ТЕСТЫ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ПО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

К альтерации относится:
1. опухолевый рост.
2. регенерация.
3. -дистрофия.
4. атрофия.
5. гипертрофия.

Разновидностью повреждения является:
1. метаплазия.
2. атрофия.
3. апоптоз.
4. -некроз.
5. склероз.

К механизмам развития дистрофий относится:
1. альтерация.
2. пролиферация.
3. агрегация.
4. аккомодация.
5. -трансформация.

Приведите классификацию дистрофий в зависимости от влияния генетических факторов:
1. острые и хронические.
2. белковые и углеводные.
3. общие и местные.
4. -приобретенные и врожденные.
5. компенсированные и декомпенсированные.

Приведите классификацию дистрофий по распространенности процесса:
1. -общие и местные.
2. клеточные и внеклеточные.
3. смешанные.
4. жировые.
5. белковые.

Паренхиматозные диспротеинозы классифицируют на:
1. -общие и местные.
2. экссудативные и пролиферативные.
3. углеводные и жировые.
4. минеральные.
5. острые и хронические.

К белковым паренхиматозным дистрофиям относится:
1. некроз.
2. жировая.
3. апоптоз.
4. -гиалиново-капельная.
5. метаболическая.

К паренхиматозным диспротеинозам относится:
1. -баллонная дистрофия.
2. жировая дистрофия.
3. амилоидная дистрофия.
4. гиалиноз.
5. мукоидное набухание.

Среди перечисленных дистрофий укажите только паренхиматозную белковую:
1. мукоидное набухание.
2. амилоидоз.
3. гиалиноз.
4. -лейкоплакия.
5. фибриноидное набухание.

В исходе гиалиново-капельной дистрофии в клетке может возникнуть:
1. амилоидоз.
2. -коагуляционный некроз.
3. фокальный колликвационный некроз.
4. тотальный колликвационный некроз.
5. баллонная дистрофия.

Проявлением гиалиново-капельной дистрофии почечных канальцев может быть:
1. глюкозурия.
2. -протеинурия.
3. гипергликемия.
4. гематурия.
5. гиперпротеинемия.

К проявлениям гидропической дистрофии относится:
1. лейкоплакия.
2. гиалиново-капельная дистрофия.
3. амилоидная дистрофия.
4. гиперкератоз.
5. -баллонная дистрофия.

В исходе гидропической дистрофии в клетке может возникнуть:
1. гиперкератоз.
2. ихтиоз.
3. коагуляционный некроз.
4. -колликвационный некроз.
5. лейкоплакия.

Роговая дистрофия относится к:
1. углеводной дистрофии.
2. -белковой дистрофии.
3. жировой дистрофии.
4. минеральной дистрофии.
5. разновидности рака.

Примером роговой дистрофии является:
1. базалиома.

2. гипертрихоз.
3. рак.
4. гипокератоз.
5. -лейкоплакия.

К проявлениям паренхиматозных липидозов относится:
1. саговая селезенка.
2. сальная селезенка.
3. амилоидоз печени.
4. мускатная печень.
5. -гусиная печень.

К паренхиматозным жировым дистрофиям относится:
1. ихтиоз.
2. -тигровое сердце.
3. сальная печень.
4. тучность.
5. коллоидный зоб.

Жировая дистрофия гепатоцитов бывает:
1. нитевидной.
2. мускатной.
3. -мелкокапельной и крупнокапельной
4. роговой.
5. отрубевидной и пластинчатой.

К механизмам развития жировой дистрофии печени относится:
1. эмболия.
2. -инфильтрация.
3. стагнация.
4. регенерация.
5. малигнизация.

Как называется заболевание, в основе которого лежит увеличение количества нейтрального жира в жировых депо?
1. кахексия.
2. липома.
3. болезнь Деркума.
4. липосаркома.
5. -тучность.

Характеристика ожирения сердца при тучности:
1. жировая ткань разрастается преимущественно под эндокардом.
2. -жировая ткань разрастается под эпикардом.
3. она прорастает эпикард.
4. она накапливается в цитоплазме мышечных клеток.
5. мышечные клетки подвергаются малигнизации.

К стромально-сосудистым диспротеинозам относится:
1. -амилоидоз.
2. склероз.
3. лейкоплакия.

4. метаплазия.
5. ихтиоз.

К мезенхимальным белковым дистрофиям относится:
1. мускатная печень.
2. плазматическое пропитывание.
3. -мукоидное и фибриноидное набухание.
4. малигнизация.
5. гемосидероз.

Охарактеризуйте фибриноидное набухание:
1. является поверхностной и обратимой дезорганизацией.
2. -является глубокой и необратимой дезорганизацией.
3. характеризуется трансформацией в опухоль.
4. характеризуется резко выраженным феноменом метахромазии.
5. характеризуется резким угнетением сосудисто-тканевой проницаемости.

Назовите разновидности амилоидоза селезенки:
1. порфировая селезенка.
2. -саговая и сальная селезенка.
3. морщинистая селезенка.
4. цианотическая индурация селезенки.
5. глазурная селезенка.

Исходом мукоидного набухания может быть:
1. переход в гиалиново-капельную дистрофию.
2. переход в жировую дистрофию.
3. переход в роговую дистрофию.
4. переход в гидропическую дистрофию.
5. -переход в фибриноидное набухание.

К стромально-сосудистым диспротеинозам относят:
1. гликогенозы.
2. -мукоидное набухание.
3. ихтиоз.
4. липидоз.
5. аскаридоз.

Местное усиленное образование протеиногенных пигментов характерно для:
1. лейкодермии.
2. пигментной ксеродермии.
3. -меланомы.
4. рака.
5. альбинизма.

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 калъциноз.

Механическая желтуха характерна для:
1. острого гепатита.
2. -желчно-каменной болезни.
3. хронического гепатита.
4. рака печени.
5. гемолитической болезни.

Паренхиматозная желтуха может быть обусловлена:
1. хроническим холангитом.
2. аспирацией рвотных масс.
3. гемолизом эритроцитов.
4. -острым гепатитом.
5. опухолью общего желчного протока.

При подагре наблюдается:
1. гиперкалиемия.
2. гипергликемия.
3. гиперкальциемия.
4. глюкозурия.
5. -гиперурикемия.

Надпеченочная желтуха характеризуется:
1. недостаточным образованием билирубина.
2. нарушением экскреции билирубина.
3. гипергликемией.
4. отсутствием конъюгации билирубина.
5. -повышенным образованием билирубина.

Выделите клинико-морфологические формы некроза:
1. паранекроз.
2. -инфаркт.
3. карбункул.
4. киста.
5. фурункул.

к гангрене относится:
1. апоптоз.
2. инфаркт миокарда.
3. -пролежень кожи.
4. анасарка.
5. энцефаломаляция.

Для сухой гангрены характерна:
1. -мумификация.
2. пролиферация.
3. гидратация.
4. энцефаломаляция.
5. анасарка.

