МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине Б1.Б.01 «Инфекционные болезни»
Направление подготовки 31.08.35. «Инфекционные болезни»
(уровень-ординатура)

Грозный, 2017

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1.1. Виды контроля и аттестации, формы и шкала оценочных средств

Матрица фонда оценочных средств[1]

№ п/п	модуль, раздел		контролируемые компетенции	фонд оценочных средств	
				вид оценочного средства	количество вариантов заданий
1.	**Модуль 1:**	**«Общие вопросы инфекционных болезней. Сепсис».**	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	15 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
2.	Раздел 1.1.1.1.	Понятие об инфекционном процессе Эпидемиологические аспекты	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	2 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
3.	Раздел 1.1.1.2.	Молекулярные основы патогенеза инфекционных заболеваний	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	2вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
4.	Раздел 1.1.1.3.	Особенности течения инфекционного процесса	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	2 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
5.	Раздел 1.1.1.4.	Противоинфекционный и антитоксический иммунитет	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	2 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
6.	Раздел 1.1.1.5.	Принципы профилактики инфекций и основы прививочного дела	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	2 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
7.	Раздел 1.1.6.	Сепсис как общеклиническая проблема	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
8.	**Модуль 2**	**«Кишечные инфекции и инвазии»**	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
9.	Раздел 1.1.2.1.	Особенности обследования,	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2;	собеседование	вопросы

		диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями	ПК-5; ПК-6;		
			ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
10.	Раздел 1.1.2.2.	Тифо-паратифозные заболевания. Сальмонеллез. Жизентерия. Эшерихиозы.	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
11.	Раздел 1.1.2.3.	Пищевые токсикоинфекции и ботулизм	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
				специализированное обеспечение (муляжи, фантомы, симуляторы, и.т.п) работа в симуляционном центре	перечень навыков и умений
12.	Раздел 1.1.2.4.	Кишечные инфекции, вызванные условно-патогенной флорой	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
13.	Раздел 1.1.2.5.	Гельминтозы	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
14.	**Модуль 3**	**«Воздушно-капельные инфекции. Острые нейроинфекции»**	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
15.	**Модуль 4**	**«Вирусные гепатиты».**	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
				собеседование	вопросы
16.	**Модуль 5**	**«Карантинные и особо опасные инфекции»**	ПК-2; ПК-4; ПК-10; ПК-11	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
17.	**Модуль 6**	**«Зоонозные инфекции»**	ПК-3; ПК-7; ПК-12	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
18.	**Модуль 7**	**«Трансмиссивные и раневые инфекции»**	УК-1; УК-2; УК-3	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
19.	**Модуль 8**	**«ВИЧ-инфекция и СПИД-**	УК-1; ПК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8	тесты	5 вариантов по 5 вопросов

		ассоциированные заболевания у детей и взрослых»			
20.	**Модуль 9**	**«Неотложные состояния и интенсивная терапия при инфекционных заболеваниях»**	УК-1; ПК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8	Тесты Собеседование	5 вариантов по 5 вопросов
21.	**Модуль 10**	**Клиническая фармакология**	УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	Тесты Собеседование	5 вариантов по 5 вопросов Вопросы
22.	**Модуль 11**	**Общественное здоровье и здравоохранение**	ПК-2; ПК-4; ПК-10; ПК-11	Собеседование	Вопросы
23.	**Модуль 12**	**Медицина чрезвычайных ситуаций**	ПК-3; ПК-7; ПК-12	Собеседование	Вопросы
24.	**Модуль 13**	**Психология и педагогика**	УК-1; УК-2; УК-3	Собеседование	Вопросы
25.	**Модуль 14**	**Общая патология, патологическая анатомия, патофизиология: аспекты в акушерско-гинекологической практик**	УК-1; ПК-1; ПК-5; ПК-6; ПК-8	Собеседование	Вопросы
26.	**Модуль 15**	**Правила Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, для кодирования причин смерти, в том числе от инфекционных болезней.**	УК-1; УК-2; УК-3	Тесты	2 варианта по5 вопросов
	2	***Вариативная часть***			**зачет**
27.	2.1.	**Организация инфекционной службы в Российской Федерации**	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
28.	2.2.	**«Эпидемиология. Внутрибольничные инфекции».**	УК-1; ПК-5; ПК-6	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
29.	2.3.	**«Клиническая иммунология»**	УК-1; ПК-5; ПК-6	тесты	5 вариантов по 5 вопросов
30.	**Блок 2**	**Практика**	УК-1; УК-2;	Ситуационные задачи	комплект задач,

			ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11	(разноуровневые)	в том числе:
					30 задач
		1 год обучения			30 задач
		2 год обучения			
	Блок 3	**Аттестация**			
31.	3.1.	промежуточная аттестация 1 (1 полугодие первого года обучения)	УК-1 - УК-3; ПК-1 - ПК-12	тесты	10 вариантов по 100 вопросов
				собеседование (контроль теоретических знаний)	30 билетов по 3 вопроса
				собеседование (контроль практических знаний)	20 билетов по 3 вопроса
32.	3.1.	промежуточная аттестация 2 (2 полугодие первого года обучения)	УК-1 - УК-3; ПК-1 - ПК-12	тесты	10 вариантов по 100 вопросов
				собеседование (контроль теоретических знаний)	30 билетов по 4 вопроса
				собеседование (контроль практических знаний)	20 билетов по 3 вопроса
33.	3.1.	промежуточная аттестация 3 (1 полугодие второго года обучения)	УК-1 - УК-3; ПК-1 - ПК-12	тесты	10 вариантов по 100 вопросов
				собеседование (контроль теоретических знаний)	30 билетов по 3 вопроса
				собеседование (контроль практических знаний)	20 билетов по 3 вопроса
34.	3.2.	Государственная итоговая аттестация	УК-1 - УК-3; ПК-1 - ПК-12	тесты (компьютерное)	1200 вопросов
				Комплект экзаменационных билетов	30 билетов по 4 вопроса
				задачи ситуационные	60 задач

Шкала оценивания

Оценка	Описание
5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
4	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
3	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
2	Демонстрирует небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.
1	Демонстрирует непонимание проблемы.
0	Нет ответа. Не было попытки решить задачу.

3.7. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов освоения образовательной программы

Порядок определения рейтинговой оценки по учебной дисциплине

1. Рейтинговая оценка знаний обучающихся по каждой учебной дисциплине независимо от ее общей трудоемкости определяется по 100-балльной шкале преподавателем и включает текущий контроль успеваемости (оценку работы обучающегося при изучении дисциплины) и аттестацию (экзамен).

2. Распределение баллов рейтинговой оценки между текущим контролем и промежуточной аттестацией в зависимости от формы итогового контроля по дисциплине устанавливается в следующем соотношении:

Форма промежуточной аттестации	Количество баллов			
	Текущий контроль	аттестация		Сумма баллов
		итоговое тестирование	собеседование	
ЭКЗАМЕН	**75**	**5**	**20**	**100**

I. Формой аттестации для обучающихся является экзамен.

А. Текущий контроль

Текущий контроль оценивается по сумме баллов за отдельное контрольное мероприятие.

Контрольное мероприятие - вид деятельности в течение изучения дисциплины, по которому можно объективно оценить всех обучающихся в группе.

Кафедра каждому виду учебной деятельности присваивает определенную «стоимость» (весовой коэффициент).

Распределение баллов по видам учебной деятельности осуществляется с учетом сложности видов деятельности и их важности для усвоения дисциплины и утверждается на заседании кафедры.

Контрольные мероприятия, принятые на кафедре
инфекционных болезней.

1. Оценка текущей успеваемости на практических занятиях для обучающихся:

1.1 результаты текущих (тематических) тестирований (таблица №1.1);

На каждом практическом занятии проводится текущее тестирование (используются тесты исходного и конечного уровня).

Каждый вариант тестов состоит из 10 вопросов. Каждый правильный ответ на вопрос оценивается в 1 балл. Таким образом, по результатам каждого из тестирований (исходного или конечного уровня) обучающийся может набрать от 0 до 10 баллов. По результатам 2 тестирований (исходного и конечного уровня) обучающийся может набрать от 0 до 20 баллов. В конце занятия все баллы переводятся в оценку по пятибалльной системе.

Таблица №1.1. Варианты начисления баллов за текущее тестирование на практическом занятии.

% выполнения задания	Баллы за 1 текущее тестирование на занятии (тесты исходного или конечного уровня)	Баллы за 2 текущих тестирования на занятии (тесты исходного и конечного уровня)	Итоговая оценка за тестирование на занятии по пятибалльной системе
91-100	10	19-20	5
81-90	9	17-18	5
71-80	8	16-15	4
61-70	7	13-14	4
51-60	6	11-12	3
41-50	5	9-10	3

31-40	4	7-8	2
21-30	3	5-6	2
11-20	2	3-4	1
1-10	1	1-2	1
0	0	0	0

По окончании каждого практического занятия оценка за текущее тестирование заносится в Журнал учета посещаемости занятий и успеваемости обучающихся. Текущая информация о тестировании хранится у преподавателя до окончания модуля.

1.2. результаты устных опросов по теоретическому материалу на практических занятиях (таблица №1.2);

На каждом практическом занятии проводится устный опрос обучающихся. В конце занятия преподаватель оценивает знания обучающихся по традиционной принятой в ВУЗе пятибалльной системе.

Таблица № 1.2. Варианты начисления баллов за устный ответ на практическом занятии.

Результат опроса	Балл по пятибалльной системе
Оценка «отлично» выставляется обучающемуся прочно усвоившему материал практического занятия, знакомого с дополнительной литературой (учебные пособия, методические рекомендации), не затрудняющемуся с полным ответом	5
Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, излагающему материал основных разделов темы грамотно, не допускающему существенных неточностей в ответе.	4
Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся знающему только основной материал разделов тематического занятия, допускающего неточности, затрудняющегося в последовательном изложении вопроса.	3
Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся знающему незначительную часть раздела темы, отвечающему с ошибками, неуверенно лишь на отдельные вопросы.	0

По окончании каждого практического занятия оценка за устный ответ заносится в Журнал учета посещаемости занятий и успеваемости обучающихся. Текущая информация об устных ответах хранится у преподавателя до окончания модуля.

2. Результаты модульного зачета.

По окончании модуля проводится зачет, который включает оценку практических навыков и устный опрос.

2.1. Оценка практических навыков (таблица №1.3).

По окончании каждого модуля осуществляется оценка практических навыков обучающихся по пятибалльной системе.

Таблица №1.3. Варианты оценки практических навыков.

Результат оценки	Балл по пятибалльной системе
Оценка «отлично» выставляется обучающемуся быстро и правильно справляющемуся с решением ситуационных задач, владеющему приемами и практическими навыками по дисциплине «Неврология» в полном объеме.	5
Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, справившемуся с решением ситуационной задачи, однако не до конца уверенному в выполнении практических навыков, используемых в неврологии.	4
Оценка «удовлетворительно» ставится обучающемуся, который испытывает затруднения в решении ситуационной задачи, не может выполнить отдельные практические навыки.	3
Оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, который не в состоянии решить ситуационную задачу, не может выполнить более половины практических навыков.	0

2.2. Оценка теоретической подготовки (таблица №1.4).

Во время собеседования обучающийся отвечает на 2 вопроса и решает ситуационную задачу. Решение ситуационной задачи и ответ на каждый из 2 вопросов оцениваются в соответствии с таблицей №1.4 по пятибалльной системе. Ответ на каждое из 3 заданий оценивается независимо.

Таблица №1.4. Критерии оценки знаний обучающихся.

Результат опроса	Оценка по пятибалльной системе	Оценка в БРС
Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязи основных понятий дисциплины «неврология» и их значение для приобретения профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и пользовании учебно-программного материала.	5	5
Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Оценка «хорошо» обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине «неврология» и способным к самостоятельному пополнению и обновлению их в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.	4	4
Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе.	3	3
Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении, предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут приступить к профессиональной деятельности по дисциплине «неврология».	2	0

По окончании каждого модуля:

- итоговая оценка за текущее тестирование рассчитывается как среднее арифметическое суммы баллов за все текущие тестирования на практических занятиях,
- итоговая оценка за текущую успеваемость рассчитывается как среднее арифметическое суммы баллов за все устные ответы на практических занятиях.

Расчет итоговой оценки за модуль производится как среднее арифметическое суммы:

- итоговой оценки за текущее тестирование,
- итоговой оценки за текущую успеваемость,
- оценки практических навыков,
- оценки знаний, полученной на собеседовании.

Итоговые оценки за модуль заносятся в электронную базу балльно-рейтинговой системы.

Курс обучения по дисциплине «инфекционные болезни» состоит из 9 модулей. Все баллы, полученные по окончании каждого из 9 модулей, заносятся в электронную базу балльно-рейтинговой системы, затем – суммируются. Общее количество баллов, которое может набрать обучающийся по окончании курса обучения, составляет от 0 до 65 (таблица №1.6). Обучающийся, допущенный к аттестации, может набрать от 39 до 65 баллов. Обучающийся, набравший по результатам текущего контроля успеваемости менее 39 баллов, не аттестуется.

3. Оценка написания истории болезни (таблица №1.5).

На кафедре инфекционных болезней по окончании 3-х месяцев обучения обучающиеся защищают написанную ими историю болезни. История болезни содержит паспортные данные о больном, анамнез жизни и заболевания, объективные данные о состоянии больного , обоснование диагноза с проведением дифференциального диагноза, а также динамику состояния больного за время наблюдения. Поэтому история болезни является контрольным заданием для проверки знаний обучающихся, практических навыков обследования неврологического больного и ведения медицинской документации.

При оценке истории болезни учитывается:

- корректность описания объективного статуса,
- полнота анализа данных анамнеза и объективного исследования,
- правильность ведения медицинской документации.

Таблица №1.5. Варианты оценки истории болезни.

- **оценка раздела «Состояние нервной системы»**

Результат оценки	**Балл по пятибалльной системе**
Оценка «отлично» - раздел написан в полном соответствии требованиям, предъявляемым к истории болезни на кафедре, дана трактовка сведений в соответствии с современной терминологией	5
Оценка «хорошо» - история болезни написана правильно, но кратко, допущены незначительные неточности при описании объективного статуса статуса	4
Оценка «удовлетворительно» - допущены неточности при описании раздела, которые могут повлиять на трактовку симптомов инфекционного заболевания	3
Оценка «неудовлетворительно» - допущены существенные ошибки при описании объективного статуса.	0

- **оценка раздела «Анализ данных анамнеза и объективного исследования»**

Результат оценки	**Балл по пятибалльной системе**
Оценка «отлично» - указаны и достоверно обоснованы все синдромы, имеющиеся у больного, правильно установлен топический и клинический диагноз	5
Оценка «хорошо» - указаны и обоснованы основные синдромы, имеющиеся у больного, допущены незначительные неточности при определении топического и клинического диагноза	4
Оценка «удовлетворительно» - указаны и обоснованы не все основные синдромы, имеющиеся у больного, допущены неточности при определении топического и клинического диагноза	3
Оценка «неудовлетворительно» - не указаны основные синдромы, имеющиеся у больного, допущены существенные ошибки при определении топического и клинического диагноза	0

- **оценка правильности ведения медицинской документации**

Результат оценки	**Балл по пятибалльной системе**
Оценка «отлично» - история болезни содержит полные данные, касающиеся всех разделов академической истории болезни инфекционного больного, обучающийся использовал монографическую литературу при написании раздела «Этиология, патогенез, патологическая анатомия, течение изучаемого заболевания»	5
Оценка «хорошо» - история болезни написана в целом правильно, но кратко без использования дополнительной литературы	4
Оценка «удовлетворительно» - допущены неточности при написании некоторых разделов, недостаточно полно проведен дифференциальный диагноз, отсутствуют современные	3

сведения по этиологии и патогенезу заболевания	
Оценка «неудовлетворительно» - допущены существенные ошибки при написании большинства разделов, плохо проведен дифференциальный диагноз, отсутствуют данные по этиологии и патогенезу, план лечения заболевания	0

Каждый из указанных параметров оценивается по пятибалльной системе, затем оценки суммируются и вычисляется среднее арифметическое суммы баллов. По результатам защиты истории болезни обучающийся может набрать от 0 до 5 баллов. Эти оценки заносятся в Журнал учета посещаемости занятий и успеваемости обучающихся, в Журнал академической работы кафедры и в электронную базу балльно-рейтинговой системы.

4. Участие в НИР.

Если обучающийся подготовил один или более рефератов в рамках НИР, ему добавляется 1 балл.

При выступлении с одним или более докладами на конференциях кафедры, обучающийся поощряется добавлением 1 балла.

При наличии публикаций тезисов в сборниках и (или) статей в научных журналах – 3 балла.

При наличии выступлений на конференциях СГМУ – 3 балла.

При наличии публикаций статей в научных журналах, рекомендуемых ВАК – 5 баллов.

При наличии выступлений на Российских конференциях – 5 баллов.

Обучающиеся, не принимающие участия в НИР, не получают баллов.

По окончании обучения максимальный балл заносится в электронную базу балльно-рейтинговой системы.

Таким образом, все полученные баллы суммируются. Общее количество баллов, которое может набрать обучающийся по окончании обучения, составляет от 0 до 75 (таблица №1.6).

Таблица №1.6. Разделы текущего контроля.

Раздел текущего контроля	Баллы
Результаты модуля №1	0-5
Результаты модуля №2	0-5
Результаты модуля №3	0-5
Результаты модуля №4	0-5
Результаты модуля №5	0-5
Результаты модуля №6	0-5
Результаты модуля №7	0-5
Результаты модуля №8	0-5
Результаты модуля №9	0-5
Оценка написания истории болезни	0-5
Результаты НИР	0-5
Итого	0-75

Б. Аттестация обучающихся

1. Результаты предэкзаменационного (итогового) тестирования.

По окончании обучение перед экзаменом осуществляется предэкзаменационное (итоговое) тестирование с использованием персонального компьютера. Баллы за тестирование начисляются в соответствии с таблицей №2.1 по пятибалльной системе. Результаты компьютерного тестирования заносятся в электронную базу балльно-рейтинговой системы. Обучающиеся, выполнившие задание неудовлетворительно (менее чем на 51%) к экзамену не допускаются и рейтинговых баллов не набирают.

Таблица №2.1. Вариант оценки начисления баллов за тестирование.

% выполнения задания	Оценка по пятибалльной системе
91 – 100	5
81 – 90	4
71 – 80	3
61 – 70	2
51 – 60	1
0 – 50	0

2. Практические навыки.

Практические навыки оцениваются в палате инфекционного отделения у постели больного. Обучающийся демонстрирует степень освоения им методики обследования инфекционного больного,

способность определять показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определять план обследования и лечения инфекционных больных. Практические навыки оцениваются в соответствии с таблицей №2.2 по пятибалльной системе. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» или не явившиеся на указанный этап экзамена, к дальнейшим этапам аттестации не допускаются.

Таблица №2.2. Варианты оценки практических навыков.

Результат оценки	Оценка по пятибалльной системе	Оценка в БРС
Оценка «отлично» выставляется обучающемуся быстро и правильно справляющемуся с решением практических задач, способному определить показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определить план обследования и лечения инфекционных больных, владеющему приемами и практическими навыками по дисциплине «инфекционные болезни» в полном объеме.	5	10
Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся справившемуся с решением практических задач, способному определить основные показания для проведения параклинических обследований и трактовать их результаты, определить план обследования и лечения инфекционных больных, однако допускающему несущественные неточности при выполнении практических навыков по дисциплине «инфекционные болезни».	4	8
Оценка «удовлетворительно» ставится обучающемуся, который испытывает затруднения в решении практических задач, способному определить основные показания для проведения параклинических обследований, способному определить план обследования и лечения инфекционных больных, однако выполняющему практические навыки по дисциплине «иефкционные болезни» в неполном объеме (но более 50%).	3	6
Оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, который не в состоянии решить практические задачи, затрудняющемуся определить основные показания для проведения параклинических обследований, определить план обследования и лечения инфекционных больных, не способному выполнить более 50% практических навыков по дисциплине «инфекционные болезни». Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут приступить к профессиональной деятельности по дисциплине «инфекционные болезни».	2	0

3. Результаты собеседования на экзамене (решение ситуационной задачи и ответы на 3 вопроса).

Во время собеседования обучающийся отвечает на 3 вопроса (по инфекционным болезням) и решает ситуационную задачу. Решение задачи является обязательным для оценки знаний обучающихся по диагностике инфекционных заболеваний. Решение ситуационной задачи и ответ на каждый из 3 вопросов оцениваются экзаменатором в соответствии с таблицей №2.3 по пятибалльной системе. Ответ на каждый из 5 вопросов оценивается независимо, затем полученные оценки суммируются.

Таблица №2.3. Критерии оценки знаний обучающихся на экзамене.

Результат опроса на экзамене	Оценка по пятибалльной системе	Оценка в БРС
Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется	5	10

обучающимся, усвоившим взаимосвязи основных понятий дисциплины «инфекционные болезни» и их значение для приобретения профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и пользовании учебно-программного материала.		
Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине «инфекционные болезни» и способным к самостоятельному пополнению и обновлению их в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.	4	8
Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий.	3	6
Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении, предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут приступить к профессиональной деятельности по дисциплине «инфекционные болезни».	2	0

Все полученные баллы суммируются и заносятся в электронную базу балльно-рейтинговой системы. Общее количество баллов, которое может набрать обучающийся при аттестации, составляет от 0 до 25 (таблица №2.4). Обучающийся, допущенный к этапу собеседования, может набрать от 7 до 15 баллов, во время собеседования – от 0 до 10 баллов. Обучающийся, набравший по результатам промежуточной итоговой аттестации менее 13 баллов, не аттестуется.

Таблица №2.4 Разделы аттестации.

