

Тестові питання до теми 1

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Хто є автором праці «De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis» (1761):

- + Джованні Баттіста Морганьї;
- Карл Рокітанський;
- Рудольф Вірхов;
- Антоніо Бенев'єві?

2. Який період вважається початком мікроскопічного етапу розвитку патологічної анатомії (ПА):

- + середина XIX ст.;
- початок XX ст.;
- епоха Відродження;
- 1970-ті роки?

3. Яка з перерахованих функцій патологоанатомічний заклад (ПАЗ) є пріоритетною згідно з Наказом №1877:

- + контроль якості надання медичної допомоги;
- констатація смерті;
- наукова діяльність;
- підтримка судової медицини?

4. Хто з античних лікарів запровадив натуралістичний підхід до вивчення світу, що став фундаментом для розвитку анатомічних досліджень:

- + Гіппократ;
- Герофіл;
- Гален;
- Еразистрат?

5. У якому році відбулася централізація патологоанатомічних відділень м. Суми на базі обласної лікарні (СОКЛ):

- + 1971 р.;
- 1950 р.;
- 1991 р.;
- 1945 р.?

6. До якого структурного підрозділу ПАЗ належить кабінет лікарів та архів документації:

- + «чиста» зона;
- «брудна» зона;
- господарська зона;
- секційний блок?

7. Який алгоритм взаємодії ПАЗ із клінічними підрозділами є правильним при смерті пацієнта в стаціонарі:

- + лікар стаціонару оформлює направлення та епікриз → ПАЗ проводить розтин →

Видача свідоцтва;

- ПАЗ самостійно забирає тіло;
- розтин проводиться лише після отримання результатів усіх посмертних лабораторних аналізів (через 1 день);
- тіло направляється в морг без історії хвороби?

8. Функціональним обов'язком лікаря-патологоанатома під час проведення розтину є:

- + співставлення клінічного та патологоанатомічного діагнозів з виявленням розбіжностей;
- визначення танатогенезу при кримінальних травмах;
- підготовка тіла померлого для поховання;
- надання рекомендацій щодо діагностики хворих з подібними захворюваннями.

9. Який етап розвитку патологічної анатомії триває з початку XXI століття до сьогодні:

- + молекулярно-генетичний;\
- мікроскопічний;
- гуморальний;
- цифровий?

10. Який нормативний документ є базовим для визначення термінів та порядку проведення розтину в Україні сьогодні:

- + Наказ МОЗ №1877 (2021 р.);
- Наказ МОЗ №81 (1992 р.);
- Наказ МОЗ №6 (2015 р.);
- Кримінально-процесуальний кодекс?

11. Яке приміщення патологоанатомічного відділення обов'язково належить до «брудної» зони:

- + секційна зала та приміщення для зберігання тіл;
- гістологічна лабораторія (блок вирізки);
- реєстратура;
- кімната прийому їжі персоналу?

12. Хто був організатором патологоанатомічної служби в м. Суми та очолював її з 30-х років до 1976 року:

- + Н. В. Навродська;
- А. М. Романюк;
- А. В. Доценко;
- В. Г. Журавльов?

13. Обрати правильне визначення «Секційний курс»:

+ це курс, який дає можливість майбутнім лікарям зрозуміти значення, місце, функції та професійні обов'язки патологоанатома й патологоанатомічної служби в системі охорони здоров'я та в лікарській діяльності

- це спеціальна медична дисципліна, що вивчає та вирішує певні біологічні, медичні й медико-криміналістичні питання для потреб юридичної практики, законодавства та охорони здоров'я;
- це практичне застосування теоретичних знань, регламентоване законом і використовується для вирішення конкретних медичних питань, що виникають у правоохоронців під час слідства.

14. Яке завдання виконує патологоанатомічна служба:

- + встановлення патологоанатомічного діагнозу померлого пацієнта;
- встановлення характеру та механізму тілесних ушкоджень;
- встановлення давності настання смерті;
- встановлення категорії смерті?

15. Чи зобов'язаний патологоанатом надати письмовий висновок (патологоанатомічний епікриз):

- + так;
- за певних умов;
- ні?

16. Який документ не входить до переліку основної патологоанатомічної документації?

- + висновок експерта;
- протокол патологоанатомічного дослідження трупа;
- лікарське свідоцтво про смерть;
- патологоанатомічний епікриз;
- патологоанатомічний діагноз;
- висновки гістологічного дослідження біопсійного та операційного матеріалу.

17. Яку відповідальність несе патологоанатом за результати досліджень?

- + правильні варіанти: а, в;
- (б) не несе відповідальності;
- (а) особисту;
- (в) адміністративну;

- (г) кримінальну.

18. Мета курсу клінічної патології (секційного курсу):

- + проведення клініко-анатомічного аналізу;
- проведення гістологічних досліджень;
- проведення анатомічного аналізу;
- проведення клінічного аналізу;
- проведення лабораторних досліджень.

19. Задача курсу клінічної патології (секційного курсу):

- + складання клініко-анатомічного епікризу;
- написання клінічного висновку;
- написання клінічного епікризу;
- постановка клінічного діагнозу;
- написання анатомічного епікризу.

20. Задача курсу клінічної патології (секційного курсу):

- + аналіз клінічного та патологоанатомічного діагнозів;
- аналіз основного захворювання;
- аналіз супутнього захворювання;
- аналіз анатомічного епікризу;
- аналіз клінічного епікризу.

21. Найбільш важливий вид діяльності лікаря патологоанатома:

- + прижиттєва постановка діагнозу на підставі біопсіної діагностики;
- підготовка секційного матеріалу для дослідження;
- участь у роботі медичної ради;
- рецензія історії хвороби;
- бальзамація тіла.

22. Основний напрямок розвитку патологічної анатомії:

- + клініко-анатомічний;
- структурний;
- макро-мікроскопічний;
- лабораторно-діагностичний;
- клінічний.

23. За своїми завданнями та змістом патологоанатомічна служба:

- + тісно пов'язана з клінікою
- правильний варіант відсутній;
- до клініки не має відношення;
- існує самостійно.

24. Чи приходиться стикатися з питаннями танатогенезу лікарям у своїй практичній діяльності?

- + постійно;
- нечасто;
- періодично;
- правильний варіант відсутній.

25. Основна діяльність патологоанатомічного бюро спрямовується на:

- + подальше удосконалення лікувально-профілактичної допомоги населенню шляхом покращення прижиттєвої діагностики захворювань;
- проведення ексгумації;
- всі варіанти правильні;
- розробку методик розтину в експерименті;
- правильний варіант відсутній.

26. Основна діяльність патологоанатомічного бюро спрямовується на:

- + уточнення причин смерті, забезпечення достовірних даних державної статистики причин смерті;
- правильний варіант відсутній;
- всі варіанти правильні;
- проведення евісцерації та ексгумації;
- розробку методик розтину в експериментальній роботі.

27. Основна діяльність патологоанатомічного бюро спрямовується на:

- + підвищення кваліфікації лікарів та здійснення аналізу недоліків діагностики та лікування;
- всі варіанти правильні;
- правильний варіант відсутній;
- розробку методик розтину в експериментальній роботі;
- проведення евісцерації та ексгумації.

28. Основна функція патологоанатомічного бюро:

+ уточнення діагностики захворювань на секційному, операційному, біопсійному матеріалах шляхом проведення макро- та мікроскопічного, а за необхідності – бактеріологічного, вірусологічного, серологічного досліджень;

- правильний варіант відсутній;
- контроль за оформленням діагностичного заключення;
- оформлення лікарського свідоцтва про смерть;
- всі варіанти правильні;
- уточнення діагностики захворювань тільки шляхом проведення бактеріологічного, вірусологічного, серологічного досліджень.

29. Основна функція патологоанатомічного бюро:

- + встановлення причин і механізмів смерті хворого;
- правильний варіант відсутній;
- оформлення лікарського свідоцтва про смерть;
- уточнення діагностики захворювань тільки шляхом проведення бактеріологічного, вірусологічного, серологічного досліджень;
- всі варіанти правильні;
- контроль за оформленням діагностичного заключення.

30. Основна функція патологоанатомічного бюро:

- + аналіз якості діагностичної та лікувальної роботи разом з лікарями шляхом порівняння клінічних і патологоанатомічних даних й діагнозів з обов'язковим обговоренням результатів;
- уточнення діагностики захворювань тільки шляхом проведення бактеріологічного, вірусологічного, серологічного досліджень;
- всі варіанти правильні;
- оформлення лікарського свідоцтва про смерть;
- контроль за оформленням діагностичного заключення;
- правильний варіант відсутній.

31. Основна функція патологоанатомічного бюро:

- + підготовка та проведення клініко-патологоанатомічних конференцій та ЛКК у лікувально-профілактичних установах;
- всі варіанти правильні;
- оформлення лікарського свідоцтва про смерть;
- контроль за оформленням діагностичного заключення;
- правильний варіант відсутній;
- уточнення діагностики захворювань тільки шляхом проведення бактеріологічного, вірусологічного, серологічного досліджень.

32. Основна функція патологоанатомічного бюро:

- + термінове повідомлення у встановленому порядку органів охорони здоров'я про виявлені випадки гострозаразних, в тому числі особливо небезпечних захворювань;
- всі варіанти правильні;
- оформлення лікарського свідоцтва про смерть;

- контроль за оформленням діагностичного заключення;
- правильний варіант відсутній;
- уточнення діагностики захворювань тільки шляхом проведення бактеріологічного, вірусологічного, серологічного досліджень.

33. Патологоанатомічне бюро:

- + є базами підготовки лікарів-патологоанатомів через інтернатуру;
- є базами підготовки лікарів-патологоанатомів через клініцину;
- є базами підготовки лікарів-патологоанатомів через тільки через магістратуру;
- не можуть бути базами підготовки.

34. Патологоанатомічне бюро мають такі структурні підрозділи:

- + всі варіанти правильні;
- відділення біопсійних досліджень з лабораторією електронної мікроскопії;
- відділення загальної патології з гістологічною лабораторією;
- відділення дитячої патології з гістологічною лабораторією;
- адміністративно-господарську частину;
- відділення інфекційної патології з гістологічною та вірусологічною лабораторіями;
- господарсько-розрахункове відділення по здійсненню ритуальних послуг населенню;
- організаційно-консультативне відділення-архів.

35. Лікар відділення патологоанатомічного бюро (централізованого патологоанатомічного відділення):

- + всі варіанти правильні;
- у разі показань проводить забір матеріалу для спеціальних досліджень: мікробіологічних, вірусологічних, серологічних, цитологічних, біохімічних;
- проводить розтин трупів і гістологічне дослідження секційного матеріалу (для відділень педіатричного профілю – розтин трупів дітей, новонароджених, мертвонароджених та дослідження послідів);
- під час розтину та після нього надає необхідні пояснення присутнім лікарям і ставить патологоанатомічний діагноз, формує клініко-патологоанатомічний епікриз;
- забезпечує оформлення протоколу патологоанатомічного дослідження та медичної карти стаціонарного хворого відразу після закінчення розтину і записує в них патологоанатомічний діагноз, висновок про причину смерті хворого та діагноз, вказаний у лікарському свідоцтві про смерть.

36. Лікар відділення патологоанатомічного бюро (централізованого патологоанатомічного відділення):

- + всі варіанти правильні;
- проводить мікроскопічне дослідження біопсійних препаратів, описує гістологічну картину процесу та вносить патологоанатомічний діагноз в «направлення на патологоанатомічне дослідження» (ф. № 014у) під час підготовки клініко-патологоанатомічних конференцій знайомиться з літературою з обговорюваного випадку, готує демонстраційний матеріал, складає письмовий текст або план доповіді;
- проводить разом із лаборантом макроскопічний опис надісланих з клінічних відділень органів і тканин й вирізає шматочки для гістологічного дослідження, дає вказівки лаборантові про способи фіксації, обробки, методику фарбування та необхідну кількість мікропрепаратів.

37. Робота патологоанатомічного бюро та відділення пов'язана з рядом шкідливих умов, які зумовлені:

- + всі варіанти правильні;
- проведенням розтинів померлих від різних захворювань (у тому числі інфекційних);
- дослідження біопсійного матеріалу, який також нерідко є носієм інфекційних агентів (туберкульоз, паразити та ін.);
- постійним контактом зі шкідливими для організму формаліном, хлороформом;
- постійним контактом зі шкідливими для організму діоксаном, солями ртуті, аніліном;
- постійним контактом зі шкідливими для організму ксилолом, толуолом, бензолом;
- розтином і дослідженням трупів експериментальних тварин, у тому числі з інфекційними захворюваннями.

