Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 28.01.2025 10:00:17
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. заведующего кафедрой
_____ /Коцюрбий Е.А./
« 22 » апреля 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.В.08 Клиническая патологическая анатомия
Индекс, наименование

основной образовательной программы высшего образования

Направление подготовки (специальность)	31.05.01 Лечебное дело
Уровень подготовки	специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение
Сфера профессиональной деятельности	оказание первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	6 лет
Кафедра	Патологической анатомии и судебной медицины

Владивосток, 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности| 31.05.01 Лечебное дело направленности 02 Здравоохранение в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению) **профессиональных (ПК) компетенций**

Ссылка на ООП ВО в части компетенций и индикаторов их достижения

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Ситуационные задачи

3. Содержание оценочных средств текущего контроля занятий в форме тестирования.

Варианты тестовых заданий:

Инструкция: выберите ОДИН правильный ответ.

1. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ (ФОРМА № 106/У-08):
1) в случае смерти мертворожденных и живорожденных, умерших в течение 7 суток;
2) в случае смерти взрослых и детей старше 7 суток;
3) только в случае насильственной смерти взрослых и детей старше 7 суток;
4) в случае смерти взрослых и детей старше 3 суток;
5) во всех случаях.

2. НА ВСЕХ МЕРТВОРОЖДЕННЫХ И ЖИВОРОЖДЕННЫХ, УМЕРШИХ В ТЕЧЕНИЕ 7 СУТОК (168 ЧАСОВ), ЗАПОЛНЯЕТСЯ:
1) медицинское свидетельство о перинатальной смерти;
2) медицинское свидетельство о смерти;
3) врачебное свидетельство о смерти;

4) медицинская справка о перинатальной смерти;
5) медицинская справка о смерти.

3. МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАНО:
1) родственникам умершего;
2) представителям правоохранительных органов по требованию;
3) работникам ЗАГС;
4) законным представителям умершего;
5) усыновленным и усыновителям умершего.

4. СРОКИ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ:
1) не позднее одних суток после патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось);
2) не позднее трех суток после патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось);
3) не позднее двух рабочих дней после патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось);
4) не позднее трех рабочих дней после патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось);
5) не позднее семи рабочих дней после патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось).

5. В СЛУЧАЕ ВЫДАЧИ СВИДЕТЕЛЬСТВА РАБОТНИКАМ АДМИНИСТРАЦИИ ЛПУ, СОТРУДНИКАМ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ РЕГИСТРАЦИЯ ЕГО ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА В ОРГАНАХ ЗАГС В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ:
1) не позднее одних суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа;
2) не позднее 3 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа;
3) в течение недели с момента наступления смерти или обнаружения трупа;
4) не позднее 30 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа;
5) не позднее 10 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

6. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ:
1) основная причина смерти;
2) основное заболевание в заключительном клиническом диагнозе;
3) осложнение основного заболевания;
4) основное заболевание в патологоанатомическом диагнозе;
5) основное заболевание в судебно-медицинском диагнозе.

7. В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ КОДИРУЕТСЯ:
1) только промежуточная причина смерти;
2) только первоначальная причина смерти;
3) только нозологические единицы, имеющие шифр в МКБ;
4) только непосредственная причина смерти;
5) все, что вписывается в строки пункта «Причины смерти» (пункт 10 и 19).

8. В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ, В СЛУЧАЕ ТРАВМЫ ИЛИ ОТРАВЛЕНИЯ, КРОМЕ ВСЕГО ПРОЧЕГО КОДИРУЕТСЯ:
1) сопутствующие заболевания;
2) осложнения, приведшие к летальному исходу;
3) фоновые заболевания;
4) внешняя причина смерти;
5) конкурирующие заболевания.

9. ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ – ЭТО:
1) болезнь (нозологическая единица), вызвавшая последовательный ряд патологических процессов, приведших к смерти;
2) это патологический процесс, определивший развитие терминального состояния и механизм смерти;
3) болезнь (нозологическая единица), которой длительное время страдал умерший;
4) осложнение основного заболевания;
5) сопутствующее заболевание.

10. ВСЕ КОДЫ МКБ-10 МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ДЛЯ ШИФРОВКИ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ:
1) утверждение верно;
2) утверждение не верно.

11. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ – ЭТО:
1) болезнь (нозологическая единица), вызвавшая последовательный ряд патологических процессов, приведших к смерти;
2) болезнь (нозологическая единица), которой длительное время страдал умерший;
3) это патологический процесс, определивший развитие терминального состояния и механизм смерти;
4) фоновое заболевание;
5) сопутствующее заболевание.

12. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ МЕХАНИЗМЫ СМЕРТИ:
1) сердечный, легочный, мозговой;
2) сердечный, легочный, почечный;
3) сосудистый, легочный, мозговой;
4) сосудистый, почечный, мозговой;
5) печеночный, легочный, мозговой.

13. НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ:
1) фоновые заболевания;
2) травмы;
3) сопутствующие заболевания;
4) осложнения основного заболевания;
5) конкурирующие заболевания.

14. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ:
1) указывается;
2) не указывается;
3) указывается только в случае смерти в стационаре;
4) указывается только в случае смерти на дому;
5) указывается по желанию.

15. СРОКИ ХРАНЕНИЯ В АРХИВЕ ПАО МИКРОПРЕПАРАТОВ И ТКАНЕВЫХ ОБРАЗЦОВ В ПАРАФИНОВЫХ БЛОКАХ:
1) не менее чем до окончания оформления Протокола;
2) не менее 30 дней с даты оформления Протокола;
3) не менее одного года с даты оформления Протокола;
4) в течение срока хранения первичной медицинской документации пациента;
5) не менее 7 дней с даты оформления Протокола.

16. ЧТО ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРЕДШЕСТВУЕТ ВЫДАЧЕ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ:
1) патологоанатомическое вскрытие;
2) судебно-медицинское вскрытие;
3) формулировка посмертного диагноза;
4) выдача тела умершего из патологоанатомического отделения;
5) гистологическое исследование аутопсийного материала.

17. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ВЫДАЧЕ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВСКРЫТИЯ – ЭТО:
1) предварительный клинический диагноз в истории болезни, установленный на предыдущих этапах обследования;
2) клинический диагноз в карте амбулаторного больного, установленный на предыдущих этапах обследования;
3) заключительный клинический диагноз в истории болезни (родов);
4) патологоанатомический диагноз;
5) судебно-медицинский диагноз.

18. КЕМ ФОРМУЛИРУЕТСЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ:
1) заведующим отделением, в котором находился пациент на момент наступления смерти;
2) судебно-медицинским экспертом;
3) лицом, выписывающим медицинское свидетельство о смерти;
4) лечащим врачом;
5) врачом-патологоанатомом.

19. КЕМ ФОРМУЛИРУЕТСЯ ПРИМЕРНЫЙ ДИАГНОЗ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ВСКРЫТИЯ:
1) врачом-патологоанатомом;
2) судебно-медицинским экспертом;
3) лицом, выписывающим медицинское свидетельство о смерти.
4) лечащим врачом;
5) заведующим отделением, в котором находился пациент на момент наступления смерти.

20. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМУЛИРУЕТСЯ ПАТОЛОГОАНАТОМОМ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ:
1) только в печатном виде;
2) только в письменном виде;
3) в устном виде;
4) в печатном и письменном виде;
5) в печатном, письменном и устном виде.

21. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ СЛУЖИТ ОСНОВОЙ ДЛЯ:
1) выдачи медицинского свидетельства о смерти;
2) оформления патологоанатомического эпикриза;
3) оформления истории болезни на патологоанатомическое вскрытие;
4) выдачи тела умершего без проведения патологоанатомического вскрытия;
5) направления тела умершего на судебно-медицинское исследование (вскрытие).

22. ДИАГНОЗ, ЗАПИСАННЫЙ В ПРОТОКОЛЕ ВСКРЫТИЯ, ДОЛЖЕН СОВПАДАТЬ:
1) с посмертным клиническим диагнозом в истории болезни больного;
2) с заключительным клиническим диагнозом в истории болезни больного;
3) с заключительным клиническим диагнозом в карте амбулаторного больного;
4) с судебно-медицинским диагнозом;
5) с формулировкой причин смерти в медицинском свидетельстве о смерти.

23. В СЛУЧАЕ НЕСОВПАДЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И ФОРМУЛИРОВКИ ПРИЧИН СМЕРТИ В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О СМЕРТИ НЕОБХОДИМО:

1) направить в органы государственной статистики второе свидетельство о смерти (с изменениями);
2) уведомить об изменении диагноза родственников умершего;
3) уведомить об изменении диагноза администрацию ЛПУ;
4) уведомить об изменении диагноза правоохранительные органы;
5) уведомить об изменении диагноза лечащего врача.