К микроскопическим признакам некроза относится:
1. мейоз.
2. митоз.

3. -плазморексис.
4. плазмокинез.
5. амитоз.

К неблагоприятным исходам некроза относится:
1. апоптоз.
2. асептический аутолиз.
3. -гнойное расплавление.
4. демаркационное воспаление.
5. малигнизация.

Прямой некроз возникает под влиянием:
1. ангиоспазма.
2. -химических факторов.
3. тромбэмболии.
4. нарушения нервной трофики.
5. тромбоза сосудов.

Творожистый некроз при туберкулезе является:
1. аллергическим.
2. непрямым.
3. -коагуляционным.
4. колликвационным.
5. фибриноидным.

Пролежень является:
1. аллергическим некрозом.
2. -трофоневротическим некрозом.
3. разновидностью апоптоза.
4. разновидностью инфаркта.
5. разновидностью секвестра.

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. отеком.
4. петехиями.
5. экхимозами.

Для эксикоза характерен следующий признак:
1. отеки нижних конечностей.
2. анасарка.
3. -темная густая кровь.
4. внутренние органы резко увеличены.
5. асцит.

Какая гиперемия может возникнуть после оперативного удаления большой опухоли из брюшной полости?
1. коллатеральная.
2. вакатная.
3. ангионевротическая.
4. -постанемическая.
5. воспалительная.

Примерам внутреннего кровотечения является:
1. мелена.
2. -гемоторакс.
3. гематома.
4. гематурия.
5. пневмоторакс.

Кровохарканье иначе называется:
1. эпистаксис.
2. гематомезис.
3. -гемоптоэ.
4. метраррагия.
5. мелена.

При хроническом венозном полнокровии в легких возникает:
1. гемомеланоз.
2. амилоидоз.
3. цианатическая индурация.
4. гемохроматоз и склероз.
5. -бурая индурация.

При бурой индурации легких обнаруживают:
1. гемомеланоз.
2. -гемосидероз.
3. желтуху.
4. амилоидоз.
5. кровоподтеки.

Примером наружного кровотечения является:
1. гемоцефалия.
2. петехии.
3. гемоперитонеум.
4. -мелена.
5. гемоторакс.

Мелкие точечные кровоизлияния в коже называются:

1. кровоподтеком.
2. лимфедемой.
3. -петехиями.
4. анасаркой.
5. гематомой.

Закрытие просвета артерии тромбом может привести к развитию:
1. атеросклероза.
2. цианотической индурации.
3. вакатной гиперемии.
4. анемии.
5. -ишемии.

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.

Накопление отечной жидкости в подкожной клетчатке называется:
1. асцит.
2. -анасарка.
3. гидроцеле.
4. гидроперикард.
5. гидроцефалия.

К благоприятным исходам тромбоза относится:
1. сепсис.
2. септический аутолиз.
3. тромбэмболия.
4. тромбобактериальная эмболия.
5. -организация.

Инфаркт по типу колликвационного некроза характерен для:
1. миокарда.
2. -головного мозга.
3. селезенки.
4. почек.
5. печени.

Среди общих факторов, приводящих к тромбообразованию, главная роль принадлежит:
1. воспалению стенки сосуда.
2. активации функции противосвертывающей системы.
3. спазмам сосудов.

4. повреждению сосудистой стенки.
5. -нарушениям взаимоотношения между свертывающей и противосвертывающей системами крови.

В каком органе следует искать первые метастазы опухоли кишечника, если она метастазирует гематогенно:
1. в легких.
2. -в печени.
3. в сердце.
4. в селезенке.
5. в почках.

Геморрагический инфаркт наиболее характерен для:
1. сердца.
2. печени.
3. селезенки.
4. почек.
5. -легких.

Какие тромбы могут явиться источником тромбобактериальной эмболии:
1. организованные.
2. белые.
3. смешанные.
4. -септические.
5. асептические.

Причиной внезапной смерти при тромбоэмболии ствола легочной артерии является:
1. недостаточность коллатерального кровотока.
2. нагноение инфаркта легких.
3. -пульмокоронарный рефлекс.
4. геморрагический инфаркт легких.
5. бурая индурация легких.

Газовая эмболия может возникнуть при:
1. ранении вен шеи.
2. отравлении аммиаком.
3. -быстрой декомпрессии.
4. отравлении угарным газом.
5. наложении пневмоторакса.

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 синоним гнилостного воспаления:
1. гранулематозное.
2. фибринозное.
3. флегмонозное.
4. -гангренозное.
5. продуктивное.

Начальной фазой воспаления является:
1. экссудация.
2. пролиферация.
3. -альтерация.
4. фагоцитоз.
5. пиноцитоз.

К морфологическим формам воспаления относится:
1. мезенхимальное.
2. сосудистое.
3. -экссудативное.
4. индуративное.
5. демаркационное.

В гнойном экссудате, в отличие от серозного, преобладают:
1. слущенные клетки покровного эпителия.
2. слущенные клетки мезотелия.
3. -нейтрофилы.
4. слизь.
5. фибрин.

К фибринозному воспалению относится:
1. гнилостное.
2. геморагическое.
3. -дифтеритическое.
4. пролиферативное.
5. гнойное.

К фибринозному воспалению относится:
1. гнойное.
2. -крупозное.
3. серозное.
4. гнилостное.
5. катаральное.

К гнойному воспалению относится:
1. крупозное.
2. продуктивное.
3. гранулематозное.
4. -флегмона.
5. гранулема.

Примером экссудативного воспаления является:

1. паренхиматозное воспаление.
2. продуктивное воспаление.
3. -катаральное воспаление.
4. межуточное воспаление.
5. гранулематозное воспаление.

К специфическому воспалению относится:
1. ревматизм.
2. грипп.
3. брюшной тиф.
4. трихинеллез.
5. -туберкулез.

Для туберкулезной гранулемы характерны:
1. клетки Вирхова.
2. -клетки Пирогова-Лангханса.
3. клетки Микулича.
4. нейтрофилы.
5. клетки Березовского-Штернберга.

Для вторичного сифилиса характерны:
1. солитарные гуммы.
2. твердый шанкр.
3. гуммозный инфильтрат.
4. миллиарные гуммы.
5. -сифилиды.

При цистицеркозе обычно поражается:
1. селезенка.
2. печень.
3. суставы.
4. мышцы.
5. -головной мозг.

Укажите клетку, наиболее характерную для туберкулезной гранулемы:
1. лимфоцит.
2. моноцит.
3. эозинофил.
4.-эпителиоидная.
5. нейтрофил.

Трихинеллез развивается при употреблении в пищу:
1. яиц.
2. молока.
3. немытых овощей.
4. говядины.
5. -свинины.

При продуктивном воспалении преобладает:
1. альтерация.
2. реакции микроциркулярного русла.
3. -пролиферация клеток.

4. экссудация.
5. клеточный и тканевой атипизм.