Раздел аттестации	Баллы
Результаты предэкзаменационного тестирования	0-5
Оценка практических навыков	0-10
Оценка за решение ситуационной задачи	0-5
Оценка по результатам ответов на вопросы экзамена	0-5
Итого	0-25

Баллы, полученные при аттестации, суммируются с данными текущего контроля. На основании полученной информации определяется итоговая оценка по дисциплине в соответствии с таблицей №2.5.

Таблица №2. Перевод рейтинговых баллов в общую среднюю оценку успеваемости по дисциплине.

Оценка по 100-балльной системе	Оценка по 5-балльной системе
86-100	Отлично
71 - 85	Хорошо
51-70	Удовлетворительно
0 - 50	Неудовлетворительно

1.2.Примеры оценочных средств

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

При проведении промежуточной аттестации используются следующие традиционные формы контроля:

№	Формы контроля	Наполнение фондов оценочных средств
1	Собеседование (контроль теоретических знаний)	Вопросы для подготовки Билеты
2	Собеседование (контроль практических знаний)	Вопросы для подготовки Билеты
3	Тесты: письменные и/или компьютерные	Банк тестов по разделам и темам Инструкция по выполнению Критерии оценки

2. ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

При проведении итоговой аттестации используются следующие традиционные формы контроля:

№	Формы контроля	Наполнение фондов оценочных средств
1	Экзамен	Билеты Ситуационные задачи Критерии оценки
2	Тесты компьютерные	Банк тестов Инструкция по выполнению Критерии оценки

ВОПРОСЫ и ОТВЕТЫ НА ЗАДАНИЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

1 Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:
- Повышение уровня билирубина сыворотки крови
- Повышение активности АлАТ и АсАТ
- Гипоальбуминемия
- Гипопротромбинемия
+ Все перечисленное
#
2 Наиболее ранний лабораторный показатель цитолитического синдрома:
- Повышение уровня билирубина сыворотки крови
+ Повышение активности АлАТ
- Повышение активности АсАТ
- Снижение уровня альбумина сыворотки крови
- Поваышение активности щелочной фосфатазы
#
3 Вирус гепатита А относится к:
+ Энтеровирусам (пикорнавирусам)
- Гепаднавирусам
- Арбовирусам
- Флавивирусам
- Ретровирусам
#
4 Наибольшую эпидемиологическую опасность при вирусном гепатите А представляют: 1 больные в желтушном периоде 2 больные в конце инкубационного и в преджелтушном периоде 3 реконвалесценты 4 больные с субклиническими и безжелтушными формами болезни
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
+ Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
5 Механизм передачи вирусного гепатита А:
- Капельный
+ Фекально-оральный
- Парентеральный
- Половой
- Перинатальный
#
6 Для вирусного гепатита А характерны все перечисленные эпидемиологические закономерности, кроме:
- Высокой устойчивости возбудителя во внешней среде
+ Наибольшей заболеваемости у детей до 1 года
- Заболеваемость имеет сезонный характер
- Характерны циклические подъемы заболеваемости
- Наибольшая восприимчивость среди детей 2-14 лет
#
7 Иммунитет при вирусном гепатите А
+ Стойкий
- Нестойкий
- Отсутствует
- Не изучен
- Нестерильный
#
8 Основной механизм патогенеза вирусного гепатита А:
+ Прямое цитопатическое действие вируса на гепатоцит
- Аутоиммунное повреждение гепатоцита
- Развитие аллергических реакций
- Повреждение эндотелия сосудов
- Все перечисленное
#

9 Морфологические изменения при вирусном гепатите А характеризуются всем перечисленным, кроме:
- Дистрофии печеночных клеток
- Некробиоза гепатоцитов
- Фокального или пятнистого типа некроза печени
+ Жировой инфильтрации гепатоцитов
- Мезенхимальноклеточной инфильтрации портальных полей
#
10 Средняя продолжительность инкубационного периода при вирусном гепатите А:
+ 3-4 недели
- 5-11 недель
- 12-24 недели
- 30-36 недель
- 50-60 недель
#
11 Наиболее частые варианты преджелтушного периода при вирусном гепатите А: 1) артралгический 2)гриппоподобный 3) латентный 4) диспепсический
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
+ Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1). 2), 3). 4)
#
12 После появления желтухи при вирусном гепатите А состояние больного как правило:
+ Улучшается
- Остается без изменения
- Ухудшается
- Развивается печеночная недостаточность
- Все перечисленное
#
13 Для ВГА характерно течение:
- Затяжное
+ Острое
- Хроническое
- Подострое
- Рецидивирующее
#
14 После перенесенного острого ВГА хронические формы регистрируются:
- Менее 1% больных
- У 2-5% больных
+ Не регистрируются
- У 6-10% больных
- У 50 % больных
#
15 Острый вирусный гепатит А верифицируется:
- Повышением активности АлАТ
- Повышением уровня билирубина сыворотки крови
+ Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgM
- Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG
- Обнаружение HBs Ag
#
16 Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:
- 1 раз в месяц в течение 3 месяцев
- 1 раз через 1 месяц после выписки
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года
+ При необходимости до 6 месяцев
- В течение 3 лет
#
17 Обнаружение антител к вирусу гепатита А класса IgG свидетельствует:
- Об инкубационном периоде гепатита А
- О периоде разгара болезни
+ О перенесенном гепатите А
- О хронизации процесса
- О преджелтушном периоде гепатита А

#
18 Вирус гепатита В:
- РНК-содержащий гепаднавирус
+ ДНК-содержащий гепаднавирус
- ДНК-содержащий энтеровирус
- РНК-содержащий пикорнавирус
- РНК-содержащий ретровирус
#
19 К характеристике вируса гепатита В относится все перечисленное, кроме:
- Устойчив к воздействию низких температур
- Устойчив к воздействию высоких температур
+ Быстро погибает под воздействием консервантов крови
- Устойчив к действию дезинфекционных средств
- Устойчив к высушиванию
#
20 Источником инфекции при вирусном гепатите В не является:
- Больной острым гепатитом
- Больной хроническим гепатитом
- "Хронические" носители вируса
- Все вышеперечисленные
+ Больное домашнее животное
#
21 Механизм передачи вируса гепатита В:
- Капельный
- Контактный
+ Парентеральный
- Трансмиссивный
- Фекально-оральный
#
22 Передача вируса гепатита В от матери к плоду осуществляется:
- Пренатально
- Интранатально
- Постнатально
+ Во все перечисленные периоды
- Не передается
#
23 Основной механизм патогенеза вирусного гепатита В:
- Прямое цитопатическое действие вируса на гепатоцит
+ Иммуноопосредованный цитолиз
- Развитие аллергических реакций
- Мезенхимально-воспалительная реакция
- Повреждение эндотелия сосудов печени
#
24 Средняя продолжительность инкубационного периода при вирусном гепатите В составляет:
- Менее 45 дней
+ 50-180 дней
- Более 6 месяцев
- Более 12 месяцев
- Несколько дней
#
25 В инкубационном периоде ГВ в крови регистрируются: 1) HBsAg 2) HbcorAg 3) HBeAg 4) HвхAg
- Верно 1), 2), 3)
+ Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
26 Патогномоничный синдром для преджелтушного периода при вирусном гепатите В:
+ Артралгический
- Диспепсический
- Гриппоподобный
- Латентный
- Все перечисленные

#
27 Начало болезни при гепатите В обычно:
+ Острое
- Постепенное
- Латентное
- Острейшее
- Подострое
#
28 Общая продолжительность преджелтушного периода при вирусном гепатите В обычно составляет:
+ 4 - 10 дней
- 6 - 30 дней
- 31-40 дней
- 41-60 дней
- 60-70 дней
#
29 Исходом вирусного гепатита В может быть все перечисленное, кроме:
- Хронического гепатита
- Цирроза печени
- Первичного рака печени
- Выздоровления
+ Амилоидоза печени
#
30 Клиническим критерием повышенного риска хронизации вирусного гепатита В является:
- Тяжелое течение болезни
- Острый гепатит В циклического течения
+ Прогредиентное течение острого гепатита В
- Холестатическая форма острого вирусного гепатита В
- Все перечисленное
#
31 К лабораторным критериям повышенного риска хронизации вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:
+ Уровня АлАТ
- Персистирования HBV>30 дней
- Обнаружения HBe Ag
- Активной репликации HBV
- Высокого содержания HBV-ДНК
#
32 В преджелтушном периоде вирусного гепатита В можно обнаружить все следующие перечисленные маркеры, кроме:
- HBs антигена в сыворотке крови
+ Анти HBs в сыворотке крови класса JgG
- HBe антигена в сыворотке крови
- Анти HBcог класса М в сыворотке крови
- HBc Ag в ткани печени
#
33 Наружная оболочка вируса гепатита В имеет антиген:
- HBe Ag-I
- HBcог Ag
+ HBs Ag
- HBxAg
- HBe Ag-II
#
34 В острой желтушной стадии вирусного гепатита В в крови можно обнаружить все перечисленные маркеры, кроме:
- HBs антиген
- Анти HBcог класса М
- HBe антиген
+ Анти HBs
- Анти HBe
#
35 К основным критериям тяжести вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:
- Степени гипербилирубинемии
- Выраженности общей интоксикации

- Геморрагического синдрома
+ Повышения тимоловой реакции
- Снижения протромбинового индекса
#
36 Признаки интоксикации при вирусном гепатите В:
- Общая слабость, вялость, адинамия
- Снижение аппетита, тошнота, рвота
- Головная боль, головокружение, нарушение сна
- Тахикардия, геморрагические проявления
+ Все перечисленное
#
37 В периферической крови в остром периоде вирусного гепатита В характерны все перечисленные изменения, кроме:
+ Нейтрофилеза.
- Лейкопении.
- СОЭ в пределах нормы
- Плазматической реакции
- Относительного лимфоцитоза.
#
38 В качестве этиотропной терапии острого и хронического ВГВ применяют:
- Кортикостероиды
- Иммуномодуляторы
+ Противовирусные препараты
- Цитостатики
- Антибиотики
#
39 При диспансеризации реконвалесцентов перенесших вирусный гепатит В выполняются все следующие правила, кроме:
- Обследование производится через 3, 6, 9, 12 месяцев
+ Реконвалесценты могут быть сняты с учета через 3 месяца при хороших клинико-биохимических показателях
- Выписка на работу допускается не ранее, чем через1 месяц при удовлетворительных клинико-биохимических показателях
- Сроки освобождения от тяжелой физической работы и спорта 6-12 месяцев
- В течение 6 месяцев противопоказаны профилактические прививки
#
40 Особенностями дельта-вируса является все перечисленное, кроме:
- Парэнтеральной передачи инфекции
- Возможности естественного пути передачи вируса
+ Вирус может размножаться самостоятельно
- Характерно течение процесса в виде коинфекции и суперинфекции
- Для репродукции вируса необходимо наличие HBs антигена
#
41 Основной механизм патогенеза дельта-вирусной инфекции:
+ Прямое цитопатическое действие на гепатоцит, развитие микст-гепатита
- Цитолиз гепатоцитов связан с иммунными воздействиями
- Не оказывает цитопатического действия на гепатоцит
- Патологическое воздействие вируса связано в основном с мезенхимально-воспалительной реакцией
- Развитие аллергических реакций
#
42 Наиболее неблагоприятным для больного является:
- Смешанная острая форма гепатита В и гепатита Д (ко-инфекция)
- Гепатит В без присоединения дельта-вируса
+ Сочетание хронического гепатита В с острой дельта-суперинфекцией
- Микст-инфекция гепатита А и В
- Микст-инфекция гепатита В и С
#
43 Характерный признак наличия острой смешанной инфекции гепатита В и гепатита Д:
- Выявление в крови HBs антигена
- Выявление в крови HBe антигена
- Тяжелое течение заболевания
+ Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15-32 день от начала желтухи
- Наличие диспепсических и астеновегетативных симптомов

#
44 Биохимические показатели сыворотки крови при смешанной инфекции (гепатит В и гепатит Д) характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Выражен симптом цитолиза
- Гипербилирубинемия стойкая, сохраняется длительнее, чем при гепатите В
- Снижен сулемовый тест
+ Преобладает свободный билирубин
- Снижен протромбиновый индекс
#
45 При гепатите Д у носителей HBs антигена отмечено, преимущественно:
- Легкое течение
+ Тяжелое течение, с нередкой трансформацией в фульминантный гепатит
- Субклиническая форма
- Безжелтушная форма
- Холестатическая форма
#
46 Этиологическим подтверждением острой ко-инфекции (В+ Д) является одновременное обнаружение: 1) HBs Ag. 2) анти HBc класса М. 3) HDV Ag. 4) анти HDV класса М
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
+ Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
47 Этиологическим подтверждением острого ГД у носителей HBs Ag (суперинфекции) является одновременное обнаружение: 1) HBs Ag 2) HDV Ag. 3) анти HDV класса М 4) анти HBc класса М
- Верно 1), 2), 3)
+ Верно1),3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
48 Для острого гепатита Д у носителей HBs антигена характерно все перечисленное, кроме:
- Многоволнового характера болезни с обострениями
+ Меньшей интенсивности желтухи
- В период обострения наблюдается лихорадка в течение 1-2 дней
- Новая волна заболевания сопровождается желтухой и клинико-ферментативным обострением
- Клинико-ферментативные обострения отражают продолжающуюся репликацию вируса Д и формирование хронического, активного гепатита Д
#
49 К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится все перечисленное, кроме:
+ Чаще болеют дети в возрасте 2-5 лет
- В основном болеют взрослые 20-35 лет
- Передается водным путем
- Характеризуется эпидемическим распространением
- Отмечается тяжелое течение болезни с высокой летальностью у беременных женщин
#
50 Инкубационный период при гепатите Е составляет:
- 1-13 дня
+ 14-50 дней
- 51-70 дней
- Более 70 дней
- Более 100 дней
#
51 Общая продолжительность преджелтушного периода гепатита Е составляет:
+ До 9 дней
- От 10 до 19 дней
- От 20 до 30 дней
- Более 30 дней
- Более 50 дней
#
52 Какой из перечисленных симптомов при тяжелом течении заболевания характерен только для гепатита Е:
- Снижение протромбинового индекса

- Билирубин-ферментная диссоциация
+ Гемоглобинурия и развитие острой почечной недостаточности
- Снижение сулемового теста
- Повышение тимоловой пробы
#
53 Хронический вирусный гепатит представляет собой;
+ Исход ОВГ
- Осложнение ОВГ
- Самостоятельную форму заболевания печени
- Совокупность причин
- Все перечисленное
#
54 Возможные биологические фазы вируса при верифицированном ХВГВ
+ Репликативная, интегративная
- Обострение
- Ремиссия
- Активная
- Неактивная
#
55 Основные маркеры репликативного хронического ВГВ:
- HBs Ag
- Анти HBc класса G
+ HBe Ag, HBV - ДНК
- Анти Нве
- Анти HBs
#
56 Основные маркеры интегративного хронического ВГВ:
+ HBs Ag, анти Нве
- Анти HBs
- HBe Ag,
- Анти HBc класса G
- HBV-ДНК
#
57 Показатели аутоиммунных процессов при ХГ: 1) полиорганность 2) маркеры ХВГ 3) антимитохондриапьные антитела 4) биохимические признаки цитолиза 5) сенсибилизация Т-лимфоцитов к ЛПЧ
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 5)
#
58 Признаки угрозы хронизации при ОГВ:
- Легкое течение острого гепатита В
- Тяжелое и фульминантное течение
+ Высокая репликативная активность HBV при легком течении
- Высокие показатели АлАТ в желтушном периоде
- Высокий уровень билирубина в желтушный период
#
59 Основные формы клинического течения хронического гепатита В: 1) с выраженной клинической симптоматикой 2) бессимптомное течение 3) отмечаются значительные изменения рутинных биохимических показателей 4) клинически сглаженное малосимптомное течение
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
+ Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1),2),3),4)
#
60 Первые клинические проявления хронического гепатита В:
- Желтуха
- Тромбоцитопения
- Отеки, асцит
+ Астено-вегетативный синдром

- Геморрагический синдром
#
61 Основное отличие цирроза печени от хронического гепатита:
- Гепатоспленомегалия
+ Распространенный фиброз печеночных долек
- Вторичные печеночные знаки
- Астено-вегетативный синдром
- Геморрагический синдром
#
62 Основной принцип терапии ХВГ с высокой репликацией вируса:
+ Этиотропная терапия
- Антиоксиданты
- Анаболические препараты
- Средства метаболической терапии
- Желчегонные препараты
#
63 Характерный клинический признак хронического, вирусного гепатита Д:
- Астено-вегетативный, геморрагический синдром
- Выраженные вторичные печеночные знаки, отечно-асцитический синдром
- Волнообразное течение заболевания с чередованием обострений и ремиссий
- "Немотивированные" ознобы с повышением температуры до 38° и выше в течение 1 -3 дней, сопровождающиеся иктеричностью
+ Все перечисленное
#
64 При хроническом вирусном гепатите Д обнаруживают:
- HBs антиген
- HDV-РНК
- Анти-дельта класса М и G
- Дельта-антиген в печени
+ Все перечисленное
#
65 Возбудитель гепатита С:
- Относится к семейству Flaviviridae
- Содержит однонитевую РНК
- Существуют разные генотипы HCV
- Образует разные субтипы мутантов
+ Все перечисленное
#
66 Для острого гепатита С наиболее характерно течение:
- Острое циклическое
+ Субклиническое, безжелтушное
- Острое фульминантое
- Затяжное
- Рецидивирующее
#
67 При реактивации хронического вирусного гепатита С в крови обнаруживают:
- Анти HCV класса М
- Анти HCV класса G
- АнтиHCV NS4
- Нарастание содержания HCV - РНК
+ Все перечисленное
#
68 Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:
+ Интерферон
- Ацикловир
- Фоскарнет
- Азидотимидин
- Неовир
#
69 Для вирусного гепатита А при беременности характерны все перечисленные особенности, кроме:
- Большей частоты анемий
+ Вертикальной передачи инфекции от больной матери плоду
- Увеличения СОЭ, чаще лейкоцитоз, нейтрофилез

- Меньшей выраженности гипертрансфераземии
- Большей частоты и выраженности холестатических явлений
#
70 Основная особенность акушерской тактики при вирусных гепатитах у беременных включает:
- Противовирусную терапию
- Применение коргикостероицных препаратов
- Прерывание беременности при установлении диагноза - вирусный гепатит
+ Проведение систематических лечебных мероприятий дня предупреждения поздних выкидышей и преждевременных родов
- Применение гепатопротекторов
#
71 К поражениям печени, возникающим в связи с беременностью, относится все перечисленное, кроме;
+ Холецистита
- Токсикоз беременных ранний
- Холестатического гепатоза
- Острого жирового гепатоза
- Токсикоз беременных поздний
#
72 Основными клиническими особенностями острого жирового гепатоза беременных является все перечисленное, кроме:
+ Носит рецидивирующий характер
- Клинически протекает как фульминантный гепатит
- Характерный признак раннего периода - интенсивная изжога
- Печень обычно не увеличена
- Летательность составляет 80-85%
#
73 Наиболее часто гепатит возникает при всех перечисленных вирусных заболеваниях, кроме:
- Герпетической инфекции
- Инфекционного мононуклеоза
+ Гриппа
- Цитомегаловирусной инфекции
- Энтеровирусной инфекции
#
74 Поражение печени характерно для всех перечисленных бактериальных инфекций, кроме:
- Лептоспироза
- Псевдотуберкулеза
- Брюшного тифа
+ Дизентерии
- Сепсиса
#
75 Поражение печени может отмечаться при:
- Амебиазе
- Токсоплазмозе
- Малярии
- Лейшманиозе
+ Всех перечисленных протозойных инфекциях
#
76 Возбудитель паразитирует в ткани печени или желчевыводящих путях при:
- Эхинококкозе
- Фасциолезе
- Описторхозе
- Шистосоматозах
+ Всех перечисленных гельминтозах
#
77 Для острого алкогольного гепатита характерны все перечисленные признаки, кроме:
+ Наличия длительного преджелтушного периода
- Слабости, повышения температуры тела
- Анорексии, тошноты, рвоты, чувства горечи во рту
- Болей в верхнем отделе живота, часто сильных, напоминающих печеночную колику
- Желтухи, гепатомегалии, спленомегалии и симптомов портальной гипертензии
#
78 Патогенетическая основа поражения печени при острой сердечной недостаточности и шоке:

+ Нарушение микроциркуляции
- Острая надпочечниковая недостаточность
- Снижение центрального венозного давления
- Гипоксия гепатоцитов
- Активация свободнорадикального окисления липидов
#
79 Для поражения печени при хронической недостаточности кровообращения характерно все перечисленное, кроме:
- Отсутствия или минимальной выраженности воспалительной реакции
+ Значительного повышения активности трансаминаз
- Основное значение в механизме желтухи имеет нарушение экскреции билирубина
- Повышения активности в сыворотке крови ЛДГ-5
- Гепатомегалия
#
80 Поражение печени может возникать при системном заболевании соединительной ткани:
- Системной красной волчанке
- Узелковом периартериите
- Системной склеродермии
- Ревматоидном артрите
+ Всех перечисленных
#
81 Основной механизм патогенеза поражения печени при заболеваниях желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта:
- Избыточное поступление в кровь токсических продуктов из кишечника
- Портальная бактериемия
+ Нарушение питания, нарушение желчевыделения
- Изменения печеночной гемодинамики
- Все перечисленное
#
82 К наиболее частым возбудителям бактериальных абсцессов печени относятся все перечисленные микроорганизмы, кроме:
- Стафилоккоков, стрептококков
- Представителей рода кишечных бактерий
- Псевдомонад
- Протея
+ Гонококка
#
83 Биохимическим показателем наличия гемолиза эритроцитов является:
- Повышение содержания аминотрансфераз
- Повышение содержания щелочной фосфатазы
+ Повышение уровня свободного билирубина
- Снижение протромбинового индекса
- Снижение сулемовой пробы
#
84 При наследственных пигментных гепатозах поражение печени имеет характер:
- Воспалительный
- Дистрофический
- Обменный
- Токсический
+ Ферментопатический
#
85 Синдром Жильбера характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Передается по аутосомно-доминантному типу
- Патогенетическая основа - недостаточность в гепатоцитах глюкуронилтрансферазы
- Нарушение экскреции билирубина из гепатоцитов
+ Патогенетическая основа - гемолиз эритроцитов
- Повышение в сыворотке крови содержания свободного билирубина
#
86 Дети, находящиеся в контакте с больным вирусным гепатитом А, подлежат медицинскому наблюдению со дня разобщения в течение:
+ 35 дней
- 45 дней
- 60 дней