Тестові питання до теми 2

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Згідно з Наказом МОЗ №1877, який документ є обов'язковим додатком до направлення на

патологоанатомічний розтин:

- + посмертний епікриз;
- згода на обробку персональних даних;
- довідка про склад сім'ї;
- копія паспорта померлого?

2. У якому випадку головний лікар не має права скасувати патологоанатомічний розтин:

- + у разі підозри на гостре інфекційне захворювання;
- за наявності письмової заяви близьких родичів;
- при смерті пацієнта віком понад 80 років;
- якщо діагноз був встановлений прижиттєво?

3. Який термін проведення патологоанатомічного розтину вважається загальноприйнятим після констатації біологічної смерті:

- + від 4 годин до 24 годин після смерті;
- у перші 4 години після смерті;
- після 24 годин після смерті;
- невідкладно після смерті?

4. Хто несе відповідальність за організацію доставки тіла померлого до патологоанатомічного закладу:

- + керівник закладу охорони здоров'я, де сталася смерть;
- лікар-патологоанатом;
- поліція;
- родичі померлого?

5. Яка кількість категорій складності патологоанатомічних розтинів визначена в нормативних документах:

- + 5 категорій;
- 2 категорії;
- категорії не існують;
- 10 категорій?

6. Під час отримання тіла з підозрою на ВІЛ/СНІД, до якої категорії складності належить такий розтин:

- + V категорія;
- III категорія;
- II категорія;
- I категорія?

7. Яка зона патологоанатомічного відділення вважається «брудною»:

- + секційна зала, трупосховище;
- архів, підвальне приміщення;
- кімната персоналу, секційний зал;
- коридор, трупосховище?

8. Рекомендований штатний норматив передбачає 1 посаду лікаря-патологоанатома на скільки розтинів на рік:

- + 100-150;
- 200-350;
- 300- 450;
- 400-550?

9. У якому документі фіксуються результати макроскопічного та мікроскопічного дослідження померлого:

- + протокол розтину;
- посмертний епікриз;
- лікарське свідоцтво про смерть;
- журнал реєстрації померлих?

10. Хто має право бути присутнім під час патологоанатомічного розтину з освітньою метою:

- + студенти закладів медичної освіти;
- представники ритуальних служб;
- бажаючі ознайомитися з роботою патологоанатомічної служби;
- журналісти?

Тестові питання до теми 3

Умова: обрати одну правильну відповідь

1. На якій мінімальній відстані від житлових та громадських будівель має розташовуватися окремо розташована будівля патологоанатомічного корпусу:

- + 30 м;
- 25 м;
- 50 м;
- 100 м?

2. Яка мінімальна кількість зон повинна бути передбачена при плануванні патологоанатомічного відділення для дотримання санітарно-епідемічного режиму:

- + 2 зони («чиста» і «брудна»);
- немає зонування;
- 3 зони («чиста», «брудна», холодильні приміщення);
- 4 зони («чиста», «брудна», холодильні та складські приміщення)?

3. Які вимоги висуваються до підлоги в секційній залі:

- + водонепроникна, легко миється, з нахилом;
- покрита лінолеумом;
- бетонна, шорстка;
- дерев'яна, вкрита лаком?

4. Яка кратність повітрообміну (витяжка) повинна бути забезпечена в секційній залі:

- + 10-кратна;
- 5-кратна;
- 2-кратна;
- достатньо відкритих вікон і квартирки?

5. Під час роботи з якими речовинами в лабораторії обов'язкове використання витяжної шафи:

- + формалін, ксилол, кислоти;
- парафін і парафінові блоки;
- зрізи тканин;
- побутові відходи?

6. Який засіб індивідуального захисту є обов'язковим для захисту очей під час розтину:

- + захисні окуляри або щиток;
- протигаз;
- не потребують захисту;
- звичайні окуляри?

7. Які дії персоналу при підозрі на смерть від особливо небезпечної інфекції (наприклад, чума):

- + припинити розтин, повідомити керівництво, викликати консультанта;
- показати студентам рідкісний випадок;
- утилізувати забруднений одяг та інструменти;
- якнайшвидше закінчити розтин?

8. Де дозволено зберігати запаси спирту та ксилолу в об'ємі понад 1 літр:

- + у спеціальній шафі у вогнетривкому приміщенні;
- у холодильному приміщенні;
- у підвальному приміщенні;
- якнайближче до місця використання у лабораторії?

9. Яка мінімальна площа передбачена на один секційний стіл згідно з нормативами:

- + 16-18 м²;
- такої норми не існує;
- 25-30 м²;
- 10-12 м²?

10. З якою частотою повинен проводитися інструктаж з техніки безпеки для персоналу ПАЗ:

- + під час прийому на роботу та не рідше 2 рази на рік;
- під час прийому на роботу та не рідше 1 разу на рік;
- під час прийому на роботу та щоквартально;
- під час прийому на роботу та після кожного нещасного випадку?

11. Чи дозволяється вхід стороннім особам у секційний блок під час проведення розтину:

- + заборонено (крім медперсоналу та студентів за розкладом);
- заборонено (крім спецслужб та поліції);
- дозволено, якщо випадок не пов'язаний з криміналом або державною безпекою;
- дозволено всім, крім родичів?

12. Що з перерахованого є обов'язковим елементом «чистої» зони ПАЗ:

- + кабінети лікарів;
- секційний зал;
- трупосховище;
- кімната вирізки матеріалу?

Тестові питання до теми 4

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Згідно з Наказом МОЗ №693, яка рідина є золотим стандартом для рутинної фіксації операційного та біопсійного матеріалу:

- + 10% нейтральний забуферений формалін;
- 96% етиловий спирт;
- рідина Карнуа;
- 70% етиловий спирт?

2. Яке оптимальне співвідношення об'єму фіксуючої рідини до об'єму матеріалу має бути забезпечене при доставці зразка:

- + 1:10;
- 1:2;
- 1:50;
- 1:1?

3. Яка максимальна товщина шматочка тканини вважається оптимальною для якісної автоматизованої гістологічної проводки:

- + 3-4 мм;
- 0,5 мм;
- 10 мм;
- 1 мм?

4. Які вимоги висуваються до маркування на пластикових гістологічних касетах:

- + маркування має бути стійким до дії спиртів, ксилолів та температур;
- касети взагалі не маркуються (лише супровідний лист);
- напис робиться кульковою ручкою;
- касети підписуються кольоровими фломастерами?

5. З якої ділянки пухлини обов'язково беруть шматочки при вирізці операційного матеріалу для оцінки інвазії:

- + на межі пухлини та здорової (незміненої) тканини;
- вибір зони не має значення;
- тільки зі здорових ділянок на відстані 10 см від пухлини;

- виключно з центру (зони некрозу)?

6. Який документ згідно з Наказами МОЗ України має обов'язково супроводжувати будь-який операційно-біопсійний матеріал:

- + форма №014/о;
- форма 003/о;
- форма 058/о;
- форма 203/о г?

7. Як здійснюється утилізація залишків біологічних тканин у ПАЗ після закінчення терміну їх зберігання згідно з Наказом №1877:

- + відповідно до Державних санітарних правил поводження з медичними відходами (Категорія В);
- передаються родичам померлого для поховання;
- зливанням у загальну каналізаційну мережу;
- викидаються разом із побутовим сміттям (Категорія А)?

8. При проведенні термінового інтраопераційного гістологічного дослідження, який метод використовують для отримання зрізів:

- + заморожування зразка на кріостаті;
- різання ручним бритвеним лезом без заливки;
- стандартне парафінове заливання;
- електронно-променеве сканування?

9. Яке правило є ключовим при вирізання матеріалу від пацієнта, у якого видалено одночасно кілька різних лімфатичних вузлів:

- + кожна анатомічна група вузлів вирізається в окремі касети з відповідним маркуванням;
- вирізають лише найбільший вузол, інші викидають;
- досліджують лише м'які тканини навколо лімфовузлів;
- всі вузли складають в одну касету для економії часу?

10. Який термін зберігання 'вологого' архіву операційного матеріалу встановлено Наказом МОЗ №1877 з моменту видачі висновку:

- + 1 рік;
- 14 календарних днів;
- 24 години;
- матеріал знищується негайно після вирізки?

Тестові питання до теми 5

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Який прилад є обов'язковим для автоматизованого зневоднення та насичення зразків тканин парафіном у сучасній лабораторії:

- + гістопроектор (тканинний процесор);
- ротаційний мікротом;
- кріостат;
- сушильна шафа?

2. Який інструмент має закруглений тупий кінець (гудзик) на одному з лез для безпечного розтину порожнистих органів:

- + ентеротом;
- зонд Кохера;
- ампутаційний ніж;
- реберні ножиці?

3. Чому під час розтину черепа померлих з інфекційною патологією перевагу надають осциляторній пилі:

- + запобігає утворенню інфекційного кісткового аерозолі та захищає м'які тканини лікаря;
- працює без електромережі;

- дешевша за звичайну листову пилудерев'яна, покрита лаком;
- робить ширший пропи́л кістки?

4. Який апарат поєднує в собі мікросом та холодильну камеру для термінової інтраопераційної діагностики:

- + мікросом-кріостат;
- ультрамікросом;
- парафіновий термостат;
- автоматичний стейнер?

5. Згідно з Наказом МОЗ №693, використання яких реагентів є обов'язковим для усунення артефактів кислого формалінового пігменту:

- + 10% нейтральний забуферений формалін;
- розчин азотної кислоти;
- концентрований медичний спирт;
- неочищений технічний формалін?

6. Яка температура є оптимальною для розправлення парафінових зрізів на водяній бані після мікросомії:

- + 37–45°C;
- 100°C (кипляча вода);
- 0°C (крижана вода);
- 60–70°C?

7. Для чого в патогістологічних лабораторіях застосовують ксилол:

+ як проміжне середовище для очищення тканин перед парафінізацією та для депарафінізації перед фарбуванням;

- як основний синій барвник для ядер клітин;
- для первинної фіксації свіжовирізаного матеріалу;
- для швидкого заморожування тканин у кріостаті?

8. Які спеціалізовані меблі забезпечують безпеку лікаря під час вирізки завдяки забору токсичних випарів безпосередньо з поверхні столу:

- + станція для вирізки матеріалу з низхідним повітряним потоком;
- сушильна шафа з підігрівом;
- звичайна шафа для посуду;
- стандартний лабораторний стіл без вентиляції?

9. До якого класу медичних відходів згідно з санітарними правилами та Наказом №1877 належать видалені органи померлих після розтину:

- + категорія В (епідемічно небезпечні відходи);
- категорія А (побутові безпечні відходи);
- ці відходи не підлягають утилізації та зберігаються вічно;
- категорія Б (радіоактивні відходи)?

10. Які вимоги висуваються до посуду, що використовується для тривалого зберігання вологого архіву органів померлих:

- + хімічно стійкий, з герметичною кришкою, що запобігає випаровуванню формаліну;
- відкриті емальовані відра;
- тонкостінний одноразовий пластиковий посуд;
- звичайні картонні коробки?

11. З якою метою у сучасних лабораторіях за Наказом №693 використовують спеціальні касетні та предметні принтери маркування:

- + для виключення людського фактора та переплутування зразків пацієнтів шляхом нанесення штрих-кодів;
- для кольорового художнього оформлення зрізів;
- для зменшення ваги касети;

- для збільшення швидкості різання на мікротомі?

12. Який прилад використовується для автоматичного нанесення барвників на гістологічні зрізи за фіксованим часовим графіком:

- + автоматичний стейнер (прилад для фарбування);
- парафіновий диспенсер;
- прилад для заточування ножів;
- водяна баня з терморегулятором?

Тестові питання до теми 6

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Згідно з Наказом МОЗ №1877, за якої обов'язкової умови залишкові гістологічні препарати та парафінові блоки з архіву ПАЗ можуть бути передані третім особам для наукових досліджень:

- + за умови погодження комісії з питань етики при ЗОЗ та деперсоніфікації даних;
- передача залишкових препаратів для науки категорично заборонена за будь-яких умов;
- за усним розпорядженням завідувача патологоанатомічного відділення;
- виключно за письмовою згодою міністра охорони здоров'я України?