К специфическому воспалению относится:
1. саркоидоз.
2. грипп.
3. -лепра.
4. эхинококкоз.
5. брюшной тиф.

При многокамерном эхинококкозе первично поражается:
1. легкие.
2. почки.
3. -печень.
4. желудок.
5. глаза.

Вокруг животных паразитов обычно возникает:
1. альтеративное воспаление.
2. экссудативное воспаление.
3. -продуктивное воспаление.
4. специфическое воспаление.
5. паренхиматозное воспаление.

После удаления одной почки в другой наблюдается:
1. -викарная гипертрофия.
2. метаплазия.
3. атрофия.
4. гистологическая аккомодация.
5. вакатная гипертрофия.

К организации относится:
1. малигнизация.
2. мумификация.
3. -инкапсуляция.
4. мутиляция.
5. импрегнация.

Укажите, где наблюдается исключительно внутриклеточная регенерация:
1. вегетативной нервной системе.
2. -головном мозге.
3. гладких мышцах.
4. скелетных мышцах.
5. периферических нервах.

Викарная гипертрофия характерна для:
1. селезенки.
2. головного мозга.
3. -почек.
4. сердца.
5. печени.

Клеточная регенерация характерна для:
1. миокарда.
2. -кроветворной ткани.
3. поперечно-полосатой мускулатуры.
4. скелетных мышц.
5. гинглиозных клеток ЦНС.

По отношению к просвету полого органа рост опухоли может быть:
1. экспансивный.
2. -экзофитный и эндофитный.
3. инвазивный.
4. инфильтрирующий.
5. мультицентрический.

Выделите признак, присущий фиброзному раку:
1. растет преимущественно экспансивно.
2. обладает только тканевым атипизмом.
3. метастазы не характерны.
4. -является недифференцированным раком.
5. развивается из фиброзной ткани.

Среди названных форм рака выделить дифференцированный рак:
1. скирр.
2. -аденокарцинома.
3. мелкоклеточный рак.
4. коллоидный.
5. слизистый рак.

Где обычно локализуется аденома:
1. в слизистой мочевого пузыря.
2. в слизистой пищевода.
3. в лимфоузлах.
4. -в молочном железе.
5. в селезенке.

Укажите вид атипизма, который принято выделять в опухоли:
1. химический.
2. физический.
3. -морфологический.
4. клинический.
5. дистрофический.

Выделить признак, присущий папилломе:
1. -тканевой атипизм.
2. клеточный атипизм.
3. метастазирование.
4. инвазивный рост.
5. раковые жемчужины.

Выделить признак, присущий плоскоклеточному раку:
1. преобладает экспансивный рост.
2. преобладание стромы над паренхимой.

3. преобладание паренхимы над стромой.
4. является разновидностью слизистого рака.
5. -является дифференцированным раком.

Выделить признак, присущий аденоме:
1. инвазивный рост.
2. -тканевой атипизм.
3. клеточный атипизм.
4. метастазирование.
5. тканевой и клеточный атипризм.

Где может развиться аденома:
1. -щитовидная железа.
2. мышечная ткань.
3. головной мозг.
4. селезенка.
5. кости.

Для опухолей с местнодеструирующим ростом характерен:
1. экспансивный рост.
2. -инвазивный рост.
3. лимфогенное метастазирование.
4. гематогенное метастазирование.
5. имплантационное метастазирование.

Выделить среди названных опухолей доброкачественную:
1. аденокарцинома.
2.-папиллома.
3.базалиома.
4.меланома.
5. скирр.

Отметить признак, присущий медуллярному раку:
1. развитие из плоского эпителия.
2. экспансивный рост.
3. -раннее метастазирование.
4. развитие из ткани мозга.
5. плотная консистенция.

Для "рака на месте" характерен:
1. инвазивный рост.
2. -клеточный атипизм.
3. только тканевой атипизм.
4. инфильтрирующий рост.
5. нередко локализуется в костях.

К доброкачественным органоспецифическим опухолям молочной железы относится:
1. болезнь Педжета.
2. мастопатия.
3. хорионэпителиома.
4. -фиброаденома.
5. аденокарцинома.

Деструирующий пузырный занос может трансформироваться в:
1. хориоидпапиллому.
2. -хорионэпителиому.
3. нормальную плаценту.
4. нефробластому.
5. гранулезоклеточный рак.

К предраковым заболеваниям щитовидной железы относится:
1. папиллома.
2. полип.
3. серозная цистаденома.
4. фолликулома.
5. -аденома.

К органоспецифическим опухолям надпочечника относится:
1. фолликулома.
2. -феохромоцитома.
3. меланома.
4. тимома.
5. фиброма.

Для опухолей с местнодеструирующим ростом характерен:
1. экспансивный рост.
2. -инвазивный рост.
3. лимфогенное метастазирование.
4. гематогенное метастазирование.
5. смешанный путь метастазирования.

Укажите злокачественную эпителиальную органоспецифическую опухоль яичника:
1. серозная цистаденома.
2. -серозная цисткарцинома.
3. текома.
4. аденома.
5. дисгерминома.

Какая среди названных опухолей является доброкачественной органоспецифической:
1. аденома.
2. папиллома.
3. семинома.
4. -гепатома.
5. болезнь Педжета.

Назовите опухоль, обладающую местнодеструирующим ростом:
1. -базалиома.
2. цистаденома.
3. дисгерминома.
4. папиллома.
5. хорионэпителиома.

Укажите признак, присущий семиноме:
1. доброкачественная опухоль.

2. -злокачественная опухоль.
3. опухоль с местнодеструирующим ростом.
4. возникает из лейдиговских клеток.
5. метастазы не дает.

Какая из перечисленных опухолей не содержит стромы:
1. пузырный занос.
2. злокачественная инсулома.
3. -хорионэпителиома.
4. хориоидпапиллома.
5. угревидный рак.

К видам метастазирования опухолей относится:
1. инвазивный.
2. -имплантационный.
3. гемосорбционный.
4. тканевой.
5. морфологический.

Назовите опухоль из покровного эпителия:
1. скирр.
2. слизистый рак.
3. хорионэпителиома.
4. -папиллома.
5. пузырный занос.

Назовите зрелую нейроэктодермальную опухоль ЦНС:
1. медуллобластома.
2. астробластома.
3. ганглионевробластома.
4. глиобластома.
5. -астроцитома.

Для фибромы характерен:
1. иивазивный рост.
2. -экспансивный рост.
3. клеточный атипизм.
4. тканевой и клеточный атипизм.
5. метастазирование.

Назовите незрелую опухоль мышечного происхождения:
1. фибросаркома.
2. хемодектома злокачественная.
3. рак.
4. -рабдомиосаркома.
5. злокачественная гистиоцитома.

Для липомы характерно:
1. гематогенное метастазирование.
2. лимфогенное метастазирование.
3. клеточный атипизм.
4. -тканевой атипизм.

5. быстрый рост.

