отравлении организма сулемой.

Укажите пигменты, накапливающиеся в легких при экстраваскулярном гемолизе:

1. липофусцин.
2. -гемосидерин.
3. -ферритин.
4. адренохром.
5. гемин.

К формам обызвествления относятся:

1. -дистрофическое.
2. -метастатическое.
3. дисгормональное.
4. анаболическое.
5. -метаболическое.

Причиной инфаркта может стать:

1. оссификация.
2. -ангиоспазм.
3. петрификация.
4. -тромбоз.
5. -эмболия.

Выделите клинико-морфологические формы некроза:

1. паранекроз.
2. некробиоз.
3. -секвестр.
4. киста.
5. -гангрена.

Выделите процессы, характерные для некроза клетки:

1. гемохроматоз.
2. -кариопикноз.
3. гиалиноз.
4. -цитолиз.
5. -плазмолиз.

К микроскопическим признакам некроза относятся:

1. мейоз.
2. митоз.
3. -плазморексис.
4. плазмокинез.
5. -плазмолиз.

Назовите виды некроза в зависимости от механизма действия патогенного фактора:

1. сухой.
2. влажный.
3. -прямой.
4. -непрямой.
5. фибриноидный.

В цитоплазме клеток при некрозе происходят следующие изменения:

1. полимеризация нуклеиновых кислот.
2. -денатурация белков.
3. -коагуляция белков.
4. синтез РНК.
5. -плазморексис.

Назовите причины непрямого некроза:

1. -ангиоспазм.
2. -эмболия сосуда.
3. действие токсинов.
4. механическая травма.
5. -нарушения нервной трофики в ткани.

В ядре клетки при некрозе возникают следующие изменения:

1. -конденсация хроматина.
2. -деполимеризация нуклеиновых кислот.
3. синтез гликогена.
4. кариокинез.
5. -кариопикноз.

Творожистый некроз при туберкулезе является:

1. -прямым.
2. непрямым.
3. -коагуляционным.
4. колликвационным.
5. фибриноидным.

Изменения межклеточного вещества при некрозе включают:

1. -ослизнение ткани.
2. полимеризация глюкозаминогликанов.
3. плазмолиз.
4. -эластолиз.
5. -фибриноидный некроз.

В развитии инфаркта большое значение имеют такие факторы, как:

1. -тромбоз артерий.
2. сенсбилизация.
3. гипофункция органа.
4. -функциональное перенапряжение органа.
5. -недостаточное коллатеральное кровообращение.

Компрессионное малокровие развивается при:

1. -сдавлении артерии опухолью.
2. сдавлении вены опухолью.
3. тромбозе артерии.
4. тромбозе вены.
5. удалении асцитической жидкости.

В селезенке при хроническом венозном застое развивается:

1. бурая индурация.
2. -цианотическая индурация.
3. мускатная селезенка.
4. сальная селезенка.
5. саговая селезенка.

Скопление свернувшейся крови в ткани при сохранении тканевых элементов называется:

1. гематомой.
2. -геморрагическим пропитыванием.
3. -геморрагической инфильтрацией.
4. петехиями.
5. экхимозами.

Для эксикоза характерны следующие признаки:

1. отеки нижних конечностей.

2. -запавшие щеки.
3. -темная густая кровь.
4. внутренние органы увеличены.
5. асцит.

Печень при хроническом венозном полнокровии:

1. -увеличена.
2. уменьшена.
3. ткань бурого цвета.
4. ткань синюшного цвета с белым крапом.
5. -ткань серо-желтого цвета с темно-красным крапом.

Различают следующие основные формы недостаточности лимфатической системы:

1. воспалительная.
2. -механическая.
3. -динамическая.
4. коллатеральная.
5. -резорбционная.

Для мускатной печени при микроскопическом исследовании характерно:

1. избирательное полнокровие по периферии дольки.
2. -избирательное полнокровие в центре долек.
3. -кровоизлияния в центре долек.
4. -гибель гепатоцитов в центре долек.
5. гипертрофия гепатоцитов в центре долек.

Для стаза характерно:

1. усиление тока крови.
2. -замедление тока крови.

3. -агрегация эритроцитов.
4. гемолиз эритроцитов.
5. свертывание крови.

В зависимости от заболевания или патологического процесса, вызвавших отек, выделяют следующие его разновидности:

1. -сердечные.
2. мозговые.
3. -почечные.
4. печеночные.
5. легочные.

При хроническом венозном полнокровии в легких возникает:

1. гемомеланоз.
2. -гемосидероз и склероз.
3. цианатическая индурация.
4. гемохроматоз и склероз.
5. -бурая индурация.

Причиной мускатной печени может стать:

1. тромбоз воротной вены.
2. -облитерирующий тромбофлебит вен печени.
3. -тромбоз вен печени.
4. тромбоз печеночной артерии.
5. сдавление воротной вены опухолью.

Хронический застой лимфы может привести к:

1. -слоновости.
2. -гипоксии тканей.

3. гемомеланозу.
4. -склерозу.
5. амилоидозу.

При остром общем венозном полнокровии наблюдаются:

1. -плазморрагии.
2. -отеки.
3. метроррагии.
4. -стазы.
5. -диапедезные геморрагии.

При обтурации печеночных вен возникает:

1. вакатная гиперемия.
2. -венозная гиперемия печени.
3. -мускатная печень.
4. гемохроматоз.
5. амилоидоз.

С наличием хронического венозного полнокровия связано возникновение:

1. -отеков.
2. шока.
3. гемомеланоза.
4. -гипоксии.
5. -склероза.

С внутренней лимфореей связано развитие:

1. мускатной печени.
2. бурой индурации легких.
3. -хилезного асцита.

4. -хилоторакса.

5. гемоторакса.

При длительной ишемии развивается:

1. -атрофия паренхимы органа.

2. гиперплазия паренхимы.

3. атрофия стромы.

4. -гиперплазия фибробластов.

5. -склероз.

В зависимости от причин и условий возникновения, различают следующие виды малокровия:

1. нейропаралитическое.

2. -ангиоспастическое.

3. -обтурационное.

4. -компрессионное.

5. коллатеральное.

При обтурации просвета воротной вены возникает:

1. мускатная печень.

2. бурая индурация печени.

3. синдром Бадда-Киари.

4. -венозное полнокровие тонкой кишки.

5. -венозное полнокровие селезенки.

В почках при хроническом венозном полнокровии развивается:

1. бурая индурация.

2. -цианотическая индурация.

3. амилоидоз.

4. мускатный цирроз.

5. бурое уплотнение.