2. Що означає термін «залишкові гістологічні препарати», який згадується у нормативних актах МОЗ України:

- + мікропрепарати та парафінові блоки, які залишилися після завершення повного циклу верифікації діагнозу;
- тканини, вилучені під час розтину, які не підлягають мікроскопічному дослідженню;
- зразки тканин, які були зіпсовані під час технічної проводки або різання лаборантом;
- препарати, які родичі померлого відмовилися забирати з відділення?

3. Який юридичний принцип щодо посмертного вилучення органів і тканин для трансплантації діє в Україні згідно з чинним законодавством:

- + презумпція незгоди;
- презумпція згоди;
- рішення приймається виключно консиліумом патологоанатомів;
- абсолютна заборона на посмертне донорство?

4. Які вимоги до маркування та захисту даних пацієнтів у біобанках впроваджує Наказ МОЗ України №999 від 30.08.2024 року:

- + обов'язкове двовимірне кодування (2D-баркодування) та повна деперсоніфікація зразків;
- маркування зразків кольоровими стрічками залежно від віку померлого;
- нанесення на флакони повного ПІБ пацієнта, домашньої адреси та номери ПІН;
- заборона будь-якого цифрового кодування та використання виключно паперових журналів?

5. Відповідно до Закону України «Про поховання та похоронну справу», у якому випадку воля родичів, які відмовляються від розтину померлого у стаціонарі, НЕ може бути задоволена:

- + у разі підозри на насильницьку смерть, ятрогенне ускладнення або перебування в стаціонарі менше 24 годин;
- якщо померлий пацієнт похилого віку (понад 85 років);
- якщо родичі є громадянами іншої держави;
- якщо пацієнт перебував у стаціонарі більше 30 днів?

6. Який важливий часовий параметр, згідно з Наказами №693 та №999, лікар-патологоанатом повинен зафіксувати під час відбору зразка тканини до біобанку для забезпечення його молекулярної якості:

- + тривалість теплової та холодової ішемії тканини;
- температуру повітря на вулиці під час проведення аутопсії;
- тривалість робочого дня лаборанта, який виконував вирізку;
- час, який знадобився кур'єру для доставки зразка до кабінету завідувача?

7. Під час підготовки наукової публікації за матеріалами розтину (Наказ №693), яка дія автора є грубим порушенням медичної біоетики:

- + публікація фотографій обличчя або специфічних татуювань померлого пацієнта без ретушування;
- вказання у статті віку та статі пацієнта без згадування його імені;
- заміна реального імені пацієнта на випадковий цифровий код (деперсоніфікація);
- опис гістологічної структури пухлини з використанням класифікацій ВООЗ?

8. Згідно з п. 12 Наказу МОЗ №1877, як мають утилізуватися біологічні відходи (залишки органів після розтину), які не були взяті до довготривалого архіву:

- + відповідно до Державних санітарно-протиепідемічних правил як медичні відходи категорії В;
- шляхом поховання у спільній могилі на території лікарняного парку;
- видачею родичам померлого разом із тілом у пластиковому пакеті;
- зливом у загальноміську каналізаційну мережу після подрібнення?

9. Хто має право звернутися до патологоанатомічного відділення з письмовою заявою про видачу гістологічних препаратів (скелець) і блоків для отримання консультативної допомоги («другої думки»):

- + сам пацієнт (у разі прижиттєвої біопсії) або його законний представник / близький родич;
- будь-яка зацікавлена особа, яка знає прізвище померлого пацієнта;
- виключно представники правоохоронних органів за рішенням суду;
- журналісти місцевих ЗМІ для проведення незалежного розслідування?

10. У чому полягає первинна роль Локальної комісії з питань етики при ЗОЗ під час розгляду запиту щодо наукового дослідження із застосуванням залишкових парафінових блоків:

- + оцінка ризиків порушення конфіденційності та контроль дотримання прав пацієнтів і етичних норм;
- узгодження графіків відпусток співробітників патоморфологічної лабораторії;
- перевірка орфографічних помилок у тексті майбутньої дисертації науковця;
- розрахунок вартості реактивів та фінансовий аудит наукового проєкту?

11. Якщо під час розтину патологоанатом виявляє унікальний анатомічний феномен або аномалію розвитку та вилучає орган для фіксації в музеї БЕЗ відома родичів, яка норма Закону України «Про поховання...» порушується:

- + право на цілісність тіла померлого та повагу до його рештків, якщо немає згоди;
- правило обов'язкової видачі копії протоколу розтину сусідам померлого;
- закон про обов'язкове проведення кремації всіх померлих у стаціонарі;
- порушення відсутні, лікар-патологоанатом має абсолютне право розпоряджатися всіма органами під час розтину?

12. Який термін зберігання медичної документації «Протокол патологоанатомічного розтину» (форма № 015/о) встановлено чинним законодавством України:

- + 75 років;
- до моменту поховання тіла померлого пацієнта;
- 3 роки;
- 1 місяць?

Тестові питання до теми 7

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Згідно з Наказом МОЗ №1877, до якої частини патологоанатомічного діагнозу слід відносити нозологічну форму, яка сама по собі або через пов'язані з нею ускладнення призвела до смерті пацієнта:

- + основне захворювання;
- реанімаційна патологія;
- ускладнення основного захворювання;
- супутня патологія?

2. Як класифікується комбінація з двох захворювань, кожне з яких само по собі є смертельним, але у даного пацієнта вони розвивалися одночасно і разом призвели до смерті:

- + поєднані захворювання;
- супутні захворювання;
- конкуруючі захворювання;
- фонові захворювання?

3. До якої категорії розбіжностей діагнозів відноситься випадок, коли правильний діагноз не був встановлений у стаціонарі через короткочасність перебування пацієнта в закладі (менше 24 годин):

- + I категорія;
- цей випадок взагалі не вважається розбіжністю діагнозів;
- III категорія;
- II категорія?

4. Під час зіставлення діагнозів виявлено, що лікар допустив грубу діагностичну помилку через нехтування обов'язковим інструментальним обстеженням, що призвело до неправильного лікування та смерті. Яка категорія розбіжності діагнозів встановлюється:

- + III категорія;
- IV категорія;
- I категорія;
- II категорія?

5. Яка причина лікарської помилки при розбіжності діагнозів вважається об'єктивною:

- + тяжкість стану пацієнта та неможливість проведення складних діагностичних маніпуляцій;
- непроведення консультації профільними спеціалістами за їх наявності в штаті;
- помилкове трактування результатів лабораторних аналізів лікуючим лікарем;
- недостатнє обстеження хворого через нехтування збором анамнезу?

6. У якій частині лікарського свідоцтва про смерть (форма № 106/о) записується хвороба або патологічний стан, який безпосередньо призвів до смерті (безпосередня причина):

- + частина I, рядок «а»;
- частина I, рядок «в»;
- рядок «Загальні відомості»;
- частина II?

7. Під час розтину померлого з тривалим цукровим діабетом виявлено діабетичну гангрену стопи, сепсис та гнійний менінгіт, що став безпосередньою причиною смерті. Що є основним захворюванням у патологоанатомічному діагнозі:

- + цукровий діабет;
- гангрена стопи;
- гнійний менінгіт;
- сепсис?

8. Хто очолює Комісію з вивчення летальних наслідків (КЛК) у закладі охорони здоров'я:

- + заступник керівника ЗОЗ з медичної частини (медичний директор);
- лікуючий лікар померлого пацієнта;
- лікар-патологоанатом, який виконував розтин;
- завідувач патологоанатомічного відділення?

9. У якому випадку невідповідність діагнозів за супутніми патологіями (які не брали участі у смерті) вважається розбіжністю діагнозів за основним захворюванням:

- + ніколи не вважається розбіжністю по основному захворюванню;
- при ураженні серцево-судинної системи;
- якщо супутня патологія була онкологічною;
- у всіх випадках без винятку?

10. Під час зіставлення діагнозів виявлено, що у стаціонарі правильно розпізнали основне захворювання (рак шлунка), але припустилися помилки у визначенні смертельного ускладнення (діагностували пневмонію замість легеневої тромбоемболії). Чи є це розбіжністю діагнозів:

- + так, це є розбіжністю діагнозів по смертельному ускладненню;
- випадок класифікується як ятрогенія;
- ні, оскільки основне захворювання розпізнано вірно;
- це вважається розбіжністю по супутній патології?

11. Яка первинна мета проведення клініко-патологоанатомічних конференцій (КПК) у закладах охорони здоров'я:

- + підвищення кваліфікації лікарів шляхом глибокого аналізу помилок діагностики та лікування;
- передача справ про лікарські помилки до правоохоронних органів;
- скорочення фінансування патологоанатомічної служби;
- адміністративне та дисциплінарне покарання лікарів, які припустилися помилок?

12. Яку назву має офіційна медична облікова форма патологоанатомічного розтину, що заповнюється лікарем-патологоанатомом за результатами секційного дослідження:

- + протокол патологоанатомічного розтину (форма № 015/о);
- журнал реєстрації надходження тіл померлих;
- направлення на патогістологічне дослідження (форма № 014/о);
- картка амбулаторного хворого?

Тестові питання до теми 8

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Хто є автором праці «De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis» (1761):

- + Джованні Баттіста Морганьї;
- Карл Рокітанський;
- Рудольф Вірхов;
- Антоніо Бенев'єві?

2. Який період вважається початком мікроскопічного етапу розвитку патологічної анатомії:

- + середина XIX ст.;
- початок XX ст.;
- кінець XIX ст.;
- 1970-ті роки?

3. Яка з перерахованих функцій ПАЗ є пріоритетною згідно з Наказом №1877:

- + контроль якості надання медичної допомоги;
- констатація смерті;
- наукова діяльність;
- підтримка судової медицини?

4. Хто з античних лікарів запровадив натуралістичний підхід до вивчення світу, що став фундаментом для розвитку анатомічних досліджень:

- + Гіппократ;
- Герофіл;
- Гален;
- Еразистрат?

5. У якому році відбулася централізація патологоанатомічних відділень м. Суми на базі обласної лікарні (СОКЛ):

- + 1971 р.;
- 1950 р.;
- 1991 р.;
- 1945 р.?

6. До якого структурного підрозділу ПАЗ належить кабінет лікарів та архів документації:

- + «чиста» зона;
- «брудна» зона;
- господарська зона;
- секційний блок?

7. Який алгоритм взаємодії ПАЗ із клінічними підрозділами є правильним у разі смерті пацієнта в стаціонарі:

- + лікар стаціонару оформлює направлення та епікриз → ПАЗ проводить розтин → видача свідоцтва;
- ПАЗ самостійно забирає тіло;

- розтин проводиться лише після отримання результатів усіх посмертних лабораторних аналізів (через 1 день);

- тіло направляється в морг без історії хвороби?

8. Функціональним обов'язком лікаря-патологоанатома під час проведення розтину є:

+ співставлення клінічного та патологоанатомічного діагнозів з виявленням розбіжностей;

- визначення танатогенезу у разі кримінальних травм;

- підготовка тіла померлого для поховання;

- надання рекомендацій щодо діагностики хворих із подібними захворюваннями.

9. Який етап розвитку патологічної анатомії триває з початку XXI століття до сьогодні:

+ молекулярно-генетичний;

- мікроскопічний;

- гуморальний;

- цифровий?

10. Який нормативний документ є базовим для визначення термінів та порядку проведення розтину в Україні сьогодні:

+ Наказ МОЗ №1877 (2021 р.);

- Наказ МОЗ №81 (1992 р.);

- Наказ МОЗ №6 (2015 р.);

- Кримінально-процесуальний кодекс?

11. Яке приміщення патологоанатомічного відділення обов'язково належить до «брудної» зони:

+ секційна зала та приміщення для зберігання тіл;

- гістологічна лабораторія (блок вирізки);

- реєстратура;

- кімната прийому їжі персоналу?

12. Хто був організатором патологоанатомічної служби в м. Суми та очолював її з 30-х років до 1976 року:

+ Н. В. Навродська;

- А. М. Романюк;

- А. В. Доценко;

- В. Г. Журавльов?

Тестові питання до теми 9

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Який документ є основним при оформленні протоколу розтину в Україні:

+ наказ МОЗ №1877 (2021 р.);

- наказ МОЗ №81 (1992 р.);

- кримінально-процесуальний кодекс;

- внутрішній регламент лікарні?

2. Що є пріоритетною метою протоколу розтину:

+ контроль якості надання медичної допомоги;

- констатація смерті;

- підготовка тіла до поховання;

- підтримка наукової діяльності?