Для астроцитомы характерно:
1. -медленный рост.
2. быстрый рост.
3. лимфогенные метастазы.
4. гематогенные метастазы.
5. имплантационные метастазы.

Менингососудистые опухоли делят на:
1. фибриллярные.
2. протоплазматические.
3. фибриллярно-протоплазматические.
4. -доброкачественные и злокачественные.
5. острые и хронические.

Для фибромы характерно:
1. тканевой и клеточный атипизм.
2. нейроэктодермальное происхождение.
3. -мезенхимальное происхождение.
4. инвазивный рост.
5. эпителиальное происхождение.

Серозные оболочки могут быть источником развития:
1. базалиомы.
2. -мезотелиомы.
3. остеосаркомы.
4. менингиомы.
5. синовиомы.

Дайте характеристику медуллобластоме:
1. зрелая опухоль.
2. эпителиальная опухоль.
3. -нейроэктодермальная опухоль.
4. опухоль из меланоцитов.
5. менингососудистая опухоль.

Назовите незрелую опухоль мезенхимального происхождения:
1. фиброма.
2. -саркома.
3. липома.
4. лейомиома.
5. рак.

Для сарком в отличие от рака характерно:
1. отсутствие метастазирования.
2. нейрогенное происхождение.
3. рецидивирование.
4. эпителиальное происхождение.
5. -мезенхимальное происхождение.

Отметьте вариант лимфогранулематоза, свидетельствующий о генерализации опухоли:

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

Для каких опухолей системы крови характерен лейкемический провал:
1. «цитарных» форм лейкозов.
2. болезни Ходжкина.
3. лимфогранулематоза.
4. -«бластных» форм лейкозов.
5. неходжкинских лимфом.

Лимфогранулематоз относят к группе:
1. -регионарных опухолей системы крови.
2. гемобластозов.
3. системных опухолей кроветворной ткани.
4. лейкозов.
5. неходжскинских лимфом.

К злокачественным лимфомам относится:
1. лимфолейкоз.
2. рак.
3. -болезнь Ходжкина.
4. миелолейкоз.
5. миеломная болезнь.

Болезнь Ходжкина - это:
1. лимфоматоз кожи.
2. лимфосаркома.
3. -лимфогранулематоз.
4. ретикулосаркома.
5. хронический лимфолейкоз.

К хроническим лейкозам лимфоцитарного происхождения относится:
1. -хронический лимфолейкоз.
2. хронический миелолейкоз.
3. истинная полицитемия.
4. гистиоцитоз.
5. лимфогранулематоз.

В зависимости от степени зрелости опухолевых клеток крови различают лейкозы:
1. лейкопенические.
2. -острые и хронические.
3. алейкемические.
4. зрелые и незрелые.
5. лейкемические.

Порфировая селезенка характерна для:
1. лимфобластного лейкоза.
2. -лимфогранулематоза.
3. инфаркта селезенки.

4. болезни Брилла-Симмерса.
5. миелобластного лейкоза.

Постгеморрагические анемии по течению могут быть:
1. внутрисосудистыми.
2. -острыми и хроническими.
3. внесосудистыми.
4. доброкачественными и злокачественными.
5. витамин В-12-дефицитными.

Пернициозная анемия - это:
1. болезнь Аддисона.
2. -болезнь Аддисона-Бирмера.
3. острая постгеморрагическая анемия.
4. хроническая постгеморрагическая анемия.
5. гемолитическая анемия.

К клинико-анатомическим формам ревматизма относится:
1. -кардиоваскулярная.
2. легочная.
3. ренальная.
4. печеночная.
5. смешанная.

В период ревматической атаки наблюдаются:
1. -цветущие гранулемы.
2. туберкулезные гранулемы.
3. увядающие гранулемы.
4. рубцующиеся гранулемы.
5. целующиеся гранулемы.

«Панцирное» сердце образуется при:
1. ревматическом эндокардите.
2. ревматическом миокардите.
3. -рематическом перикардите.
4. ревматическом эндомиокардите.
5. ревматическом кардите.

К какой клинико-анатомической форме ревматизма относится малая хорея:
1. суставной.
2. кардиоваскулярной.
3. полиартритической.
4. нодозной .
5. -церебральной.

Возвратно-бородавчатый эндокардит характерен для:
1. затяжного септического эндокардита.
2. сепсиса.
3. -ревматизма.
4. ревматоидного артрита.
5. скарлатины.

В зависимости от преобладания тканевых реакций ревматический миокардит бывает:
1. геморрагическим.
2. гнойным.
3. фибринозным.
4. -серозным.
5. гнилостным.

Какой орган всегда поражается при ревматизме:
1. почки.
2. кожа.
3. -сердце.
4. головной мозг.
5. легкие.

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.

Какой из названных миокардитов относится к специфическому ревматическому?
1. очаговый межуточный экссудативный.
2. диффузный межуточный экссудативный.
3. -узелковый продуктивный.
4. диффузный продуктивный.
5. терминальный.

В развитии ревматизма главную роль играет:
1. -В-гемолитический стрептококк группы А.
2. диплококк.
3. стафилококк.
4. пневмококк.
5. вирусы.

В связи с атеросклерозом брыжеечных артерий в тонкой кишке может развиться:
1. белый инфаркт.
2. белый инфаркт с геморрагическим венчиком.
3. хроническое венозное полнокровие.
4. -влажная гангрена.
5. пролежни.

При острой окклюзии артерий сердца наблюдается:
1. гангрена миокарда.
2. -инфаркт миокарда.
3. бурая атрофия миокарда.
4. атрофия миокарда.
5. ожирение миокарда.

К клинико-анатомическим формам атеросклероза относится:
1. легочная.

2. печеночная.
3. -кишечная.
4. селезеночная.
5. периферическая.

К клинико-анатомическим формам артериальной гипертензии относится:
1. легочная.
2. печеночная.
3. центральная.
4. -сердечная.
5. периферическая.

К клинико-анатомическим формам артериальной гипертензии относится:
1. -почечная.
2. печеночная.
3. кишечная.
4. селезеночная.
5. сосудистая.

При каком инфаркте миокарда может возникнуть фибринозный перикардит:
1. субэндокардиальном.
2. интрамуральном.
3. -трансмуральном.
4. сублингвальном.
5. атриовентрикулярном.

К осложнениям инфаркта миокарда относится:
1. -тампонада сердца.
2. порок сердца.
3. ожирение сердца.
4. бурая атрофия миокарда.
5. карнификация.

К осложнениям инфаркта миокарда относится:
1. сепсис.
2. порок сердца.
3. ожирение сердца.
4. бурая атрофия миокарда.
5. -гемоперикард.

В какую стадию атеросклероза чаще всего развивается аневризма аорты:
1. липоидоза.
2. липосклероза.
3. долипидную.
4. -изъязвления.
5. некротическую.

В долипидную стадию атеросклероза в стенке сосудов накапливаются:
1. ксантомные клетки.
2. липиды.
3. -гликозаминогликаны.
4. соли кальция.