Плоскостные кровоизлияния в коже называются:

1. петехиями.
2. экхимозами.
3. -кровоподтеками.
4. гематомой.
5. геморрагическим пропитыванием.

К благоприятным исходам тромбоза относятся:

1. -асептический аутолиз.
2. септический аутолиз.
3. тромбэмболия.
4. тромбобактериальная эмболия.
5. -организация.

По локализации выделяют следующие виды инфаркта миокарда:

1. субхордальный.
2. -субэндокардиальный.
3. -субэпикардиальный.
4. перикардиальный.
5. -трансмуральный.

Развитие инфаркта складывается из следующих стадий:

1. претромботической.
2. постнекротической.
3. тромбонекротической.
4. -некротической.
5. -стадии организации.

Белый тромб чаще образуется при:

1. медленном токе крови.
2. -быстром токе крови.
3. -медленном свертывании крови.
4. быстром свертывании крови.
5. при венозном полнокровии.

К местным факторам, способствующим тромбообразованию, относятся:

1. -завихрения тока крови
2. ускорение тока крови.
3. -васкулиты.
4. активация функции свертывающей системы
5. угнетение функции противосвертывающей системы.

Причиной внезапной смерти при тромбозе ствола легочной артерии является:

1. недостаточность коллатерального кровотока.
2. нагноение инфаркта легких.
3. -пульмокоронарный рефлекс.
4. геморрагический инфаркт легких.
5. бурая индурация легких.

К экссудативному воспалению относятся:

1. -фибринозное воспаление.
2. -гнилостное воспаление.
3. интерстициальное воспаление.
4. гранулематозное воспаление.
5. -гнойное воспаление.

Отметьте вид экссудата, лежащий в основе дифтеритического воспаления:

1. гнойный.
2. серозный.
3. -фибринозный.
4. геморрагический.
5. катаральный.

Флегмона характеризуется:

1. наличием катарального воспаления.
2. наличием фибринозного воспаления.
3. отграничением от соседних тканей валом грануляционной ткани.
4. наличием пиогенной мембраны.
5. -наличием разлитого гнойного воспаления.

Укажите морфологические формы воспаления:

1. -пролиферативное.
2. мезенхимальное воспаление.
3. смешанное воспаление.
4. -экссудативное воспаление.
5. -продуктивное воспаление.

В гнойном экссудате, в отличие от серозного, преобладают:

1. слущенные клетки покровного эпителия.
2. слущенные клетки мезотелия.
3. -нейтрофилы.
4. слизь.
5. -гнойные тельца.

Катаральное воспаление может быть:

1. -серозным.
2. крупозным.
3. -слизистым.
4. дифтеритическим.
5. -гнойным.

К фибринозному воспалению относятся:

1. гнойное.
2. -крупозное.
3. серозное.
4. гнилостное.
5. катаральное.

Гранулематозное воспаление является разновидностью:

1. -продуктивного воспаления.
2. экссудативного воспаления.
3. интерстициального воспаления.
4. -пролиферативного воспаления.
5. межучного воспаления.

Для туберкулезной гранулемы характерны:

1. нейтрофилы.
2. -лимфоциты.
3. -эпителиоидные клетки.
4. эозинофилы.
5. тучные клетки.

Укажите клетку наиболее характерную для туберкулезной гранулемы:

1. лимфоцит.

2. моноцит.
3. эозинофил.
4. -эпителиоидная.
5. нейтрофил.

Укажите клетки, характерные для сифилитической гранулемы:

1. клетки Вирхова.
2. -лимфоциты.
3. гиалиновые шары.
4. -плазмоциты.
5. клетки Микулича.

К признакам характерным для специфического воспаления относятся:

1. -образование гранулем.
2. преобладание экссудативной тканевой реакции.
3. -преобладание продуктивной тканевой реакции.
4. -хроническое волнообразное течение.
5. полиэтиологичность заболевания.

Укажите формы нейросифилиса:

1. -простая.
2. сложная.
3. -гуммозная.
4. -сосудистые поражения.
5. висцеральная.

При многокамерном эхинококкозе первично поражается:

1. легкие.
2. почки.

3. -печень.
4. желудок.
5. глаза.

Эхинококкоз может протекать в виде следующих форм:

1. ветвистой.
2. промежуточной.
3. -альвеолярной.
4. рацемозной.
5. -гидатидозной.

При инфаркте миокарда наблюдается:

1. реституция.
2. -субституция.
3. гиперплазия кардиомиоцитов.
4. -гипертрофия кардиомиоцитов.
5. -организация некроза.

К организации относятся:

1. -заживление ран.
2. прозоплазия.
3. -замещение участка некроза соединительной тканью.
4. гистологическая аккомодация.
5. -инкапсуляция.

Причинами патологической атрофии могут быть:

1. ожирение.
2. -недостаточное питание.
3. -нарушение функции эндокринных желез.

4. -хронические инфекционные заболевания.
5. -нарушение функции ЦНС.

Различают следующие виды местной атрофии:

1. атрофия при болезни Симмондса.
2. -атрофия от недостаточности кровоснабжения.
3. -дисфункциональная атрофия.
4. -нейротическая атрофия.
5. атрофия при церебральной кахексии.

Викарная гипертрофия характерна для:

1. селезенки.
2. головного мозга.
3. -почек.
4. -надпочечников.
5. печени.

Причинами болезни Симмондса могут быть:

1. микседема.
2. -атрофия гипофиза.
3. гипертрофия клеток гипофиза.
4. -кровоизлияния в гипофиз.
5. -эмболия артерий гипофиза.

Эпидермальная метаплазия встречается в:

1. слизистой пищевода.
2. -слизистой бронхов.
3. коже.
4. -поджелудочной железе.

5. костном мозге.

Различают следующие формы общей атрофии:

1. -алиментарное истощении.
2. нейротическая атрофия.
3. -атрофия при болезни Симмондса.
4. атрофия от недостаточности кровоснабжения.
5. -истощение при раковой кахексии.

К недифференцированному раку относятся:

1. железистый рак.
2. -слизистый рак.
3. -мозговидный рак.
4. печеночно-клеточный рак.
5. -коллоидный рак.

Перечислите разновидности аденом:

1. -цистаденома.
2. ороговевающая.
3. -ацинарная.
4. неороговевающая.
5. -тубулярная.

Среди названных форм рака выделить дифференцированные:

1. скирр.
2. -аденокарцинома.
3. -плоскоклеточный ороговевающий.
4. коллоидный.
5. слизистый рак.