3. Який етап протоколювання розтину є першим:

+ оформлення направлення та ознайомлення з історією хвороби;

- макроскопічний опис органів;

- видача свідоцтва про смерть;

- мікроскопічне дослідження тканин?

4. Що включає стандартний протокол розтину:

- + загальні дані пацієнта, опис макроскопічних змін, заключні висновки;
- відомості про поховання;
- лише опис органів;
- тільки клінічний діагноз?

5. Яке основне завдання лікаря-патологоанатома під час розтину:

- + співставлення клінічних даних із морфологічними змінами;
- підготовка тіла до транспортування;
- видача рекомендацій щодо лікування пацієнтів;
- проведення судово-медичної експертизи без клінічних даних?

6. Які дані перевіряються перед складанням протоколу розтину:

- + історія хвороби та направлення від лікаря;
- дані про родичів померлого;
- клінічні аналізи за останні 24 години;
- лише паспортні дані?

7. Яка вимога до опису органів у протоколі розтину:

- + повнота, точність, використання правильної медичної термінології;
- короткий виклад без деталей;
- використання власних термінів;
- опис лише патологічних органів?

8. Чому протокол розтину є важливим для клініко-анатомічного аналізу:

+ дозволяє оцінити відповідність клінічних даних морфологічним змінам та покращити якість лікування;

- лише для статистики;
- формально для архіву;
- для юридичного підтвердження смерті?

9. Що не входить у обов'язкові розділи протоколу розтину:

- + відомості про поховання пацієнта;
- загальні дані пацієнта;
- опис макроскопічних змін;
- висновок про причину смерті?

10. Хто відповідає за правильність заповнення протоколу розтину:

- + лікар-патологоанатом, що проводить розтин;
- лікар стаціонару;
- медсестра відділення;
- керівник лікарні?

11. Для чого протокол розтину передають у клінічне відділення:

- + для аналізу відповідності клінічних і морфологічних даних;
- для архівного зберігання;
- для поховання;
- для судово-медичної справи без клінічного аналізу?

12. Який принцип важливий при оформленні протоколу розтину:

- + об'єктивність і точність опису змін органів;
- використання власних термінів;
- скорочення опису до мінімуму;
- вказівка лише патологічних органів?

Тестові питання до теми 10

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Що є клініко-патологоанатомічним епікризом:

- + підсумковий документ, що відображає зіставлення клінічних і патологоанатомічних даних;
- первинний медичний документ при госпіталізації;
- протокол оперативного втручання;
- журнал обліку хворих?

2. Яка основна мета клініко-патологоанатомічного епікризу:

- + аналіз відповідності клінічного та патологоанатомічного діагнозів;
- оформлення історії хвороби;
- ведення статистики захворюваності;
- контроль санітарного стану відділення?

3. Що включає клінічний діагноз:

- + основне захворювання, ускладнення та супутні хвороби;
- лише причину смерті;
- тільки морфологічні зміни;
- результати лабораторних досліджень?

4. Що таке патологоанатомічний діагноз:

- + діагноз, встановлений на основі морфологічних змін після смерті;
- попередній діагноз лікаря;
- діагноз при госпіталізації;
- діагноз, встановлений пацієнтом?
-

5. Що визначає безпосередня причина смерті:

- + стан, що безпосередньо призвів до смерті;
- супутнє захворювання;
- хронічну патологію;
- фактор ризику?

6. Що є основною причиною смерті:

- + захворювання, яке започаткувало ланцюг патологічних процесів;
- останній симптом перед смертю;
- випадкове ускладнення;
- супутня патологія?

7. Що таке танатогенез:

- + механізм і послідовність розвитку процесів, що призводять до смерті;
- процес одужання;
- метод лікування;
- діагностична процедура?

8. Що означають розбіжності між діагнозами:

- + невідповідність між клінічним і патологоанатомічним діагнозами;
- повний збіг діагнозів;
- помилки в лабораторних аналізах;
- різні методи лікування?

9. Який розділ обов'язковий у клініко-патологоанатомічному епікризі:

- + клініко-морфологічний аналіз;
- фінансовий звіт;
- перелік медикаментів лікарні;
- графік чергувань?

10. Що включає клініко-морфологічний аналіз:

- + зіставлення клінічних проявів і морфологічних змін;
- тільки опис симптомів;
- лише лабораторні дані;
- оцінку роботи медсестри?

11. Яка роль клініко-патологоанатомічного епікризу:

+ контроль якості діагностики та лікування;

- ведення бухгалтерії;
- оформлення лікарняних листів;
- планування відпусток?

12. Що є типовою помилкою при складанні епікризу:

+ відсутність аналізу розбіжностей діагнозів;

- чітке формулювання висновків;
- правильне визначення причин смерті;
- логічна послідовність викладу?

Тестові питання до теми 11

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Що є лікарським свідоцтвом про смерть:

+ медичний документ, що фіксує причини смерті та використовується для статистики та юридичних цілей;

- медичний рецепт на лікування;
- протокол оперативного втручання;
- клінічний амбулаторний висновок?

2. Що є лікарським свідоцтвом про смерть:

+ медичний документ, що фіксує причини смерті та використовується для статистики та юридичних цілей;

- медичний рецепт на лікування;
- протокол оперативного втручання;
- клінічний амбулаторний висновок?

3. Що означає основна (первинна) причина смерті:

+ захворювання або стан, що запустив серію патологічних процесів, які призвели до смерті;

- ускладнення захворювання;
- випадкова травма;
- клінічний симптом?

4. Причинно-наслідковий зв'язок у свідоцтві про смерть відображає:

+ послідовність патологічних процесів, що призвели до смерті;

- соціальні умови життя пацієнта;
- вік та стать хворого;
- методи лікування.

5. Які дані не обов'язково включати до лікарського свідоцтва про смерть:

- + деталі сімейного анамнезу;
- безпосередню причину смерті;
- проміжну та основну причини смерті;
- супутні захворювання?

6. Які дані не обов'язково включати до лікарського свідоцтва про смерть:

- + деталі сімейного анамнезу;
- безпосередню причину смерті;
- проміжну та основну причини смерті;
- супутні захворювання?

7. Які дані не обов'язково включати до лікарського свідоцтва про смерть:

- + деталі сімейного анамнезу;
- безпосередню причину смерті;
- проміжну та основну причини смерті;
- супутні захворювання?

8. Яке із тверджень правильне щодо проміжної причини смерті:
+ це патологічний процес, що є посередником між основною та безпосередньою причиною смерті;
- це перший діагноз, встановлений у клініці;
- це випадкова травма, що не пов'язана з основною хворобою;
- це соціально-економічний фактор?
9. Яке із тверджень правильне щодо проміжної причини смерті:
+ це патологічний процес, що є посередником між основною та безпосередньою причиною смерті;
- це перший діагноз, встановлений у клініці;
- це випадкова травма, що не пов'язана з основною хворобою;
- це соціально-економічний фактор?
10. Лікарське свідоцтво про смерть є джерелом:
+ медичної статистики та епідеміологічного аналізу;
- плану лікування для наступного пацієнта;
- історії хвороби для амбулаторного пацієнта;
- медичного рецепта на ліки.
11. Лікарське свідоцтво про смерть є джерелом:
+ медичної статистики та епідеміологічного аналізу;
- плану лікування для наступного пацієнта;
- історії хвороби для амбулаторного пацієнта;
- медичного рецепта на ліки.
12. Лікарське свідоцтво про смерть є джерелом:
+ медичної статистики та епідеміологічного аналізу;
- плану лікування для наступного пацієнта;
- історії хвороби для амбулаторного пацієнта;
- медичного рецепта на ліки.

Тестові питання до теми 12

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Які захворювання найчастіше стають причиною смерті при терапевтичному профілі:
+ серцево-судинні, легеневі та метаболічні;
- травматичні ушкодження;
- хірургічні ускладнення після операцій;
- вроджені аномалії розвитку?
2. Яка найбільш часта безпосередня причина смерті при серцево-судинних захворюваннях:
+ гостра серцева недостатність;
- перелом кісток;
- апендицит;
- всі відповіді не правильні?
3. Яке ускладнення часто виявляється при інфаркті міокарда на розтині:
+ розрив міокарда;
- гастрит;
- нефрит;
- бронхіт?
4. Які морфологічні зміни характерні для пневмонії:
+ ущільнення легеневої тканини та запальний ексудат;
- атрофія кісток;
- некроз печінки без запалення;
- гіпертрофія селезінки без причини?
5. Що часто є причиною смерті при тромбоемболії легеневої артерії:

- + гостра правошлуночкова недостатність;
- хронічний гастрит;
- цистит;
- всі відповіді не правильні?

6. Яке ускладнення характерне для цукрового діабету:

- + діабетична кома;
- апендицит;
- остеохондроз;
- тонзиліт?

7. Які зміни характерні для хронічної серцевої недостатності:

- + застійні явища у внутрішніх органах;
- гострий апендицит;
- переломи кісток;
- всі відповіді не правильні?

8. Що є основним захворюванням при летальному наслідку від пневмонії:

- + пневмонія;
- анемія;
- гастрит;
- всі відповіді правильні?

9. Яке ускладнення часто виникає при хронічних захворюваннях легень:

- + легеневе серце;
- апендицит;
- панкреатит;
- нефролітіаз?

10. Яке ускладнення часто виникає при хронічних захворюваннях легень:

- + легеневе серце;
- апендицит;
- панкреатит;
- нефролітіаз?

11. Що найчастіше виявляють при сепсисі на розтині:

- + множинні гнійні вогнища в органах;
- ізольоване ураження шкіри;
- перелом кісток;
- локальний дерматит?

12. Яке значення має розтин при терапевтичних захворюваннях:

- + дозволяє уточнити характер ураження органів і механізм смерті;
- використовується лише для судово-медичних випадків;
- не має практичного значення;
- потрібен тільки для статистики без клінічної цінності?

Тестові питання до теми 13

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Яке основне захворювання виявляють на розтині при наявності глибокого дефекту слизової оболонки шлунка з руйнуванням м'язового шару:

- + виразкова хвороба шлунка;
- гастрит;
- поліп шлунка;
- всі відповіді неправильні?

2. Яка морфологічна ознака характерна для гострого холециститу:

- + нейтрофільна інфільтрація стінки жовчного міхура;
- склероз клубочків нирок;
- гіпертрофія міокарда;
- всі відповіді правильні?

3. Що найчастіше є причиною механічної жовтяниці:

- + закупорка жовчної протоки каменем;
- гострий гастрит;
- бронхіт;
- інфаркт міокарда?

4. Яка патологія характерна для хронічного вірусного гепатиту:

- + портально-перипортальна лімфоцитарна інфільтрація;
- тромбоз легеневої артерії;
- гломерулонефрит;
- амілоїдоз міокарда?

5. Яке ускладнення характерне для гострого панкреатиту:

- + панкреонекроз;
- цироз легень;
- нефроз;
- хронічний гастрит?

6. Що виявляють на розтині при перфорації виразки шлунка:

- + панкреонекроз;
- цироз легень;
- нефроз;
- хронічний гастрит?

7. Яка безпосередня причина смерті найбільш характерна для перфоративної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки:

- + розлитий гнійний перитоніт;
- хронічний гастрит;
- остеопороз;
- пієлонефрит?

8. У пацієнта протягом кількох місяців спостерігалися загальна слабкість, схуднення, жовтяниця та збільшення печінки. На розтині печінка значно збільшена, містить численні вузли жовтувато-білого кольору з ділянками некрозу та крововиливів. Гістологічно виявлено атипові клітини печінкового походження, що утворюють трабекулярні структури. Яке основне захворювання було виявлене на розтині:

- + рак печінки (гепатоцелюлярна карцинома);
- цироз печінки;
- хронічний гепатит;
- жовчнокам'яна хвороба?

1. Яке ускладнення виразкової хвороби шлунка найчастіше призводить до раптової смерті:

- + шлунково-кишкова кровотеча;
- гастрит;
- стоматит;
- холецистит?

10. Яка морфологічна ознака характерна для цирозу печінки:

- + вузлова перебудова паренхіми з розвитком фіброзу;
- атрофія селезінки;
- гіпертрофія підшлункової залози;
- кальцифікація шлунка?

11. Що найчастіше виявляють на розтині при гострій печінковій недостатності:

- + масивний некроз гепатоцитів;
- гіпертрофію міокарда;
- нефролітіаз;
- атрофію легень?