- 7 дней
- 15 дней
#
87 Плановые прививки в период карантина в детском учреждении после изоляции последнего больного гепатитом А не должны проводиться в течение:
+ 2 месяцев
- 4 месяцев
- 6 месяцев
- 1 года
- 2 лет
#
88 Продолжительность диспансерного наблюдения за ребенком, перенесшим вирусный гепатит А;
- 3 месяца
+ 6 месяцев
- 12 месяцев
- Обязательно через 1 месяц после выписки и затем по показаниям
- 9 месяцев
#
89 Для продромального периода гепатита В у детей старшего возраста характерно все перечисленное, кроме:
+ Постепенного начала
- Общего недомогания, вялости
- Снижения аппетита, тошноты, иногда рвоты
- Острого начала с высокой лихорадкой
- Тяжесть в эпигастрии и правом подреберье
#
90 О злокачественной форме вирусного гепатита у ребенка раннего возраста свидетельствует все перечисленное, кроме:
- Геморрагического синдрома
- Энцефалопатии
- Сокращения размеров печени.
- Печеночного запаха
+ Диарейного синдрома
#
91 В стадии прекомы у детей с вирусным гепатитом В отмечается все перечисленное, кроме;
- Спутанного сознания
- Геморрагического синдрома
- Судорожных подергиваний
+ Полного отсутствия рефлексов
- Сохранения рефлексов
#
92 Врожденный гепатит чаще развивается при внутриутробном инфицировании всеми перечисленными возбудителями, кроме:
- Цитомегаловируса
- Токсоплазмы
- Вируса простого герпеса
+ Вируса эпидемического паротита
- Вируса гепатита В.
#
93 Дети, родившиеся от женщин с острым или хроническим гепатитов В, подлежат диспансерному наблюдению в течение:
- 3 месяцев
- 6 месяцев
+ 1 года
- 2-х лет
- Пожизненно
#

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1 К семейству ретровирусов относятся все перечисленные, кроме:
- Вирусы иммунодефицита человека
- Вирус Т-клеточной лимфомы человека

- Вирус иммунодефицита обезьян
+ Вирус ящура
- Вирус иммунодефицита кошек
#
2 Основные характеристики ВИЧ:
- Ретровирус
- Относится к лентивирусам
- РНК-содержащий
- Содержит ревертазу (обратную транскриптазу)
+ Все перечисленное
#
3 Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:
- Внешний белок мембраны
- Белки сердцевины вириона
+ Обратная транскриптаза
- Трансмембранный белок
- Все верно
#
4 Какой белок наиболее подвержен антигенным вариациям:
- p24
- p7
- p9
- gp41
+ gp120
#
5 Какой из белков ВИЧ обеспечивает взаимодействие с рецепторными белками клетки-мишени:
- p24
+ gpl20
- p7
- p 9
- Всё перечисленное
#
6 Основными этапами репликации ВИЧ является все перечисленные, кроме:
- Взаимодействие оболочечных белков вируса с рецепторными белками клетки-мишени
+ Синтез дополнительной молекулы вирусной РНК
- Активация белков ВИЧ протеинкиназами клетки-мишени
- Синтез ДНК с помощью обратной транскриптазы
- Интеграция вновь образованной вирус специфической ДНК в геном пораженной клетки
#
7 Из перечисленных клеток белок-рецептор СД4 содержат все, кроме:
- Клетки эпителия прямой кишки
- Глиальные клетки ЦНС
+ Гистиоциты
- Клетки сосудистого эндотелия
- Эпителиальные клетки кожи
#
8 Белок-рецептор СД4 содержат все перечисленные клетки, кроме:
- Т-лимфоциты-хелперы (Т4)
- Макрофаги
- Моноциты
+ Эритроциты
- Т-лимфоциты-супрессоры (Т8)
#
9 Источником инфекции при ВИЧ являются больные:
- В инкубационном периоде
- Острой ВИЧ-инфекцией
- Хронической персистируюшей лимфаденопатией
- Вирусоносители
+ Все перечисленные
#
10 Основные пути передачи ВИЧ-инфекции:
- Половой
- Парентеральный

- От матери плоду
- При грудном вскармливании новорожденного
+ Всё вышеперечисленное
#
11 Биологические жидкости, являющиеся основными факторами передачи ВИЧ:
- Слезы
- Грудное молоко
- Вагинальный секрет
- Слюна
+ Семенная жидкость, кровь
#
12 Вирус в заражающей дозе содержится в биологических жидкостях:
- Кровь, моча
+ Сперма, вагинальная слизь
- Слюна, ликвор
- Грудное молоко
- Во всех вышеперечисленных
#
13 Максимальная продолжительность латентной формы ВИЧ-инфекции:
- До 6 месяцев
- 6-12 месяцев
- 2-5 лет
- Более 10-15 лет
+ Возможно, пожизненно
#
14 Продолжительность инкубационного периода острой ВИЧ-инфекции:
+ 7 дней - 3 месяца, в отдельных случаях до года
- 2 - 5 лет
- 5 - 10 лет
- 10 - 15 лет
- 1 - 5 дней
#
15 ВИЧ чувствителен ко всем перечисленным дезинфекционным средствам, кроме:
- 0,5% раствор гипохлорида кальция
- 50-70% раствор этилового спирта
+ Ультрафиолетового и рентгеновского излучения
- 0,5% раствор гипохлорида натрия
- 3% хлорамин
#
16 Причинами формирования иммунодефицита при ВИЧ-инфекции является все вышеперечисленное, кроме:
- Цитопатологического действия вируса
+ Атрофии тимуса
- Формирования синцитиев
- Образования аутоантител к иммунокомпетентным клеткам
- Нарушения функции макрофагов
#
17 Снижение количества Т4 лимфоцитов вызвано:
- Непосредственным поражением лимфоцита вирусом
- Вовлечением интактных лимфоцитов в синцитии
- Снижением лимфопоэза в костном мозге
- Поражением клеток предшественников - лимфоцитов в вилочковой железе
+ Всем перечисленным
#
18 Причины активации провируса ВИЧ:
- Реинфекция ВИЧ
- Беременность
- Суперинфекция другими вирусами
- Отмена анти-ВИЧ терапии
+ Все перечисленные
#
19 Основные клинические синдромы острой ВИЧ-инфекции:
- Мононуклеозоподобный, гриппоподобный
- Полиаденопатия, гастроэнтерит

- Поражение нижних отделов респираторного тракта (интерстициальная пневмония)
- Серозный менингит, энцефалопатия, миелопатия, нефропатия, тромбоцитопеническая пурпура
+ Все вышеперечисленное
#
20 Для гриппоподобного синдрома при острой ВИЧ-инфекции характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- Лихорадка, озноб
+ Геморрагический синдром
- Интоксикация: головная боль, миалгии, артралгии, анорексия, недомогание
- Умеренная полиаденопатия, увеличение селезенки
- Фарингит, тонзиллит, кореподобная сыпь
#
21 При гастроинтестинальной форме острой ВИЧ-инфекции может наблюдаться все перечисленное, кроме:
- Жидкого стула с примесью слизи
- Анорексии
+ Псевдомембранозного колита
- Тошноты, рвоты
- Болей в животе
#
22 В патогенезе гастроинтестинальной формы острой ВИЧ-инфекции основное значение имеет:
- Активация патогенной флоры кишечника под влиянием ВИЧ
- Возникновение иммунодефицита
+ Поражение клеток эпителия кишечника ВИЧ
- Поражение нервно-мышечного аппарата кишечника
- Все вышеперечисленное
#
23 Отличие мононуклеозоподобного синдрома при острой ВИЧ от инфекционного мононуклеоза:
- Лихорадка
- Полиаденопатия
- Тонзиллит
+ Появление в крови молодых форм лимфоцитов
- Гепатоспленомегалия
#
24 Симптомы тромбоцитопенической пурпуры при острой ВИЧ-инфекции:
- Носовые кровотечения
- Экхимозы, геморрагии, петехии
- Кровоточивость десен, маточные кровотечения
- Содержание тромбоцитов в пределах 40.000 от одного до трех месяцев
+ Все перечисленное
#
25 Полиаденопатия при острой ВИЧ-инфекции характеризуется:
- Лихорадкой, потливостью, познабливанием
- Утомляемостью, снижением работоспособности
- Первыми увеличиваются затылочные и задне-шейные лимфоузлы, затем подчелюстные, подмышечные, паховые
- Лимфоузлы мягкие, безболезненные, не спаяны друг с другом
+ Всем перечисленным
#
26 Гистологические изменения в лимфоузлах при острой ВИЧ-инфекции:
- Лимфогистиоцитарная инфильтрация
- Воспалительные изменения
- Склерозирование лимфоидной ткани
+ Гиперплазия лимфоидной ткани
- Исчезновение структуры лимфоузла
#
27 Основные формы поражения нервной системы при острой ВИЧ-инфекции:
- Серозный менингит
- Энцефалопатия
- Острая миелопатия
- Невралгии
+ Все перечисленные
#
28 Для персистирующей генерализованной лимфаденопатии характерны:
- Различные типы температурных кривых, ознобы, проливные ночные поты
- Увеличивающиеся периферические и глубокие лимфоузлы до 1-5 и более см

- Периферические лимфоузлы обычно пальпируются в 2-3 регионарных зонах
- Гистологически - неспецифическая очаговая гиперплазия фолликулов
+ Все перечисленное
#
29 Основные симптомы СПИД-ассоциируемого комплекса (САК):
- Продолжающаяся потеря массы тела
- Лихорадка с ознобами и потами, усталость, сонливость, головная боль
- Анорексия, диарея
- Кожный зуд, пиодермия, себорейный дерматит, герпетические высыпания
+ Все перечисленное
#
30 Клинические признаки прогрессирования ВИЧ-инфекции:
- Оральный кандидоз, "волосатая лейкоплакия"
- Герпетическая инфекция
- Лихорадка, недомогание
- Диарея, потеря веса
+ Все перечисленное
#
31 Прогностически неблагоприятные лабораторные показатели при ВИЧ-инфекции:
- Лимфопения, нейтропения, тромбоцитопения
- Анемия, повышенная СОЭ
- Низкий уровень Т4 лимфоцитов и В2 микроглобулина
- Низкий уровень специфических анти-gag-антител (анти р24)
+ Все перечисленное
#
32 Какое число СД4* Т лимфоцитов в 1 мм3 крови считают индикатором терминальной стадии ВИЧ-инфекции:
- Больше 1000
- Больше 500
- 200 - 499
+ Менее 200
- Всё вышеперечисленное
#
33 Основные проявления терминальной стадии ВИЧ-инфекции:
- Оппортунистические и, безусловно, патогенные инфекции
- Кахексия
- Онкологические заболевания
- Поражения ЦНС
+ Все перечисленные
#
34 Наиболее частая этиология пневмонии в терминальной стадии ВИЧ:
- Цитомегаловирусная
+ Пневмоцистная
- Атипичные микобактериозы
- Туберкулез
- Кокковая
#
35 Какие поражения легких наблюдаются у больных терминальной стадией ВИЧ:
- Пневмонии инфекционные
- Микозы
- Саркома Калоши
- Лимфоидная интерстициальная пневмония, альвеолярный протеиноз
+ Все перечисленные
#
36 Поражения желудочно-кишечного тракта в терминальной стадии ВИЧ-инфекции наблюдаются при:
- Кандидозе, криптоспоридиозе, изоспорозе
- Цитомегаловирусной и герпетической инфекциях
- Саркоме Калоши и лимфоме
- Микобактериозах
+ Всем перечисленном
#
37 Основные типы поражения почек при ВИЧ-инфекции
- Гломерулосклероз
- Гломерулонефрит

- Интерстициальный нефрит
- Некротический нефроз
+ Все перечисленное
#
38 Основные клинические признаки хронической ВИЧ-энцефалопатии:
- Снижение интеллекта, резкое ограничение лексикона
- Рассеянная неврологическая симптоматика
- Очаговые неврологические симптомы
- Снижение интереса к собственной личности, неряшливость
+ Все перечисленное
#
39 При ВИЧ-энцефалопатии в терминальной; стадии ВИЧ наблюдается все перечисленное, кроме:
- Деменции, полного отсутствия интеллекта
- Акинетического мутизма
- Грубой очаговой симптоматики, парезов, параличей
+ Гидроцефалии
- Децеребральной ригидности, тазовых расстройств
#
40 К какой группе препаратов относится ретровир:
- Ингибиторы вирусных протеаз
+ Ингибиторы нуклеозидзависимой обратной транскрипции
- Ингибиторы регуляторных генов
- Ингибиторы синтеза ДНК
- Иммуномодуляторы
#
41 Основные методы диагностики ВИЧ-инфекции:
- Выявление специфических антител
- Выявление вирусных антигенов
- Выделение провирусной ДНК, геномной РНК
- Выделение вируса
+ Все перечисленное
#
42 Маркер острой ретро вирусной инфекции в серонегативный период:
- Антитела против белка сердцевины (p24)
- Антитела против белка сердцевины (p17-18)
- Антитела против наружного белка (gpl60)
- Антитела против наружного белка (gp41)
+ Белок p24 в сыворотке крови
#
43 Когда наиболее часто происходит ВИЧ-инфицирование ребенка от матери:
- Во время беременности
+ Во время родов
- При кормлении грудью
- При пользовании общей посудой
- При поцелуях
#
44 У детей первого года жизни при ВИЧ-инфекции отмечается все перечисленное, кроме:
- Лимфаденопатии
- Продолжительной лихорадки
- Прогрессирующей потери веса
- Орального кандидоза
+ Саркомы Капоши
#
45 Частое оппортунистическое заболевание у детей при ВИЧ-инфекции:
- Пневмоцистоз
- Цигомегаловирусная инфекция
- Токсоплазмоз
- Оральный кандидоз
+ Все перечисленное
#
46 Наиболее частыми проявлениями врожденной ВИЧ-инфекции являются все перечисленные кроме:
+ Микроцефалии
- Задержки развития

- Общей мышечной слабости
- Лицевого дисморфогенеза
- Паратрофии
#
47 У детей при ВИЧ-инфекции отмечаются все перечисленные поражения кожи, кроме:
- Фурункулез
- Фолликулит
- Себорейный дерматит
- Ихтиоз
+ Саркома Капоши
#
48 Для иммунотерапии при ВИЧ-инфекции у детей целесообразно применять:
+ Т-активин
- Реаферон
- Декарис
- Интерферон
- Неовир
#
49 Какие препараты для иммунопрофилактики разрешены ВИЧ-инфицированным детям:
- Только живые вакцины
- Только анатоксины
+ Убитые вакцины и анатоксины
- Только убитые вакцины
- Живые вакцины и анатоксины
#

ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1 Основные пути передачи геморрагической лихорадки с почечным синдромом:
1) алиментарный. 2) трансмиссивный. 3) аспирационный. 4) контактный
- Верно 1), 2), 3)
+ Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
2 Ведущие звенья патогенеза для геморрагической лихорадки с почечным синдромом и других геморрагических лихорадок: 1)внедрение возбудителя, вирусемия, интоксикация 2) гемодинамические нарушения 3) острая почечная недостаточность 4) формирование иммунитета
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно все
#
3 Основные клинические симптомы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:
- Лихорадка, сухость во рту, жажда, рвота
- Боли в поясничной области, светобоязнь, одутловатость лица, век
- Кровоизлияния в склеры, в места инъекций, желудочные, маточные кровотечения
- Снижение диуреза, упорная бессонница, неадекватное поведение больного, наличие менингеальных знаков
+ Все перечисленное
#
4 Основной клинический синдром при геморрагических лихорадках:
- Менингоэнцефалитический
- Абдоминальный
+ Геморрагический
- Общелихорадочный
- Все перечисленные
#
5 Отличительной особенностью Крымской геморрагической лихорадки от других лихорадок является:
+ Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью
- Преобладание острой почечной недостаточности над геморрагическим синдромом
- Острая почечная недостаточность

- Суставной синдром
- Синдром желтухи
#
6 Отличительной особенностью Омской геморрагической лихорадки от, других лихорадок является:
- Преобладание геморрагического синдрома над острой почечной недостаточностью
- Преобладание геморрагического синдрома над поражением ЦНС
+ Преобладание поражения ЦНС над геморрагическим синдромом
- Суставной синдром
- Наличие печеночной недостаточности
#
7 Отдаленным исходом геморрагических лихорадок может быть все перечисленное, кроме:
- Постинфекционной анемии
- Хронической тубулоинтерстициальной нефропатии
- Постинфекционной миокардистрофии
- Хронического пиелонефрита
+ Токсико-инфекционного шока
#
8 Основные лабораторные методы диагностики при геморрагических лихорадках:
- Вирусологические
+ Серологические
- Бактериологические
- Биологические
- Общий анализ мочи
#
9 При исследовании периферической крови у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в разгар заболевания отмечают:
- Увеличение количества эозинофилов
+ Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ
- Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина
- Все перечисленное верно
- Все перечисленное не соответствует истине
#
10 В прогрессирующей фазе олигурии при геморрагических лихорадках в моче отмеча ют:
- Изогипостенурию, протеинурию
- Эритроциты и лейкоциты
- Клетки почечного эпителия, зернистые, фибринные цилиндры
+ Все указанные изменения
- Все перечисленное не соответствует истине
#
11 При биохимическом исследовании сыворотки крови у больного с геморрагической лихорадкой в фазе олигурии отмечают:
- Повышение мочевины
- Повышение креатинина и мочевины
+ Повышение калия, креатинина и мочевины
- Повышение калия редко
- Повышение креатинина и мочевины и редко повышение калия
#
12 При геморрагических лихорадках медикаментозное лечение включает:
- Коррекцию кислотно-основного состояния, дезинтоксикацию
- Лечение сердечно-сосудистой недостаточности
- Предупреждение и лечение специфических и неспецифических осложнений
- Дезинтоксикация
+ Все перечисленное
#
13 Выписка из стационара при геморрагической лихорадке производится после:
- Исчезновения клинических проявлений болезни
- Нормализации морфологических и биохимических показателей крови, мочи
- Не ранее 3-4 недель от начала заболевания при тяжелых формах болезни
- Низкие цифры удельного веса не являются противопоказанием для выписки
+ Все ответы правильны
#
14 Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими геморрагическую лихорадку с почечным синдромом проводится:

- Через 3, 6, 9, 12 месяцев врачом кабинета инфекционных заболеваний
- Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений резидуального синдрома или хронической тубулоинтерстициальной нефропатии
- При наблюдении переболевших в кабинете инфекционных заболеваний исследуют мочу, артериальное давление, при необходимости - консультация нефролога, окулиста
+ Все указанное верно
- ЭКГ
#
15 Основной источник инфекции при бруцеллезе:
- Больной человек
+ Крупный и мелкий рогатый скот
- Дикие животные
- Пресноводные
- Мышевидные грызуны
#
16 Основное место фиксации бруцелл в организме человека:
1) ретикулоэндотелиальная система, кровь 2) нервная система, опорно-двигательный аппарат 3) урогенитальная система 4) лимфатические узлы
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
+ Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
17 Сенсибилизация при бруцеллезе проявляется через:
- 1 неделю
- 2 недели
- 3 недели
- 4 недели
+ Более 4 недель
#
18 Причины перехода острого инфекционного процесса в хронический при бруцеллезе:
- Незавершенный фагоцитоз
- Аллергизация организма
- Изменение реактивности организма
+ Все указанное
- Все перечисленное не соответствует истине
#
19 При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:
+ До 3-х месяцев
- От 3-х до 6 месяцев
- Свыше 6 месяцев
- Более года
- До 2 месяцев
#
20 При подострои форме бруцеллеза длительность процесса составляет:
- До 3-х месяцев
+ От 3-х до 6 месяцев
- Свыше 6 месяцев
- Более года
- До 2 месяцев
#
21 При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:
- До 3-х месяцев
- До 6 месяцев
+ Свыше 6 месяцев
- Более года
- До 2 месяцев
#
22 К основным клиническим симптомам острого бруцеллеза относятся: 1. Лихорадка, лимфаденопатия 2. Ознобы, потливость 3.Увеличение печени и селезенки 4. Очаговые поражения нервной системы
+ Верно 1). 2), 3)
- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
23 При обострении хронического бруцеллеза со стороны опорно-двигательного аппарата могут наблюдаться: 1) пери- и параартриты 2) бурситы 3) тендовагиниты 4) перихондриты
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
24 При поражении периферической нервной системы у больных хроническим бруцеллезом наблюдаются: 1) невриты, плекситы, радикулиты, соляриты 2) атрофия слухового и зрительного нервов 3) Попинейропатии 4) ригидность мышц затылкс и симптом Кернига
- Верно 1), 2), 3)
+ Верно 1), 3) .
- Верно 2), 4)
- Верно 4).
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
25 При бактериологическом методе исследования возможно выделить бруцелл из:
- Крови
- Мочи
- Костного мозга
- Ликвора
+ Всего перечисленного
#
26 Из серологических реакций для диагностики хронического бруцеллеза применяют реакцию:
- Агглютинации (Райта)
- Непрямой гемагглютинации (РНГА)
- Хеддельсона
- Кумбса
+ Все перечисленные
#
27 Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:
+ Сенсибилизации организма к бруцеллезному антигену
- Степени тяжести процесса
- Степени активности инфекционного процесса
- Реинфекции
- Выздоровление
#
28 Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:
- Острой форме
- Острой и подострой форме
- Острой, подострой и обострение хронической формы заболевания
+ Все перечисленное
- Не проводится
#
29 Для лечения бруцеллеза возможно использование антибактериальных препаратов: 1. тетрацикпины 2. рифампицин 3. гентамицин 4. нетромицин 5. ципрофпоксацин
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4),5)
#
30 В комплексном лечении больных хроническим бруцеллезом применяют: 1) Нестероидные противовоспалительные препараты 2) витамины 3) физиотерапевтические методы и ЛФК 4) бальнеологическое лечение
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)

- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
31 Основные принципы профилактики бруцеллеза:
- Ликвидация инфекции среди с/х животных
- Обеззараживание продуктов и сырья животного происхождения
- Создание устойчивости к бруцеллезу у людей
+ Все указанное
- Все перечисленное не соответствует истине
#
32 Источником инфекции при туляремии являете все перечисленные, кроме
- Грызунов
- Крупного и мелкого рогатого скота
- Эктопаразитов
+ Больного человека
- Домашних животных
#
33 При туляремии возможны все перечисленные пути заражения, кроме:
- Контактного
- Алиментарного
- Аспирационного
- Трансмиссивного
+ Парентерального
#
34 Ведущие звенья патогенеза при туляремии: 1) внедрение возбудителя в резионарные лимфоузлы 2)формирование первичного лимфаденита (бубона) 3) аденит и периаденит 4) генерализация инфекции с развитием вторичных бубонов
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1),3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1),2),3),4
#
35 Основным патоморфологическим субстратом при туляремии являются:
+ Специфические гранулемы
- Энтертерит
- Перикардит
- Гепатит
- Поражение мягких мозговых оболочек
#
36 К основным клиническим симптомам при туляремии относятся все перечисленные, кроме:
- Лихорадки, головной боли, потливости
- Лимфаденопатии, полиморфной сыпи
- Гепатолиенального синдрома
- Болей в мышцах ног, спины, поясницы
+ Анурии
#
37 При туляремии наблюдаются следующие клинические формы заболевания: 1) бубонная, язвенно-бубонная, ангинозно-бубонная 2) глазная 3) торакальная, абдоминальная 4) генерализованная
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
38 Бубоны при туляремии: 1) множественные 2)единичные, двусторонние 3) малоболезненные 4) хорошо контурируются
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1). 2), 3), 4)
#

39 Вариантами исхода бубона при туляремии могут быть:
- Нагноение
- Изъязвление
- Рубцевание и склеротизация
- Полное рассасывание
+ Все перечисленное
#
40 Для генерапизованной формы туляремии характерны следующие признаки:
- Длительная лихорадка, выраженная интоксикация
- Генерализованная лимфаденопатия, отсутствие первичного аффекта и регионарного лимфаденита
- Увеличение печени, селезенки
- Высыпания на коже
+ Все перечисленное
#
41 Для диагностики туляремии применяют:
- Серологические реакции
- Кожно-аллергическую пробу
- Биологический метод
+ Все указанные методы
- Бактериологический метод
#
42 Дифференциальную диагностику туляремии следует проводить с:
- Неспецифическим или туберкулезным лимфаденитом
- Сибирской язвой, бруцеллезом, чумой
- Дифтерией, ангиной
- Тифо-паразитифозными заболеваниями, пневмонией
+ Все ответы правильные
#
43 Для лечения туляремии применяют:
- Рифампицин
- Гентамицин
- Тетрациклин
- Левомицетин
+ Все перечисленное
#
44 К общим методам профилактики при туляремии относятся:
- Гидромелиоративные работы и усовершенствование системы агротехнических мероприятий
- Истребление грызунов, соблюдение техники безопасности при работе с культурой
- Санитарно-просветительная работа
- Проведение плановой вакцинации в очагах туляремии
+ Все ответы правильные
#
45 Путями заражения при, лептоспирозе могут быть все перечисленные, кроме:
- Пищевого
- Контактно-бытового
- Водного
+ Воздушно-капельного
- Алиментарного
#
46 Основной путь распространения лептоспир в организме человека;
- Гематогенный
- Лимфогенный
- Неврогенный
+ Все перечисленные
- Ничего из перечисленных
#
47 Основные фазы патогенеза лептоспироза:
- Первичная лептоспиремия
- Размножение лептоспир в органах и тканях
- Генерализация инфекции, лептоспиремия
- Органные поражения, токсемия, универсальный капилляротоксикоз
+ Все перечисленные
#

48 Ведущие клинические признаки лептоспироза:
- Лихорадка, интоксикация, головная боль
- Боли в затылочных, икроножных мышцах, мышцах спины и живота
- Геморрагический синдром, высыпания на коже
- Увеличение печени и селезенки, олигоанурия, желтуха
+ Все перечисленное
#
49 При лептоспирозе желтуха появляется в сроки:
+ От 1 до 10 дня болезни
- От 7 до 14 дня болезни
- От 15 до 20 дня болезни
- От 20 до 30 дня болезни
- Позже 30 дня
#
50 Сыпь при лептоспирозе: 1) появляется на 3-5 день болезни у 30% больных
2) локализуется на коже конечностей и туловища, полиморфная, эфемерная
3) после исчезновения сыпи возможно отрубевидное шелушение кожи 4) часто имеются петехиальные элементы
- Верно 1),2),3
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
51 Для лептоспироза характерны:
- Гиперемия лица, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктив
- Увеличение печени со 2-3 дня заболевания
- Увеличение селезенки менее чем у 50% больных
- Снижение артериального давления
+ Все перечисленное
#
52 Проявления геморрагического синдрома при лептоспирозе:
- Петехиальная сыпь на коже
- Кровоизлияния под конъюнктиву, в склеры
- Носовые, желудочные, маточные, кишечные кровотечения
- Кровоизлияния в мозг, миокард и другие органы
+ Все перечисленное
#
53 Изменения мочи при лептоспирозе: 1) протеинурия, эритроциты, лейкоциты
2) белок Бен-Джонса 3)гиалиновые цилиндры, клетки почечного эпителия
4) глюкозурия
- Верно 1), 2), 3)
+ Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
54 Развитие ОПН при лептоспирозе биохимически проявляется повышением содержания в крови: 1) Мочевины 2) Креатинина 3) Калия 4) Натрия
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2),3),4)
#
55 Морфологические изменения в печени при лептоспирозе характеризуются всем перечисленным, кроме:
1) цитолизом гепатоцитов 2) мезенхимально-воспалительными изменениями, холестазом 3) жировым гепатозом 4) дистрофией гепатоцитов
5) массивные и зональные некрозы
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+ Верно 5)
#
56 Острая почечная недостаточность при лептоспирозе развивается в результате:
- Нарушения микроциркуляции
- Нарушения клубочковой фильтрации
- Нарушения канальцевой реабсорбиции
- Нарушения микроциркуляции Нарушения клубочковой фильтрации
+ Нарушения микроциркуляции Нарушения клубочковой фильтрации Нарушения канальцевой реабсорбиции
#
57 Возможная причина летального исхода при лептоспирозе:
- Токсико-инфекционный шок
- Острая почечная недостаточность
+ Все перечисленное
- Острая печеночная недостаточность
- Кровотечения
#
58 Для желтушной формы лептоспироза характерно:
- Повышение содержания билирубина за счет прямого
- Повышение содержания ферментов
- Повышение содержания холестерина
- Повышение содержания билирубина за счет непрямого
+ Повышение содержания билирубина за счёт прямого и повышение содержания ферментов
#
59 Для специфической диагностики лептоспироза применяют следующие лабораторные исследования, кроме:
- Обнаружения лептоспир в крови и моче при микроскопии
- Заражения лабораторных животных
- Серологических реакций
- Посева крови, мочи, ликвора
+ Определения клиренса креатина
#
60 В качестве этиотропной терапии при лептоспирозе чаще применяют:
+ Пенициллин
- Левомицетин
- Ампициллин
- Гентамицин
- Эритромицин
#
61 В качестве специфической терапии при лептопирозе применяют:
- Нитрофураны
- Кортикостероиды
+ Иммуноглобулин
- Антипаразитарные средства
- Вакцину
#
62 Иммуноглобулин при лептоспирозе показан:
+ В первую неделю заболевания
- На второй неделе болезни
- В любые сроки
- В первые два дня заболевания
- Позже 2-ой недели
#
63 Возбудитель токсоплазмоза относится к:
+ Простейшим
- Вирусам
- Бактериям
- Грибам
- Микоплазмам
#
64 Резервуаром токсоплазм является все перечисленное, кроме:
- Диких животных
- Домашних животных

+ Птиц
- Почвы
- Человека
#
65 Окончательным хозяином токсоплазмы является:
+ Кошка
- Собака
- Человек
- Птица
- Грызуны
#
66 Промежуточным хозяином токсоплазмы являются все перечисленные, кроме:
+ Кошки
- Собаки
- Человека
- Животных
- Птиц
#
67 Основной пищевой источник токосоплазмоза для человека является:
- Кошки
+ Сырое мясо
- Сырые овощи, зелень, контаминированные токсоплазмами
-Сырое молоко
- Молоко, сырые овощи, зелень, контаминированные токсоплазмами
#
68 Пути передачи токсоплазмоза: 1) Пероральный 2) Перкутанный 3) Трансплацентарный 4) Воздушно-капельный
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
69 Жизненный цикл развития токсоплазмы проходит в виде:
- Трофазоидов
- Ооцист
- Псевдоцист
+ Всего перечисленного
- Ооцист и псевдоцист
#
70 Различают следующие фазы развития токсоплазм:
- Кишечная или половая в кишечнике кошки
- Внекишечная или тканевая в организме промежуточного хозяина
+ Кишечная или половая в кишечнике кошки Внекишечная или тканевая в организме промежуточного хозяина
- Кишечная или половая в кишечнике кошки, цисты
- Цисты
#
71 Устойчивые во внешней среде формы токсоплазм:
- Пролиферативные
- Ооцисты
+ Цисты
- Правильно все перечисленное
- Ооцисты и цисты
#
72 В патогенезе заболевания токсоплазмозом выделяют следующие фазы:
- Внутриклеточное размножение токсоплазм
- Образование псевдоцист, цист
- Появление некротических изменений в тканях, в местах внедрения и размножения токсоплазм
+ Все перечисленные
- Образование цист
#
73 Течение токсоплазмоза может быть:

- Острым
- Острым и латентным
- Острым, латентным и хроническим
- Иннопарантное
+ Все перечисленное
#
74 Для острого токсоплазмоза характерны следующие клинические проявления:
- Увеличение лимфатических узлов
- Повышение температуры тела
- Ухудшение самочувствия
- Летучие боли в мышцах, суставах
+ Все перечисленное
#
75 При остром токсоплазмозе увеличиваются:
- Шейные лимфатические узлы
- Подмышечные
- Паховые
+ Все перечисленные
- Затылочные лимфатические узлы
#
76 Токсоплазмоз у больных с иммунодефицитом и СПИДом может протекать в виде:
- Энцефалита
- Энцефалита и менингоэнцефалита
- Энцефалита, менингоэнцефалита и миокардита
- Пневмонии
+ Все перечисленное
#
77 Исходы острого токсоплазмоза:
- Выздоровление
- Переход в хроническую стадию
- Резидуальные явления со стороны ЦНС
+ Все перечисленное
- Летальный исход у ВИЧ /СПИД/ больного
#
78 При токсоплазмозе возможно вовлечение в процесс и поражение всех перечисленных органов и систем, кроме:
- Нервной системы
- Внутренних органов
- Гениталий
- Глаз
+ Кожи
#
79 Наиболее характерное поражение глаз при токсоплазмозе:
+ Хориоретинит
- Конъюнктивит
- Неврит зрительного нерва
- Кератит
- Хориоретинит, неврит зрительного нерва
#
80 Наиболее характерный признак острого токсоплазмоза:
- Увеличение лимфатических узлов
- Повышение температуры
- Интоксикация
- Розеолезно-папулезная сыпь на коже
+ Все перечисленное
#
81 У беременных токсоплазмоз может быть:
- Острым
- Латентным
- Подострым
- Хроническим
+ Всем перечисленным
#

82 Иммунологическое обследование беременных при токсоплазмозе проводится с целью выявления:
- Инаппарантного течения токсоплазмоза
- Серопозитивных беременных
- Обострения хронического токсоплазмоза
+ Всего перечисленного
- Бессимптомного носительства
#
83 К группам риска по токсоплазмозу у беременных относятся:
- Серопозитивные
+ Серонегативные, с отрицательной кожной пробой
- С положительной кожной пробой
- С наличием Ig M
- С наличием Ig G
#
84 Врожденный токсоплазмоз у новорожденных развивается при:
+ Остром токсоплазмозе у беременных
- Хроническом токсоплазмозе у беременных
- Обострении хронического токсоплазмоза при беременности
- Всем перечисленном
- Хроническом токсоплазмозе у беременных и обострение хронического токсоплазмоза
#
85 Условием для внутриутробного поражения плода токсоплазмами является:
+ Паразитемия у беременных
- Наличие токсоплазм в тканях и органах беременной в виде цист
- Высокие титры антител в серологических реакциях
- Положительная кожная проба
- Паразитемия у беременных, высокие титры антител в серологических реакциях
#
86 Для врожденного токсоплазмоза характерно все перечисленное, кроме:
- Поражения нервной системы
- Поражения глаз
- Поражения внутренних органов
- Эмбриопатии
+ Нефропатии
#
87 Для диагностики токсоплазмоза применяются следующие серологические реакции:
- Связывания комплемента
- Непрямой иммунофлюоресценции
- Иммуноферментный анализ
- Непрямой гемагглютинации
+ Все перечисленное
#
88 Положительные серологические реакции на токсоплазмоз свидетельствуют о наличии:
+ Специфических антител
- Токсоплазменного антигена
- Токсоплазм
- Специфических сенсибилизированных лимфоцитов
- Иммунных комплексов
#
89 При остром течении токсоплазмоза титры антител:
- Высокие
- Средние
- Низкие
- Отрицательные
+ Нарастание титра антител в динамике
#
90 Динамика показателей антител в серологических реакциях при токсоплазмозе:
- Остаются положительными десятки лет
- Становятся отрицательными через несколько лет
+ Переходят в отрицательные после лечения токсоплазмоза
- Становятся отрицательными через несколько лет, переходят в отрицательные после лечения токсоплазмоза
- Все перечисленное
#

91 Кожная проба с токсоплазмином:
+ Остается положительной многие годы
- Быстро становится отрицательной
- Переходит в отрицательную после лечения токсоплазмоза
- Быстро становится отрицательной или переходит в отрицательную после лечения токсоплазмоза
- Быстро становится отрицательной у беременных
#
92 Показание к лечению больных токсоплазмозом:
- Острое течение заболевания
- Обострение хронического токсоплазмоза
- Латентное течение у беременных
- Врожденный токсоплазмоз
+ Все перечисленное
#
93 Длительность лечения больных токсоплазмозом обусловлена:
- Известными схемами и клиническим улучшением
- Уменьшением титров антител
+ Получением отрицательных показателей в серологических реакциях
- Известными схемами и клиническим улучшением, уменьшением титров антител
- Уменьшением титров антител, получением отрицательных показателей в серологических реакциях
#
94 Профилактика токсоплазмоза включает все перечисленные мероприятия, кроме:
- Отказа от дегустации сырых мясных продуктов
- Лечения больных кошек
- Мытья овощей и зелени
+ Специфической вакцинации
- Обеззараживания почвы
#
95 Основной резервуар и источник инфекции псевдотуберкулеза:
- Свиньи
- Собаки
- Кошки
+ Мышевидные грызуны
- Коровы
#
96 Основные факторы передачи псевдотуберкулеза: 1) мясо и мясные продукты
2) сырые овощи, вода 3) консервы, рыба 4) молоко и молочные продукты
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
+ Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
97 Ведущий путь передачи псевдотуберкулеза:
- Контактный
+ Пищевой
- Воздушно-капельный
- Трансмиссивный
- Воздушно-пылевой
#
98 Инкубационный период при псевдотуберкулезе составляет:
- От 1 до 2 дней
+ От 3 до 18 дней
- От 19 до 30 дней
- От 1 до 2 месяцев
- Более 1 месяца
#
99 Для псевдотуберкулеза характерно все перечисленное, кроме:
- Острого начала
+ Частого, жидкого, водянистого стула без лихорадки
- Выраженной интоксикации, высокой лихорадки
- Тошноты, рвоты, болей в животе
- Озноба, головной боли

#
100 Основные клинические симптомы псевдотуберкулеза: 1) боли в суставах, мышцах 2) высокая лихорадка,гепатоспленомегалия 3) першение в горле, кашель
4) гиперемия лица и шеи, кистей и стоп, инъекция сосудов конъюнктив
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
101 Лихорадка при псевдотуберкулезе характеризуется:
- Повышение температуры до 38-39° и выше, чаще постоянная
- Максимальное повышение температуры в первые дни болезни
- Продолжительность лихорадки обычно не превышает 6-7 дней
- Сопровождается ознобами, потливостью
+ Всем перечисленным
#
102 При псевдотуберкулезе сыпь:
- Наблюдается во всех случаях заболевания.
- Мелкопятнистая или точечная, иногда с наличием геморрагий или петехий.
- Появляется на 1-6 день болезни.
- После исчезновения сыпи часто появляется пластинчатое шелушение
+ Все перечисленное.
#
103 Поражение органов пищеварения при псевдотуберкулезе: 1) типично для клиники заболевания 2) признаки терминального илеита, мезаденита, аппендицита
3) тошнота, рвота, иногда 4) боли в животе
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
104 Различают клинические формы псевдотуберкулеза по преобладающему синдрому:
- Абдоминальная, желтушная, катаральная
- Скарлатиноподобная, артралгическая
- Генерализованная, смешанная
- Желтушная, катаральная
+ Все перечисленные
#
105 При обострении псевдотуберкулеза наблюдают:
- Ухудшение общего состояния
- Повышение температуры тела
- Появление новых органных поражений
- Усиление угасающих симптомов
+ Все перечисленное
#
106 Рецидивы при псевдотуберкулезе: 1) возникают через 1-3 недели после выздоровления 2) обычно бывают 1-2 рецидива 3) возможно 3 и более рецидива
4) обычно протекают тяжелее первичного заболевания
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
107 Симптомы поражения печени при псевдотуберкулезе:
- Боли в правом подреберье
- Гепатомегалия
- Желтуха
- Повышенная активность трансфераз
+ Все перечисленное
#

108 Токсическое поражение почек при псевдотуберкулезе проявляется:
- Альбуминурией
- Альбуминурией и микрогематурией
- Альбуминурией, микрогематурией и цилиндрурией.
- Азотемией
+ Все перечисленное
#
109 При псевдотуберкулезе в периферической крови наблюдается: 1. нейтрофильный лейкоцитоз 2. увеличение СОЭ 3. тромбоцитопения, эозинофилия, анемия
4. лимфомоноцитоз
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
110 Для лабораторной диагностики псевдотуберкулеза применяют все перечисленное, кроме:
- Посева кала, мочи и смывов из зева
- Посева крови
- Реакции агглютинации
- Реакции непрямой гемагглютинации
+ Обнаружение иерсиний в моче при микроскопии
#
111 Возбудитель псевдотуберкулеза чувствителен к:
- Левомицетину
- Цефамезину
- Ципрофлоксацину
- Гентамицину, нетромицину
+ Всем перечисленным антибиотикам
#
112 Патогенетическая терапия псевдотуберкулеза включает:
- Дезинтоксикацию
+ Дезинтоксикацию и десенсибилизацию
- Хирургическое лечение
- Дыхательные аналептики
- Сердечно-сосудистые средства
#
113 Основными эпидемиологическими характеристиками иерсиниоза являются все перечисленными, исключая:
- Зооноз
+ Возбудитель образует споры
- Основной путь передачи - алиментарный
- Заболеваемость выше в холодное время года
- Возбудитель может размножаться при 0-9°
#
114 Иерсиниоз передается через все перечисленные продукты, кроме:
- Мяса и мясных изделий
- Овощей и фруктов
+ Консервов
- Молока
- Молочных продуктов
#
115 Инкубационный период при иерсиниозе составляет:
+ 1-6 дней
- 7-14 дней
- 15-21 день
- 21-28 дней
- Более 1 месяца
#
116 Основные клинические симптомы гастроэнтероколитической формы иерсиниоза:
- Острое начало, лихорадка, интоксикация
- Озноб, бессонница, головная боль
- Боли в животе, жидкий стул, возможна рвота

- Локальная болезненность при пальпации в правой подвздошной области
+ Все перечисленное
#
117 Основные характеристики гастроэнтероколитической формы иерсиниоза:
- Встречается чаще, чем другие клинические формы (70%)
- Тяжелое течение редко
- Температура обычно субфебрильная, интоксикация выражена слабо
- Стул от 2 до 15 раз в сутки, примесь крови редко
+ Все верно
#
118 При иерсиниозе могут наблюдаться все следующие симптомы, кроме:
- Желтухи
- Высыпаний на коже, артралгий
- Лимфаденопатии, узловатой эритемы
+ Бульбарных расстройств
- Увеличения печени и селезенки
#
119 Сыпь при иерсиниозе характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Пятнисто-папулезная
- Точечная
+ Везикулярная с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях
- Со сгущением на кистях и стопах, вокруг суставов
- На спине, животе, конечностях
#
120 Иерсиниоз может протекать в виде:
- Мезентериального лимфаденита
- Паренхиматозного гепатита
- Аппендицита, терминального илеита
- Поражения суставов, лакунарной ангины
+ Всех перечисленных форм
#
121 Варианты течения иерсиниоза:
- Острое
- Острое затяжное
- Острое, затяжное и хроническое
- С осложнениями со стороны суставов
+ Все перечисленное
#
122 Возбудитель орнитоза:
- Вирусы
- Простейшие
+ Хламидии
- Бактерии
- Риккетсии
#
123 Резервуаром и источником инфекции для человека при орнитозе являются:
+ Домашние и дикие птицы
- Больной орнитозом
- Крупный и мелкий рогатый скот
- Домашние и дикие животные
- Насекомые
#
124 Фазы патогенеза орнитоза;
- Проникновение возбудителя в клетки эпителия бронхов, бронхиол и альвеол
- Размножение возбудителя внутри клетки
- Проникновение возбудителя в кровь, токсемия
- Гематогенное поражение органов с формированием вторичных очагов
+ Все перечисленное
#
125 При орнитозе возможны варианты течения:
- Острое
- Хроническое
- Латентное