24. ПРОДОЛЖИТЕ ФРАЗУ: «ПОСЛЕ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ ИЗМЕНЕНИЯ УКАЗАННОГО В НЕМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В ПРОТОКОЛЕ ВСКРЫТИЯ…»:

1) недопустимы;
2) обязательны;
3) возможны;
4) возможны только с разрешения главного врача ЛПУ;
5) возможны только с разрешения органов ЗАГС.

25. ПАТОЛОГОАНАТОМ, ПРОВОДИВШИЙ ВСКРЫТИЕ, МОЖЕТ ВНЕСТИ ИЗМЕНЕНИЯ В ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

1) по просьбе родственников, при наличии на это объективных причин;
2) по просьбе главного врача ЛПУ, при наличии на это объективных причин;
3) без проведения дополнительных методов исследования;
4) по просьбе лечащего врача, при наличии на это объективных причин;
5) после проведения дополнительных методов исследования.

26. ПОСМЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ МОЖЕТ БЫТЬ:

1) только патологоанатомическим;
2) только судебно-медицинским;
3) заключительным клиническим; патологоанатомическим, судебно-медицинским;
4) только предварительным и заключительным клиническим;
5) только предварительным клиническим.

27. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

1) посмертный диагноз может отличаться по структуре в зависимости от статистических требований;
2) посмертный диагноз может отличаться по структуре в зависимости от принятых в данном регионе стандартов;
3) структура посмертного диагноза едина на территории РФ;
4) посмертный диагноз может отличаться по структуре в зависимости от причины смерти;
5) посмертный диагноз может отличаться по структуре в зависимости от профиля ЛПУ.

28. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ – ЭТО:

1) нозологический, патогенетический;
2) этиологический, социально-исторический;
3) нозологический, тактический;
4) нозологический, социально-исторический;
5) патогенетический, тактический.

29. НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ВЫРАЖАЕТСЯ В ВЫДЕЛЕНИИ:

1) рубрик «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания», «Сопутствующие заболевания» в заключительном клиническом диагнозе;
2) основного синдрома, явившегося непосредственной причиной смерти больного;
3) хронологической и патогенетической последовательности, показывающей динамику развития болезни;
4) самостоятельной болезни, имеющей унифицированное название и статистическое обозначение;
5) непосредственной причины смерти.

30. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ВЫРАЖАЕТСЯ В ВЫДЕЛЕНИИ:
1) самостоятельной болезни, имеющей унифицированное название и статистическое обозначение;
2) основного синдрома, явившегося непосредственной причиной смерти больного;
3) хронологической и патогенетической последовательности, показывающей динамику развития болезни;
4) рубрик «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания», «Сопутствующие заболевания» в заключительном клиническом диагнозе;
5) непосредственной причины смерти.

31. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ЕДИНИЦА»:
1) самостоятельная болезнь, имеющая унифицированное название с учетом отечественных классификаций;
2) самостоятельная болезнь, имеющая статистическое обозначение в соответствии с требованиями МКБ-10;
3) самостоятельная болезнь, имеющая унифицированное название и статистическое обозначение;
4) симптом, имеющий унифицированное название с учетом отечественных классификаций;
5) симптом, имеющий унифицированное название с учетом требований МКБ-10.

32. К УНИФИЦИРОВАННЫМ РУБРИКАМ ДИАГНОЗА ОТНОСЯТСЯ:
1) «Непосредственная причина смерти», «Первоначальная причина смерти»;
2) «Сопутствующие заболевания», «Непосредственная причина смерти»;
3) «Осложнения основного заболевания», «Непосредственная причина смерти»;
4) «Основное заболевание», «Первоначальная причина смерти»;
5) «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания».

33. ПРОДОЛЖИТЕ ФРАЗУ: «ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (СОСТОЯНИЕ) В ПОСМЕРТНОМ ДИАГНОЗЕ…»
1) может включать несколько нозологических единиц;
2) это только одна нозологическая форма (единица), которая привела к смерти больного;
3) отражает хронологическую последовательность, показывающую динамику развития болезни;
4) является проявлением фонового заболевания;
5) отражает патогенетическую «цепочку» (связь) осложнений.