5. липопротеиды.

Укажите отдел аорты, который наиболее резко поражается при атеросклерозе:
1. восходящий.
2. дуга.
3. нисходящий.
4. грудной.
5. -брюшной.

При тромбозе венечных артерий в миокарде наблюдается:
1. гангрена.
2. -инфаркт.
3. бурая атрофия.
4. гемосидероз.
5. ожирение.

При тромбэмболии венечных артерий в миокарде наблюдается:
1. пролежень.
2. -инфаркт.
3. бурая атрофия.
4. атрофия.
5. ожирение.

Укажите стадию инфаркта миокарда, при которой обычно наступает разрыв стенки сердца:
1. аллергическая.
2. функциональная.
3. -некротическая.
4. организации.
5. оссификации.

Метастаз Крукенберга - это ретроградный лимфогенный метастаз слизистого рака желудка в:
1. надключичные лимфоузлы.
2. лимфоузлы параректальной клетчатки.
3. печень.
4. поджелудочную железу.
5. -яичники.

Для флегмонозного аппендицита характерно:
1. облитерация проксимального отдела отростка.
2. выполнение отростка слизью.
3. -диффузная лейкоцитарная инфильтрация стенки.
4. обширные некрозы в отростке.
5. гангрена отростка.

При облитерации проксимального отдела червеобразного отростка и заполнении его слизью говорят о развитии:
1. эмпиемы.
2. -мукоцеле.
3. водянки.
4. острого аппендицита.

5. слизистого рака.

Для стеноза привратника характерно развитие:
1. рвоты цвета кофейной гущи.
2. дегтеобразного стула.
3. -кахексии.
4. лейкоза.
5. тучности.

Метастазы рака желудка в лимфоузлы параректальной клетчатки являются:
1. ортоградными лимфогенными.
2. гематогенными метастазами.
3. "вирховскими" метастазами.
4. -"шницлеровскими" метастазами.
5. "крукенберговскими" метастазами.

К деструктивным формам аппендицита относится:
1. острый простой.
2. острый поверхностный.
3. -флегмонозный.
4. мукоцеле.
5. гидроцеле.

К деструктивным формам аппендицита относится:
1. острый простой.
2. острый поверхностный.
3. -гангренозный.
4. мукоцеле.
5. гидроцеле.

К осложнениям язвенной болезни воспалительного характера относится:
1. -гастрит.
2. кровотечение.
3. малигнизация.
4. миксоглобулез.
5. пенетрация.

К осложнениям язвенной болезни воспалительного характера относится:
1. -дуоденит.
2. кровотечение.
3. малигнизация.
4. миксоглобулез.
5. пенетрация.

К раку желудка с преимущественно эндофитным инфильтрирующим ростом относится:
1. полипозный.
2. бляшковидный.
3. фунгозный.
4. блюдцеобразный.
5. -инфильтративно-язвенный.

К деструктивным формам аппендицита относится:

1. ложный аппендицит.
2. -гангренозный.
3. фунгозный.
4. простой.
5. поверхностный.

Прорастание рака желудка в головку поджелудочной железы может привести к развитию:
1. гемолитической желтухи.
2. паренхиматозной желтухи.
3. -механической желтухи.
4. надпеченочной желтухи.
4. печеночной желтухи.

Для какого осложнения язвенной болезни желудка очень характерна рвота типа кофейной гущи?
1. стеноза привратника.
2. гастрита.
3. -аррозивного кровотечения.
4. перигастрита.
5. малигнизации.

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. -гангренозного аппендицита.
5. хронического аппендицита.

Стеатоз печени характеризуется:
1. белковой дистрофией гепатоцитов.
2. -жировой дистрофией гепатоцитов.
3. минеральной дистрофией гепатоцитов.
4. гемосидерозом печени.
5. гликогеновой инфильтрацией гепатоцитов.

В зависимости от характера течения гепатит бывает:
1. -острым и хроническим.
2. подострым.
3. вторичным и первичным.
4. затяжным.
5. терминальным.

Для алкогольного гепатита наиболее характерна:
1. углеводная дистрофия гепатоцитов.
2. минеральная дистрофия.

3. -жировая дистрофия.
4. амилоидоз.
5. карнификация.

Острый гепатит может быть:
1. геморрагическим.
2. персистирующим.
3. гнилостным.
4. холестатическим.
5. -гнойным.

Для вирусного гепатита типа А характерен:
1. половой путь инфицирования.
2. чрезкожный путь передачи.
3. развитие заболевания после инъекций.
4. -инкубационный период 15-45 дней.
5. инкубационный период 25-180 дней.

Для вирусного гепатита типа В характерен:
1. половой путь инфицирования.
2. чрезкожный путь передачи.
3. развитие заболевания после инъекций.
4. инкубационный период 15-45 дней.
5. -инкубационный период 25-180 дней.

Декомпенсированная портальная гипертония проявляется:
1. желтухой.
2. эксикозом.
3. -варикозным расширением вен пищевода.
4. инсультом.
5. легочными кровотечениями.

Декомпенсированная портальная гипертония проявляется:
1. желтухой.
2. бурой индурацией.
3. -желудочно-кишечным кровотечением.
4. инфарктом миокарда.
5. легочным кровотечением.

Исходом токсической дистрофии печени может быть:
1. портальный цирроз.
2. -постнекротический цирроз.
3. жировая дистрофия печени.
4. билиарный цирроз.
5. белковая дистрофия печени.

Для гепатоза наиболее характерно:
1. наличие в печени воспалительных инфильтратов.
2. -дистрофические изменения и некроз гепатоцитов.
3. малигнизация.
4. образование ложных долек.
5. диффузный склероз печени.

Прогрессирующий массивный некроз печени сопровождается:
1. асцитом.
2. гидротораксом.
3. расширением вен пищевода.
4. -желтухой.
5. эксикозом.

Для молниеносной формы вирусного гепатита характерны:
1. мелкофокусные некрозы печени.
2. -массивный некроз печени.
3. преобладание углеводной дистрофии гепатоцитов.
4. увеличение печени в размерах.
5. мелкокапельная жировая дистрофия гепатоцитов.

Главным этиологическим фактором острого гломерулонефрита является:
1. -В-гемолитический стрептококк.
2. гепатотропный вирус А.
3. гепатотропный вирус В.
4. менингококк.
5. пневмококк.

К хроническим тубулопатиям относится:
1. пиелонефрит.
2. -подагрическая почка.
3. экстракапиллярный гломерулонефрит.
4. интракапиллярный гломерулонефрит.
5. постстрептококковый экссудативный гломерулонефрит.

В основе гломерулопатий лежит:
1. -первичное поражение клубочков.
2. нарушение выделения мочи.
3. вторичные поражения клубочков.
4. первичное поражение канальцев.
5. преимущественное нарушение функции канальцев.