- Посторнитозная хроническая пневмония
+ Все перечисленное
#
126 Клинические формы течения орнитоза:
- Пневмоническая
- Менингопневмония
- Менингит
- Орнитоз без поражения легких
+ Все перечисленные
#
127 Инкубационный период при орнитозе:
- 1-5 дней
+ 6-17 дней
- 18-21 день
- 21-28 дней
- Более 30 дней
#
128 Основные клинические симптомы пневмонических форм острого орнитоза (первые дни болезни): 1. острое начало (возможно указание часа) 2. озноб, лихорадка, интоксикация 3. слабость, разбитость, адинамия, сильная головная боль
4. отсутствие симптомов поражения верхних дыхательных путей
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
129 Симптомы поражения органов дыхания при орнитозе:
- Чаще появляются на 2-4 день болезни.
- Умеренный кашель, сухой или с отделением мокроты.
- Боли в груди плеврального характера
- Физикальные признаки пневмонии
+ Все верно.
#
130 Гепатоспленомегалия при орнитозе появляется: 1) в первые дни болезни 2) после нормализации температуры 3) в период ранней реконвалесценции
4) к концу первой недели болезни
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
+ Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
131 Какие поражения нервной системы регистрируются при орнитозе:
- Гнойный менингит
+ Серозный менингит
- Менингоэнцефалит
- Нейротоксикоз
- Полинейропатия
#
132 Клинические симптомы орнитоза без поражения легких: 1) менингиальные симптомы 2) острое начало, высокая лихорадка, интоксикация 3) боли в животе, жидкий стул 4) гепатоспленомегалия, головная боль, задержка стула
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
133 Путь заражения при орнитозе
+ Воздушно-капельный
- Контактный
- Алиментарный

- Трансмиссивный
- Воздушно-пылевой
#
134 Для орнитоза характерно все перечисленное, кроме:
- Выздоровления в течение 2-3 месяцев
- Наличия обострений заболевания
+ Хорошего эффекта при лечении пенициллином
- Возникновения рецидивов
- Своевременное выявление источников инфекции
#
135 Характерные изменения крови при орнитозе:
- Лейкопения и анемия
+ Лейкопения и нормоцитоз
- Анемия и тромбоцитопения
- Эозинофилия
- Ускорение СОЭ
#
136 Наиболее эффективные этиотропные препараты при орнитозе:
- Пенициллин
+ Тетрациклин
- Стрептомицин
- Цефазолин
- Ципрофлоксацин
#
137 Альтернативный антибиотик для лечения орнитоза при непереносимости тетрациклинов и у беременных:
- Гентамицин
- Ампиокс
+ Эритромицин
- Стрептомицин
- Рифампицин
#
138 Доза тетрациклина в сутки для лечения орнитоза:
+ 0,2-0,3 г 4 раза
- 0,4-0,5 г 4 раза
- 0,6-0,7 г 4 раза
- 0,2-0.3 г. 2 раза
- 0,4-0,5 г. 2 раза
#
139 Сроки прекращения антибактериальной терапии при орнитозе:
- 9-10 дней нормальной температуры
+ 4-5 дней нормальной температуры
- 1-2 дня нормальной температуры
- При снижении температуры
- В первые дни болезни
#
140 Доброкачественный лимфоретикулез вызывается:
- Вирусами
- Хламидиями
- Простейшими
+ Бактериями
- Микоплазмами
#
141 Источник инфекции при доброкачественном лимфоретикулезе:
+ Кошки
- Собаки
- Крупный рогатый скот
- Больной человек
- Мышевидные грызуны
#
142 Наиболее постоянным симптомом при доброкачественном лимфоретикулезе является:
- Первичный аффект, лихорадка
+ Регионарный лимфаденит

- Общая интоксикация
- Гепатоспленомегалия
- Все ответы правильные
#
143 При болезни кошачьей царапины могут наблюдаться: 1) Глазные формы болезни
2) Энцефалопатия 3) Радикулит 4)Полиневрит
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
144 Диагностика классических форм болезни кошачьей царапины основана на:
- Эпиданамнезе (контакт с кошкой)
- Эпиданамнезе и наличии первичного аффекта
+ Эпиданамнезе, наличии первичного аффекта и регионарного лимфаденита
- Наличие гнойного лимфаденита
- Боли в пораженном участке
#
145 Методы диагностики болезни кошачьих царапин:
- Гистологическое исследование биоптатов лимфоузла или папулы (и микроскопический поиск скоплений бактерий)
- Микробиологическое исследование крови с высевом на кровяной агар
- Положительные результаты кожного теста с антигеном возбудителя
- Серологические методы
+ Все перечисленное
#
146 Основным резервуаром сапа в природе являются:
+ Лошади, ослы, мулы, верблюды
- Зебры, львы, тигры
- Леопарды, барсы, рыси
- Мелкие грызуны и больной человек
- Птицы
#
147 Заражение сапом происходит всеми перечисленными путями, кроме:
- Контактного
- Алиментарного
- Аспирационного
+ Трансмиссивного
- Через поврежденную кожу
#
148 Основные звенья патогенеза при сапе включают:
- Проникновение возбудителя в организм человека через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки
- Бактериемию и токсемию
- Выработку антител
- Формирование иммунитета
+ Все перечисленное
#
149 Основные клинические симптомы при сапе:
- Лихорадка и озноб
- Миалгии, артралгии
- Гиперемия кожи в области внедрения возбудителя с последующим образованием пустулы и язвы
- Появление на коже множественных вторичных узелков, язв, папул, абсцессов, свищей
+ Все перечисленное
#
150 При сапе возможно развитие всего перечисленного, кроме:
- Специфической пневмонии
- Менингита и абсцесса мозга
+ Острой почечной недостаточности
- Поражение хрящей и костей
- Абсцессы в мышцах
#

151 При лечении сапа применяют:
- Сульфатиазол
- Кристаллоидные и коллоидные растворы
- Антибиотики при вторичной инфекции
- Вакцинотерапию (маллеин)
+ Все перечисленное
#
152 Для профилактики сапа используют:
- Ветеринарный надзор, уничтожение животных, больных острой формой сапа
- Спецодежду при подозрении на сап у животных с обработкой ее дезинфицирующими растворами
- Установление карантина при появлении случаев заболевания сапом
- Соблюдение правил вскрытия трупов животных и людей, умерших от сапа
+ Все перечисленное
#
153 Больные сапом люди:
- Подлежат лечению на дому
- Могут находиться в общем отделении
- Госпитализируются в боксированное отделение инфекционного стационара
+ Госпитализируются в инфекционные больницы, приспособленные для работы с ООИ
- Госпитализируются в инфекционные отделения с обычными палатами
#
154 Мелиоидоз вызывается:
- Хламидиями
- Простейшими
+ Бактериями
- Вирусами
- Глистами
#
155 Основным резервуаром мелиоидоза являются все перечисленные, кроме:
- Мелких грызунов (крысы, мыши)
- Кошек, овец, собак
- Крупного рогатого скота, лошадей
- Больного человека
+ Птиц
#
156 Возможны следующие пути заражения мелиоидозом:
- Контактный
- Алиментарный
- Аэрогенный
- Водный
+ Все перечисленное
#
157 Различают следующие основные звенья патогенеза при мелиоидозе:
- Проникновение возбудителя в организм
- Бактериемию и токсемию
- Выработку антител
- Формирование прочного иммунитета
+ Все перечисленное
#
158 Основными клиническими симптомами при мелиоидозе являются все перечисленные, кроме:
- Лихорадки с ознобами
+ Острой печеночной недостаточности
- Кашля с мокротой кровянисто-слизистого характера
- Формирования специфической пневмонии, менингита
- Абсцессов в мышцах
#
159 При лечении мелиоидоза применяют все следующие препараты, кроме:
- Антибиотиков
- Сульфаниламидов
- Коллоидных и кристаллоидных препаратов
- Гормональных препаратов
+ Вакцинотерапии
#

160 Резервуар инфекции при кампилобактериозе: 1) домашние животные и птицы
2) дикие животные 3) мышевидные грызуны 4) земноводные
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
161 Факторы передачи кампилобакгериоза:
- Вода
- Сырое молоко
- Мясные продукты
- Контакт с больными животными
+ Все перечисленное
#
162 Основные звенья патогенеза кампилобактериоза:
- Бактериемия
- Интоксикация
- Воспалительные изменения энтероцитов
- Гематогенное обсеменение органов и тканей
+ Все перечисленное
#
163 Инкубационный период при кампилобактериозе наиболее часто составляет:
+ 1-2 дня
- 2-5 дней
- 6-10 дней
- 11-15 дней
- 15-30 дней
#
164 Основные клинические формы кампилобактериоза:
- Гастроинтестинальная
- Генерализованная (септическая)
- Инаппарантная (субклиническая)
- Хроническая
+ Все перечисленные
#
165 Лабораторные методы диагностики кампилобактериоза:
- Выделение возбудителя (испражнения, кровь, ликвор)
- Реакция связывания комплемента
- Реакция пассивной гемагглютинации
+ Все перечисленное
- Реакция иммунофлюоресценции
#
166 Для этиотропной терапии кампилобактериоза эффективны все препараты, кроме:
- Тетрациклин
- Эритромицин
- Фуразолидон
- Ципрофлоксацин
+ Пенициллин
#
167 Ящур вызывается:
- Бактериями
+ Вирусами
- Простейшими
- Хламидиями
- Грибами
#
168 Основным резервуаром ящура являются все перечисленные животные, кроме:
- Крупного рогатого скота
- Свиней
- Диких животных
+ Мышевидных грызунов
- Коз, овец

#
169 Путями заражения ящуром могут быть все перечисленные, кроме:
- Контактного
- Алиментарного
- Воздушно-пылевого
+ Трансмиссивного
- Воздушно-капельного
#
170 Различают следующие звенья патогенеза при ящуре, кроме:
- Внедрения и размножения возбудителя в клетках эпителия слизистых оболочек кожи
- Формирования первичного аффекта в месте внедрения
- Вирусемии с последующим формированием вторичных афт и везикул
+ Поражения ЦНС
- Формирования иммунитета
#
171 Основными клиническими симптомами при ящуре являются все перечисленные, кроме:
- Лихорадки с ознобами
- Миалгии и анорексии
- Стоматита, конъюнктивита
- Поражения кожи в межпальцевых складках и около ногтей
+ Увеличения печени и селезенки
#
172 Дифференциальный диагноз при ящуре проводится со всеми следующими заболеваниями, кроме:
- Афтозного стоматита
- Герпангины
- Болезни Бехчета
- Ветряной оспы
+ Стрептодермии
#
173 Диагноз ящура ставится на основании:
- Клинических данных
- Эпидемиологического анализа и эпизоотологической обстановки
- Биопробы
- Реакции связывания комплемента с парными сыворотками
+ Всего перечисленного
#
174 Резервуаром инфекции при листериозе являются:
- Грызуны
- Свиньи, коровы, лошади, кролики
- Куры, утки
- Кошки, собаки
+ Все перечисленное
#
175 Основной путь заражения при листериозе:
+ Алиментарный
- Трансплацентарный
- Контактный
- Трансмиссивный
- Аэрогенный
#
176 Этиологические особенности при листериозе характеризуются:
- Возбудитель - листерия в виде палочки
- Возбудитель- листерия в виде кокко-бактерии
- Листерия-грамположителъная
- Листерия-аэроб, способна вызывать гемолиз, устойчива во внешней среде
+ Все перечисленное
#
177 Основными патогенетическими звеньями листериоза являются:
- Ворота инфекции - слизистая оболочка пищеварительного тракта
- Возможно проникновение листерий через миндалины
- Формирование регионального лимфаденита
- Генерализация процесса, оседание возбудителя в ретикулоэндотелиальной системе, в нервной системе
+ Все перечисленное

#
178 Возможны следующие клинические формы листериоза:
- Ангинозно-септическая
- Глазожелезистая и железистая
- Нервная форма (менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты, психозы), тифоподобная форма
- Листериоз беременных и новорожденных
+ Все перечисленные
#
179 Основными клиническими симптомами при остром листериозе являются:
- Заболевание начинается внезапно с явлениями интоксикации, ознобом, лихорадкой
- На кожных покровах появляется крупнопятнистая или эритематозная сыпь, сгущающаяся в области крупных суставов, увеличены и болезненны лимфатические узлы (углочелюстные, шейные, подмышечные, мезентериальные)
- Менингеальные симптомы при нервных формах
- Острый гастроэнтерит, острый пиелит, эндокардит, увеличены печень, селезенка
+ Все перечисленное
#
180 Основные клинические симптомы листериоза новорожденных:
- Лихорадка, одышка, заложеность носа, цианоз
- Бронхопневмония, гнойный плеврит
- Желтуха, гепатомегалия, реже увеличение селезенки
- Экзантема, фарингит, конъюнктивит, понос, менингеальные симптомы, судороги, параличи
+ Все перечисленное
#
181 Для бактериологического подтверждения листериоза исследуют:
- Кровь
- Спинномозговую жидкость
- Смывы из зева
- Околоплодные воды, плаценту
+ Все перечисленное
#
182 Для лечения листериоза применяют:
- Тетрациклины
- Пенициллин, ампициллин
- Эритромицин
- Левомицетин, гентамицин
+ Все перечисленные
#
183 Длительное бактериовыделение возможно при:
- Иерсиниозе
- Псевдотуберкулезе
- При обеих формах одинаково
+ Не существует
- Транзиторное
#
184 Причиной появления точечной сыпи при псевдотуберкулезе и иерсиниозе является:
- Аллергический компонент воспаления
- Действие вазоактивных компонентов токсина
- Бактериемия
+ Все вышеуказанное
- Воспаление
#
185 Продолжительность применения антибиотиков при среднетяжелом течении генерализованных форм иерсиниоза (псевдотуберкулеза) составляет:
- 1 неделя
+ 2 недели
- 3 недели
- 1 месяц
- Более месяца
#
186 Выписка реконвалесцента генерализованной формы иерсиниоза (псевдотуберкулеза) среднетяжелого или тяжелого течения должна происходить не ранее:
- 10-го дня после исчезновения проявлений болезни

+ 20-го дня после исчезновения проявлений болезни
- 30-го дня после исчезновения проявлений болезни
- 1,5 месяца после исчезновения проявлений болезни
- 2 месяца после исчезновения проявлений болезни
#

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

1 Показаниями для катетеризации центральных вен являются все перечисленные ниже, кроме:
- Необходимости обеспечения длительных инфузий
+ Нарушения свертывающей системы крови
- Измерения центрального венозного давления
- Отсутствия видимых поверхностных периферических вен
- Необходимости парентерального питания
#
2 Кормление через зонд позволяет осуществлять все перечисленное, кроме:
- Значительно уменьшить объем инфузионной терапии
- Избрать наиболее рациональный режим питания
- Стимулировать деятельность кишечника
+ Предотвратить потери жидкости
- Обеспечить суточную потребность в белках
#
3 При проведении парентерального питания правильны все перечисленные утверждения, кроме:
- Средняя каллорическая потребность в сутки для взрослого составляет 24 ккал/кг
- При септических состояниях объем парентерального питания увеличивают на 5-8 % на каждый градус температуры тела сверх 37°С
- Парентеральное питание может быть полным и неполным
+ Для питательных целей наиболее рационально применение препаратов нерасщепленного белка
- Для питательных целей наиболее рационально применение препаратов гидролизатов белка
#
4 К ингибиторам протеолитических ферментов относятся:
- Гордокс
- Контрикал
- Пантрицин
- Кислота аминокапроновая
+ Все перечисленное
#
5 Ингибиторы протеолитических ферментов могут быть назначены при всех перечисленных ниже состояниях, кроме:
- Комплексной терапии сепсиса и шока
- Для уменьшения активности протеолитических ферментов
- Как ингибитор кинин-каликреина при инфаркте миокарда
+ При тромбоэмболическом заболевании
- Комплексной терапии шока
#
6 У больных при переливании крови и ее препаратов, несовместимых по системе АВО и резус-фактору, наблюдаются:
- Озноб, недомогание, боли в пояснице
- Гемолиз эритроцитов, гемоглобинурия, олигурия, анемия
- Гипербилирубинемия, ДВС-синдром
- Тахикардия, снижение АД
+ Все перечисленное
#
7 Нативная плазма содержит 60-80г/л белка, липопротеиды, углеводы и др., в т. ч. антигемофильный глобулин. В течение 24 ч. при хранении препарата снижается активность всех белковых фракций. Показаниями для переливания нативной плазмы является: 1) острая кровопотеря 2) гипопротеинемия 3) ДВС-синдром 4) гнойно-септические заболевания
- Верно 1), 2), 3)
+ Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
- Верно 1), 4)
#
8 Кристаллоидные растворы обладают следующими положительными свойствами;
- Способностью ликвидировать дефицит внеклеточной жидкости
- Физиологичностью, т.к. их состав приближается к составу плазмы
- Гемодинамическим эффектом, дешевизной и доступностью
- Реологическими свойствами, обусловленными гемодилюцией.
+ Всем перечисленным
#
9 При шоке для поддержания нормального объема и состава внеклеточной жидкости, в том числе объема циркулирующей крови (ОКЦ), нормализации гомеостатических и реологических свойств крови, поддержания макро- и микроциркуляции, следует использовать все перечисленное, за исключением:
- Полиглюкина
- Желатиноля
- Реополиглюкина
- Альбумина
+ 5 % раствора глюкозы
#
10 Признаками клинической смерти являются: 1) остановка дыхания, цианоз, бледность 2) отсутствие пульса на сонной артерии, зрачковых рефлексов, расширение зрачков 3) отсутствие сознания 4) судороги, патологические ритмы дыхания
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1),3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
11 Простым методом восстановления проходимости дыхательных путей является:
- Запрокидывание головы
- Открытие рта и выдвижение нижней челюсти
- Механическое удаление содержимого дыхательных путей путем постурального дренажа и поколачивания грудной клетки
- Вытягивание языка
+ Все перечисленное
#
12 Для профилактики осложнений, вызванных переливанием крови, проводят:
- Определение срока годности крови
- Определение групповой совместимости
- Соблюдение правил асептики
- Правильное хранение крови
+ Все перечисленное
#
13 Переливание несовместимой крови ведет к развитию: 1) гемотрансфузионного шока 2) гемолиза эритроцитов 3) острой почечной недостаточности 4) геморрагического синдрома
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
14 Обязательные пробы, проводимые перед каждым переливанием крови: 1) групповая совместимость 2) индивидуальная совместимость 3) биологическая проба 4) определение резус фактора
- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
15 Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:
+ Плазмой реципиента и кровью донора
- Плазмой донора и кровью реципиента
- Форменными элементами крови реципиента и кровью донора
- Форменными элементами крови донора и кровью реципиента
- Цельной кровью донора и цельной кровью реципиента
#
16 Наиболее постоянным и определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови синдромом является:
- Анафилаксия
+ Острый внутрисосудистый гемолиз
- Артериальная гипотония
- Гипертермия
- Отек мозга
#
17 Нормальное содержание воды в массе тела взрослого мужчины составляет;
- 30%
- 40%
- 50%
+ 60%
- 70%
#
18 Внутриклеточная вода составляет:
- 5 -10 % массы тела
- 10 - 20 % массы тела
+ 30-40 % массы тела
- 50-60 % массы тела
- 60 - 70 % массы тела
#
19 Внеклеточная вода составляет:
- 10 % массы тела
+ 20 % массы тела
- 30 % массы тела
- 40 % массы тела
- 50% массы тела
#
20 Внеклеточный объем воды распределяется между всем перечисленным, кроме:
- Интерстициальной водой (включи воду связок и хрящей)
- Жировой тканью
- Плазмой
- Лимфой
+ Внутриклеточной жидкостью
#
21 Основной механизм воздействия на организм больного при коррекции водно-электролитного баланса:
- Прямое воздействие на водный состав клеточного пространства
- Прямое воздействие на электролитный состав клеточного пространства
- Коррекция состава трансцеллюлярной жидкости
+ Воздействие на объем и состав внеклеточной жидкости с опосредованным влиянием на клеточное пространство
- Воздействие на механизмы регуляции водно-электролитного баланса
#

22 Основным катионом клеточного пространства является:
+ Калий
- Натрий
- Хлор
- Белки
- Кальций
#
23 Потери воды через кожу и путем испарения через дыхательные пути (перспирация) в норме составляют:
- 500-700 мл
+ 800-1000 мл
- 1100-1300 мл
- 300-400 мл
- 1400-1500 мл
#
24 Суточный диурез в норме составляет:
- 1000-1300 мл
+ 1400-1600 мл
- 1700-2000 мл
- 800-1000 мл
- 2000-2500 мл
#
25 Показатель диуреза считают олигурией в случае, если диурез составляет:
+ 25-30 мл/ч (меньше 500 мл/сут)
- 25-50 мл/ч (до 1000 мл/сут)
- 60-100 мл/ч (1500-2000 мл/сут)
- 100 - 150 мл/ч
- Менее 20 мл/ч
#
26 Основными лабораторными показателями дефицита воды в организме являются все перечисленные, кроме:
- Повышения осмолярности плазмы
+ Снижения концентрации белка плазмы
- Гипернатриемии
- Увеличения процента гематокрита
- Высокого удельного веса мочи
#
27 При расчете объема жидкости для первичной регидратации используют все перечисленные показатели, кроме:
- Массы тела
+ Показателя центрального венозного давления
- Процента потери массы тела
- Относительной плотности плазмы
- Гематокрита
#
28 Скорость введения растворов при регидратации определяет все перечисленное, кроме:
- Степени дегидратации
- Количества раствора для первичной регидратации
- Состояния гемодинамики
+ Состояния периферических вен
- Степени метаболических нарушений в органах
#
29 К осложнениям регидратационной терапии относятся:
- Пирогенная реакция
- Гипергидратация
- Гиперкалиемия
- Воздушная эмболия