34. КОМБИНИРОВАННОЕ ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ:
1) конкурирующим, сочетанным, сопутствующим;
2) только основным и фоновым;
3) конкурирующим, сочетанным, основным и фоновым;
4) конкурирующим, фоновым, сопутствующим;
5) сочетанным, фоновым, сопутствующим.

35. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНОГО:
1) только само по себе;

2) только через свои осложнения и сопутствующие заболевания.
3) только через свои осложнения;
4) только через сопутствующие заболевания;
5) как само по себе, так и через свои осложнения.

36. ПРИ МУЛЬТИКАУЗАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ (ПОЛИПАТИИ) В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ:
1) заболевание, стоящее в нем на первом месте;
2) как основное, так и фоновое заболевание;
3) осложнение основного заболевания;
4) заболевание, стоящее в нем на втором месте;
5) сопутствующее заболевание.

37. МОЖЕТ ЛИ ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОДНОВРЕМЕННО БЫТЬ И НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ?
1) нет, не может;
2) да, в ряде случаев может;
3) только при мультикаузальном варианте диагноза;
4) только при бикаузальном варианте диагноза;
5) только при отсутствии сопутствующих заболеваний.

38. СОВОКУПНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ (ОТРАВЛЕНИЕ, ТРАВМУ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ) И ОТНЕСТИ ЕГО К ГРУППЕ СОСТОЯНИЙ С ОБЩЕЙ ЭТИОЛОГИЕЙ И ПАТОГЕНЕЗОМ, КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, ЕДИНЫМИ ПОДХОДАМИ К ЛЕЧЕНИЮ И КОРРЕКЦИИ – ЭТО:
1) синдромокомплекс;
2) группа болезней;
3) нозологическая форма (единица);
4) симптом;
5) симптомокомплекс.

39. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРЕВРАТИВШИЕСЯ В САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ «ВТОРЫЕ БОЛЕЗНИ», ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ:
1) фоновыми заболеваниями;
2) отдаленными последствиями излеченных заболеваний;
3) сопутствующими заболеваниями;
4) сочетанными заболеваниями;
5) конкурирующими заболеваниями.

40. КАК В ДИАГНОЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРЕЧИСЛЯТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ?
1) в хронологической и патогенетической последовательности;
2) наиболее важное осложнение выносится первым;
3) на первое место необходимо выносить непосредственную причину смерти;
4) на первое место необходимо выносить промежуточную причину смерти;
5) на первое место необходимо выносить непосредственную причину смерти, на второе место промежуточную причину смерти.

41. ПРОДОЛЖИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ: «ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ – ЭТО…»
1) патологические процессы, являющиеся проявлениями сопутствующего заболевания;
2) патологические процессы, которые могут быть связаны как с основным заболеванием, так и с некоторыми фоновыми заболеваниями;

3) патологические процессы, являющиеся проявлениями основного заболевания;
4) патологические процессы, которые могут быть связаны как с сопутствующим заболеванием, так и с некоторыми фоновыми заболеваниями;
5) патологические процессы, которые связаны с основным заболеванием патогенетически, но не являются при этом его проявлениями.

42. МОЖЕТ ЛИ ОЧАГОВАЯ ПНЕВМОНИЯ РАССМАТРИВАТЬСЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ИЗНУРИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ (ИНФЕКЦИЙ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, ГЕМОБЛАСТОЗОВ, ТРАВМ ГОЛОВНОГО ИЛИ СПИННОГО МОЗГА, ИНСУЛЬТА)?
1) нет, не может;
2) да, может;
3) да, может только в исключительных случаях;
4) может, только с разрешения главного врача ЛПУ;
5) может, только врачебной комиссией (ВТЭК).

43. МОГУТ ЛИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (ПНЕВМОНИЯ, КРОВОТЕЧЕНИЕ, ТРОМБОФЛЕБИТ, ТРОМБОЗЫ, ЭМБОЛИИ, ИНФАРКТЫ, АСПИРАЦИЯ, АТЕЛЕКТАЗЫ, ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ) РАССМАТРИВАТЬСЯ КАК ПРЯМОЕ СЛЕДСТВИЕ ОПЕРАЦИИ?
1) да, могут, если есть патогенетическая связь между ними, и осложнения развились не позднее 4 недель после вмешательства;
2) нет, не могут;
3) да, могут только в исключительных, особо оговоренных случаях;
4) да, могут, если есть патогенетическая связь между ними, и осложнения развились не позднее 7 дней после вмешательства;
5) да, могут, если осложнения развились не позднее 24 часов после вмешательства.