К местным факторам камнеобразования при почечнокаменной болезни относится:
1. приобретенные нарушения минерального обмена.
2. врожденные нарушения минерального обмена.
3. гипертония.
4. -воспалительный процес в мочевых путях.
5. нефросклероз.

«Щитовидная» почка образуется в результате:
1. амилоидоза почек.
2. базедова зоба.
3. -хронического пиелонефрита.
4. острого пиелонефрита.
5. экстракапиллярного гломерулонефрита.

Для хронического гломерулонефрита характерна:
1. крупнобугристая поверхность почек.

2. первично-сморщенные почки.
3. -вторично-сморщенные почки.
4. большая сальная почка.
5. большая пестрая почка.

Назовите почечный симптом гломерулонефрита:
1. артериальная гипертония.
2. -гематурия.
3. диспротеинемия.
4. отеки.
5. гипотония.

Экстракапиллярный гломерулонефрит по течению является:
1. острым.
2. хроническим.
3. -подострым.
4. латентным.
5. острейшим.

Большая сальная почка наблюдается при:
1. остром пиелонефрите.
2. острой почечной недостаточности.
3. -амилоидозе почек.
4. остром гломерулонефрите.
5. хроническом гломерулонефрите.

Для экстракапиллярного пролиферативного гломерулонефрита характерно:
1. -поражение капсулы клубочков.
2. преимущественное поражение капилляров клубочков.
3. некроз эпителия канальцев.
4. пролиферация эпителия чашечек почки.
5. обильная лейкоцитарная инфильтрация в клубочке.

По этиопатогенезу гломерулонефрит является:
1. вирусным заболеванием.
2. -инфекционно-аллергическим заболеванием.
3. риккетсиозным заболеванием.
4. грибковым заболеванием.
5. паразитарным заболеванием.

Назовите внепочечный симптом гломерулонефрита:
1. гипертрофия миокарда правого желудочка сердца.
2. гематурия.
3. олигурия.
4. -отеки.
5. цилиндрурия.

Экстракапиллярный гломерулонефрит бывает:
1. отечным.
2. мезангиальным.
3. пристеночным.
4. гнойным.

5. -геморрагическим.

Для хронического гломерулонефрита характерно:
1. увеличение почек в размерах.
2. первично-сморщенные почки.
3.-вторично-сморщенные почки.
4. фокальный сегментарный гломерулярный склероз.
5. амилоидно-сморщенные почки.

Первично-сморщенные почки возникают при:
1. остром гломерулонефрите.
2. хроническом гломерулонефрите.
3. -артериальной гипертензии.
4. пиелонефрите.
5. амилоидозе почек.

К тубулопатиям относится:
1. гломерулонефрит.
2. рак почки.
3. тубуло-интерстициальный нефрит.
4. пиелонефрит.
5. -некротический нефроз.

Для аддисоновой болезни характерна:
1. гиперфункция надпочечников.
2. -бронзовая окраска кожи.
3. ожирение.
4. гипертония.
5. тучность.

Зоб по патогенезу может быть:
1. эпителиальным.
2. гипертрофическим.
3. атрофическим.
4. -эндемическим.
5. стромально-сосудистым.

Зоб по патогенезу может быть:
1. эпителиальным.
2. мезенхимальным.
3. дистрофическим.
4. -спорадическим.
5. ангиопатическим.

В сердце при Базедовой болезни наблюдается:
1. ишемическая болезнь сердца.
2. -гипертрофия левого желудочка.
3. стеноз митрального отверстия.
4. пристеночное тромбообразование.
5. облитерация полости перикарда.

Причиной развития Аддисоновой болезни чаще всего является:

1. недостаток йода во внешней среде.
2. опухоль паращитовидной железы.
3. -туберкулез надпочечников.
4. атрофия островков Лангерганса.
5. гипоплазия половых желез.

Болезнь Иценко-Кушинга проявляется:
1. усиленным ростом костей в длину.
2. -верхним типом ожирения.
3. карликовым ростом.
4. бронзовой окраской кожи.
5. истощением.

Укажите синоним крупозной пневмонии:
1. межуточная пневмония.
2. -плевропневмония.
3. бронхопневмония.
4. вторичная пневмония.
5. перибронхиальная пневмония.

Возбудителями крупозной пневмонии может явиться:
1. спирохета.
2. менингококки.
3. стафилококки.
4. кишечная палочка.
5. -клебсиелла.

К осложнениям крупозной пневмонии относится:
1. фибринозный плеврит.
2. -карнификация.
3. малигнизация.
4. рак легкого.
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.

Укажите синоним бронхопневмонии:
1. плевропневмония.
2. долевая пневмония.
3. -очаговая пневмония.
4. лобарная пневмония.
5. крупозная пневмония.

В плевре при крупозной пневмонии развивается:
1. катаральное воспаление.
2. -фибринозное воспаление.
3. гранулематозное воспаление.

4. геморрагическое влспаление.
5. интерстициальное воспаление.

Для пневмоцирроза характерна:
1. гипертрофия миокарда левого желудочка.
2. -гипертрофия миокарда правого желудочка.
3. стеноз митрального отверстия.
4. атрофия миокарда.
5. инфаркт миокарда.

Укажите вид рака легкого в зависимости от локализации:
1. -медистинальный.
2. плевральный.
3. субплевральный.
4. кардиальный.
5. сосудистый.

Бронхоэктазы могут быть:
1. первичными и вторичными.
2. атрофическими и гипертрофическими.
3. -мешковидными и цилиндрическими.
4. экзофитными и эндофитными.
5. центральными и периферическими.

Ателектаз легких может быть вызван:
1. гидротораксом.
2. эмпиемой плевры.
3. спонтанным пневмотораксом.
4. -обтурацией просвета бронха опухолью.
5. гемотораксом.

К общим изменениям, типичным для брюшного тифа, относится:
1. -экзантема.
2. зернистая дистрофия паренхиматозных органов.
3. жировая дистрофия паренхиматозных органов.
4. сифилиды.
5. амилоидоз.

К формам сальмонеллеза относится:
1. алиментарная.
2. -интестинальная.
3. асептическая.
4. аллергическая.
5. желудочно-кишечнная.

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.

Источником заражения брюшным тифом может быть:
1. платяная вошь.
2. клещ.
3. собака.
4. свинья.
5. -больной человек.

Для холерного энтерита характерно:
1. гнилостное воспаление.
2. гнойное воспаление.
3. крупозное воспаление.
4. дифтеритическое воспаление.
5. -серозно-геморрагическое воспаление.

Укажите, сколько стадий различают в развитии дизентерии:
1. одну.
2. две.
3. три.
4. -четыре.
5. пять.

Для алгидного периода холеры характерно:
1. -обезвоживание.
2. перитонит.
3. сепсис.
4. анасарка.
5. кишечное кровотечение.

Ярко выраженные проявления эксикоза при холере присущи:
1. стадии холерного энтерита.
2. стадии холерного гастроэнтерита.
3. -алгидному периоду.
4. холерному тифоиду.
5. инкубационному периоду холеры.