Для "рака на месте" характерны:

1. инвазивный рост.
2. -клеточный атипизм.
3. -тканевой атипизм.
4. инфильтрирующий рост.
5. нередко локализуется в костях.

Органоспецифические опухоли яичников, в зависимости от своего происхождения, классифицируют:

1. мезенхимальные.
2. -эпителиальные.
3. -стромы полового тяжа.
4. кортикальные.
5. -герминогенные.

К органоспецифическим опухолям надпочечника относятся:

1. фолликулома.
2. -феохромоцитома.
3. меланома.
4. тимома.
5. фиброма.

Назовите злокачественные эпителиальные органоспецифические опухоли яичника:

1. серозная цистаденома.
2. -серозная цисткарцинома.
3. текома злокачественная.
4. -псевдомуцинозная цисткарцинома.
5. дисгерминома.

Для медуллярного рака щитовидной железы характерны:

1. развивается из А-клеток.
2. развивается из В-клеток.
3. -развивается из С-клеток.
4. только тканевой атипизм.
5. -амилоидоз стромы.

Для G- инсуломы характерны:

1. синдром Гудпасчера.
2. синдром Кона.
3. -синдром Эллисона-Золингера.
4. амилоидоз стромы опухоли.
5. гиперинсулинизм.

Синовиальные саркомы характеризуются:

1. экспансивным ростом.
2. -быстрым ростом.
3. поздним метастазированием.
4. медленным ростом.
5. -инвазивным ростом.

К доброкачественным опухолям из фиброзной ткани относятся:

1. -фиброма.
2. аденома.
3. папиллома.
4. -десмоид.
5. саркома.

Серозные оболочки могут быть источником развития:

1. базалиомы.
2. -мезотелиомы.
3. остеосаркомы.
4. менингиомы.
5. синовиомы.

Для сарком в отличие от рака характерны:

1. преимущественно лимфогенное метастазирование.
2. -преимущественно гематогенное метастазирование.
3. рецидивирование.
4. эпителиальное происхождение.
5. -мезенхимальное происхождение.

Выделите варианты лимфогранулематоза:

1. иммунобластный.
2. -лимфогистиоцитарный.
3. -смешанно-клеточный.
4. эозинофильно-клеточный.
5. грибовидный микоз.

Выделите парапротеинемические лейкозы:

1. лимфоматоз кожи (болезнь Сезари).
2. -болезнь Рустицкого-Калера.
3. -болезнь тяжелых цепей (Франклина).
4. острый эритромиелоз (болезнь ди-Гульельмо).
5. -миеломная болезнь.

Отметьте вариант лимфогранулематоза, свидетельствующий о генерализации опухоли:

1. нодулярный склероз.
2. -саркома Ходжкина.
3. узловатый склероз.
4. лимфогистиоцитарный вариант.
5. с преобладанием лимфоидной ткани.

Отметьте злокачественные лимфомы:

1. миелолейкоз.
2. -грибовидный микоз.
3. недифференцированный лейкоз.
4. -опухоль Беркитта.
5. -болезнь Ходжкина.

Примерами лимфосарком являются:

1. -опухоль Беркитта.
2. миелолейкоз.
3. лимфогранулематоз.
4. лимфолейкоз.
5. -лимфобластная саркома.

К злокачественным лимфомам относятся:

1. лимфолейкоз.
2. -лимфосаркома.
3. -болезнь Ходжкина.
4. миелолейкоз.
5. миеломная болезнь.

При остром миелоидном лейкозе наблюдается:

1. наличие в гемограмме всех клеточных форм миелопоэза.

2. -лейкемический провал.
3. -пиоидный костный мозг.
4. -резко выраженный геморрагический синдром.
5. сохранность иммунологического гомеостаза.

Отметьте варианты диффузной лимфосаркомы:

1. гигантоклеточный.
2. -лимфобластный.
3. монобластный.
4. -иммунобластный.
5. лимфогистиоцитарный.

Анемия Аддисон-Бирмера характеризуется:

1. изолированным гемосидерозом легких.
2. -эндогенной недостаточностью витамина В-12 и\или фолиевой кислоты.
3. -общим гемосидерозом.
4. -мегалобластическим типом кроветворения.
5. гиперпродукцией гастромукопротеина.

Анемия, развивающаяся при лейкозах, называется:

1. алейкемической.
2. -лейкоанемией.
3. лейкопенической.
4. -анемией, обусловленной вытеснением эритронов опухолевыми клетками.
5. токсической.

Назовите анемии, обусловленные нарушением кроветворения:

1. -дефицитные.
2. постгеморрагические.

3. гемолитические.
4. -гипопластические.
5. -апластические.

Витамин В-12-фолиеводефицитная анемия сопровождается:

1. лейкоцитозом.
2. -извращенным эритропоэзом.
3. лейкомическим провалом.
4. -развитием гиперхромной анемии.
5. -гюнтеровским глосситом.

Гипо- и апластические анемии могут возникнуть при:

1. -замещении красного костного мозга лейкозными клетками.
2. -метастазах рака в кости скелета.
3. метастазах рака в лимфатические узлы.
4. -интоксикации барбитуратами.
5. разрыве аневризмы аорты.

Назовите клапанные ревматические эндокардиты:

1. -острый бородавчатый.
2. -диффузный эндокардит.
3. -вальвулит.
4. полипозно-язвенный.
5. -возвратно-бородавчатый.

Выделяют следующие клинико-анатомические формы ревматизма:

1. -кардиоваскулярная.
2. -полиартритическая.
3. ренальная.

4. -церебральная.

5. -нодозная.

К какой клинико-анатомической форме ревматизма относится малая хорея:

1. суставной.

2. кардиоваскулярной.

3. полиартритической.

4. нодозной .

5. -церебральной.

При каких эндокардитах наблюдаются тромбоэмболические осложнения?

1. вальвулите.

2. -остром бородавчатом.

3. диффузном.

4. -возвратно-бородавчатом.

5. фибропластическом.

Возвратно-бородавчатый эндокардит характерен для:

1. затяжного септического эндокардита.

2. сепсиса.

3. -ревматизма.

4. ревматоидного артрита.

5. скарлатины.

Достоверным диагностическим признаком системной красной волчанки является обнаружение в крови или органах:

1. плазматических клеток.

2. клеток Микулича.

3. -волчаночных клеток.

4. эпителиоидных клеток.
5. клеток Пирогова-Лангханса.

Для декомпенсированного порока сердца характерны:

1. концентрическая гипертрофия миокарда.
2. -эксцентрическая гипертрофия миокарда.
3. -анасарка.
4. гемомеланоз селезенки.
5. -цианотическая индурация почек.