44. ПРИ НАЛИЧИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) послеоперационное осложнение;
2) сопутствующее заболевание;
3) фоновое заболевание;
4) заболевание, послужившее поводом для оперативного вмешательства;
5) операционное вмешательство.

45. В КАЧЕСТВЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОСМЕРТНОМ ДИАГНОЗЕ МОГУТ ВЫСТУПАТЬ:
1) все заболевания больного, игравшие роли в танатогенезе;
2) все заболевания больного, не игравшие роли в танатогенезе;
3) только одна нозологическая единица, этиологически или патогенетически связанная с основным заболеванием;
4) не более двух нозологических единиц, этиологически или патогенетически связанных с основным заболеванием;
5) только одна нозологическая единица, этиологически или патогенетически не связанная с основным заболеванием.

46. В РУБРИКУ «СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ» МОГУТ ВХОДИТЬ:
1) только одно, наиболее важное заболевание;
2) несколько нозологических единиц, которые ни этиологически, ни патогенетически не связаны с основным заболеванием и не играли роли в танатогенезе;
3) несколько нозологических единиц, только при формулировании основного комбинированного заболевания (полипатии);

4) только одно, наиболее важное заболевание, игравшее роль в танатогенезе;
5) только одно, наиболее важное осложнение.

47. ПРИ НАЛИЧИИ ОСЛОЖНЕНИЙ У СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОНИ:
1) перечисляются в рубрике «осложнения основного заболевания»;
2) не указываются;
3) для них имеется собственная рубрика;
4) перечисляются в рубрике «фоновое заболевание»;
5) перечисляются в рубрике «сопутствующие заболевания».

48. КАКАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ РУБРИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ПЕРИНАТАЛОГИИ И УЧИТЫВАЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ?
1) патология матери, беременности и родов (ПМБР);
2) осложнения реанимации;
3) осложнения интенсивной терапии;
4) осложнения сопутствующих заболеваний;
5) наследственная предрасположенность.

49. ПОСЛЕ ЗАПОЛНЕНИЯ КОРЕШОК БЛАНКА МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ:
1) выдается родственникам или законным представителям умершего;
2) передается в правоохранительные органы;
3) передается в органы ЗАГС для государственной регистрации;
4) остается в медицинском учреждении, выдавшем свидетельство;
5) помещается в историю болезни (амбулаторную карту) умершего.

50. ЕСЛИ МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ВЫДАЕТСЯ БЕЗ ВСКРЫТИЯ ТРУПА, НАПРИМЕР, НА ОСНОВЕ ЗАПИСЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ТО ОНО МОЖЕТ БЫТЬ:
1) только окончательным;
2) только предварительным;
3) только «взамен предварительного»,
4) только «взамен окончательного»;
5) любым из перечисленного выше.

Оформите врачебное свидетельство о смерти, подберите код МКБ:

1. Больной, страдавший раком нижней доли правого легкого, умер от легочного кровотечения при распаде опухоли.

2. У человека, болевшего сахарным диабетом, после инъекции кокарбоксилазы развился абсцесс левой ягодицы, осложнившийся септикопиемией, послужившей непосредственной причиной смерти.

3. Больная, страдавшая гипертонической болезнью, умерла от субкортикального кровоизлияния в мозг.

4. На вскрытии трупа больного, погибшего при явлениях сердечно-легочной недостаточности, найдена двухсторонняя крупозная пневмония и трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка вследствие выраженного атеросклероза с тромбозом левой венечной артерии.

5. Пожилая женщина с постинфарктным кардиосклерозом и мерцательной аритмией была госпитализирована и получала лечение по поводу правосторонней очаговой пневмонии. Смерть наступила от фибрилляции желудочков сердца.

6. При язвенной болезни 12-перстной кишки во время операции ваготомии развился анафилактический шок на новокаин и наступила смерть.

7. Больному сахарным диабетом была ошибочно введена большая доза инсулина, и он умер от гипогликемической комы.

8. Во время операции спленэктомии по поводу гипеспленизма при циррозе печени был прошит хвост поджелудочной железы. В раннем послеоперационном периоде развился острый панкреатит, смерть наступила от панкреатогенного шока.