По биологическому признаку инфекции классифицируют на:
1. вирусные.
2. -антропонозы и антропозоонозы.
3. дислипидозы.
4. диспротеинозы.
5. бактериальные.

Местные изменения при дизентерии главным образом локализуются в:
1. подвздошной кишке.
2. слепой кишке.

3. поперечно-ободочной кишке.
4. -прямой и сигмовидной кишке.
5. тонкой кишке и желудке.

Наиболее характерным признаком третьей стадии брюшного тифа является образование:
1. -острых язв кишечника.
2. хронических язв кишечника.
3. чистых язв кишечника.
4. брюшнотифозных гранулем.
5. хронических язв 12-перстной кишки.

Какое воспаление лежит в основе второй стадии дизентерии?
1. серозное.
2. -фибринозное.
3. гнойное.
4. гнилостное.
5. геморрагическое.

Специфическим осложнением холеры является:
1. холерный гастроэнтерит.
2. холерный энтерит.
3. профузная диарея.
4. -постхолерная уремия.
5. холерный колит.

Назовите наиболее частую причину перитонита при брюшном тифе:
1. разрыв капсулы печени.
2. геморрой.
3. -перфорация язвы тонкой кишки.
4. перфорация хронической язвы желудка.
5. перфорация хронической язвы 12-перстной кишки.

Для септикопиемии наиболее характерен:
1. острый бородавчатый эндокардит.
2. -лейкоцитарная инфильтрация пульпы селезенки.
3. атрофия селезенки и лимфоузлов.
4. усиленное кроветворение в костном мозге.
5. возвратно-бородавчатый эндокардит.

При наличии гнойного эндометрита, как септического очага, первые тромбобактериальные эмболы следует ожидать в:
1. яичниках.
2. печени.
3. почках.
4. -легких.
5. миокарде левого желудочка.

Какое воспаление лежит в основе сибироязвенного карбункула?
1. серозное.
2. гнойное.
3. -геморрагическое.
4. гнилостное.

5. катаральное.

К клинико-анатомическим формам сепсиса относится:
1. хирургическая.
2. -септицемия.
3. пупочная.
4. асептическая.
5. динамическая.

При инфекционном 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.

Инфекционный эндокардит подразделяют на:
1. стенозирующий и нестенозирующий.
2. -острый и подострый.
3. врожденный и приобратенный.
4. повторный.
5. непрерывно рецидивирующий.

К местным изменениям при сепсисе относится:
1. -септический очаг.
2. межуточный септический нефрит.
3. межуточный септический миокардит.
4. микробная эмболия.
5. межуточный септический гепатит.

В отличие от других инфекционных болезней сепсису присуща:
1. гиподинамия.
2. моноэтиологичность.
3. -полиэтиологичность.
4. цикличность течения заболевания.
5. строгая определенность сроков инкубационного периода.

Первично-легочная форма сибирской язвы характеризуется развитием:
1. гнилостного трахеита.
2. гнойно-язвенного трахеита.
3. серозного бронхита.
4. -геморрагического трахеобронхита.
5. крупозной пневмонии.

Какая из указанных клинико-анатомических форм характерна для сибирской язвы:
1. токсико-септическая.
2. токсическая.
3. аллергическая.
4. -первично-септическая.
5. язвенная.

К клинико-анатомическим формам сепсиса относится:

1. криптогенная.
2. асептический эндокардит.
3. -инфекционный эндокардит.
4. аллергическая.
5. токсико-септическая.

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.

При какой локализациих дифтерии наиболее выражены общие токсические изменения:
1. -дифтерии зева и миндалин.
2. дифтерии носа.
3. дифтерии гортани.
4. дифтерии трахеи.
5. дифтерии бронхов.

Причиной недостаточности сердца при дифтерии может явиться:
1. гнойный миокардит.
2. -альтеративный миокардит.
3. постинфарктный кардиосклероз.
4. острая коронарная недостаточность.
5. инфаркт миокарда.

В почках при дифтерии может возникнуть:
1. амилоидоз.
2. -некротический нефроз.
3. гломерулонефрит.
4. пиелонефрит.
5. мочекаменная болезнь.

Заражение дифтерией происходит:
1. половым путем.
2. алиментарным путем.
3. при переливании крови и сывороток.

4. трансмиссивно.
5. -воздушно-капельным путем.

В нервных ганглиях при дифтерии наблюдается:
1. пролиферация.
2. -дистрофия и некроз.
3. метаплазия.
4. амилоидоз.
5. индурация.

К клинико-морфологическим формам скарлатины относится:
1. -токсико-септическая.
2. алиментарная.
3. аллергическая.
4. первичная и вторичная.
5. местная и общая.

Для менингококкового менингита типично:
1. катаральное воспаление.
2. геморрагическое воспаление.
3. -гнойное воспаление.
4. гнилостное воспаление.
5. продуктивное воспаление.

Укажите локализацию энантемы при кори:
1. на всей поверхности тела, за исключением носогубного треугольника.
2. на губах.
3. на слизистой гортани и трахеи.
4. -на слизистой оболочке щек.
5. на коже лица.

Нисходящий круп – это:
1. крупозное воспаление зева.
2. крупозное воспаление миндалин.
3. крупозное воспаление гортани.
4. -крупозное воспаление бронхов.
5. крупозное воспаление глотки.

Возбудитель какой инфекции относится к ДНК-содержащим вирусам?
1. гриппа.
2. парагриппа.
3. РС-инфекции.
4. -аденовирусной инфекции.
5. крупозной пневмонии.

Источником заболевания гриппом может явиться:
1. -больной человек.
2. грызуны.
3. крупный рогатый скот.
4. насекомые.
5. вши.

Смерть при гриппе обычно наступает от:
1. гангрены ноги.
2. -пневмонии.
3. желудочно-кишечного кровотечения.
4. инфаркта миокарда.
5. гангрены кишечника.

Инкубационный период при гриппе обычно составляет:
1. 1 день.
2. -2-4 дня.
3. 5-7 дней.
4. 6-8 дней.
5. 10-12 дней.

К характерным легочным осложнениям гриппа можно отнести:
1. -карнификацию экссудата.
2. бурую индурацию легких.
3. профузное легочное кровотечение.
4. антракоз.
5. силикоз.

Смерть больных при неосложненном парагриппе может наступить от:
1. -вирусной пневмонии.
2. коллапса легкого.
3. абсцедирующей пневмонии.
4. орхита.
5. гнойного ринита.

К ОРВИ относится:
1. дифтерия.
2. бешенство.
3. -грипп.
4. крупозная пневмония.
5. холера.

К осложнениям гриппа, возникающим в нервной системе, относится:
1. инфаркт мозга.
2. нейрофиброматоз.
3. -энцефалит.
4. орхит.
5. эпидуральная гематома.