Как называются изменения в эндокарде при системной красной волчанке?

1. острый бородавчатый эндокардит.
2. возвратно-бородавчатый эндокардит.
3. -абактериальный бородавчатый эндокардит.
4. полипозно-язвенный эндокардит.
5. -эндокардит Либмана-Сакса.

При каком эндокардите эндотелий клапана не повреждается?

1. -вальвулите.
2. острым бородавчатым.
3. возвратно-бородавчатым.
4. острым язвенным.
5. полипозно-язвенным.

Ревматический перикардит в зависимости от характера экссудата бывает:

1. геморрагическим.
2. -серозным.
3. фибринозно-гнойным.
4. -серозно-фибринозным.

5. -фибринозным.

Какие из перечисленных изменений характеризуют декомпенсированный порок сердца:

1. -расширение полостей сердца.
2. -водянка полостей.
3. -жировая дистрофия миокарда.
4. концентрическая гипертрофия.
5. -эксцентрическая гипертрофия миокарда.

Хроническая ишемия головного мозга на почве атеросклероза мозговых артерий сопровождается:

1. -дистрофией клеток коры мозга.
2. обширными кровоизлияниями в головной мозг.
3. -атрофией коры мозга.
4. гипертрофией клеток коры.
5. -развитием слабоумия.

Для фиброзных бляшек, в отличие от жировых пятен, характерны:

1. -бляшки возвышаются над поверхностью интимы.
2. бляшки находятся на уровне интимы.
3. -имеют белый цвет.
4. имеют желтый цвет.
5. определяется изъязвление бляшек.

На прогрессирование атеросклероза указывает:

1. макрофагальная резорбция липидов.
2. -наличие атероматоза.
3. фиброз атеросклеротических бляшек.
4. -изъязвление атеросклеротических бляшек.
5. -волна липоидоза.

Укажите формы аневризм аорты:

1. -цилиндрическа.
2. -мешковидная.
3. колбовидная.
4. -грыжевидная.
5. грушевидная.

Аневризма брюшного отдела аорты может осложниться:

1. -тромбозом аорты.
2. -синдромом Лериша.
3. синдромом Мясникова.
4. синдромом Бадда-Киари.
5. -внутренним кровотечением.

Укажите особенности атеросклероза при артериальной гипертонии:

1. носит ограниченный характер поражения.
2. -носит распространенный характер поражения.
3. -характерно циркулярное расположение бляшек в артериях.
4. -характерно поражение артерий мышечного типа.
5. характерно изолированное поражение артерий эластического типа.

Симптоматическая гипертония наблюдается при:

1. заболеваниях органов дыхания.
2. заболеваниях печени.
3. -заболеваниях почек.
4. -заболеваниях ЦНС.
5. -заболеваниях сосудов.

Укажите виды кардиосклероза:

1. -постинфарктный.
2. -крупноочаговый.
3. гемодинамический.
4. -мелкоочаговый.
5. -постмиокардитический.

Для гипертонического криза характерны:

1. склероз артериол.
2. гиалиноз артериол.
3. -артериолонекроз.
4. -плазматическое пропитывание артериол.
5. петрификация артериол.

Метастаз Крукенберга - это ретроградный лимфогенный метастаз слизистого рака желудка в:

1. надключичные лимфоузлы.
2. лимфоузлы параректальной клетчатки.
3. печень.
4. поджелудочную железу.
5. -яичники.

К осложнениям язвенной болезни желудка относятся:

1. -перигастрит.
2. -гастрит.
3. миксоглобулез.
4. -малигнизация язвы.
5. -стеноз привратника.

Для флегмонозного аппендицита характерно:

1. облитерация проксимального отдела.
2. выполнение отростка слизью.
3. -диффузная лейкоцитарная инфильтрация стенки.
4. обширные некрозы в отростке.
5. -накопление в просвете отростка гноя.

К раку с преимущественно эндофитным инфильтрирующим ростом относятся:

1. грибовидный рак.
2. -диффузный рак.
3. -инфильтративно-язвенный рак.
4. полипозный рак.
5. бляшковидный рак.

К язвенно-деструктивной группе осложнений язвенной болезни желудка относятся:

1. -пенетрация.
2. малигнизация.
3. -перфорация.
4. -кровотечение.
5. стеноз привратника.

Для стеноза привратника характерно развитие:

1. рвоты цвета кофейной гущи.
2. дегтеобразного стула.
3. -кахексии.
4. -желудочной тетании.
5. тучности.

При ложном аппендиците может наблюдаться:

1. -атония отростка.

2. -гиперкинез отростка.
3. воспалительная инфильтрация в пределах слизистой оболочки.
4. переход воспаления на мышечный слой.
5. эмпиема отростка.

К деструктивным формам аппендицита относятся:

1. -апостематозный.
2. -гангренозный.
3. фунгозный.
4. простой.
5. поверхностный.

Проращение рака желудка в головку поджелудочной железы может привести к развитию:

1. гемолитической желтухи.
2. паренхиматозной желтухи.
3. -механической желтухи.
4. -подпеченочной желтухи.
4. печеночной желтухи.

Вирховским метастазом является метастаз рака желудка в:

1. забрюшинные лимфоузлы.
2. яичники.
3. лимфоузлы сальников.
4. торакальные лимфоузлы.
5. -надключичные лимфоузлы.

Самоампутация отростка может возникнуть в результате:

1. острого простого аппендицита.
2. поверхностного аппендицита.

3. ложного аппендицита.
4. -первично-гангренозного аппендицита.
5. -вторично-гангренозного аппендицита.

Разгар стадии желтой дистрофии прогрессирующего массивного некроза печени проявляется:

1. уплотнением печени.
2. -дряблостью органа и морщиностью капсулы.
3. -жировой дистрофией и некробиозом гепатоцитов в центре долек.
4. резким расширением и полнокровием синусоидов.
5. увеличением объема органа.

Микроскопическая картина острого алкогольного гепатита сводится к:

1. -белковой и жировой дистрофии гепатоцитов.
2. -некрозу печеночных клеток.
3. -лейкоцитарной инфильтрации очагов некроза и портальных трактов.
4. появление телец Русселя.
5. -появление телец Маллори.

Причиной прогрессирующего массивного некроза печени бывают:

1. -экзогенная интоксикация.
2. -отравление ядовитыми грибами.
3. -тиреотоксикоз.
4. атеросклероз.
5. -болезнь Боткина.

