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. -гусиная 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. глобумины.

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 калъциноз.

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. сенсибилизация.

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. -облитерирущий 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. субхордалъный.

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 тромбоэмболии 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. мезенхималъное 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. межуточного 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. ороговеваюшая.

3. -ацинарная.

4. неороговеваюшая.

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 метастазированме.

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. нодудярный склероз.

2. -саркома Ходжкина.

3. узловатый склероз.

4. лимфогистиоцитарный вариант.

5. с преобладанием лимфоидной ткани.

Отметьте злокачественные лимфомы:

1. миелолейкоз.

2. -грибовидиый 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 эритрона опухолевыми клетками.

5. токсической.

Назовите анемии, обусловленные нарушением кровеобразования:

1. -дефицитные.

2. постгеморрагические.

3. гемолитические.

4. -гипопластические.

5. -апластические.

Витамин В-12-фолиеводефицитная анемия сопровождается:

1. лейкоцитозом.

2. -извращенным эритропоэзом.

3. лейкемическим 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-анатомическме 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 эидокардит.

4. полипозно-язвенный эндокардит.

5. -эндокардит Либмана-Сакса.

При каком эндокардите эндотелий клапана не повреждается?

1. -вальвулите.

2. остром бородавчатом.

3. возвратно-бородавчатом.

4. остром язвенном.

5. полипозно-язвенном.

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.

Прорастание 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 гипертония 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 остеодистрофии 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. межуточная пневмония.

2. -плевропневмония.

3. бронхопневмония.

4. -лобарная пневмония.

5. перибронхиальная пневмония.

Отметьте формы межуточной пневмонии:

1. бронхопневмония.

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.

Микроскопические 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 бронхиолит.

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 иммунодефецита 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, гипопротеинемия.

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 дилятация 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 развиться 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 неизмененной 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.