12. Яке значення має зіставлення клінічного та патологоанатомічного діагнозів:

- + дозволяє оцінити якість діагностики та лікування;
- використовується лише для статистики;
- не має практичного значення;
- потрібне лише для судово-медичної експертизи?

Тестові питання до теми 14

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Яке основне захворювання виявляють на розтині при наявності вогнища розм'якшення тканини головного мозку в басейні середньої мозкової артерії:

- + ішемічний інфаркт;
- менінгіт;
- енцефаліт;
- пухлина?

2. Що найчастіше виявляють на розтині при геморагічному інсульті:

- + внутрішньомозковий крововилив;
- атрофію кори головного мозку;
- пухлину мозочка;
- тромбоз воротної вени?

3. Яка безпосередня причина смерті найчастіше виникає при масивному крововиливі в головний мозок:

- + набряк-набухання головного мозку з дислокацією стовбура;
- гастроентерит;
- нефросклероз;
- цироз печінки?

4. Яка морфологічна ознака характерна для бактеріального менінгіту:

- + гнійний ексудат у м'яких мозкових оболонках;
- кальциноз стінок чернебральних артерій;
- жирова дистрофія печінки;
- амілоїдоз нирок?

5. Що найчастіше є причиною субарахноїдального крововиливу:

- + розрив аневризми мозкової артерії;
- пухлина гіпофіза;
- енцефаліт;
- менінгіт?

6. Яка морфологічна ознака характерна для енцефаліту:

- + запальна інфільтрація та дистрофія нейронів;
- склероз клапанів серця;
- жировий гепатоз;
- гломерулонефрит?

7. Що виявляють на розтині при набряку-набуханні головного мозку:

- + згладженість звивин і звуження борозен;
- кальцифікацію оболонок мозку;
- збільшення шлуночків серця;
- атрофію печінки?

8. У пацієнта спостерігалися головний біль, блювання та вогнищева неврологічна симптоматика. На розтині виявлено об'ємне утворення у лобній частці головного мозку з інфільтративним ростом. Яке основне захворювання було встановлено:

- + злоякісна пухлина головного мозку (гліобластома);
- ішемічний інсульт;
- менінгіт;
- епілепсія?

9. Яке ускладнення пухлини головного мозку найчастіше стає безпосередньою причиною смерті:

- + набряк-набухання та дислокація головного мозку;
- гастрит;
- холецистит;
- нефролітіаз?

10. Яка морфологічна ознака характерна для хвороби Альцгеймера:

- + атрофія кори головного мозку;
- внутрішньомозковий крововилив;
- гнійний менінгіт;
- абсцес мозку?

11. Що найчастіше виявляють на розтині при смерті від абсцесу головного мозку:

- + порожнину з гнійним вмістом у тканині мозку;
- інфаркт міокарда;
- цироз печінки;
- тромбоемболію легеневої артерії?

12. Яке значення має клініко-патологоанатомічне зіставлення при захворюваннях центральної нервової системи:

- + дозволяє оцінити правильність діагностики та лікування;
- використовується лише для статистичних звітів;
- не має практичного значення;
- необхідне лише для судово-медичної експертизи?

Тестові питання до теми 15

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Яке основне захворювання встановлюють на розтині при виявленні гнійного ексудату в м'яких мозкових оболонках:

- + бактеріальний менінгіт;
- ішемічний інфаркт головного мозку;
- атеросклероз церебральних артерій;
- пухлина головного мозку?

2. Яка морфологічна ознака найбільш характерна для бактеріального сепсису:

- + гнійні метастатичні вогнища у внутрішніх органах;
- атрофія кори головного мозку;
- цироз печінки;
- атеросклеротична бляшка аорти?

3. Яка безпосередня причина смерті може виникнути при тяжкому перебігу генералізованої бактеріальної інфекції:

- + інфекційно-токсичний шок і поліорганна недостатність;
- хронічний гастрит;
- нефролітіаз;
- інфаркт міокарда?

4. Яка морфологічна ознака характерна для крупозної пневмонії:

- + фібринозний ексудат в альвеолах;
- гнійний ексудат у мозкових оболонках;

- порожнина з гнійним вмістом у печінці;
- некроз кори наднирників?

5. Що найчастіше виявляють у внутрішніх органах при сепсисі:

- + дистрофічні та некротичні зміни, порушення мікроциркуляції та множинні гнійні вогнища;
- ізольовану атрофію головного мозку;
- панкреонекроз;
- тромбоз воротної вени без інших змін?

6. Яка морфологічна ознака найбільш характерна для вірусного енцефаліту:

- + запальна інфільтрація нервової тканини з дистрофією та загибеллю нейронів;
- гнійний ексудат у плевральній порожнині;
- фіброз міокарда;
- жирова дистрофія печінки?

7. Які зміни можуть бути виявлені в легенях при тяжкій вірусній інфекції з розвитком гострого респіраторного дистрес-синдрому:

- + дифузне альвеолярне ушкодження та гіалінові мембрани;
- казеозний некроз лімфатичних вузлів;
- гнійний менінгіт;
- інфаркт селезінки?

8. Під час розтину виявлено множинні дрібні гнійники в нирках, легенях і селезінці. Який патологічний процес є найбільш імовірним:

- + септикопемія;
- ішемічна хвороба серця;
- амілоїдоз;
- атеросклероз?

9. Яке ускладнення тяжкого інфекційного захворювання може безпосередньо призвести до смерті:

- + поліорганна недостатність;
- хронічний холецистит;
- неускладнений гастрит;
- остеохондроз?

10. Яка морфологічна ознака характерна для туберкульозного ураження органів:

- + специфічне гранульоматозне запалення з казеозним некрозом;
- фібринозний перикардит без гранульом;
- гострий набряк легень;
- жирова дистрофія міокарда?

11. Що необхідно зробити під час патологоанатомічного дослідження при підозрі на інфекційне захворювання для підтвердження етіології:

- + взяти секційний матеріал для відповідних лабораторних досліджень;
- визначити лише масу внутрішніх органів;
- провести тільки зовнішній огляд трупа;
- не проводити додаткових досліджень?

12. Яке значення має клініко-патологоанатомічне зіставлення при інфекційних захворюваннях:

+ дозволяє оцінити правильність діагностики та лікування, виявити ускладнення і причини розбіжностей діагнозів;

- використовується лише для статистичної звітності;
- не має практичного значення;
- необхідне лише для судово-медичної експертизи?

13. Якого запобіжного заходу обов'язково дотримуються під час проведення розтину трупа особи, яка померла від особливо небезпечної інфекції (ОНІ):

- + використання спеціальних протичумних костюмів відповідного типу;

- проведення розтину без використання засобів індивідуального захисту;
- допуск усіх охочих студентів та інтернів до секційної зали;
- використання стандартного хірургічного халата без маски?

14. Який метод є основним для підтвердження бактеріальної етіології інфекційного захворювання під час розтину:

- + бактеріологічне дослідження;
- рентгенологічне дослідження;
- біохімічний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі?

15. Яке правило є вирішальним під час взяття матеріалу для мікробіологічного дослідження під час розтину:

- + дотримання умов суворої асептики до початку загального розтину;
- промивання органів водопровідною водою перед взяттям;
- взяття матеріалу через 48 годин після розтину;
- фіксація матеріалу в 10% розчині формаліну перед посівом?

16. У якому розчині найчастіше фіксують фрагменти органів і тканин для проведення стандартного гістологічного дослідження:

- + 10% нейтральному забуференому формаліні;
- дистильованій воді;
- 96% етиловому спирті;
- фізіологічному розчині?

17. У разі підозри на яку інфекцію під час розтину обов'язково беруть мазки-відбитки з головного мозку (аммонового рога – гіпокампу) для виявлення тілець Бабеша-Негрі:

- + сказ;
- грип;
- холера;
- бруцельоз?

18. Яка особливість розтину серця у разі підозри на інфекційний ендокардит:

- + детальний огляд клапанного апарату з оцінкою наявності накладень і вегетацій;
- розтин серця лише вздовж коронарних артерій без відкриття камер;
- оцінка лише товщини міокарда лівого шлуночка;
- відмова від взяття матеріалу на бактеріологічне дослідження?

19. Який первинний захід безпеки здійснюють у секційній залі у разі підозри на повітряно-крапельну інфекцію високої контагіозності (наприклад, туберкульоз або COVID-19):

- + застосування респіраторів ступеня захисту FFP2/FFP3 та припливно-витяжної вентиляції;
- використання звичайних тканинних масок;
- відкриття вікон для природного провітрювання під час розтину;
- проведення розтину в закритому приміщенні без вентиляції?

20. Для дослідження яких інфекцій найчастіше використовують метод ПЛР (полімеразної ланцюгової реакції) із секційного матеріалу:

- + для швидкої та точної ідентифікації ДНК/РНК збудників;
- для визначення рівня гемоглобіну в секційній крові;
- для вимірювання рівня білка в спинномозковій рідині;
- для визначення ступеня гнильного розкладу тканин?

21. Яка правильна послідовність дій вилучення органів для бактеріологічного дослідження під час секції:

- + припікання поверхні органу розпеченим шпателем і вилучення шматочка стерильним інструментом;
- промивання органу мильним розчином із наступним зрізанням;
- занурення органу в гарячу воду перед розрізом;
- вилучення шматочка органу звичайними секційними ножицями без стерилізації?

22. Який документ обов'язково складають у разі виявлення під час розтину особливо небезпечної інфекції (ОНІ):

- + термінове повідомлення до органів охорони здоров'я та Держпродспоживслужби;
- лише внутрішній звіт патологоанатомічного бюро;
- довідку довільної форми для родичів померлого;
- запис у журнал реєстрації без сповіщення інших служб?

23. Для виявлення якого збудника під час патологоанатомічного дослідження легень використовують забарвлення за Циєм – Нільсеном:

- + *Mycobacterium tuberculosis*;
- *Staphylococcus aureus*;
- *Streptococcus pneumoniae*;
- *Escherichia coli*?

24. Як чинять із секційним інструментарієм і секційним столом після проведення розтину трупа особи, яка померла від інфекційної патології:

- + піддають ретельній дезінфекції затвердженими деззасобами та автоклавуванню інструментів;
- промивають лише холодною проточною водою;
- залишають для самостійного висихання;
- протирають сухою серветкою без дезінфектантів?

Тестові питання до теми 16

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Яке основне захворювання встановлюють на розтині при виявленні запалення та деструкції червоподібного відростка:

- + гострий апендицит;
- гострий гастрит;
- панкреатит;
- холецистит?

2. Яка морфологічна ознака найбільш характерна для розлитого гнійного перитоніту:

- + гнійний ексудат у черевній порожнині;
- фібринозний ексудат у плевральній порожнині;
- атрофія слизової оболонки шлунка;
- гідроперикард?

3. Яка безпосередня причина смерті може виникнути при тяжкому перебігу розлитого перитоніту:

- + інфекційно-токсичний шок і поліорганна недостатність;
- хронічний гастрит;
- нефролітіаз;
- атеросклероз?

4. Яка морфологічна ознака характерна для перфоративної виразки шлунка:

- + дефект стінки шлунка з виходом його вмісту в черевну порожнину;
- потовщення міокарда лівого шлуночка;
- гнійний ексудат у плевральній порожнині;
- атрофія селезінки?

5. Що найчастіше виявляють при гострому панкреатиті тяжкого перебігу:

- + некроз тканини підшлункової залози з геморагічними змінами;
- атрофію кори головного мозку;
- цироз печінки;
- гнійний менінгіт?

6. Яка морфологічна ознака найбільш характерна для гострої кишкової непрохідності:

- + розширення петель кишечника з переповненням їх вмістом і порушенням кровопостачання;
- атрофія слизової оболонки бронхів;

- гнійне запалення мозкових оболонок;
- некроз міокарда?

7. Які зміни можуть бути виявлені при масивній внутрішній кровотечі:

- + гостра крововтрата, блідість органів і ознаки геморагічного шоку;
- гнійний перитоніт;
- казеозний некроз легень;
- амілоїдоз нирок?

8. Під час розтину виявлено розрив селезінки та значну кількість крові в черевній порожнині. Який патологічний процес найбільш імовірний:

- + гемоперитонеум;
- гнійний перитоніт;
- кишкова непрохідність;
- абсцес печінки?

9. Яке ускладнення гострого хірургічного захворювання може безпосередньо призвести до смерті:

- + сепсис і поліорганна недостатність;
- хронічний холецистит;
- неускладнений гастрит;
- нічого з перерахованого?