Назовите стадии стеатоза печени:

1. сложное ожирение.
2. -простое ожирение.
3. -ожирение гепатоцитов с их некробиозом.

4. -ожирение со структурной перестройкой органа.
5. ожирение гепатоцитов в сочетании со спленомегалией.

Декомпенсированная портальная гипертензия проявляется:

1. желтухой.
2. -асцитом.
3. -варикозным расширением вен пищевода.
4. инсультом.
5. легочными кровотечениями.

Назовите макроскопические формы рака печени:

1. -узловатый.
2. -массивный.
3. холангиоцеллюлярный.
4. -диффузный.
5. -педункулярный.

Для гепатоза характерны:

1. наличие в печени воспалительных инфильтратов.
2. -дистрофические изменения гепатоцитов.
3. -некроз печеночных клеток.
4. образование ложных долек.
5. диффузный склероз печени.

Для молниеносной формы вирусного гепатита характерно:

1. мелкофокусные некрозы печени.
2. -массивный некроз печени.
3. преобладание углеводной дистрофии гепатоцитов.
4. увеличение печени в размерах.

5. -быстрое уменьшение органа в размерах.

Портальный цирроз печени ведет:

1. к ранней печеночной недостаточности.
2. -к поздней печеночной недостаточности.
3. -к ранней портальной гипертензии.
4. к поздней портальной гипертензии.
5. к ранней желтухе.

При вирусных гепатитах различают следующие виды некрозов:

1. лестничные.
2. мелкокапельные.
3. крупнокапельные.
4. -ступенчатые.
5. -сливающиеся.

Нефротический синдром характеризуется:

1. желтухой.
2. гипогликемией.
3. -протеинурией.
4. -гиперлипидемией.
5. -отеками.

В течении амилоидоза почек различают стадии:

1. -латентную.
2. -нефротическую.
3. гипергликемическую.
4. гипогликемическую.
5. предлатентную.

Экстракапиллярный гломерулонефрит может быть:

1. -серозным.
2. интракапиллярным.
3. пристеночным.
4. -фибринозным.
5. -геморрагическим.

Для мембранозной гломерулопатии характерно:

1. острое течение.
2. -диффузное утолщение стенок капилляров клубочков.
3. выраженная лейкоцитарная инфильтрация.
4. -хроническое течение.
5. -нефротический синдром.

К хроническим тубулопатиям относятся:

1. -парапротеинемический нефроз.
2. -подагрическая почка.
3. экстракапиллярный гломерулонефрит.
4. интракапиллярный гломерулонефрит.
5. постстрептококковый экссудативный гломерулонефрит.

В основе гломерулопатий лежит:

1. -первичное поражение клубочков.
2. -нарушение клубочковой фильтрации.
3. вторичные поражения клубочков.
4. первичное поражение канальцев.
5. преимущественное нарушение функции канальцев.

К местным факторам камнеобразования при почечнокаменной болезни относятся:

1. приобретенные нарушения минерального обмена.
2. врожденные нарушения минерального обмена.
3. -мочевой стаз.
4. -воспалительные процессы в мочевых путях.
5. нефросклероз.

Назовите почечные симптомы гломерулонефрита:

1. артериальная гипертония.
2. -гематурия.
3. диспротеинемия.
4. отеки.
5. -протеинурия.

Для экстракапиллярного пролиферативного гломерулонефрита характерно:

1. -поражение капсулы клубочков.
2. преимущественное поражение капилляров клубочков.
3. -пролиферация нефротелия.
4. пролиферация эпителия чашечек почки.
5. обильная лейкоцитарная инфильтрация в клубочке.

Назовите признаки, характерные для хронического гломерулонефрита:

1. он часто является исходом острого гломерулонефрита.
2. -как правило, имеет латентное течение.
3. относится к тубулопатиям.
4. -относится к гломерулопатиям.
5. -как правило, заканчивается ХПН.

Назовите заболевания, ведущие к вторичному сморщиванию почек:

1. -пиелонефрит.
2. эссенциальная гипертония.
3. -гломерулонефрит.
4. атеросклероз.
5. -амилоидный нефроз.

Назовите морфологические изменения, которые наблюдаются в олиго-анурическую стадию острой почечной недостаточности:

1. разрастание соединительной ткани.
2. -некроз эпителия канальцев почки.
3. регенерация эпителия канальцев почки.
4. -деструкция базальных мембран канальцев почки.
5. -отек, лейкоцитарные инфильтраты и кровоизлияния в строме почки.

Нефротический синдром характеризуется:

1. асцитом.
2. макрогематурией.
3. -протеинурией.
4. -гиперхолестеринемией.
5. -отеками.

Первично-сморщенные почки возникают при:

1. остром гломерулонефрите.
2. хроническом гломерулонефрите.
3. -артериальной гипертензии.
4. -атеросклерозе.
5. амилоидозе почек.

К тубулопатиям относятся:

1. гломерулонефрит.
2. -миеломная почка.
3. тубуло-интерстициальный нефрит.
4. пиелонефрит.
5. -некротический нефроз.

Для зоба Риделя характерны:

1. мягкая консистенция железы.
2. -фиброз железы.
3. -атрофия паренхимы железы.
4. -гипофункция железы.
5. гиперфункция железы.

Укажите изменения в щитовидной железе при тиреоидите Хашимото:

1. полиморфизм фолликулов.
2. резорбция коллоида.
3. -лимфоидная инфильтрация стромы.
4. -атрофия паренхимы.
5. -склероз железы.

Исходом диабетической микроангиопатии часто является:

1. трансмуральный инфаркт миокарда.
2. -полиневрит.
3. -уремия.
4. -ретинопатия.
5. сепсис.

Исходом диабетической макроангиопатии являются:

1. -кардиосклероз.

2. диабетическая нефропатия.
3. -инфаркт миокарда.
4. -гангрена конечности.
5. диабетический полиневрит.

Для фиброзной остео дистрофии характерны:

1. гипокальциемия.
2. -известковые метастазы.
3. -нефрокальциноз.
4. -резорбция кости.
5. -гиперфункция околощитовидных желез.

При болезни Иценко-Кушинга наблюдается:

1. -глюкозурия.
2. гипотония.
3. -гипертрихоз.
4. накопление жира на бедрах.
5. -лунообразное лицо (ожирение лица).

Укажите синонимы крупозной пневмонии:

1. межочечная пневмония.
2. -плевропневмония.
3. бронхоневмония.
4. -лобарная пневмония.
5. перибронхиальная пневмония.

Отметьте формы межочечной пневмонии:

1. бронхоневмония.
2. -перибронхиальная.