Третья стадия ВИЧ-инфекции называется:
1. пре-СПИД.
2. СПИД.
3. асимптомная инфекция.
4. -персистирующая генерализованная лимфаденопатия.
5. острая инфекция.

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.

Сколько стадий выделяют при ВИЧ-инфекции:
1. две.
2. три.
3. четыре.
4. -пять.
5. шесть.

Заражение при ВИЧ-инфекции происходит:
1. воздушно-капельным путем.
2. алиментарным.
3. -половым путем.
4. транслюмбально.
5. восходящим уриногенным путем.

СПИД-ассоциированный симптомокомплекс включает:
1. сероконверсионное окно.
2. латентный период.
3. -конституциональные состояния.
4. асимптомную инфекцию.
5. врожденный иммунодефицит.

О прогрессировании первичного туберкулезного комплекса свидетельствует:
1. бронхогенная генерализация.
2. -гематогенная и лимфогенная генерализация.
3. наличие метастазов рака.
4. наличие очага Гона.
5. периневральная генерализация.

О благоприятном течении первичного туберкулезного комплекса свидетельствует:
1. развитие в области первичного аффекта казеозной пневмонии.
2. усиление перифокального воспаления с переходом его в специфическое.
3. антракоз легких.
4. -появление очага Гона.
5. наличие признаков милиаризации туберкулеза.

Холодный натечный абсцесс является проявлением:
1. туберкулеза кожи.
2. туберкулезного гонита.
3. -туберкулезного спондилита.
4. туберкулеза кишечника.
5. туберкулеза надпочечников.

Наличие очага Гона свидетельствует об:
1. остром течении первичного туберкулеза.
2. перенесенном гематогенном туберкулезе.
3. благоприятном течении банальной бактериальной пневмонии.
4. вторичном туберкулезе.
5. -перенесенном первичном туберкулезе.

Острый общий милиарный туберкулез может быть проявлением:
1. -гематогенного туберкулеза.
2. вторичного туберкулеза.
3. амилоидоза.
4. прогрессирования стафилококковой бронхопневмонии.
5. крупноочагового туберкулеза легких.

С морфологической точки зрения первичный туберкулезный аффект в легком является:
1. очагом неоплазмы.
2. -очагом казеозной пневмонии.
3. лобарной пневмонией.
4. межуточной пневмонией.
5. проявлением вторичного туберкулеза.

К вторичному туберкулезу относится:
1. хронический крупноочаговый туберкулез легких.
2. туберкулезный плеврит.
3. милиарный туберкулез легких.
4. -казеозная пневмония.
5. туберкулезный полисерозит.

Морфологическим субстратом гематогенного туберкулеза является:
1. первичный туберкулезный комплекс.
2. милиарный туберкулез легких.
3. туберкулезный лимфаденит.
4. -туберкулезный васкулит.
5. очаги Абрикосова.

Очаги реинфекта называются также:
1. сифилиды.
2. -очаги Абрикосова.
3. очаги Ассмана-Редекера.
4. первичный туберкулезный аффект.
5. очаги Гона.

Укажите, каким путем осуществляется распространение инфекции при вторичном туберкулезе:
1. гематогенным.
2. лимфогенным.
3. -бронхогенным.
4. периневральным.
5. имплантационным.

При эклампсии в печени возникает:
1. -дистрофия и некроз гепатоцитов.
2. цирроз.
3. инфильтрация лейкозными клетками.
4. тканевой атипизм.
5. клеточный атипизм.

К видам заживления псевдоэрозий относится:

1. диспластическое.
2. -поверхностное и глубинное.
3. первичное и вторичное.
4. индуцированное.
5. спонтанное.

К ранним гестозам относится:
1. -рвота беременных.
2. преэклампсия.
3. булемия.
4. истощение.
5. эклампсия.

Наботовы железы - это:
1. кистозно расширенные железы эндометрия.
2. -кистозно расширенные железы жейки матки при псевдоэрозии.
3. разновидность рака тела матки.
4. дисплазия шейки матки.
5. разновидность рака шейки матки.

Хорионэпителиома может развиться в исходе:
1. -пузырного заноса.
2. эндометрита.
3. истинной эрозии шейки матки.
4. псевдоэрозии.
5. аденоматозного полипа матки.

Продолжительность бластогенеза составляет:
1.-две недели.
2. три недели.
3. четыре недели.
4. пять недель.
5. шесть недель.

Гаметопатии подразделяют на:
1. первичные и вторичные.
2. -спонтанные и унаследованные.
3. острые и хронические.
4. атипические.
5. идиопатические.

К порокам центральной нервной системы относится:
1. апус.
2. -акрания.
3. заячья губа.
4. гидроцеле.
5. пиоцефалия.

К порокам лицевого черепа относится:
1. синдактилия.
2. симподия.
3. монорхизм.

4. -циклопия.
5. анорхизм.

Амелия - это отсутствие:
1. пальцев рук.
2. пальцев ног.
3. пальцев рук и ног.
4. -верхних и нижних конечностей.
5. кистей и стоп.

Симпус – это:
1. сращение пальцев рук.
2. сращение пальцев ног.
3. -сращение нижних конечностей.
4. сращение верхних конечностей.
5. отсутствие верхних и нижних конечностей.

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

К причинам асфиксии новорожденного относится:
1. гипоплазия плаценты.
2. узлы пуповины.
3. -пневмопатия новорожденных.
4. порок сердца матери.
5. предлежание плаценты.

Укажите формы цитомегаловирусной инфекции:
1. первичная и вторичная.
2. острая и хроническая.
3. гранулематозная и пиемическая.
4. -локализованная и генерализованная.
5. ранняя и поздняя.

Асфиксия плода может быть обусловлена:
1. незрелостью сурфактантной системы.
2. пневмопатией.
3. -гипоплазией плаценты.
4. гистологической аккомодацией.
5. нарушением акта самостоятельного дыхания.

Различают следующие формы листериоза:
1. -пиемическая и гранулематозная.
2. кардиопатическая.
3. энцефалопатическая.
4. первичная и вторичная.
5. нефропатическая.

К экстракраниальной родовой травме относится:
1. внутренняя кефалогематома.
2. -наружная кефалогематома.
3. эпидуральная гематома.
4. перелом позвоночника.
5. гематома печени.

Желтушная форма гемолитической болезни новорожденных характеризуется:
1. уменьшением печени и селезенки в размерах.
2. клеточным атипизмом.
3. -ядерной желтухой.
4. резко выраженным отеком тканей.
5. обязательным смертельным исходом заболевания.

Фетальный период классифицируют на:
1. первичный и вторичный.
2. острый и хронический.
3. третичный.
4. -ранний и поздний.
5. наследственный и приобретенный.

Появление в головном мозге щелей или кист, выстланных эпендимой, называется:
1. внутренней гидроцефалией.
2. наружной гидроцефалией.
3. микроцефалией.
4. энцефалоцеле.
5. -порэнцефалией.

Примечание: правильные ответы на вопросы отмечены знаком «-»