10. Яка морфологічна ознака характерна для гострого гангренозного холециститу:

- + некроз стінки жовчного міхура з гнійно-некротичним запаленням;
- атрофія слизової оболонки шлунка;
- фібринозне запалення мозкових оболонок;
- жирова дистрофія міокарда?

11. Що необхідно зробити під час патологоанатомічного дослідження для уточнення характеру хірургічної патології:

- + взяти патологічно змінені тканини для гістологічного дослідження;
- визначити лише масу внутрішніх органів;
- провести тільки зовнішній огляд трупа;
- не проводити додаткових досліджень?

12. Яке значення має клініко-патологоанатомічне зіставлення при хірургічних захворюваннях:

- + дозволяє оцінити правильність діагностики та лікування, виявити ускладнення і причини розбіжностей діагнозів;
- використовується лише для статистичної звітності;
- не має практичного значення;
- необхідне лише для судово-медичної експертизи?

Тестові питання до теми 17

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Протягом якого максимального терміну після закінчення вагітності смерть жінки від акушерських причин класифікується як «материнська смерть»:

- + до 42 днів;
- до 28 днів;
- до 56 днів;
- до 6 місяців?

2. Яке рішення має право прийняти головний лікар ЗОЗ щодо патологоанатомічного розтину у разі смерті жінки від прямої акушерської патології в стаціонарі:

- + категорично заборонено скасовувати розтин;
- має право скасувати розтин за письмовою заявою близьких родичів;
- має право скасувати розтин, якщо клінічний діагноз є повністю очевидним;
- має право замінити розтин вивченням лише медичної документації КЕК?

3. До якої групи причин материнської смертності за МКХ-10 належить смерть породіллі від декомпенсації вродженої вади серця, що була обтяжена фізіологічним впливом вагітності:

- + непрямі акушерські причини;
- прямі акушерські причини;
- випадкові причини;
- ятрогенні причини?

4. Яке специфічне забарвлення використовується в гістологічній практиці для верифікації елементів навколоплідних вод (лусочок плода, меконію) у капілярах легень:

- + забарвлення за Атвордом (нільським синім);
- забарвлення за Ван Гізоном;
- забарвлення за Перлсом;
- забарвлення Конго-рот?

5. Під час розтину померлої роділлі виявлено, що міометрій дифузно просякнутий кров'ю, має синюшно-багровий колір із масивними субсерозними екхімозами. Для якої патології це характерно:

- + матка Кувелера (апоплексія матки);
- хоріонепітеліома матки;
- ступенчатий розрив матки;
- плацентарний поліп?

6. Куди саме в Лікарському свідоцтві про смерть (Форма № 106/о) лікар-патологоанатом повинен внести термін вагітності та особливості пологів (наприклад: «Вагітність 39 тижнів, пологи I, оперативні»):

- + у частину II пункту 18 («Інші суттєві стани»);
- у пункт 18, рядок «а» («Безпосередня причина»);
- у пункт 18, рядок «в» («Першопричина»);
- дані відомості взагалі не фіксуються у свідоцтві про смерть?

7. При підозрі на смерть від якого критичного стану в акушерстві патологоанатому необхідно проводити розтин серця та магістральних судин виключно *in situ* під водою або методом проколу для уникнення артефактів:

- + повітряна емболія (наприклад, при операції кесаревого розтину);
- септичний шок;
- гостра масивна крововтрата;
- HELLP-синдром?

8. Які патоморфологічні зміни в печінці є найбільш характерними та патогномонічними при аутопсії померлих від HELLP-синдрому:

- + обтуруючі фібринові тромби в синусоїдах, субкапсулярні гематоми та осередкові некрози;
- виражений великохронічний жировий гепатоз без некрозів;
- мускатна гіперемія печінки з централобулярними склерозами;
- масивний первинний біліарний цироз?

9. У якому випадку тіло померлої від акушерської патології обов'язково направляють на судово-медичну експертизу, а не на патологоанатомічний розтин:

- + за наявності офіційної скарги родичів або підозри на неналежне виконання професійних обов'язків медичними працівниками;
- у разі смерті в профільному обласному перинатальному центрі;
- якщо смерть настала від задокументованої емболії навколоплідними водами;
- якщо пацієнтка перебувала в стаціонарі більше 3 діб до моменту смерті?

10. Що є об'єктом обов'язкового та найретельнішого мікроскопічного дослідження при розтині померлої від пізньої післяпологової кровотечі для виключення залишків плацентарної тканини:

- + плацентарне ложе міометрія;
- стінки піхви та шийки матки;
- очеревина міхурово-маткової заглибини;
- параметральна жирова клітковина?

11. Які специфічні макроскопічні зміни нирок є характерними для померлих від важкої форми еклампсії під час розтину:

- + нирки збільшені, дряблі, кора бліда («ішемічна»), а мозкова речовина різко повнокровна;
- нирки зменшені у розмірах, щільні, з дрібнозернистою поверхнею;
- нирки з численними великими тонкостінними кістами, заповненими серозним вмістом;
- дифузне відкладання щільних солей кальцію в мисочках нирок?

12. Під час розтину померлої від септичних ускладнень після абортів виявлено, що стінка матки в'яла, брудно-сірого кольору, з фокусами некрозу та гнійними розплавленнями, які поширюються на параметрії. Який патологоанатомічний діагноз є найбільш точним для ураження матки:

- + метроендометрит із флегмоною параметрія;
- гострий катаральний ендометрит;
- залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія;
- гангренозна лейоміома матки.

Тестові питання до теми 18

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Починаючи з якого терміну гестації смерть плода в Україні класифікується як перинатальна і вимагає обов'язкового патологоанатомічного розтину:

- + з 22 повних тижнів вагітності;
- з 12 повних тижнів вагітності;
- з 28 повних тижнів вагітності;
- з 32 повних тижнів вагітності?

2. Яка мінімальна маса тіла плода (при невідомому терміні гестації) є юридичною межею між абортів та перинатальною смертю:

- + 500 г;
- 1000 г;
- 350 г;
- 750 г?

3. Яке рішення має право прийняти адміністрація ЗОЗ щодо патологоанатомічного розтину у разі перинатальної смерті дитини в стаціонарі:

- + розтин є абсолютно обов'язковим, скасування категорично заборонено;
- має право скасувати розтин за письмовою заявою батьків з релігійних міркувань;
- має право замінити розтин експертизою лише медичної документації;
- має право скасувати розтин, якщо клінічний діагноз вад розвитку повністю очевидний?

4. Яка гідростатична проба використовується патологоанатомами та судово-медичними експертами для первинного визначення того, чи потрапляло повітря у шлунок та кишечник немовляти:

- + проба Бреслау;
- проба Галена-Шраєра;
- проба Вальсальви;
- проба Барані?

5. Позитивний результат легеневої гідростатичної проби Галена-Шраєра (легені плавають) може бути хибним і не свідчити про прижиттєве дихання у випадку:

- + проведення штучної вентиляції легень під час реанімації;
- наявності у дитини вродженої вади серця;
- розвитку синдрому важких первинних ателектазів;
- гіперсекреції легеневого сурфактанту?

6. При гістологічному дослідженні легень недоношеного немовляти, що померло від пневмопатії, виявлено рожеві безструктурні маси, які щільно вистилають альвеолярні ходи. Який діагноз найбільш імовірний:

- + синдром гіалінових мембран;
- аспірація меконію;
- вогнищева крупозна пневмонія;

- інтерстиційний емфізематоз?

7. Як можна класифікувати смерть дитини віком 3 місяці, яка настала раптово під час сну, якщо при аутопсії та дослідженні місця події не виявлено жодних патоморфологічних змін:

- + синдром раптової дитячої смерті;
- асфіксія від закриття дихальних шляхів м'якими предметами;
- недіагностована вроджена вада серця;
- гострий вірусний енцефаліт?

8. Який медичний документ зобов'язаний виписати лікар-патологоанатом дитячий у разі смерті новонародженої дитини на 3-тю добу (62 години) після народження:

- + Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть (Форма № 106-1/о);
- Лікарське свідоцтво про смерть (Форма № 106/о);
- Фельдшерську довідку про смерть (Форма № 106-2/о);
- Акт констатації біологічної смерті?

9. У чому полягає унікальність структури заповнення пункту причин смерті у Лікарському свідоцтві про перинатальну смерть (Форма № 106-1/о):

- + вимагає одночасного кодування як патології дитини, так і захворювань матері чи стану плаценти;
- дозволяє вказувати лише одну безпосередню причину без першопричини;
- заповнюється виключно латинською мовою за класифікацією судово-медичної експертизи;
- не передбачає внесення інформації про ускладнення та супутню патологію?

10. При розтині мертвонародженого плода виявлено мацерацію (слущування) шкіри, дряблість внутрішніх органів, автоліз тканин та рівномірне темно-вишневе забарвлення органів. Про який процес свідчать ці ознаки:

- + антенатальна смерть та внутрішньоутробна мацерація;
- прижиттєве замерзання дитини;
- гостре отруєння гемолітичними отрутами;
- інтранатальний розрив печінки з масивною кровотечею?

11. За якою ознакою на розтині патологоанатом може макроскопічно визначити ступінь доношеності та зрілості плода при дослідженні нижньої третини стегнової кістки:

- + за наявністю ядра окостеніння Беклара;
- за товщиною окістя;
- за кольором червоного кісткового мозку;
- за довжиною епіфізарної лінії росту?

12. Що є об'єктом обов'язкового макро- та мікроскопічного дослідження, без якого патологоанатомічний розтин у випадку перинатальної смерті вважається неповним:

- + послід (плацента, пуповина та плодові оболонки);
- тканини молочних залоз матері;
- вміст шлунка матері;
- регіонарні лімфатичні вузли пахової ділянки плода?

Тестові питання до теми 19

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. До якої категорії розбіжностей діагнозів відноситься випадок, коли правильний діагноз у даному лікувальному закладі був неможливий через об'єктивні причини (наприклад, агональний стан пацієнта при госпіталізації):

- + I категорія;
- II категорія;
- III категорія;
- IV категорія?

2. Які критерії визначають III категорію розбіжності між клінічним та патологоанатомічним діагнозами під час експертного аналізу на ЛКК:

- + правильний діагноз був можливий, але не поставлений через суб'єктивні помилки лікаря, що призвело до неправильної тактики лікування та зумовило смертельний наслідок;
- правильний діагноз був неможливий через короткочасність перебування пацієнта в стаціонарі (до 2 годин);
- діагноз встановлено неправильно, але це не вплинуло на характер лікування і хвороба була абсолютно невиліковною;
- діагноз повністю збігається з основним захворюванням, але має розбіжності у супутній патології?

3. Що з переліченого ЛКК класифікує як суб'єктивну причину розбіжності діагнозів:

- + недостатнє обстеження хворого лікарем за наявності технічних можливостей у закладі;
- вкрай важкий (шоковий) стан пацієнта, що виключав проведення інструментальних маніпуляцій;
- короткочасність перебування пацієнта у стаціонарі (менше 24 годин);
- атиповий перебіг або рідкісність даного захворювання?

4. Яке рішення має право прийняти ЛКК у разі виявлення грубих дефектів лікування або підозри на кримінальне правопорушення з боку медичного персоналу:

- + рекомендувати адміністрації ЗОЗ передати матеріали до правоохоронних органів для проведення судово-медичної експертизи;
- самостійно притягнути лікаря до кримінальної відповідальності та визначити міру покарання;
- знищити протокол розтину задля збереження репутації лікувального закладу;
- перекласти відповідальність на лікаря-патологоанатома, який проводив аутопсію?

5. Який документ є основним юридичним результатом роботи ЛКК за результатами клініко-анатомічного аналізу конкретного випадку смерті:

- + протокол (акт) засідання ЛКК;
- лікарське свідоцтво про смерть;
- карта амбулаторного хворого;
- рецензія завідувача патологоанатомічного відділення?

6. У якому випадку розбіжність діагнозів класифікується ЛКК за I категорією:

- + пацієнт помер у приймальному відділенні або в перші години госпіталізації, і встановлення діагнозу було неможливим через брак часу;
- лікар припустився помилки через неправильну інтерпретацію рентгенологічних знімків;
- помилка лікаря призвела до призначення протипоказаного препарату, що викликало смерть;
- діагноз не був поставлений через відмову пацієнта від обстеження за кілька діб до смерті?