3. -межлобулярная.
4. -межальвеолярная.
5. крупозная.

Возбудителями крупозной пневмонии являются:

1. -пневмококки.
2. менингококки.
3. стафилококки.
4. кишечная палочка.
5. -клебсиелла.

Отметьте стадии крупозной пневмонии по Цинзерлингу:

1. -микробный отек.
2. стадия прилива.
3. -стадия опеченения.
4. -стадия лейкоцитарной инфильтрации.
5. стадия карнификации.

К осложнениям крупозной пневмонии относятся:

1. фибринозный плеврит.
2. -карнификация.
3. малигнизация.
4. -легочно-сердечная недостаточность.
5. бурая индурация.

Под термином «карнификация» понимают:

1. гнойно-фибринозное воспаление в плевре и легких.
2. образование бронхоэктазов.
3. бурую индурацию легких.

4. -организацию фибринозного экссудата.
5. острый деструктивный процесс в легких.

К особенностям плевропневмонии, вызванной клебсиеллой, относятся:

1. как правило, поражается вся доля легкого.
2. -как правило, поражается часть доли легкого.
3. характерен серозный экссудат.
4. характерен гнойно-геморрагический экссудат.
5. -характерен гнойно-фибринозный экссудат с примесью слизи.

К острым деструктивным процессам в легких относятся:

1. бронхопневмония.
2. крупозная пневмония.
3. -абсцесс.
4. рак.
5. -гангрена.

В плевре при крупозной пневмонии развиваются:

1. катаральное воспаление.
2. -фибринозное воспаление.
3. гранулематозное воспаление.
4. геморрагическое.
5. интерстициальное воспаление.

К общим изменениям, характерным для крупозной пневмонии, относятся:

1. гнойный бронхит.
2. -полнокровие и отек головного мозга.
3. -дистрофические изменения паренхиматозных органов.
4. -гиперплазия селезенки и костного мозга.

5. гнойный плеврит.

Укажите микроскопические виды рака легкого:

1. гипернефроидный.

2. -железистый.

3. -плоскоклеточный.

4. базально-клеточный.

5. -аденокарцинома.

Во время приступа бронхиальной астмы в бронхах определяются:

1. скопление гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса.

2. пролиферация фибробластов.

3. -накопление эозинофилов.

4. -накопление лимфоцитов.

5. -гиперсекреция слизи.

При панацинарной эмфиземе наблюдается:

1. -преобладание изменений в крупных бронхах.

2. преобладание изменений в плевре.

3. расширение трахеи.

4. -расширение всего ацинуса.

5. уменьшение легких в объеме.

Микроскопическое исследование стенки бронхов при хроническом бронхите выявляет:

1. исчезновение плоского эпителия.

2. -атрофию мышечного слоя.

3. -эпидермальную метаплазию эпителия.

4. специфическое воспаление.

5. образование остроконечных кондилом.

Коллапс легких развивается при:

1. обтурации просвета бронхов опухолью.
2. сдавление крупного бронха опухолью извне.
3. -гидротораксе.
4. -спонтанном пневмотораксе.
5. -эмпиеме плевры.

Различают следующие виды эмфиземы легких:

1. ателектатическую.
2. -викарную.
3. -межуточную.
4. -идиопатическую панацинарную.
5. деформирующую.

По морфологическим признакам выделяют следующие формы хронического бронхита:

1. -деформирующую.
2. узловатую.
3. бляшковидную.
4. разветвленную.
5. -полипозную.

Охарактеризуйте хроническую очаговую эмфизему легких:

1. -является панацинарной.
2. является центроацинарной.
3. -называется также рубцовой или перифокальной.
4. характеризуется поступлением воздуха в межуточную ткань.
5. -возникает вокруг старых туберкулезных очагов.

При повторяющихся приступах бронхиальной астмы в легких развиваются:

1. -склероз межальвеолярных перегородок.
2. -хроническая обструктивная эмфизема.
3. идиопатическая панацинарная эмфизема.
4. -запустевание капиллярного русла.
5. -хронический бронхит.

Микроскопическое исследование стенки бронхов при хроническом бронхите выявляет:

1. -накопление бокаловидных клеток.
2. -появление многослойного плоского эпителия в слизистой оболочке.
3. -наличие воспалительной инфильтрации.
4. накопление гликогена в мышечных волокнах.
5. -образование полипов.

Различают следующие формы сальмонеллеза:

1. -брюшнотифозную.
2. -интестинальную.
3. -септическую.
4. аллергическую.
5. желудочно-кишечную.

Укажите, сколько стадий различают в развитии холеры:

1. одну.
2. две.
3. -три.
4. четыре.
5. пять.

Для первой стадии брюшного тифа характерно:

1. острое альтеративное воспаление.
2. острое экссудативное воспаление.
3. -острое продуктивное воспаление.
4. хроническое пролиферативное воспаление.
5. хроническое экссудативное воспаление.

Вторая стадия брюшного тифа характеризуется:

1. образованием рубчиков в подвздошной кишке.
2. -некрозом брюшнотифозных гранулем.
3. -некрозом групповых фолликулов.
4. -некрозом солитарных фолликулов.
5. неспецифическим язвенным колитом.

Укажите стадии, характерные для дизентерии:

1. -катарального колита.
2. катарального энтерита.
3. мозговидного набухания.
4. -фибринозного колита.
5. -язвенного колита.

Какое воспаление лежит в основе второй стадии дизентерии?

1. серозное.
2. -фибринозное.
3. гнойное.
4. гнилостное.
5. геморрагическое.

Назовите причины перитонита при брюшном тифе:

1. разрыв капсулы печени.

2. -разрыв капсулы селезенки.
3. -перфорация язвы тонкой кишки.
4. перфорация хронической язвы желудка.
5. перфорация хронической язвы 12-перстной кишки.

К внекишечным осложнениям дизентерии относятся:

1. появление в легких очагов Гона.
2. -абсцессы печени.
3. -пиелонефрит.
4. -артриты.
5. крупозная пневмония.

Для септикопиемии, в отличие от септицемии, наиболее характерны:

1. острый бородавчатый эндокардит.
2. -лейкоцитарная инфильтрация пульпы селезенки.
3. атрофия селезенки и лимфоузлов.
4. усиленное кроветворение в костном мозге.
5. -метастатические абсцессы в органах.

При инфекционном (бактериальном) эндокардите в клапанах сердца наблюдается:

1. острый бородавчатый эндокардит.
2. возвратно-бородавчатый эндокардит.
3. -полипозно-язвенный эндокардит.
4. фибропластический париетальный эндокардит с эозинофилией.
5. диффузный эндокардит.