+ Все перечисленное
#
30 Для лечения гиперкалиемии применяют все перечисленное, кроме:
- Перехода на введение раствора "Дисоль"
- Глюконата кальция
- 20 % раствора глюкозы
- Инсулина
+ Перехода на введение раствора "Ацесоль"
#
31 Уровень хлоридов в крови в норме составляет:
- 50 ммоль/л
+ 100 ммоль/л
- 150 ммоль/л
- 200 ммоль/л
- 300 ммоль/л
#
32 Основные клинические симптомы дефицита калия;
- Астенизация
- Мышечная слабость
- Дыхательные нарушения
- Судороги нижних конечностей
+ Все перечисленное
#
33 Клинические признаки гиперкалиемии:
- Боли в сердце
- Аритмия
- Мерцание желудочков
- Остановка сердца в диастоле
+ Все перечисленное
#
34 К физиологическим буферным системам относятся:
- Легкие
- Почки
- Печень
- Желудочно-кишечный тракт
+ Все перечисленное
#
35 Нормальный показатель РН артериальной крови составляет
- 7,2
- 7,3
+ 7,4
- 7,6
- 7,7
#
36 Метаболический ацидоз характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Повышения концентрации водородных ионов
+ Понижения концентрации водородных ионов
- Снижения в плазме концентрации бикарбоната натрия
- Абсолютного избытка кислот
- Относительного избытка кислот
#
37 Причинами метаболического ацидоза может быть все перечисленное, кроме:
- Массивных трансфузий консервированной крови
- Гипоксии
- Острой и хронической почечной недостаточности
+ Инфузии кислых растворов
- Повышенного поступления в кровь кетокислот

#
38 Для дефицита магния характерны:
- Повышенная нервно-мышечная возбудимость
- Ларингоспазм
- Стенокардия
- Тетания
+ Все перечисленное
#
39 Клинические признаки гипокальцеимии:
- Гиперрефлексия
- Тетания
- Спазмофилия
- Боли в животе
+ Все перечисленное
#
40 Противопоказанием к назначению гидрокарбоната натрия при метаболическом ацидозе является:
- Гиповентиляция
- Отек легких
- Эклампсия
- Гиперосмолярная кома
+ Все перечисленное
#
41 Объем крови в венозном бассейне превышает объем крови в активном артериальном секторе в норме:
- В 1-2 раза
- В 3 раза
+ В 4-5 раз
- В 6-7 раз
- В 8 раз
#
42 Основные звенья нарушения микроциркуляции при токсико-инфекционном шоке включают:
- Спазм прекапиллярных сфинктеров
- "Централизацию кровообращения" для восполнения объема циркулирующей крови
- Паралитическое расширение микроциркуляторного ложа с депонированием значительных объемов крови
- Парез прекапилляров, развитие острой циркуляторной недостаточности
+ Все перечисленное
#
43 Основные принципы патогенетической терапии токсикоинфекционного шока включают:
- Инфузионную терапию
- Кортикостероидную терапию
- Коррекцию кислотно-щелочного состояния
- Ингибиторы протеаз
+ Все перечисленное
#
44 Для инфузионной терапии токсикоинфекционного шока используют:
- Коллоидные растворы (реополиглюкин, полиглюкин)
- Кристаллоидные растворы
- Управляемую гемодилюцию
- Форсирование диуреза
+ Все перечисленное
#
45 Основные принципы антибиотикотерапии при инфекционно-токсическом шоке предусматривают:
- Использование АБ с бактериостатическим действием
- Достижение оптимальной концентрации препарата в крови больного и в очаге поражения

- Соблюдение оптимального интервала между введением препаратов
- Сочетанное использование антибиотиков с учетом физической, химической и фармакологической совместимости
+ Все перечисленное
#
46 Вазопатия и тромбоцитопения преобладают при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
- Геморрагической лихорадки
- Сыпного тифа, брюшного тифа
- Лептоспироза
+ Дифтерии, скарлатины
- Менингококковой инфекции
#
47 Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет:
- 50 мг/кг
- 60 мг/кг
- 70 мг/кг
- 80 мг/кг
+ 90 мг/кг
#
48 Для декомпенсированной кровопотери характерны все следующие признаки, кроме:
- Тахикардии
- Артериальной гипотензии
+ Повышения ЦВД
- Анурии
- Бледности и похолодания кожных покровов
#

КАПЕЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1 Возбудитель гриппа относится к:
- Ротавирусам
- Пикорнавирусам
- Энтеровирусам
+ Ортомиксовирусам
- Арбовирусам
#
2 Источником инфекции при гриппе является:
+ Больной человек
- Реконвалесцент
- Животные - резервуар вируса
- Птицы - резервуар вируса
- Все перечисленные
#
3 Механизм передачи гриппа:
+ Воздушно-капельный
- Контактный
- Фекально-оральный
- Трансмиссивный
- Любой из перечисленных
#
4 Сезонность заболевания при эпидемии гриппа:
- Летняя
+ Зимняя
- Весенняя
- Осенняя
- Отсутствует
#
5 Основными звеньями патогенеза гриппа являются:
- Внедрение вируса в клетку эпителия и репродукция вируса

- Вирусемия, токсемия
- Поражение центральной и вегетативной нервной системы
- Снижение иммунологической реактивности организма и активизация эндогенной бактериальной флоры
+ Все перечисленное
#
6 В патогенезе гриппа имеют значение
- Вирулентность вируса
- Общий токсикоз
- Состояние защитных сил организма
- Резорбция гриппозного токсина
+ Все перечисленное
#
7 Ведущие клинические синдромы гриппа: 1) Геморрагический; 2) интоксикационный; 3) астенический; 4) синдром нейротоксикоза
- 1, 2,3
- 1,3
- 2, 4
- 4
+ 1, 2, 3, 4
#
8 Основные клинические симптомы гриппа
- Лихорадка, гиперемия лица
- Трахеит
- Боли в глазных яблоках, боли в мышцах
- Озноб, недомогание
+ Все перечисленные
#
9 Лабораторная диагностика гриппа осуществляется всеми перечисленными методами, кроме:
- Культивации вируса в культурах ткани
- Реакции связывания комплимента (РСК)
- РИГА
- Иммунофлюоресценции
+ Кожно-аллергической пробы
#
10 Инкубационный период при гриппе чаще:
+ До 2-х дней
- 3-4 дня
- 5-6 дней
- 2-3 недели
- Больше месяца
#
11 Грипп может протекать в следующих клинических формах:
- Легкая
- Среднетяжелая
- Тяжелая
- Молниеносная (гипертоксическая)
+ Все перечисленные
#
12 Тяжелые форма гриппа сопровождаются:
- Носовыми кровотечениями
- Снижением артериального давления
- Высокой температурой
- Одышкой, кашлем
+ Всем перечисленным
#
13 Клиническая картина гриппа у детей раннего возраста от 1 до 3 лет характеризуется:
- Поражением нервной системы
- Судорожным и менингеальным синдромом
- Дыхательной недостаточностью
- Ложным крупом (с отеком легких и гортани)
+ Всем перечисленным
#
14 Бактериальная суперинфекция при гриппе обусловлена:

- Развитием некроза слизистой трахеи и бронхов
- Нарушением дренажной функции бронхов и микроциркуляции в легких
- Гиперчувствительностью замедленного типа к бактериальным антигенам
- Сенсибилизацией лейкоцитов к бактериальным аллергенам
+ Всем перечисленным
#
15 Для токсикоинфекционного шока при гриппе характерно все перечисленное, кроме:
+ Диареи
- Снижения артериального давления
- Одышки
- Анурии
- Тахикардии
#
16 Клинические симптомы отека мозга при гриппе
- Резкая головная боль, расстройства сознания
- Брадикардия
- Многократная рвота
- Нарушения дыхания
+ Все перечисленное
#
17 ДВС - синдром, развивающийся при гриппе, характеризуется:
- Повышением содержания в крови продуктов деградации фибриногена
- Наличием в крови растворимых комплексов мономеров фибрина
- Усилением образования антитромбина в фазе гиперкоагуляции
- Наличием в крови лизосомальных ферментов
+ Всем перечисленным
#
18 Признаки токсической энцефалопатии при гриппе;
+ Выраженная астения с эмоциональной неустойчивостью
- Сопорозное состояние с повторным выпадением сознания
- Ступор с сохранением реакции на сильные раздражения
- Глубокая кома с арефлексией
- Все перечисленное
#
19 Признаки дыхательной недостаточности при гриппе: 1) снижение артериального давления 2) чувство нехватки воздуха, одышка 3) циркуляторная гипоксия 4) диффузный цианоз
- 1), 2), 3)
- 1), 3)
- 2), 4)
- 4)
+ 1). 2), 3), 4)
#
20 Ложный круп при гриппе характеризуется:
- Лающим кашлем
- Чувством нехватки воздуха
- Затрудненным и удлиненным вдохом
- Разлитым цианозом
+ Всем перечисленным
#
21 Отек легких при гриппе сопровождается следующими клиническими симптомами:
- Чувством нехватки воздуха
- Возбуждением
- Появлением влажных хрипов в лёгких и кашля с мокротой
- Снижением артериального давления
+ Всем перечисленным
#
22 Терапия неосложненного гриппа средней тяжести включает: 1) антибактериальные препараты 2) специфический иммуноглобулин 3) противовирусные средства 4) симптоматические средства
- 1),2),3)
- 1), 3)
- 2), 4)
- 4)
+ 3),4)

#
23 Показания к применению кортикостероидов при гриппе:
- Токсикоинфекционный шок
- Отек легких, ложный круп
- Отек мозга
- Менингоэнцефалит
+ Все перечисленное
#
24 Острая респираторно-вирусная инфекция характеризуется:
- Этиологически разнородными болезнями
- Быстротой и массовостью распространения
- Высокой чувствительностью возбудителя к действию дезинфицирующих средств
- Широким распространением среди детей
+ Всем перечисленным
#
25 Общими закономерностями различных форм острых респираторно-вирусных инфекций являются:
- Источник инфекции - больной человек
- Путь передачи - воздушно-капельный
- Высокая восприимчивость людей
- Заболеваемость среди детей занимает ведущее место
+ Все перечисленные
#
26 Энтеровирусом человека ECHO и Коксаки вызывают:
- Гриппоподобные заболевания
- Асептические менингиты, энцефалиты
- Диареи у детей раннего возраста
- Геморрагический конъюнктивит, герпе-тические ангины
+ Все перечисленное
#
27 Основной симптом риновирусной инфекции:
- Высокая лихорадка
- Головная боль
+ Обильные водянистые выделения из носа
- Выраженные воспалительные изменения в зеве
- Все перечисленное
#
28 Для коронавирусной инфекции в отличие от риновирусной характерны:
+ Симптомы острого гастроэнтерита
- Симптомы острого бронхита
- Симптомы лимфаденопатии
- Симптомы ренита
- Все перечисленное
#
29 Сезонность заболевания при парагриппе:
- Осенне-летняя
- Осенне-зимняя
- Весенне-зимняя
- Отсутствует
+ Осенне-весенняя
#
30 Наиболее частое осложнение парагриппа:
- Миокардит
- Пиелонефрит
- Пневмония
- Отит
+ Ложный круп
#
31 Нарастание титра антител в крови переболевших парагриппом выявляется:
- С 1-го дня
+ С 8-10 дня
- 10 - 15 дней
- С 15 дня
- К концу 3 недели

#
32 Показаниями к применению антибактериальных препаратов при парагриппе являются:
- Токсикоз
- Ложный круп
- Менингит
- Ларингит
+ Пневмония
#
33 Показания к применению гормонов при парагриппе являются:
- Катаральный синдром
- Лихорадка
- Пневмония
+ Нарушение гемодинамики
- Трахеобронхит
#
34 Для клиники аденовирусной инфекции у взрослых характерны: 1) ринофарингит 2) ларинготрахеит 3) тонзиллит 4) пневмония
- 1), 2), 3)
+ 1), 3)
- 2), 4)
- 4)
-1),2),3),4)
#
35 Для аденовирусной инфекции в отличие от гриппа характерно; 1) полиморфизм клинических проявлений 2) волнообразное течение 3) длительный период заразительности 4) отсутствие респираторного синдрома
+ 1), 2), 3)
- 1), 3)
- 2), 4)
- 4)
- 1), 2), 3),4)
#
36 При аденовирусной инфекции наиболее часто встречаются: 1) ринофаринготонзиллит 2) конъюнктивит 3) пленчатая ангина 4) пневмония
+ 1), 2), 3)
- 1), 3)
- 2), 4)
- 4)
- 1), 2), 3),4)
#
37 Наиболее частыми клиническими симптомами аденовирусной инфекции являются:
- фарингоконъюнктивные лихорадки
- конъюнктивит
- полиаденопатия
- ринофарингит
+ все перечисленное
#
38 Респираторно-синцитиальная инфекция вызывается:
- Ротавирусами
- Пикорнавирусами
- Энтеровирусами
- Герпесвирусами
+ Парамиксовирусами
#
39 В странах с умеренным климатом эпидемические подъемы при респираторно-синцитиальной инфекции отмечаются в:
- Осенне-летний сезон
- Осенне-зимний сезон
+ Осенне-зимне-весенний сезон
- Летом
- Весной
#
40 Клиническая картина респираторно-синцитиальной инфекции у детей характеризуется:
- Отит

+ Бронхиолитом
- Развитием ателектазов
- Гастроэнтерит
- Всем перечисленным
#
41 Для клиники респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерно все перечисленное, кроме:
- Острого начала
- Бронхоспазма
- Одышки
- Лихорадки
+ Желудочно-кишечных расстройств
#
42 Осложненные формы респираторно-синцитиапьной инфекции наиболее часто проявляются:
+ Пневмонией
- Инфарктом миокарда
- Острым аппендицитом
- Пиелонефритом
- Всем перечисленным
#
43 Возбудитель микоплазменной инфекции относится к:
+ Занимает промежуточное положение между вирусами и бактериями
- Бактериям
- Вирусам
- Гельминтам
- Простейшим
#
44 Источником микоплазм являются:
- Птицы, грызуны
- Крупный рогатый скот
- Козы, овцы, свиньи
+ Человек
- Все перечисленные
#
45 Механизм передачи микоплазменной инфекции у человека все кроме:
+ Аспирационный
- Половой
- Вертикальный
- Парантеральный
- Трансмиссивный
#
46 Сезонность заболеваний при микоплазменной инфекции:
+ Осенне-зимняя и весенняя
- Только весенняя
- Только летняя
- Только осенняя
- Только зимняя
#
47 Возбудитель микоплазменной инфекции может быть выделен из всех перечисленных биологических сред, кроме:
- Кровь
- Мокрота
- Глоточный секрет
- Носовой секрет
+ Испражнения
#
48 Возбудитель микоплазменной инфекции чувствителен ко всем перечисленным антибиотикам, кроме:
- Тетрациклина
- Эритромицина
+ Пенициллина
- Сульфаниламиды
- Фторхинолоны
#
49 Клинические формы микоплазменной инфекции:

- Острые респираторные заболевания
- Пневмонии
- Уретриты, простатиты у мужчин
- Вульвовагиниты, циститы у женщин
+ Все перечисленные
#
50 При микоплазменной пневмонии может наблюдаться:
- Кашель со скудной мокротой
- Нередко развитие бронхоэктазов
- Лихорадка
- Кашель
+ Все перечисленное
#
51 Для вируса кори характерно:
- РНК-содержащий парамиксовирус
- Содержит комплемент связывающий антиген
- Содержит гемагглютинирующий антиген
- Содержит гемолизирующий антиген
+ Все выше перечисленное
#
52 Эпидемиологически для кори характерно все перечисленное, кроме:
- Антропоноз
- Источник инфекции - больной человек
- Высокая восприимчивость людей к кори и стойкий пожизненный иммунитет
- Зимне-весенняя сезонность заболевания
+ Зоонози
#
53 Входные ворота инфекции при кори:
+ Органы дыхания
- Желудочно-кишечный тракт
- Кожа
- Кровь
- Все перечисленное
#
54 Основное звено патогенеза кори:
+Вирусемия
- Аллергическая перестройка организма
- Анергия
- Повышение проницаемости сосудов
- Все перечисленное
#
55 Инкубационный период при кори чаще:
- До 7 дней
+ От 8 до 11 дней
- 2 месяца
- Более года
- 3 - 6 часов
#
56 Для кори характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:
- Острого начала
- Выраженных катаральных явлений
- Интоксикации
+ Гепатолиенального синдрома
- Экзантемы и энантемы
#
57 В продромальном периоде кори наиболее характерным признаком является:
- Лихорадка
- Ринит, конъюнктивит
- Трахеит, бронхит
+ Пятна Бельского-Филатова-Коплика на слизистой оболочке щек, десен, губ
- Увеличение шейных лимфоузлов
#
58 Для сыпи при кори характерно:

- Пятнисто-папулезная
+ Этапность высыпания с 3-4 дня болезни
- 1-е сутки лихорадки - на лице, шеи
- 2-е сутки лихорадки - на туловище
- Все перечисленное
#
59 Лимфаденопатия при краснухе характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
- Раннего увеличения лимфоузлов до появления сыпи
- Сохранения лимфаденопатии более 2-х недель после исчезновения экзантемы
- Наиболее увеличенных заднешейных, затылочных и околоушных лимфоузлов
+ Наиболее увеличенных паховых лимфоузлов
- Размер до горошины.
#
60 Поражение органов пищеварения при краснухе:
+ Наблюдается редко
- Типично для клиники заболевания
- Склонность к поносам
- Увеличение печени и селезенки
- Запоры.
#
61 В периферической крови при краснухе наблюдается: 1) лейкопения 2) лимфоцитоз 3) плазматические клетки 4) лейкоцитоз 5)моноцитоз
+ 1), 2), 3), 5)
- 1), 3)
- 2), 4)
- 1),2).3),4)
- 2, 3
#
62 Клинические формы проявления и особенности диагностики краснухи у беременных представлены:
- Типичными и атипичными формами краснухи
- Атипичные формы следует подозревать при наличии легкого катарального воспаления верхних дыхательных путей, появившегося спустя 15-21 день после контакта с больным краснухой и умеренно выраженной лимфаденопатии
- Наличие специфических антител в крови беременной не позже 12 дней после контакта с больным краснухой указывает на перенесенное ранее заболевание
- Краснуха диагностируется при нарастании титра специфических антител в 4 и более раз
+ Все ответы правильные
#
63 Осложнениями при краснухе могут быть все перечисленные, кроме:
- Артритов
- Тромбоцитопенической пурпуры
- Энцефалита
+ Абсцесса печени
- Миокардита
#
64 Отличием краснухи от кори является:
- Интоксикация
+ Отсутствие пятен Бельского-Филатова-Коплика
- Сыпь
- Вирусная этиология
- Источник инфекции - больной человек
#
65 При инфекционном мононуклеозе в отличие от краснухи наблюдается все перечисленное, кроме:
- Более выражен полиаденит
- Часто встречается гепатолиенальный синдром
- Имеет место ангина
- Наличие в крови атипичных мононуклеаров
+ Выражены катаральные явления
#
66 Отличием сыпи при краснухи от медикаментозной сыпи является:
- Отсутствия яркой гиперемии слизистой мягкого неба и ангины, нет связи с применением медикаментозных препаратов
- Нет выраженного зуда кожи

- Вначале появляется на лице
- Не исчезает на фоне приёма антигистаминных препаратов
+ Все вышеперечисленное
#
67 Сыпь при краснухе характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Локализуется преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, вокруг суставов
- Значительно светлее коревой
- Тенденции к слиянию не наблюдается
- Держится 2 - 3 дня
+ Держится 2 недели
#
68 Синдром врожденной краснухи сопровождается следующими пороками развития плода:
- Пороки сердца (открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, коарктация аорты)
- Поражения органа зрения (катаракта, микрофтальмия, глаукома, ретинопатия, недоразвитие век) и органа слуха (глухота, дефекты кортиева органа)
- Поражения нервной системы (микроцефалия, паралич конечностей, нарушение психического развития)
- Возможно мертворождение
+ Все перечисленное
#
69 В патогенезе врожденной краснухи имеет значение все перечисленное, кроме:
- Внедрения вируса краснухи через эпителиальные клетки верхних дыхательных путей матери
- Гематогенного и лимфогенного заноса вируса в ткани плода
- Наличия тропизма вируса краснухи к эмбриональной ткани
- Зависимости частоты поражения плода от сроков беременности
+ Половой путь передачи вируса
#
70 Вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая относится к:
- Арбовирусам
- Энтеровирусам
+ Герпетическим вирусам
- Ретровирусам
- Ротовирусам
#
71 К характеристике вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая относится все перечисленное, кроме:
- ДНК содержащий вирус
+ Плохо размножается в клетках
- Имеет комплемент - связывающий антиген
- Хорошо размножается в клетках
- Не обладает гемагглютинирующими свойствами
#
72 Инкубационный период при ветряной оспе:
- От 5 до 10 дней
+ От 13 до 17 дней
- От 18 до 23 дней
- От 24 до 30 дней
- Более 30 дней
#
73 Основными клиническими симптомами ветряной оспы являются все перечисленные, кроме:
- Острого начала
- Лихорадки
- Полиморфных пятнисто-везикулезных высыпаний на коже и слизистых
+ Жидкого стула
- Интоксикации
#
74 Лихорадка при ветряной оспе характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Достигает 38-39°С
- Совпадает с появлением сыпи
- Длительность 2 - 5 дней
- При повторных высыпаниях - 8-10 дней
+ Продолжительность лихорадки до 1,5 месяцев
#
75 К характеристике сыпи при ветряной оспе относится все перечисленное, кроме:

- Пятнисто-везикулезная
- Полиморфизм сыпи вследствие толчкообразных высыпаний в 3-5 приемов
+ Эритематозная
- Сопровождается зудом
- Везикуллёзная
#
76 Возбудитель эпидемического паротита относится к:
- Арбовирусам
+ Парамиксовирусам
- Герпесвирусам
- Коронавирусам
- Риновирусам
#
77 Осложнения эпидемического паротита:
- Серозный менингит, менигоэнцефалит, энцефаломиелит
- Орхит
- Острый панкреатит
- Эпидидимит
+ Все перечисленное
#
78 Инкубационный период при эпидемическом паротите:
+ 15 - 25 дней
- 1 - 2 дня
- 3 - 6 часов
- 6 месяцев
- отсутствует
#
79 При паротитном менингите в спинномозговой жидкости обнаруживают все перечисленное, кроме:
- Жидкость прозрачная или опалесцирует
+ Цитоз до 20000 клеток и больше
- Содержание глюкозы нормальное
- Содержание хлоридов нормальное
+ Содержание белка нормальное
#
80 Для инфекционного мононуклеоза характерно:
- Инкубационный период 4-45 дней
- Острое начало
- Высокая лихорадка, интоксикация
- Тонзиллит, лимфаденопатия
+ Все перечисленное
#
81 При инфекционном мононуклеозе могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме:
+ Желудочно-кишечного кровотечения
- Синдрома желтухи
- Синусита
- Пневмонии
- Отита
#
82 Изменения крови при инфекционном мононуклеозе: 1) лимфоцитоз 2)атипичные мононуклеары (свыше 10% всех лейкоцитов) 3) умеренный лейкоцитоз 4) умеренно повышенная СОЭ 5) выраженная лейкопения
- Верно 1),2),3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4),5)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
83 Инфекционный мононуклеоз дифференцируют со следующими заболеваниями кроме:
- Дифтерия зева
- Аденовирусная инфекция
- Острый лейкоз
+ Аскаридоз
- Лимфогранулематоз
#

84 Для лечения инфекционного мононуклеоза антибиотики показаны при:
- Длительной высокой лихорадке
- Выраженных некротических изменениях в ротоглотке
- Пневмонии
- У ослабленных детей
+ Всем перечисленном
#
85 Возбудитель герпетической инфекции это:
+ ДНК содержащий вирус Herpes simplex
- Микобактерия
- Синегнойная палочка
- Микоплазма
- Все перечисленное
#
86 К основным эпидемиологическим характеристикам герпетической инфекции относятся:
- Возбудитель - ДНК содержащий вирус 2 типов: ВПГ-1и ВПГ-2
- Вирус инактивируется при температуре более 50°С
- Источники инфекции - больные и вирусоносители
- СПИД-ассоциированная инфекция
+ Все перечисленное
#
87 Пути передачи герпетической инфекции:
- Контактно- бытовой
- Воздушно-капельный
- Половой
- Трансплацентарное заражение плода
+ Все перечисленные
#
88 Группами риска при герпетической инфекции являются:
- Проститутки, гомосексуалисты
- Новорожденные
- Больные после пересадки органов и тканей
- Лица с врожденным и приобретенным иммунодефицитным состоянием
+ Все перечисленные
#
89 Основными звеньями патогенеза герпетической инфекции являются все перечисленные, кроме:
- Внедрение вируса через кожу и слизистые оболочки и первичная вирусемия
- Размножение вируса в органах и тканях (коже, легких, печени, селезенке, костном мозге, нервной системе
+ Размножение вируса в желчи
- Аллергические изменения
- Пожизненная персистенция вируса в нервных ганглиях
#
90 Наиболее частыми являются основные формы герпетической инфекции, кроме:
- Латентного - бессимптомного носительства
- Первичной герпетической инфекции
- Рецидивирующей герпетической инфекции
- Хронической герпетической инфекции
+ Молниеносной герпетической инфекции
#
91 Инкубационный период при герпетической инфекции обычно составляет:
- От 2 до 3 дней
- От 6 до 54 дней
- До 6 месяцев
- До 10 лет
+ От 2 до 14 дней
#
92 Основными очагами поражения при герпетической инфекции являются:
- Кожа
- Слизистые оболочки
- Глаза
- Нервная система
+ Все перечисленное
#

93 Для неосложненной герпетической инфекции характерно все перечисленное, кроме:
- Лихорадки
- Интоксикации
- Везикулезных высыпаний
- Вовлечения региональных лимфоузлов
+ Глубокого поражения сердечно-сосудистой системы
#
94 Высыпания при герпетической инфекции носят характер:
- Сгруппированных полусферических пузырьков на фоне эритемы и отечности
- Появления зуда и жжения перед высыпанием
- Разрыва пузырька с образованием мокнущей эрозии
- Быстро исчезающей легкой пигментации
+ Все перечисленное
#
95 Основные клинические разновидности поражения кожи при герпетической инфекции представлены всем перечисленным, кроме:
- Простого герпеса
- Герпетивидной экземы Капоши
- Зостериформного герпеса
- Элементы сыпи располагаются на отечном гиперемированном основании
+ Элементы сыпи располагаются только в области стоп и кистей
#
96 Поражения слизистых при герпетической инфекции протекают в виде всего перечисленного, кроме:
- Стоматита
- Гингивостоматита
- Острого респираторного заболевания
- Эзофагита
+ Гастрита
#
97 При герпетической инфекции возможны следующие варианты клинических проявлений поражения нервной системы:
- Серозный менингит
- Энцефалит
- Полирадикулоневрит
- Миелит
+ Все перечисленное
#
98 Для герпетического гепатита характерны все следующие симптомы, кроме:
- Острого течения
- Лихорадки
- Выраженной интоксикации
- ДВС-синдрома
+ Холестаза
#
99 Для лабораторной диагностики герпетической инфекции применяют все перечисленное, кроме:
- Выделения вируса из пораженных органов
- Цитологического исследования мазков
- Иммунологических методов определения антигена в сыворотке крови и спинномозговой жидкости
+ Стернальной пункции
- Выявления вирусспецифических иммуноглобулинов
#
100 Для лечения неосложненной герпетической инфекции приоритетно используют все перечисленные препараты, кроме:
- Противовирусных вирулицидного действия
- Аналогов нуклеозидов
- Интерферона и его индукторов
- Антибиотиков
+ Форсированного диуреза
#
101 Менингококковой инфекцией болеют:
- Дети первых 4 лет жизни
- От 5 до 14 лет
- От 15 до 30 лет

- От 31 года и старше
+ Все перечисленные группы
#
102 Основной путь распространения менингококка в организме:
- Лимфогенный
- Неврогенный
- Гематогенный
- Лимфогенно-гематогенный
+ Все перечисленное
#
103 К локализованным формам менингококковой инфекции относятся
+Острый назофарингита
- Острый менингит
- Менингококковый сепсис
- Иридоциклит
- Артрит
#
104 К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:
- Менингококкцемии
- Менингококкового менингита
- Менингоэнцефалита
- Смешанного варианта менингококкцемии с гнойным менингитом
+ Менингококкового носительства
#
105 Для менингококкового назофарингита характерны следующие клинические признаки: 1 субфебрильная температура 2 головная боль 3 общая слабость, утомляемость 4 заложенность носа 5 миндалины с гнойными пробками 6 продолжительность лихорадки до 10 дней 7 гипертермия
- Все ответы правильные
+ Все ответы правильные, кроме 5), 6), 7)
- Все ответы правильные, кроме 1), 2), 3)
- Все ответы правильные, кроме 6)
- Все ответы неверны
#
106 Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:
- Мазок из ротоглотки и носа на менингококк
- Микробиологическое исследование ликвора
- Микробиологическое исследование крови
- Серологические методы исследования
+ Все вышеперечисленное
#
107 Для менингококкцемии характерны следующие клинические симптомы:
- Острое развитие заболевания
- Высокая лихорадка
- Головная боль, озноб, слабость
- В первые два дня на кожных покровах возможно появление геморрагической сыпи
+ Все перечисленное
#
108 Сыпь при менингококкцемии носит типичный характер:
- Розеолезный
- Петехиальный
- Папулезный
+ Геморрагический
- Полиморфный
#
109 Сверхострой форме менингококкцемии свойственно все перечисленное, кроме:
- Начало заболевания бурное с внезапным повышением температуры
- На кожных покровах внезапно появляется обильная геморрагическая сыпь, образуя обширные геморрагии
+ Геморрагическая сыпь на кожных покровах появляется постепенно в течение первых 2-х суток
- Отмечается одышка, АД падает, пульс нитевидный
- Возможны судороги, потеря сознания, температура понижается до нормальных цифр
#
110 Для менингококкового менингита характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:
- Болезнь начинается остро с повышения температуры до 39-40°С

- Выраженная головная боль, усиливающаяся при повороте головы
- Появление рвоты с 1-го дня болезни
- Появление ригидности мышц затылка
+ Нарушение зрения в виде двоения перед глазами
#
111 Для сверхострой формы менингококкового менингита характерны:
- Острейшего начала с высокой температуры
- На фоне положительных менингеальных знаков - преобладание судорог и бессознательного состояния
- Гиперемии и одутловатости лица, частого, глубокого дыхания
- Тахикардии с аритмией или же брадикардии, повышения АД
+ Все перечисленные симптомы
#
112 Для менингококкового менингоэнцефалита характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- Острого начала, высокой температуры
- Ранней потери сознания
- Поражения III, IV, VIII, XII пар черепных нервов
+ Менингеальные явления отсутствуют
- Ярко выраженных менингеальных знаков
#
113 Для синдрома вклинения вещества мозга характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- На фоне менингита развиваются психомоторное возбуждение, общие клонико-тонические судороги
- Угасание корнеальных рефлексов, сужение зрачков, вялая их реакция на свет
- Нарастает брадикардия, быстро сменяющаяся тахикардией
- Развивается одышка, дыхание нарушается
+ Боли в животе
#
114 Клинически вентрикулит (эпендиматит) характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:
- Сонливости, стойкого или прогрессирующего расстройства сознания
- Очень высокой степени мышечной ригидности, иногда с развитием опистотонуса, судорог
- Сильной головной боли, рвоты, гиперестезии
- Застойных явлений соска зрительного нерва
+ Синдром желтухи
#
115 Осложнения встречающиеся при менингококковой инфекции:
- Токсико-инфекционного шока
- Желудочно-кишечных, маточных, паренхиматозно-субарахноидальных кровоизлияний
- Миоэндоперикардита
- Острого набухания и отека мозга с синдромом вклинения нарушения мозгового кровообращения
+ Все перечисленное
#
116 Характеристика ликвора при менингококковом менингите:
- Скорость вытекания ликвора повышена
- Белесоватый или зеленый, мутный
- Цитоз - четырехзначный и выше, нейтрофильный
- Диссоциация клеточно-белковая
+ Все перечисленное
#
117 В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют:
+ Пенициллин
- Но-шпа
- Преднизолон
- Гемодез
- Урсосан
#
118 Клиническими показаниями к применению при менингококковом менингите максимальных доз пенициллина являются:
- Отсутствие менингеальных знаков
+ Тяжелое течение инфекции
- Носовое кровотечение
- Психомоторное возбуждение
- Судорожный синдром
#

119 Основные критерии отмены антибактериальной терапии при менингококковом менингите: 1) нормализация температуры, улучшения самочувствия 2) отсутствие головной боли 3) исчезновение менингеальных симптомов, нормализация гемограммы 4) санация ликвора (лимфоцитарный цитоз ниже 100 клеток в 1 мл)
- Верно 1, 2, 3
- Верно 1,3
- Верно 2, 4
+ Верно 4
- Верно 1, 2, 3, 4
#
120 Для лечения токсико-инфекционного шока при менингококковой инфекции применяют: 1) глюкокортикоиды 2) реополиглюкин 3) глюкозу 4) пенициллин 5) гепатопротекторы
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4), 5)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
121 При менингококкцемии этиотропным препаратом является:
- Пенициллин
+ Левомицетин-сукцинат
- Гентамицин
- Сульфамонометоксин
- Сульфален
#
122 К последствиям перенесенного менингококкового менингита относятся все перечисленные, кроме:
- Невритов зрительного, слухового и лицевого нерва
- Наклонности к гипертензионному синдрому при любых раздражениях в течение от 6 месяцев до 1 года
- Склонности к астении и неврастении
- Гидроцефалии
+ Кальцификации мозга
#
123 Токсин возбудителя скарлатины обладает тропизмом к:
- Вегетативно-эндокринной системе
- Нервно-сосудистой системе
- Сердечно-сосудистой системе
- Лимфатической системе
+ Всему перечисленному
#
124 Для скарлатины характерны следующие клинические симптомы:
- Острое начало, лихорадка, интоксикация
- Озноб, головная боль, боль в горле, тонзиллит
- Точечная сыпь на гиперемированном фоне кожи со сгущением в естественных складках
- Шелушение кожи после угасания сыпи
+ Все перечисленные
#
125 Коклюшем болеют:
- Дети в любом возрасте
- Новорожденные и дети первых месяцев жизни
- Подростки
- Взрослые
+ Все перечисленные
#
126 Инкубационный период при коклюше в среднем:
- 1 - 2 месяца
- 3 месяца
+ 5 - 8 дней
- 2 часа
- 1 - 3 дня
#
127 Легионелла относится к:
- Простейшим
- Микоплазмам

- Хламидиям
+ Бактериям
- Вирусам
#
128 Местом естественного обитания легионелл является:
- Пресные открытые водоемы, почва
- Кишечник собаки
+ Системы кондиционирования воздуха рециркуляторного типа
- Склады
- Все перечисленное
#
129 Для болезни легионеров характерно все, кроме:
- Острое начало
- Лихорадка
- Кашель
- Боль в груди
+ Диарея
#
130 Инкубационный период при болезни легионеров:
+ 2 - 10 суток
- 1- 2 суток
- 6 месяцев
- 30 минут
- Все вышеперечисленное
#
131 Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:
- Глюкокортикоиды
- Фузидин
+ Эритромицин
- Пенициллин
- Все вышеперечисленное
#
132 Основное звено патогенеза дифтерии:
- Воздействие коринебактерии
+ Воздействие экзотоксина
- Сенсибилизация организма больного
- Поражение ЖКТ
- Все перечисленное
#
133 Элементы патогенеза при дифтерии:
- Фиксация коринебактерии на клетках тканей, их размножение, продукция экзотоксина
- Увеличение регионарных лимфоузлов, отек подкожной клетчатки
- Поражение миокарда, капилляров
- Поражение нервных клеток
+ Все перечисленное
#
134 Чувствительностью к токсину дифтерии обладает:
- Сердечно-сосудистая система
- Нервная система
- Надпочечники
- Почки
+ Все перечисленное
#
135 Инкубационный период при дифтерии составляет, кроме:
- 1-2 дня
- 3-4 дня
- 5-7 дней
- 8-10 дней
+ Свыше 3 недель
#
136 При локализованной форме дифтерии ротоглотки налеты располагаются:
+ На миндалинах
- На миндалинах и дужках

- На миндалинах и мягком небе
- На языке
- Налетов нет
#
137 Для распространенной формы дифтерии ротоглотки характерно:
- Фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация
- Налет на миндалинах, небных дужках, язычке
- Синюшная гиперемия и отек миндалин, небных дужек, язычка, мягкого неба
- Увеличение углочелюстных лимфоузлов
+ Все перечисленное
#
138 Для токсической дифтерии ротоглотки характерно:
- Острое начало, тяжелое течение, высокая лихорадка
- Головная боль, апатия, адинамия, бледность кожи
- Грубый пленчатый налет на миндалинах и окружающих тканях ротоглотки, отек миндалин и окружающих тканей
- Увеличение и болезненность углочелюстных лимфоузлов, отек подкожной клетчатки шеи
+ Все перечисленные
#
139 При токсической дифтерии ротоглотки III степени отек распространяется:
- До середины шеи
- До ключиц
+ Ниже ключиц
- Нет отека
- Отек слизистых оболочек
#
140 Для дифтерии ротоглотки у привитых характерно:
- Чаще локализованная форма
- Легкое течение, субфебрильная температура
- Налет на миндалинах снимается легко и не оставляет дефекта ткани
- Через 2-3 дня налеты исчезают
+ Все перечисленное
#
141 Характеристика налета при дифтерии ротоглотки:
- Белого цвета, творожистый, легко снимается, слизистая после снятия налета не кровоточит
- Исходит из лакун, гнойного характера,
+ Беловато-желтый, с перламутровым блеском, плотный. Избыток пленки в виде валика над поверхностью. Снимается с трудом, на слизистой остаются кровоточащие эрозии. Фибринозные пленки не растираются шпателем
- Легко снимаются, растираются шпателем
- Все перечисленное
#
142 Дифтерия носа клинически характеризуется:
- Налет на слизистой носа с одной стороны
- Налет на слизистой носа с обеих сторон
- Катаральная форма Токсической
- Интоксикация выражена нерезко
+ Все перечисленные
#
143 При локализованном дифтерийном крупе пленки располагаются в:
- Ротоглотке
+ Гортани
- Трахее
- Бронхах
- Все перечисленное
#
144 При распространенном дифтерийном крупе пленки располагаются в:
- Гортани
- Трахее
- Бронхах
- Ротоглотке
+ Все перечисленное
#

145 Другие формы локализации дифтерии:
- Дифтерия глаза, уха
- Дифтерия наружных половых органов
- Дифтерия кожи и ран
- Дифтерия носа
+ Все перечисленное
#
146 Основная причина смерти больных при фульминантных формах дифтерии:
- Миокардит
- Паралич дыхательных мышц
- Парез мышц гортани
+ Инфекционно-токсический шок
- Периферические параличи
#
147 Тяжелые миокардиты при дифтерии чаще возникают на:
- 1-2 день болезни
- 3-4 день болезни
+ 5-8 день болезни
- 10-12 день болезни
- 20 день болезни
#
148 При поражении нервной системы при дифтерии наблюдается:
- Инфекционно-токсическая энцефалопатия
- Парез (или паралич) мягкого неба, бульбарный паралич
- Поражение мышц конечностей в виде периферического неврита
- Параличи или парезы дыхательных мышц
+ Все перечисленное
#
149 Возбудитель дифтерии это:
- Вирус
- Простейшие
- Грибы
- Гельминты
+ Бактерии
#
150 При каких формах дифтерии применяют однократное введение сыворотки:
- Локализованной дифтерии ротоглотки
- Дифтерии кожи
- Дифтерии носа
- Дифтерии других редких локализаций
+ Всех перечисленных
#
151 Наиболее характерные осложнения дифтерии:
- Миокардит
- Нефротический синдром
- Паралич мягкого неба
- Полирадикулоневрит
- Все вышеперечисленное
#
152 Дифференциальный диагноз при подозрении на дифтерию проводится со всеми заболеваниями, кроме:
+ Вирусный гепатит
- Эпидемический паротит
- Лакунарная ангина
- Некротическая ангина
- Паратонзиллярный абсцесс
#
153 Введение противодифтерийной сыворотки при подозрении на распространенную форму дифтерии у привитого ребенка:
+ Осуществляют немедленно
- Возможно отложить до получения предварительных результатов баканализа
- Возможно отложить до окончательного бактериологического подтверждения диагноза
- Осуществляется после получения положительных результатов серологических исследований

- Осуществляется после получения положительных результатов серологических и бактериологических исследований
#
154 Для клиники менингококкового менингита у детей характерно все, кроме:
- Острого начало
- Лихорадка
- Рвота
+ Полиурия
- Судороги
#
155 Для клиники менингококцемии у детей характерно все, кроме:
- Гипертермии
- Озноб
+ Желтуха
- С 1-2 дня геморрагическая сыпь
- Артралгии
#
156 Вирус гриппа имеет тропизм к:
+ Эпителиоцитам верхних дыхательных путей
- Миоцитам
- Лимфоцитам
- Лейкоцитам
- Эритроцитам
#
157 Для профилактики гриппа у детей наиболее целесообразно применять:
- Гепатопротекторы
+ Интерферон
- Левомицетин
- Глюкокортикоиды
- Гемостатики
#
158 При токсических формах гриппа у детей для лечения используют все, кроме:
- Противогриппозный иммуноглобулин
- Кортикостероидов
- Дезинтоксикационную терапию
- Диуретики
+ Переливание крови
#
159 Для респираторного микоплазмоза характерны все перечисленные проявления, кроме:
- Упорного малопродуктивного кашля
+ Выраженной интоксикации
- Лимфаденопатии
- Длительной высокой лихорадки
- Длительных явлений бронхообструкции
#
160 Наиболее частые причины крупа у детей; кроме:
- Вирус гриппа
- Вирус парагриппа
- Аденовирус
- Микоплазма
+ Стрептококк
#
161 Наибольшие трудности возникают при дифференциальном диагнозе крупа у детей с:
- Заглоточным абсцессом
- Папилломатозом гортани
- Врожденным стридором
- Инородным телом гортани
+ Ангионевротическим отеком гортани
#
162 Критерием тяжести крупа у детей является все перечисленное, кроме:
- Высокой температуры
- Одышки
+ Рвоты