9. У больного с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения) развился инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка вследствие атеросклероза с тромбозом левой венечной артерии. Смерть наступила от разрыва сердца и тампонады сердечной сорочки кровью.

10. При гипертонической болезни с формированием первично-сморщенных почек и хронической почечной недостаточностью смерть наступила от кровоизлияния в мозг.

11. На вскрытии трупа больного, погибшего при нарастающей дыхательной недостаточности, найдена двухсторонняя крупозная пневмония.

12. При хроническом пиелонефрите с симптоматической артериальной гипертонией смерть наступила от кровоизлияния в мозг.

13. На вскрытии трупа больного, умершего от кровотечения из варикозно расширенных вен желудка обнаружен цирроз печени и периферический рак легкого без метастазов.

14. Смерть больного раком тела желудка с метастазами в печень и регионарные лимфоузлы наступила от желудочного кровотечения, осложнившего распад опухоли.

15. Больной по поводу ошибочно диагностированной системной красной волчанки проведена массивная преднизолонотерапия. Развилась стероидная язва желудка с перфорацией. Смерть наступила от перитонита. За СКВ был принят аллергический дерматит.

16. Больному с язвенной болезнью 12-перстной кишки и хронической постгеморрагической анемией перелита иногрупная кровь. Смерть наступила от почечной недостаточности.

17. У больной ревматоидным артритом с полиневропатией вследствие лечения кортикостероидами в терапевтических дозах развилась стероидная язва желудка, осложнившаяся кровотечением, которое послужило непосредственной причиной смерти.

18. Пациенту с раком поперечно-ободочной кишки IV стадии, осложненным кишечной непроходимостью, проведена операция колостомии, после которой вследствие несостоятельности швов развился разлитой гнойный перитонит, послуживший непосредственной причиной смерти.

19. У больного с язвенной болезнью желудка во время гастроскопии был перфорирован пищевод. Смерть наступила от гнойного медиастинита.

20. Беременная женщина (30 недель) с ревматически митральным стенозом умерла от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности.

Эталоны ответов:

1)

	I а) легочное кровотечение
C34.3	б) рак нижней доли легкого
	в)
	II

2)

	I а) септикопиемия
T80.2	б) постинъекционный абсцесс
	в)
	II сахарный диабет

3)

I16.1	I а) кровоизлияние в мозг

б)
в)
II гипертоническая болезнь

4)
J18.1 I а) крупозная пневмония
б)
в)
II Инфаркт миокарда на фоне атеросклероза коронарных артерий

I21.1 I а) инфаркт миокарда задней стенки
б)
в)
II атеросклероз коронарных артерий, крупозная пневмония

5)
I25.2 I а) постинфарктный кардиосклероз
б)
в)
II атеросклероз коронарных артерий, очаговая пневмония

J18.0 I а) очаговая пневмония
б)
в)
II постинфарктный кардиосклероз на фоне атеросклероза коронарных артерий

6)
Y48.3 I а) анафилактический шок на новокаин
б)
в)
II язвенная болезнь 12-перстной кишки, операция ваготомии

7)
I а) гипогликемическая кома
T38.3 б) передозировка инсулина
в)
II

8)
I а) панкреатогенный шок
T81.2 б) послеоперационный панкреатит
в)
II цирроз печени, операция спленэктомии

9)
I а) тампонада сердечной сорочки кровью
б) разрыв сердца
I21.0 в) инфаркт миокарда передней стенки
II атеросклероз коронарных артерий

10)
I16.1 I а) кровоизлияние в мозг
б)
в)
II гипертоническая болезнь

11)
J18.1 I а) крупозная пневмония
б)
в)
II

12)

I а) кровоизлияние в мозг
б) вторичная артериальная гипертония
N11.1 в) хронический пиелонефрит
II

13)
I а) желудочное кровотечение
б) варикозное расширение вен желудка
К74.6 в) цирроз печени
II

14)
I а) желудочное кровотечение
С16.2 б) рак тела желудка
в)
II

15)
I а) перитонит
б) стероидная язва желудка с перфорацией
Т38.0 в) массивная преднизолонотерапия (по поводу ошибочно диагностированной СКВ)
II Аллергический дерматит

16)
I а) острая почечная недостаточность
Т80.3 б) переливание иногрупной крови
в)
II Язвенная болезнь 12-перстной кишки, хроническая постгеморрагическая анемия