Септикопиемия характеризуется:

1. -наличием тромбобактериальной эмболии.
2. отсутствием тромбобактериальной эмболии.

3. -наличием гнойных метастазов.
4. -наличием регионарного лимфангита и лимфаденита.
5. наличием резко выраженных признаков гиперергии.

В отличие от других инфекционных болезней сепсису присущи нижеследующие особенности:

1. -полиэтиологичность.
2. моноэтиологичность.
3. -трафаретность клинических проявлений заболевания.
4. цикличность течения заболевания.
5. строгая определенность сроков инкубационного периода.

Для септицемии характерны:

1. гнойники в различных органах.
2. метастатические абсцессы.
3. -гиперергическая тканевая реакция.
4. -аллергические васкулиты.
5. тромбоэмболический синдром.

В патогенезе дифтерии главное значение имеет:

1. выделение эндотоксина.
2. -выделение экзотоксина.
3. выделение экзо-и эндотоксина.
4. внутриэпителиальное размножение возбудителя.
5. серологический вариант стрептококка.

Истинный круп - это:

1. дифтеритическое воспаление миндалин и зева.
2. дифтеритическое воспаление гортани.
3. -крупозное воспаление гортани.

4. крупозное воспаление бронхиального дерева.
5. крупозное воспаление зева и миндалин.

Самым существенным проявлением второго периода скарлатины является:

1. пластинчатое шелушение кожи.
2. отрубевидное шелушение кожи.
3. поздний паралич сердца.
4. некротический нефроз.
5. -гломерулонефрит.

Укажите наиболее вероятные причины смерти при дифтерии зева и миндалин:

1. -ранний и поздний паралич сердца.
2. -паралич диафрагмы.
3. мозговая кома.
4. истинный круп.
5. ложный круп.

К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся:

1. менингококковый назофарингит.
2. -менингококковый сепсис.
3. -менингококковый менингит.
4. менингококкносительство.
5. -менингококкемия.

Причиной недостаточности сердца при дифтерии может явиться:

1. гнойный миокардит.
2. -альтеративный миокардит.
3. постинфарктный кардиосклероз.
4. гранулематозный миокардит.

5. инфаркт миокарда.

Первичный скарлатинозный комплекс состоит из нижеследующих компонентов:

1. первичного эффекта.
2. -первичного аффекта.
3. -лимфангита.
4. -лимфаденита.
5. экзантемы и энантемы.

Для менингококкового менингита типично:

1. катаральное воспаление.
2. геморрагическое воспаление.
3. -гнойное воспаление.
4. гнилостное воспаление.
5. продуктивное воспаление.

Нисходящий круп – это:

1. крупозное воспаление зева.
2. крупозное воспаление миндалин.
3. крупозное воспаление гортани.
4. -крупозное воспаление бронхов.
5. крупозное воспаление глотки.

Выделите миокардиты, характерные для дифтерии:

1. гнойный.
2. -интерстициальный.
3. гранулематозный.
4. -альтеративный.
5. серозно-геморрагический.

К осложнениям гриппа, возникающим в нервной системе, относятся:

1. -периферический неврит.
2. нейрофиброматоз.
3. -энцефалит.
4. -арахноидит.
5. эпидуральная гематома.

Вследствие цитопатического действия вируса гриппа в эпителии бронхов и трахеи возникают:

1. пролиферация.
2. образование сосочков.
3. -дистрофия.
4. -некроз.
5. -десквамация.

Для гриппозного энцефалита характерны:

1. дисплазия нервных клеток.
2. -дистрофия нервных клеток.
3. -лимфоцитарные инфильтраты.
4. гнойное воспаление.
5. -мелкоочаговые кровоизлияния.

К легочным осложнениям гриппа можно отнести:

1. -гнойный бронхолит.
2. -пневмофиброз.
3. антракоз.
4. -бактериальную пневмонию.
5. рак легкого.

Смерть при гриппе обычно наступает от:

1. -легочно-сердечной недостаточности.
2. -пневмонии.
3. желудочно-кишечного кровотечения.
4. инфаркта миокарда.
5. гангрены кишечника.

Для РС-инфекции характерны:

1. гангренозный стоматит.
2. -пролиферация эпителия бронхов.
3. -образование клеточных симпластов в альвеолах.
4. -развитие очагов острой эмфиземы.
5. легочное кровотечение.

К характерным легочным осложнениям гриппа можно отнести:

1. -карнификацию экссудата.
2. гемоторакс.
3. профузное легочное кровотечение.
4. -бронхоэктазы.
5. развитие рака легкого.

Патологоанатомические изменения в организме при ВИЧ-инфекции обусловлены:

1. -присоединившимися опухолями.
2. -воздействием вируса иммунодефицита человека.
3. наличием в организме антивирусных антител.
4. -оппортунистическими инфекциями.
5. -осложнениями терапии.

К вариантам течения СПИДа относятся:

1. кожный.
2. -легочный.
3. слизистый.
4. -неврологический.
5. -желудочно-кишечный.

Сероконверсионное окно при ВИЧ-инфекции - это промежуток времени:

1. с момента заражения до смерти.
2. -с момента заражения до появления анти-ВИЧ антител.
3. с момента появления анти-ВИЧ антител до появления оппортунистических инфекций.
4. с момента появления анти-ВИЧ антител до появления ВИЧ-ассоциированных опухолей.
5. с момента появления лимфаденопатии до смерти больного.

Укажите внелегочные осложнения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

1. -истощение.
2. системный гиалиноз.
3. гемомеланоз селезенки и печени.
4. -диспротеинемия, гипопропротеинемия.
5. гипертрофия левого желудочка сердца.

К разновидностям гематогенной формы туберкулеза относятся:

1. острый очаговый туберкулез легких.
2. -генерализованный гематогенный туберкулез.
3. -туберкулез надпочечников.
4. -острый общий милиарный туберкулез.
5. острый кавернозный туберкулез легких.

Признаками хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких являются:

1. -преобладание продуктивных тканевых реакций.

2. преобладание экссудативных тканевых реакций.
3. -развитие диффузного пневмосклероза и эмфиземы легких.
4. наклонность очагов туберкулеза к распаду.
5. гипертрофия левого желудочка сердца.

При фиброзно-кавернозном и цирротическом туберкулезе легких в сердце возникает:

1. -гипертрофия мышцы правого желудочка.
2. гипертрофия мышцы левого желудочка.
3. -легочное сердце.
4. -миогенная дилатация сердца.
5. инфаркт миокарда.