7. Яка структура обов'язково бере участь у засіданні ЛКК разом з адміністрацією лікарні та лікуючими лікарями для об'єктивної оцінки танатогенезу:

- + патологоанатомічна служба (лікар-патологоанатом, який проводив розтин);
- представники страхових компаній та адвокати пацієнта;
- молодший медичний персонал реанімаційного відділення;
- органи місцевого самоврядування?

8. Якщо під час операції хірург випадково допустив технічну помилку (прокол аорти), що викликало масивну кровотечу й смерть на столі, до якого класу за МКХ-10 ЛКК віднесе цей стан:

- + ятрогенія (ускладнення медичних та хірургічних втручань);
- наслідки первинного соматичного захворювання;
- нещасний випадок;
- ускладнення первинного соматичного захворювання?

9. Що є головною деонтологічною метою проведення засідань ЛКК у медичних закладах:

- + колегіальний аналіз помилок для підвищення кваліфікації лікарів та недопущення подібних дефектів у майбутньому;
- публічне покарання та звільнення лікаря, який припустився діагностичної помилки;
- створення штучного захисту для приховування будь-яких помилок від пацієнтів;
- автоматичне виправлення клінічного діагнозу в медичній карті задля збігу з результатами розтину?

10. Хто очолює Лікарсько-консультативну комісію (ЛКК) у закладі охорони здоров'я за посадою:

- + медичний директор (заступник головного лікаря з лікувальної роботи) або керівник закладу;
- завідувач патологоанатомічного відділення;
- головний бухгалтер лікарні;
- лікуючий лікар померлого пацієнта?

11. На розгляді ЛКК встановлено, що клінічний діагноз поставлено неправильно, проте пацієнт мав термінальну стадію раку легені з метастазами. Як класифікується така помилка за категоріями розбіжностей:

- + II категорія (помилка була, але не змінила наслідок хвороби);
- III категорія (помилка безпосередньо вбила пацієнта);
- I категорія (не було часу на діагностику);
- не вважається розбіжністю діагнозів?

12. Що з переліченого ЛКК відносить до об'єктивних причин діагностичних помилок клініцистів:

- + вкрай важкий або несвідомий стан хворого, що унеможлилював контакт та обстеження;
- неуважне ставлення лікаря до збору анамнезу життя пацієнта;
- ігнорування лікарем результатів лабораторних досліджень;
- відсутність консультацій суміжних спеціалістів за їх наявності в штаті?

Тестові питання до теми 20

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Яка головна мета проведення клініко-патологоанатомічної конференції у закладі охорони здоров'я:

- + підвищення кваліфікації лікарів та системне покращення якості медичної допомоги через колегіальний аналіз складних випадків;
- адміністративне покарання та накладання дисциплінарних стягнень на лікуючих лікарів, які припустилися помилок;
- підготовка офіційних звітів для правоохоронних органів та судово-медичної експертизи;
- автоматичне дублювання рішень лікувально-контрольної комісії для юридичного захисту лікарні?

2. Які випадки летальних наслідків підлягають обов'язковому винесенню на обговорення загальнолікарняної КПК:

- + розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів та категорій, а також випадки ятрогеній;
- усі без винятку випадки смерті пацієнтів, що зафіксовані у стаціонарі протягом поточного місяця;
- випадки розбіжностей діагнозів і категорії, зумовлені короткочасністю перебування пацієнта в закладі;
- випадки смерті пацієнтів у приймальному відділенні до моменту їхньої офіційної госпіталізації в профільне відділення?

3. Яку функцію на клініко-патологоанатомічній конференції виконує патологоанатом-опонент:

- + виступає як незалежний експерт-рецензент, який неупереджено аналізує історію хвороби, протокол розтину та результати зіставлення діагнозів;
- представляє інтереси адміністрації закладу охорони здоров'я та зачитує наказ про покарання винних медичних працівників;
- здійснює безпосередній захист лікуючого лікаря від звинувачень з боку завідувачів відділень;
- веде офіційний протокол засідання конференції та координує роботу технічного персоналу?

4. Який документ є підсумковим результатом роботи клініко-патологоанатомічної конференції:

- + резолюція з висновками щодо причин помилок та рекомендаціями для покращення роботи лікувально-діагностичних служб;
- наказ головного лікаря про догану або звільнення лікуючого лікаря, який припустився діагностичного дефекту;
- акт судово-медичного дослідження та висновок про наявність складу кримінального правопорушення;
- направлення померлого на повторне патологоанатомічне або судово-медичне дослідження?

5. Яка розбіжність діагнозів зазвичай НЕ виноситься на обговорення КПК, якщо випадок не має виняткового наукового інтересу:

- + I категорія;
- II категорія;
- III категорія;

- розбіжність за супутнім захворюванням?

6. Хто зазвичай очолює клініко-патологоанатомічну конференцію у великій багатoproфільній лікарні:
+ медичний директор (головний лікар) або його заступник з лікувальної роботи разом із завідувачем патологоанатомічного відділення;
- завідувач кафедри патологічної анатомії медичного університету або запрошений професор одноосібно;
- лікар-патологоанатом, який безпосередньо проводив аутопсію даного пацієнта;
- голова місцевої профспілкової організації медичних працівників?

7. Що є головною вимогою деонтологічного цензу під час дискусії на КПК:
+ фокусування на науковому та об'єктивному аналізі причин помилки без персональних випадів, адміністративного тиску та публічних звинувачень;
- обов'язкове публічне визнання своєї провини лікуючим лікарем перед усім колективом лікарні;
- заборона клініцистам висловлювати незгоду з висновками лікаря-патологоанатома чи патологоанатома-опонента;
- проведення засідання виключно у закритому форматі без допущення до обговорення лікарів-інтернів та студентів?

8. Які правові наслідки має виявлення ознак кримінального дефекту надання медичної допомоги під час підготовки або проведення КПК:
+ адміністрація закладу зобов'язана зупинити внутрішній розгляд і передати матеріали до правоохоронних органів для призначення комісійної СМЕ;
- КПК має право самостійно винести вирок та визначити міру покарання для винного медичного працівника;
- випадок повністю засекречується в межах медичного закладу для уникнення розголосу та судових позовів від родичів;
- патологоанатом самостійно змінює свій висновок на судово-медичний та передає тіло в морг бюро СМЕ без погодження з керівництвом?

9. На основі якої класифікації здійснюється шифрування та кодування хвороб, ускладнень і ятрогеній при клініко-анатомічному аналізі:
+ Міжнародна класифікація хвороб 10-го (або 11-го) перегляду;
- Державний реєстр лікарських засобів України;
- локальні клінічні протоколи та стандарти надання медичної допомоги;
- єдиний державний класифікатор медичних процедур та операцій?

10. Хто, крім лікарів-клініцистів та патологоанатомів, обов'язково залучається до мультидисциплінарного аналізу на КПК:
+ представники діагностичних служб лікарні (рентгенологи, лікарі узд, лабораторні діагности, ендоскопісти);
- представники страхових компаній та юристи, які спеціалізуються на захисті прав пацієнтів;
- штатні психологи закладу охорони здоров'я;
- інспектори територіальних органів праці та соціального захисту населення?

11. З якою періодичністю або за яким принципом зазвичай організовуються засідання КПК у закладах охорони здоров'я:
+ планово (наприклад, один раз на квартал) або екстрено – у разі накопичення випадків важких розбіжностей діагнозів чи резонансних ятрогеній;
- щодня вранці під час проведення загальнолікарняних п'ятихвилин та звіту чергової зміни;
- виключно один раз на рік під час підбиття підсумків роботи закладу охорони здоров'я за минулий звітний період;
- лише за офіційною вимогою пацієнтських організацій, родичів померлого або за запитом адвоката?

12. Яке значення має КПК у системі професійного розвитку медичних працівників:
+ слугує вищою формою післядипломного колективного навчання лікарів на помилках та унікальних клінічних кейсах із власної практики;

- забезпечує автоматичне нарахування максимальної кількості балів БПР усім присутнім у залі лікарям без перевірки знань;
- є інструментом для проведення планової атестації та перевірки теоретичних знань лікарів з фундаментальних дисциплін;
- замінює собою проходження обов'язкових курсів підвищення кваліфікації на базах академій післядипломної освіти?

Тестові питання до теми 21

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Який код за МКХ-10 обов'язково вказується як додатковий при реєстрації смерті цивільної особи від артилерійського чи ракетного обстрілу:
 - + Y36;
 - S06;
 - T14;
 - R57?
2. Хто має провести первинний огляд тіла загиблого, доставленого з поля бою чи з-під завалів, до початку роботи секційної бригади:
 - + фахівець-вибухотехнік (сапер);
 - завідувач патологоанатомічного відділення;
 - черговий лікар приймального відділення;
 - слідчий поліції?
3. Що є першочерговою дією патологоанатома при виявленні в м'яких тканинах померлого підозрілого металевго предмета, схожого на нерозірваний боєприпас:
 - + негайно зупинити розтин, евакуювати персонал та викликати ДСНС і поліцію;
 - обережно вилучити предмет анатомічним пінцетом і продовжити розтин;
 - викликати завідувача відділення для спільного видалення предмета;
 - зробити рентген-знімок тіла безпосередньо на секційному столі?
4. Який макроскопічний вигляд мають скелетні м'язи при летальних формах синдрому тривалого стиснення (краш-синдрому):
 - + бліді, набряклі, матові, нагадують «варене або риб'яче м'ясо»;
 - темно-червоні, щільні, з чисельними петрифікатами;
 - дряблі, яскраво-жовтого кольору через жирову дистрофію;
 - сухі, чорні, з чіткою лінією демаркаційного запалення?
5. Куди спрямоване розширення кісткового дефекту (ефект лійки) у вхідному отворі при вогнепальному пораненні пласкої кістки:
 - + усередину порожнини за ходом руху кулі або осколка;
 - назовні у бік стрільця;
 - радіально по лініях тріщин кістки;
 - залежить виключно від калібру вогнепальної зброї?
6. Яка морфологічна зміна у нирках є патогномонічною для танатогенезу при краш-синдромі:
 - + гострий некротичний нефроз із наявністю міоглобінових циліндрів у канальцях;
 - гострий гнійний пієлонефрит з абсцедуванням;
 - хронічний гломерулонефрит з фіброзом капсули Шумлянського-Боумена;
 - ішемічний інфаркт нирки внаслідок тромбозу ниркової артерії?
7. Як слід вилучати сторонні предмети (кулі, осколки) з тіла померлого, якщо випадок є доказовою базою воєнного злочину:
 - + максимально обережно (бажано інструментами з пластиковими наконечниками) без утворення нових подряпин;
 - за допомогою потужного магніту для прискорення процесу;
 - висікаючи предмет разом із єдиним блоком навколишніх м'яких тканин;
 - шляхом повного виварювання кісток та м'яких тканин у лужному розчині?

8. До якої категорії патологій відносяться ускладнення (наприклад, гангрена кінцівки), викликані вимушеним тривалим накладанням турнікета в умовах затяжної воєнної евакуації:

- + воєнна ятрогенія (екстремальні умови надання допомоги);
- навмисне заподіяння шкоди здоров'ю;
- суб'єктивна лікарська помилка III категорії;
- нещасний випадок, не пов'язаний з медичною допомогою?

9. Яка дія патологоанатома є обов'язковою при виявленні ознак насильницької смерті або воєнних злочинів під час розтину тіла, що надійшло як померле від соматичної хвороби:

- + призупинити розтин, зафіксувати стан рани та терміново повідомити правоохоронні органи для передачі випадку до СМЕ;
- самостійно закінчити розтин, детально описати зміни та видати довідку родичам;
- викликати медичного директора лікарні для переоформлення клінічного діагнозу;
- проігнорувати знахідки, якщо вони не пов'язані з основним захворюванням.

10. Який метод фіксації секційного та біопсійного матеріалу є пріоритетним за умов загрози логістичного колапсу або тривалого транспортування під час війни:

- + консервація у збільшеному об'ємі 10% нейтрального буферного формаліну;
- швидке заморожування у рідкому азоті;
- висушування на повітрі (муляжний метод);
- занурення у концентрований розчин етилового спирту?

11. Які особливості проведення розтину застосовуються за умов масового надходження померлих та реальної загрози обстрілу прозектури:

- + використання модифікованих, швидкісних або органозберігаючих методик розтину;
- повна відмова від внутрішнього дослідження порожнин з обмеженням лише зовнішнім оглядом;
- передача права проведення розтинів інтернам або середньому медичному персоналу;
- скасування ведення секційних протоколів та лікарських свідоцтв про смерть?