17)
I а) желудочное кровотечение
б) стероидная язва желудка
М05.3 в) ревматоидный артрит (леченный кортикостероидами в терапевтических дозах)
II

18)
I а) перитонит
б) операция колостомии
С18.4 в) рак поперечно-ободочной кишки
II

19)
I а) медиастинит
Т81.2 б) перфорация пищевода во время гастроскопии
в)
II язвенная болезнь желудка

20)
I а) недостаточность кровообращения
I05.0 б) митральный стеноз
в)
II беременность 30 недель

Задача № 1. Женщина в течении всей беременности курила, часто принимала алкоголь в небольших дозах. Родился мальчик с разлитым цианозом, самостоятельно дыхание появилось после проведения реанимации и санации трахеобронхиального дерева, цвет кожных покровов оставался прежним. Аускультативно обнаружены шумы в сердце. Через 12 часов ребенок умер.

1. Предположите в каком периоде беременности вредные привычки матери могли оказать существенную роль при формировании заболевания? 2. Какой орган стал мишенью для повреждающих факторов в данном случае? 3. Предположите клинический диагноз (назовите основное заболевание)? 5. Что явилось непосредственной причиной смерти ребенка?

Эталон ответа: 1. Первый триместр 7-8 неделя беременности терминационный тератогенный период для врожденных пороков сердца. 2. Сердце. 3. ВПР сердца «синего типа». 4. Гипоксия (тканевая).

Задача № 2. Во время беременности женщина перенесла ОРВИ с подъемом температуры до 38° С однократно. Лечилась амбулаторно. Беременность и роды протекали без осложнений. При рождении у новорожденного были единичные самостоятельные неглубокие дыхательные движения. Через 5 минут после родов ребенок умер. При вскрытии часть органов брюшной полости (печень, кишечник, селезенка) обнаружены в левой плевральной полости.

1. Какой порок развития в данном случае явился первоначальной причиной смерти (в посмертном клиническом диагнозе данный порок является основным заболеванием)? 2. Предположите его этиологию? 3. Какие другие пороки развития данный порок повлек за собой? 4. Что явилось непосредственной причиной смерти ребенка?

Эталон ответа: 1. Левосторонняя ложная диафрагмальная грыжа. 2. Вирусное воздействие на ткань эмбриона. 3. Гипоплазию легких. 4. Асфиксия.

Задача № 3. В родах произошла преждевременная отслойка плаценты. Родился доношенный мертвый мальчик.

1. Интра- или постнатальная смерть? 2. Причина смерти ребенка? 3. Что лежит в основе танатогенеза?

Эталон ответа: 1. Интранатальная. 2. Асфиксия. 3. Прекращение плацентарного кровообращения до рождения плода.

Задача № 4. Роды 1-е, преждевременные, в 30-31 недель. Резус-конфликт. Родился мальчик весом 2400 гр., длиной 39 см., окружность головы 28 см., с желтушными кожными покровами и слизистыми оболочками, уровень билирубина при рождении 196,1 ммоль/л. К концу вторых суток наступила смерть,

1. Доношенным ли родился ребенок? 2. Интра- или постнатальная смерть? 3. Причина смерти? 4. Какие изменения можно предположить в головном мозге при аутопсии, назовите термин?

Эталон ответа:1. Недоношенный. 2. Постнатальная. 3. Ядерная желтуха. 4. Прокрашивание пигментом подкорковых ядер головного мозга в желтый цвет, билирубиновая энцефалопатия.

Задача № 5. Срочные роды доношенным мацерированным плодом. При исследовании последа выявлено, что пуповина длинной 50 см с тугим узлом в средней части, гистологически в ней обнаружена лимфо-, лейкоцитарная инфильтрация.

1. Назовите предполагаемую причину образования узла? 2) Какая нозологическая единица должна быть указана в рубрике основное заболевание в клиническом диагнозе? 3) Что явилось непосредственной причиной гибели плода? 4) В каком периоде родов наступила смерть? 5) Каким термином обозначается воспаления пуповины? Какой процесс может возникнуть в пупочном кольце (назовите термин)?

Эталон ответа: 1. Длинная пуповина. 2. Асфиксия вследствие прекращения пуповинного кровотока. 3. Асфиксия. 4) Смерть антенатальная. 5) Фуникулит. 6) Омфалит.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.