К гематогенному туберкулезу относятся:

1. туберкулезный лептоменингит, выявленный на фоне «цветущего» первичного туберкулезного комплекса.
2. -острый милиарный туберкулез легких.
3. -хронический милиарный туберкулез легких.
4. цирротический туберкулез легких.
5. -туберкулезный лептоменингит, выявленный на фоне очага Гона.

Острый общий милиарный туберкулез может быть проявлением:

1. -гематогенного туберкулеза.
2. вторичного туберкулеза.
3. -прогрессирования первичного туберкулезного комплекса.
4. прогрессирования стафилококковой бронхопневмонии.
5. крупноочагового туберкулеза легких.

К гематогенному туберкулезу относятся:

1. туберкулезный лептоменингит в сочетании с первичным туберкулезным комплексом.

2. -милиарный туберкулез легких без наличия первичного туберкулезного комплекса.
3. -туберкулезный менингит без наличия первичного туберкулезного комплекса.
4. милиарный туберкулез в сочетании с первичным туберкулезным комплексом.
5. рост и прогрессирование первичного туберкулезного аффекта.

К вторичному туберкулезу относятся:

1. -острый кавернозный туберкулез легких.
2. -фиброзно-очаговый туберкулез легких.
3. милиарный туберкулез легких.
4. туберкулезный плеврит.
5. туберкулезный полисерозит.

Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез может развиваться из:

1. -острого кавернозного туберкулеза легких.
2. -хронического гематогенно-диссеминированного туберкулеза легких.
3. -первичной легочной чахотки.
4. острого очагового туберкулеза легких.
5. острого милиарного туберкулеза легких.

Стенка хронической туберкулезной каверны состоит из:

1. зоны неизменной легочной ткани.
2. -зоны некроза.
3. -зоны специфической грануляционной ткани.
4. очага бронхопневмонии.
5. -соединительнотканной капсулы.

К разновидностям вторичного туберкулеза относятся:

1. -инфильтративный туберкулез легких.
2. первичный туберкулезный комплекс.

3. -лобарная казеозная пневмония.
4. -кавернозные формы туберкулеза.
5. крупноочаговый туберкулез легких.

К формам вторичного туберкулеза относятся:

1. острый очаговый туберкулез почек.
2. -острый очаговый туберкулез легких.
3. -острый кавернозный туберкулез легких.
4. -цирротический туберкулез легких.
5. крупозная пневмония.

При эклампсии в печени выявляются:

1. -дистрофия гепатоцитов.
2. -некроз гепатоцитов.
3. инфильтрация лейкозными клетками.
4. -кровоизлияния.
5. клеточный атипизм.

Эстрогены вызывают в эндометрии:

1. -пролиферацию клеток стромы и желез.
2. секреторные изменения в эпителии желез.
3. децидуальную реакцию стромы.
4. -повышение проницаемости сосудов.
5. накопление гликогена в эпителии желез и клетках стромы.

Плацентарный полип - это:

1. железистый полип эндометрия.
2. одна из опухолей матки.
3. -организованные остатки плаценты в полости матки.

4. -неполный аборт с воспалением и организацией.
5. разновидность хорионкарциномы.

К гиперпластическим процессам в эндометрии относятся:

1. -железистый полип.
2. -железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
3. -атипическая гиперплазия эндометрия.
4. плацентарный полип эндометрия.
5. плоскоклеточная метаплазия эндометрия.

Диагностическими признаками трубной беременности являются:

1. -наличие в трубе ворсин хориона.
2. -наличие в трубе децидуальной ткани.
3. -наличие в трубе тканей плода.
4. наличие гнойного сальпингита.
5. наличие в трубе аномалий развития.

К синдромам, обусловленным аномалиями в системе аутосом, относятся:

1. синдром Шерешевского-Тернера.
2. синдром Клайнфельтера.
3. -синдром Дауна.
4. -синдром Патау.
5. -синдром Эдвардса.

К порокам лицевого черепа относятся:

1. синдактилия.
2. симподия.
3. -синотия.
4. -циклопия.

5. эписпадия.

К порокам мочеполовых органов относятся:

1. -монорхизм.
2. -анорхизм.
3. гнатосхиз.
4. -эписпадия.
5. хейлосхиз.

После завершения какой недели беременности начинается исчисление перинатального периода?

1. 20 недели.
2. -22 недели.
3. 24 недели.
4. 26 недели.
5. 28 недели.

Недоношенность - это роды при сроке беременности:

1. 280 дней.
2. 270-290 дней.
3. 260-293 дней.
4. -менее 259 дней.
5. 260-280 дней.

Укажите формы гемолитической болезни новорожденных:

1. геморрагическая.
2. -отечная.
3. ишемическая.
4. -желтушная.
5. асфиксическая.

К причинам асфиксии новорожденного относятся:

1. гипоплазия плаценты.
2. узлы пуповины.
3. -пневмопатия новорожденных.
4. -незрелость сурфактантной системы.
5. предлежание плаценты.

Различают следующие формы листериоза:

1. -пиемическая.
2. кардиопатическая.
3. энцефалопатическая.
4. первичная и вторичная.
5. -гранулематозная.

Желтушная форма гемолитической болезни новорожденных характеризуется:

1. уменьшением печени и селезенки в размерах.
2. -билирубиновой энцефалопатией.
3. -ядерной желтухой.
4. резко выраженным отеком тканей.
5. обязательным смертельным исходом заболевания.

К пневмопатиям новорожденных относятся:

1. пневмония.
2. -ателектазы.
3. -гиалиновые мембраны легких.
4. пневмонит.
5. -отечно-геморрагический синдром.

В легких при асфиксии наблюдаются:

1. -гиалиновые мембраны.
2. -ателектазы.
3. пневмосклероз.
4. пневмоцирроз.
5. -отечно-геморрагический синдром.

В патогенезе внутриутробных пневмоний важное значение имеют:

1. инфицирование пупочной ранки.
2. пневмопатии.
3. -аспирация околоплодных вод.
4. -несвоевременный разрыв околоплодного пузыря.
5. -недоношенность.

Асфиксия новорожденного может быть обусловлена:

1. -недоразвитием дыхательного центра.
2. -незрелостью легочной ткани.
3. патологией плаценты.
4. -родовой травмой черепа.
5. патологией пуповины.

Для врожденного токсоплазмоза характерны:

1. -микроцефалия.
2. -гидроцефалия.
3. -очаги обызвествления в головном мозге.
4. гранулематозный сепсис.
5. ишемические инфаркты мозга.