12. Що з перерахованого є морфологічним маркером інгаляційного ураження під час пожежі внаслідок обстрілу:

- + наявність кіптяви в дихальних шляхах до рівня дрібних бронхів та виражений набряк слизової оболонки;
- хронічний обструктивний бронхіт та емфізема легень;
- петрифікація лімфатичних вузлів середостіння;
- атрофія миготливого епітелію трахеї без ознак запалення?

Тестові питання до теми 22

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Який біологічний матеріал є найбільш пріоритетним для виділення ДНК при повному скелетуванні тіла, що тривалий час перебувало у вологому ґрунті:

- + компактна речовина діафізів великих трубчастих кісток та великі корінні зуби;
- губчаста речовина ребер та дрібні кістки кисті;
- фрагменти нігтьових пластинок та волосся без цибулин;
- залишки висушеного сухожильного апарату?

2. На підставі якого процесуального документа здійснюється офіційне вилучення тіла з місця поховання (ексгумація):

- + постанова прокурора або ухвала слідчого судді;
- письмовий дозвіл адміністрації кладовища;
- заява близьких або родичів померлого;
- лікарське свідоцтво про смерть?

3. Який тип ДНК має вищу молекулярну стійкість до гнильного автолізу завдяки своїй кільцевій структурі та великій копійності в клітині:

- + мітохондріальна ДНК;
- ядерна хромосомна ДНК;
- рибосомальна РНК;

- інформаційна РНК?

4. Як називається процес ненавмисного потрапляння стороннього генетичного матеріалу в секційний зразок, що робить ДНК-аналіз недостовірним:

- + контамінація;
- ампліфікація;
- сапоніфікація;
- деградація?

5. Яка пізня ознака смерті розвивається в умовах підвищеної вологості та повної відсутності кисню, консервуючи структуру органів для подальшої ексгумації:

- + сапоніфікація;
- муміфікація;
- торф'яне дублення;
- замерзання?

6. Яке посмертне явище виникає під дією гумінових кислот у болотах, призводячи до демінералізації кісток, але часткового збереження ДНК:

- + торф'яне дублення;
- муміфікація;
- жировіск;
- скелетування?

7. За допомогою якого молекулярного методу виконують безпосереднє багатократне копіювання специфічних ділянок ДНК, взятих із секційного матеріалу:

- + полімеразна ланцюгова реакція;
- імуногістохімічний аналіз;
- світлова електронна мікроскопія;
- проточна цитофлуориметрія?

8. Яка ознака під час дослідження ексгумованих решток свідчить про те, що перелом кістки є посмертним артефактом (наприклад, завданим лопатою під час розкопок):

- + відсутність крововиливів у навколишні тканини та світлі, чисті краї зламу кістки;
- наявність сполучнотканинного мозоля в зоні ушкодження;
- виражена інфільтрація країв рани лейкоцитами;
- забарвлення країв перелому гемолізованою кров'ю?

9. Що з перерахованого є обов'язковим елементом підготовки інструментарію патологоанатома перед забором матеріалу на ДНК-типування:

- + використання одноразових стерильних інструментів або обробка їх розчинами, що руйнують ДНК;
- промивання звичайним етиловим спиртом без термічної обробки;
- використання інструментів, якими проводиться загальний макроскопічний розтин;
- прогрівання інструментарію у теплій дистильованій воді?

10. Споріднення якої генетичної лінії можна встановити за допомогою аналізу мітохондріальної ДНК з ексгумованих кісток:

- + виключно по материнській лінії;
- виключно по батьківській лінії;
- лише пряме споріднення між рідними братами;
- будь-яке споріднення в межах п'яти поколінь незалежно від статі?

11. Яке посмертне руйнування тканин характеризується повною втратою м'якотканинного компонента під дією мікрофлори, комах та середовища:

- + скелетування;
- муміфікація;
- сапоніфікація;
- мацерація?

12. Для чого під час ексгумації обов'язково беруть зразки ґрунту, що оточував труну або тіло в могилі:

- + для контрольного виключення контамінації зразків та аналізу фонові ДНК ґрунтових мікроорганізмів;
- для визначення точного хімічного складу кісткового матриксу;
- для встановлення точної дати і часу поховання особи;
- для проведення обов'язкового судово-балістичного дослідження?

Тестові питання до теми 23

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. Яка фіксує рідина є світовим стандартом для збереження операційно-біопсійного матеріалу при плановому гістологічному дослідженні:

- + 10% нейтральний буферний формалін;
- 96% етиловий спирт;
- 3% розчин перекису водню;
- фізіологічний розчин натрію хлориду?

2. Як називається біопсія, за якої під час оперативного втручання повністю видаляється все патологічне вогнище або орган, поєднуючи діагностичний та лікувальний етапи:

- + ексцизійна біопсія;
- інцизійна біопсія;
- трепан-біопсія;
- скарифікаційна біопсія?

3. Який метод прижиттєвої діагностики є пріоритетним для первинного скринінгу та верифікації клітинного складу вузлових утворень щитоподібної залози без хірургічного розрізу:

- + тонкогolgкова аспіраційна пункційна біопсія;
- інцизійна хірургічна біопсія;
- крайова резекція органу;
- ендоскопічна щипцева біопсія?

4. Яке оптимальне об'ємне співвідношення фіксує рідини до об'єму шматочка тканини необхідно забезпечити при направленні матеріалу на планове дослідження:

- + фіксатор має перевищувати об'єм тканини у 10–20 разів;
- об'єми фіксатора та тканини мають бути рівними (1:1);
- фіксатор має лише злегка покривати поверхню зразка;
- фіксатор має перевищувати об'єм тканини рівно у 2 рази?

5. Протягом якого регламентованого часу патологоанатом повинен надати відповідь клініцисту при проведенні термінового інтраопераційного дослідження:

- + 15–20 хвилин;
- 2–3 години;
- 24 години;
- 3–5 робочих днів?

6. Яка помилка клініциста під час ендоскопічного забору матеріалу з виразки шлунка найчастіше призводить до висновку «матеріал неінформативний»:

- + взяття біоптату виключно з центральної зони некротичного детриту та дна виразки;
- забір шматочка на межі між здоровою тканиною та краєм виразки;
- негайне занурення отриманого шматочка тканини у буферний формалін;
- маркування флакону відповідно до анатомічної зони шлунка?

7. Як у патоморфологічній практиці називається штучна деформація та здавлювання клітин біоптату хірургічним інструментом (пінцетом) під час забору:

- + краш-синдром біоптату;
- термічний опік тканини;
- каріорексис;
- коагуляційний артефакт?

8. Яка облікова медична форма МОЗ України є єдиним юридичним документом-направленням на патогістологічне дослідження:

- + форма № 014/о;
- форма № 025/о;
- форма № 003/о;
- форма № 028/о?

9. Який метод біопсії використовують для отримання повноцінного циліндричного стовпчика щільної тканини (кісткового мозку, простати) за допомогою спеціальної товстої порожнистої голки:

- + трепан-біопсія;
- аспіраційна кюрет-біопсія;
- щипцева ендоскопічна біопсія;
- мазок-відпечаток?

10. Чому використання небуферного формаліну робить біопсійний матеріал пухлини малопридатним для подальшого імуногістохімічного аналізу:

- + кисле середовище руйнує та маскує антигени;
- кислий формалін повністю розчиняє жировий та ліпідний матрикс пухлини;
- такий фіксатор викликає тотальне обуглювання та зморщування ядер клітин;
- небуферний формалін стимулює посмертний мітотичний поділ клітин?

11. Що з перерахованого категорично заборонено робити з операційним матеріалом у хірургічному відділенні перед відправкою на планове дослідження:

- + поміщати матеріал в холодильник;
- поміщати матеріал у щільно закритий пластиковий флакон;
- заливати шматочки тканин нейтральним формаліном кімнатної температури;
- додавати копію виписки з медичної карти пацієнта?

12. Які наслідки для лікувального процесу має виявлення повної розбіжності між прижиттєвим клінічним та остаточним патогістологічним діагнозом пухлини:

- + обов'язковий розбір випадку на засіданні та корекція (чи повна зміна) схеми лікування пацієнта;
- автоматичне анулювання ліцензії лікаря-хірурга, який проводив забір;
- негайна утилізація всієї медичної карти пацієнта та архівних парафінових блоків;
- проведення повторного оперативного втручання без додаткового аналізу зразків?

Тестові питання до теми 24

Умова: обрати одну правильну відповідь.

1. До якої категорії медичних відходів згідно з нормативами МОЗ України належать анатомічні відходи (органи, тканини, їх фрагменти) та операційні біоматеріали:

- + категорія В;
- категорія А;
- категорія Б;
- категорія Г?

2. Яке колірне кодування та маркування є обов'язковим для пакетів і контейнерів, призначених для збору та зберігання відходів категорії В:

- + жовтий колір;
- червоний колір;
- зелений колір;
- чорний колір?

3. Який метод остаточного знищення анатомічних відходів забезпечує їх повну високотемпературну деструкцію до стану безструктурного попелу:

- + інсинерація;
- автоклавування водяною парою;
- занурення у 10% розчин формаліну;
- озонування у герметичних камерах?

4. Протягом якого максимального часу дозволяється зберігати біологічні відходи категорії В за кімнатної температури у секційній залі до їх переміщення в холодильну камеру:

- + 24 години;
- 12 годин;
- 48 годин;
- 72 години?

5. За якої температури має здійснюватися тимчасове зберігання анатомічних відходів у спеціалізованих холодильних камерах моргу, якщо термін зберігання перевищує 24 години:

- + не вище +5°C;
- від +10 °C до +15°C;
- виключно 0°C;
- від – +18°C до +22°C?

6. Що з перерахованого категорично заборонено робити з медичними відходами категорії В під час їх первинного сортування та збору:

- + пересипати відходи з одного контейнера в інший та утрамбовувати їх руками;
- заповнювати м'які пакети лише на 3/4 їхнього об'єму;
- наклеювати маркувальний ярлик із зазначенням дати та назви ЗОЗ;
- закривати тверді контейнери герметичними кришками?

7. Яку первинну дію зобов'язаний виконати співробітник патологоанатомічного відділення при аварійній ситуації (розриві пакета та розливі біологічної рідини на підлогу):

- + залити або засипати місце розливу дезінфектантом з високою концентрацією та почекати час експозиції;
- негайно змити біоматеріал великою кількістю холодної проточної води в каналізацію;
- висушити розливу рідину за допомогою електричного фена;
- зібрати рідину незахищеними руками за допомогою марлевих серветок?

8. Який офіційний документ підтверджує факт передачі біологічних відходів із закладу охорони здоров'я сторонній компанії-утилізатору:

- + акт прийому-передачі відходів;
- форма № 025/о;
- форма № 014/о;
- форма № 028/о?

9. Яке максимальне об'ємне заповнення м'якого пакета або контейнера відходами категорії В є допустимим перед його герметизацією:

- + не більше ніж на 3/4 об'єму;
- строго до верхнього краю (на 100%);
- не більше ніж на 1/4 об'єму;
- рівно наполовину (на 50%)?

10. Чому звичайне автоклавування біологічних тканин великого об'єму (без подальшого спалювання чи подрібнення) вважається недостатнім методом утилізації:

- + воно стерилізує матеріал, але не знищує його макроскопічну структуру та органічний об'єм;
- воно повністю нейтралізує дії будь-яких хімічних дезінфектантів;
- автоклавування призводить до утворення токсичного формальдегідного газу;
- воно вимагає використання надто великої кількості концентрованих кислот?

11. Що з перерахованого належить до відходів категорії А (епідемічно безпечних) у патологоанатомічному відділенні:

- + канцелярський папір, упаковка від інструментів та побутове сміття з кабінетів лікарів;
- закривавлені марлеві серветки із секційної зали;
- використані скальпелі;
- залишки тканин після вирізання біоптатів?

12. Яку юридичну відповідальність несуть посадові особи ЗОЗ за несанкціонований скид біологічних відходів у контейнери для побутового сміття чи міську каналізацію:

- + адміністративну та кримінальну відповідальність згідно із законодавством України;
- виключно усне попередження від санітарного інспектора;
- позбавлення кваліфікаційної категорії патологоанатома на 1 місяць;
- сплату фіксованого добровільного внеску на користь екологічних фондів?