- Выраженности стеноза
- Длительности стеноза
#
163 Патогенетический механизм крупа при парагриппе у детей раннего возраста:
- Нервно-рефлекторный спазм мышц гортани
- Отек подсвязочного пространства
- Обильная экссудация слизи
- Отек слизистой гортани
+ Все перечисленное
#
164 Для крупа у детей характерно все перечисленное, кроме:
- Грубый кашель
- Стенотическое дыхание
- Измененный голос
+ Пастозность
- Инспираторная одышка
#
165 Стойкая нарастающая осиплость голоса при крупе у детей характерна для:
- Менингококкового менингита
- Гриппа
+ Парагриппа
- Скарлатины
- Кори
#
166 В осложнения при гриппе у детей входит все, кроме:
- Интерстициальная пневмония
- Ларинготрахеит
- Отит
+ Гепатит
- Синусит
#
167 Типичные признаки крупа I степени при ОРЗ у детей, кроме:
- Периодическое появление стенотического дыхания
+ Постоянное стенотическое дыхание
- Периодическое появление инспираторной одышки
- Периодическая тахикардия
- Осипший голос
#
168 Для крупа II степени при ОРЗ у детей характерно все перечисленное, кроме:
- Бледности кожи с "мраморным" рисунком
+ Постоянного стенотического дыхания, инспираторной одышки
- Тахикардии, беспокойства
- Симптома "выпадения пульсовой волны"
- Локальный цианоз
#
169 Признаки крупа III степени при ОРЗ у детей:
- Приступы резкого беспокойства, сменяющиеся заторможенностью
- Судороги
- Резкая бледность и цианоз кожи
- Выраженная тахикардия, приглушение тонов сердца
+ Все перечисленное
#
170 Для крупа III степени при ОРЗ у детей характерно все перечисленное, кроме:
- Резкое втяжение всех податливых мест грудной клетки
- Напряжения мышц шеи
- Шумное дыхание
- Сиплый голос
+ Диплопия
#
171 Показания к назначению гормональной терапии детям с крупом при ОРЗ все кроме:
+ Круп I степени
- Круп I степени у детей с проявлениями аллергии
- Круп II степени, протекающий с преимущественным отеком подсвязочного пространства

- Круп III степени с гнойным экссудатом
+ Круп III степени, протекающий с преимущественным отеком подсвязочного пространства
#
172 Наиболее частая причина острого обструктивного бронхита у детей:
+ Респираторные вирусы
- Бактерии
- Пневмоцисты
- Микоплазмы
- Хламидии
#
173 Основная причина бронхиолита у детей 1-го полугодия жизни:
- Пневмоцисты
- Вирус парагриппа
+ Респираторно-синтициальный вирус
- Стафилококк
- Микоплазма
#
174 Для бронхиолита у детей характерно все перечисленное, кроме
+ Токсикоза
- Бледности, цианоза, тахикардии
- Экспираторной одышки
- Диффузных мелкопузырчатых хрипов в легких
- Сосудистого полнокровия на рентгенограмме легких
#
175 Наиболее частый возбудитель деструктивной пневмонии у детей:
+ Стафилококк
- Микоплазма
- Пневмококк
- Грамотрицательные бактерии
- Клостридии
#
176 Наиболее частый возбудитель пневмонии у детей при внутрибольничном заражении:
- Пневмококк
- Микоплазма
- Стрептококк
+ Синегнойная палочка
- Гемофильная палочка
#
177 Средняя продолжительность инкубационного периода при скарлатине:
- 1-2 дня
- 3-7 дней
- 8-12 дней
+ 2-4 дня
- Более 12 дней
#
178 Основными симптомами скарлатины являются все перечисленные, кроме:
- Лихорадки, интоксикации
- Острого тонзиллита, подчелюстного лимфаденита
+ Артритов
- Сливающейся точечной сыпи на гиперемированном фоне
- Сгущения сыпи в естественных складках кожи
#
179 Сроки появления сыпи при скарлатине:
+ 1-2 сутки болезни
- 3-4 сутки болезни
- 5-7 сутки болезни
- 7-10 сутки болезни
- Позже 10 дня
#
180 Ранние осложнения скарлатины:
+ Отит, синусит, простой лимфаденит
- Гнойный артрит
- Нефрит

- Миокардит
- Флебиты
#
181 Для скарлатины типичной локализацией сыпи является все перечисленное, кроме:
+ Ладоней и подошвенной стороны стоп
- Боковых поверхностей груди
- Сгибательной поверхности рук
- Внутренней поверхности бедер
- Сгибательной поверхности ног
#
182 Инфекционный мононуклеоз редко регистрируется в возрасте:
+ До 1 года
- 2-3 лет,
- 4-10 лет
- 10 -15лет
- Старше 15 лет
#
183 Для инфекционного мононуклеоза характерны все перечисленные симптомы, кроме:
+ Инфекционно-токсической энцефалопатии
- Лимфаденопатии с преимущественным увеличением заднешейной группы лимфоузлов
- Ангины
- Гепатоспленомегалии
- Наличия атипичных мононуклеаров
#
184 Ранние проявления инфекционного мононуклеоза: 1) увеличение заднешейных, затылочных и глубоких шейных лимфоузлов 2) склерит, конъюнктивит 3) увеличение носоглоточных и небных миндалин с резким затруднением дыхания 4) гепатоспленомегалия
- Верно 1), 2), 3)
+ Верно 1)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
185 Изменения гемограммы у больных инфекционным мононуклеозом в период разгара, кроме:
- Умеренный лейкоцитоз
- Увеличение лимфоузлов
- Атипичные мононуклеары
- Увеличение моноцитов
+ Лейкопения
#
186 Диспансерное наблюдение после перенесенного мононуклеоза:
- Не проводится
- Проводится в течение 1 недели
- Проводится в течение 1 месяца
+ При наличии клинических проявлений и остаточных изменений периферической крови проводится в течение 6-12 месяцев
- Пожизненно
#
187 Критерии диагноза хронического мононуклеоза;
- Длительность более 6 месяцев
- Диагноз этого заболевания в анамнезе - инфекционный мононуклеоз, либо наличие во время него высоких титров антител класса М к вирусу Эпштейн-Барра
- В период острого заболевания антитела класса М к капсидному антигену вируса Эпштейн - Барра выявились 1 : 512 и выше, к раннему вирусному антигену 1 : 650 и выше
- Определение вируса методом ПЦР
+ Все перечисленные
#
188 Лабораторное подтверждение диагноза хронический мононуклеоз:
- Положительная реакция Пауля-Буннеля
- Наличие атипичных мононуклеаров
- Определение вируса Эпштейн-Барра в крови и тканях
- Обнаружение Ig M и Ig G к вирусу Эпштейн-Барра
+ Все перечисленное

#
189 Для орхита при паротитной инфекции у детей характерно все перечисленное, кроме:
- Обычно возникает у мальчиков до 8 лет
- Чаще наблюдается у мальчиков старше 12-14 лет
+ Чисто двухстороннее поражение
- Может возникать атрофия яичек, азооспермия или олигозооспермия
- Одностороннее поражение
#
190 Особенностью коклюша у детей первых лет жизни является:
+ Высокая восприимчивость
- Низкая восприимчивость
- Летне-осенняя сезонность
- Отсутствие стойкого иммунитета
- Все перечисленное
#
191 Для катарального периода коклюша характерно:
- Высокая лихорадка, выраженный ринит
+ Субфебрильная или нормальная температура, кашель
- Навязчивый приступообразный кашель
- Лимфаденопатия
- Боли в горле при глотании
#
192 С каким из перечисленных заболеваний необходимо дифференцировать коклюш у детей первых месяцев жизни:
- Паракоклюш
- Респираторно-сентициальная инфекция и пневмоцистоз
- Пневмония
- Инородное тело бронха
+ Все перечисленное
#
193 Для лечения тяжелых форм коклюша у детей применяют все перечисленное, кроме:
- Антибиотиков
+ Специфического иммуноглобулина
- Оксигенотерапии
- Глюкокортикоидов
- Дыхательных аналептиков
#
194 При остановке дыхания у ребенка с коклюшем необходимо применить:
- Искусственное дыхание и ИВЛ
- Бемегрид внутривенно
- Гидрокортизон внутривенно
- Ингаляцию кислорода
+ Все перечисленное
#
195 Наиболее типичные осложнения кори у детей первых трех лет жизни: 1) отит 2) гайморит 3) пневмония 4) менингит, энцефалит
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
196 Наиболее типичные осложнения кори у детей школьного возраста:
+ Отит
- Фронтит
- Гайморит
- Гнойный менингит
- Менингоэнцефалит
#
197 Противокоревой иммуноглобулин по контакту с коревым больным вводится:
- Всем детям до 3 лет
- Детям, которые перенесли митигированную корь
- Детям, старше 3 лет, не болевшим корью и не привитым ранее

- Детям всех возрастных групп при отсутствии у них специфических антител в сыворотке крови
+ Всем перечисленным группам
#
198 Осложнением краснухи у детей является
- Отит
+ Энцефалит, энцефаломиелит
- Полиартралгии и полиартрит преимущественно мелких суставов кисти
- Инфекционно-токсический шок
- Все перечисленное
#
199 Наибольшая заболеваемость ветряной оспой наблюдается:
+ 5 мес. - l года
- 2-4 лет
- 4-11 лет
- 14 - 16 лет
- Взрослые
#
200 Варицелла-зостер вирус:
+ Малоустойчив во внешней среде
- Устойчив во внешней среде в течение недели
- Сохраняется во внешней среде в течение месяца
- Сохраняется во внешней среде в течение года
- Ни одно из перечисленных свойств не характерно
#
201 Варицелла-зостер вирус первоначально попадает:
+ В клетки слизистых оболочек рото - и носоглотки
- В лимфатические узлы
- В кровь
- В эпителиальные клетки желудочно-кишечного тракта
- В эпителиальные клетки кожи
#
202 Причиной диссеминации ветряночных высыпаний и генерализации инфекционного процесса, вызванного вирусом варицелл-зостер, может быть:
- Угнетение Т-клеточного звена иммунитета
- Применение до или во время заболевания гормональных препаратов
- Применение до или во время заболевания цитостатических препаратов
- Наличие длительно текущих хронических заболеваний
+ Любая из выше перечисленных
#
203 Характерным свойством варицелла-зостер-вируса является:
- Эктодермотропность и нейротропность
- Гепатотропность
- Нефротропность
- Тропность к половым органам
+ Все перечисленное
#
204 Характерной особенностью ветряной оспы у детей является:
+ Острое начало
- Длительный продромальный период
- Лихорадка длится до 2-х недель
- Позднее появление сыпи
- Гепато-лиенальный синдром
#
205 Характерными чертами сыпи при ветряной оспе являются:
- Пузырьковая сгруппированная сыпь преимущественно на лице, волосистой части головы и туловище
- Возможно появление афтозных элементов на видимых слизистых оболочках
- Ложный и истинный полиморфизм
- Везикулы имеют вдавление в центре
+ Все перечисленные
#
206 Эволюция элементов сыпи от макулы к папуле и далее к пузырьку при ветряной оспе, как правило, происходит в пределах:
+ 36 часов

- 2-х дней
- 4-х дней
- 5-7 дней
- 7-10 дней
#
207 Температурная кривая типичного случая ветряной оспы показывает:
- Максимальную температуру за 24 часа до появления первых высыпаний
- Максимальную температуру за 48 часов до появления первых высыпаний
+ Высота и длительность температуры коррелируют с тяжестью синдрома сыпи
- Высокая температура не характерна
- При появлении сыпи температура нормализуется
#
208 У детей ветряная оспа может протекать при нормальной или субфебрильной температуре в случае:
+ Иммунизации гамма-глобулином
- Если возраст ребенка - до 1 года
- При обильных высыпаниях
- При геморрагической форме
- В любом из перечисленных
#
209 Больной ветряной оспой является инфекционным до тех пор, пока:
- Не прекратится появление везикул
- Везикулы не высохнут
- Не пройдет 48 часов после появления корок
+ Не отпадут все корочки
- При нормализации температуры
#
210 Особенности ветряной оспы у взрослых:
- Чаще встречаются продромальные явления
- Лихорадка более продолжительная и выраженная, чем у детей
- Высыпания, как правило, более обильные и длительные
- Высыпания возникают неодновременно
+ Все перечисленные
#
211 Варицелла-зостер вирус чаще всего вызывает специфическое поражение:
- Легких, а также вещества и оболочек мозга
- Желудочно-кишечного тракта, селезенки
- Почек
+ Эндокринного аппарата
- Всех перечисленных систем
#
212 Изменения со стороны крови при ветряной оспе у взрослых:
- Характерен нормоцитоз, высокая СОЭ
+ Характерен лейкоцитоз, нейтрофилез
- Характерна лейкопения, лимфоцитоз на всем протяжении заболевания
- Не имеют специфического характера
- Характерна выраженная эозинофилия
#
213 К атипичным формам ветряной оспы относятся:
- Стертая, рудиментарная
- Геморрагическая
- Гангренозная
- Генерализованная
+ Все перечисленные
#
214 Тяжесть клинических проявлений при коклюше обусловлена
- Бактериемией
+ Токсемией
- Аллергизацией организма
- Сопутствующими заболеваниями
- Образование иммунных комплексов
#
215 Судорожный синдром при коклюше развивается вследствие:
- Аллергизирующего действия коклюшного микроба

- Развития ацидоза
- Расстройства кровообращения
- Поражения ЦНС
+ Всего вышеизложенного
#
216 Основная причина развития доминантного очага в ЦНС при коклюше:
- Действие микроба
+ Токсина
- Возраст больного
- Наличие сопутствующих заболеваний
- Неадекватная терапия
#
217 Сроки развития пневмоний при коклюше:
- На первой неделе заболевания
- На второй неделе заболевания
+ На 3 неделе заболевания
- Позже
- В первые дни болезни
#
218 Характер кашля в катаральный период коклюша:
- Влажный
+ Сухой
- Приступообразный
- Кашель с обильной мокротой
- Кашельс кровянистой мокротой
#
219 Длительность спазматического периода при коклюше:
- 3-4 дня
- 1-2 недели
+ 3-4 недели
- 2-3 месяца
- До 6 месяцев
#
220 Пароксизмы в судорожный период чаще наблюдается:
- Утром
+ Днем
- Вечером
- Ночью
- Независимо от времени суток
#
221 Пароксизм сопровождается:
- Болями в животе
- Бледностью лица
- Тошнотой
- Рвотой
+ Гиперемией, синюшностью лица
#
222 При выслушивании легких в спастическом периоде коклюша выслушивается:
- Везикулярное дыхание
+ Сухие хрипы
- Влажные хрипы
- Сухие и влажные хрипы
- Клокочущее дыхание
#
223 Наиболее тяжелое течение пневмонии при коклюше наблюдается:
+ У детей первого года жизни
- У детей 2-6 лет
- У детей школьного возраста
- У взрослых
- У мальчиков школьного возраста
#
224 Остановка дыхания во время пароксизма при коклюше может отмечаться у:
- Взрослых

- Детей школьного возраста
- Детей 2-5 лет
- У новорожденных
+ При тяжелом течении болезни, независимо от возраста
#
225 Со стороны периферической крови при коклюше характерно:
- Лейкопения
- Количество лейкоцитов не изменено
- Количество лейкоцитов умеренно повышено
+ Гиперлейкоцитоз, моноцитоз
- Выраженная эозинофилия
#
226 При коклюше СОЭ:
- Замедлена
+ Не изменена или несколько замедлена
- Умеренно повышена
- Резко повышена
- Может быть любой из выше перечисленных
#
227 Лекарственный препарат, уменьшающий длительность и силу судорожного периода при коклюше:
- Бром
- Седуксен
+ Аминазин
- Валериана
- Эуфиллин
#
228 Этиотропную терапию коклюша более целесообразно проводить:
- Сульфаниламидными препаратами
- Пенициллином
- Нитрофурановыми препаратами
+ Ампициллином
- Эритромицином
#
229 Показания к назначению кортикостероидных препаратов при коклюше:
- Эмфизема легких резко выраженная
- Ателектаз легких
- Мелкоочаговая пневмония
- Сливная пневмония
+ Тяжелое течение заболевание
#
230 Терапевтические мероприятия при остановке дыхания у детей с коклюшем:
- Введение лобелина
- Введение мезатона
+ Искусственное дыхание
- Введение антигистаминных препаратов
- Введение аминазина
#
231 Первичная вакцинация против коклюша проводится в возрасте:
- 1-2 месяца
+ 3 месяца
- С 5-6 мес.
- С 8-10мес
- Старше года
#
232 Вирус эпидемического паротита устойчив:
- Во внешней среде
- Во влажной среде
+ Малоустойчив
- При высушивании
- При нагревании
#
233 Вирус эпидемического паротита проникает в слюнные железы через:
- Проток слюнной железы

- Эпителий в области выводного протока
- Слизистую верхних отделов респираторного тракта
- Слизистые верхних отделов дыхательных путей.
+ Слизистую полости рта, глотки, носа
#
234 В патогенезе эпидемического паротита имеет значение:
- Тропность вируса к тканям
- Первичная вирусемия
- Вторичная вирусемия
- Репликация вируса
+ Все перечисленное
#
235 Инкубационный период при эпидемическом паротите в среднем составляет:
- От 3 до 10 дней
+ От 11 до 23 дней
- От 15 до 19 дней
- 18 дней
- Более 30 дней
#
236 При эпидемическом паротите температурная кривая может быть:
- Двухволновая
- Трехволновая
- Одноволновая
- Много волновая
+ Любая из перечисленных
#
237 Длительность лихорадки при эпидемическом паротите зависит от:
- Особенностей вируса
- Наличия осложнений
- Вторичной вирусемии
- Состояние иммунитета
+ Всего перечисленного
#
238 Формы эпидемического паротита по тяжести течения:
- Легкая
- Среднетяжелая
- Тяжелая
- Латентная
+ Все перечисленные
#
239 Первые признаки эпидемического паротита:
- Боли в области височно-нижнечелюстного сустава
- Сухость во рту
+ Боли в области околоушной слюнной железы
- Снижение аппетита
- Головная боль
#
240 Признак Мурсу (воспалительная реакция слизистой оболочки в области выводного протока) характерен для:
- Гнойного паротита
- Камней слюнных желез
+ Эпидемического паротита
- Туберкулеза слюнных желез
- Гриппа
#
241 Максимальное увеличение околоушных слюнных желез чаще наблюдается:
- К 5 дню
- К 3 дню
- К 10 дню
+ 1-2 день
- Все перечисленное
#
242 Для эпидемического паротита в начальном периоде болезни характерно:

- Гиперемия кожи в месте поражения
- Воспаление слизистой полости рта
- Герпетическая сыпь
- Все перечисленное
+ Увеличение слюнных желез
#
243 Для неосложненного эпидпаротита характерно:
+ Брадикардия
- Тахикардия
- Изменений пульса нет
- Аритмия
- Все перечисленное
#
244 Панкреатит при эпидемическом паротите начинается:
+ появляется на 4 - 7 день болезни (развивается остро, характерно длительно сохраняющееся увеличение в моче /до 1 месяца/)
- Постепенное
- С предвестников
- На 2-ой неделе болезни
- Все перечисленное
#
245 Острый панкреатит при эпидемическом паротите возникает:
+ С первого дня болезни
- С 4-9 дня от начала болезни
- В конце 2 -и недели болезни
- На 12-14 день болезни
- Позднее 15 дня.
#
246 Орхит при эпидемическом паротите развивается чаще:
- У детей до 10 лет
- У мужчин старше 30 лет
- У детей 1 года жизни
+ У детей 12 лет и старше
- Все перечисленное
#
247 Орхит при эпидемическом паротите начинается:
+ С 3-10 дня болезни
- С первого дня болезни
- С 14 дня
- С 12-18 дня болезни
- Все перечисленное
#
248 Первыми клиническими признаками орхита являются:
- Высокая лихорадка
- Проявление общей интоксикации
- Боли в области яичек
- Припухлость яичек
+ Все перечисленное
#
249 Какие местные проявления характерны для орхита при эпидемическом паротите:
- Гиперемия кожи мошонки
- Отек
- Болезненность
+ Все перечисленное
- Чаще одностороннее поражение
#
250 Серозный менингит при эпидемическом паротите, как правило:
- Появляется раньше, чем поражаются слюнные железы
- Появляются после исчезновения припухлости слюнных желез
+ Наслаивается на поражение слюнных желез
- Появление менингита не связано с поражением слюнных желез
- Все перечисленное
#

251 Нормализация цитоза при паротитном менингите:
- Наступает в ранние сроки
- Может сохраняться до 2-х месяцев
- Наступает вместе с исчезновением припухлости желез
- Держится более 2-х месяцев
+ Наступает через 2-3 недели
#

КАРАНТИННЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1 При чуме имеют место все следующие пути передачи, кроме:
- Трансмиссивного
- Контактного
+ Парентерального
- Алиментарного
- Воздушно-капельного
#
2 В патогенезе локализованной чумы имеют значение:
- Внедрение возбудителя через кожу и слизистые оболочки
- Возникновение первичного аффекта с трансформацией в чумный карбункул
- Поражение лимфатических желез с образованием первичного бубона первого, второго и т. д. порядков
- Поражение кровеносных сосудов в виде некроза и инфильтрации сосудистых стенок
+ Все перечисленное
#
3 Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:
- Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка
- Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета
+ Отек болезненный и равномерный
- Первичный бубон чаще единичный
- Локализуется в паховой, подмышечной, шейной, околоушной области
#
4 При первичной легочной чуме характерно все перечисленное, кроме:
- Воздушно-капельного пути заражения
- Геморрагической септицемии
- Пневмонические очаги возникают раньше бактериемии
- Наличие фибринозного или фибринозно-геморрагического плеврита
+ При микроскопии содержимого альвеол возбудитель чумы не обнаруживается
#
5 Патоморфологически при первичной чуме наблюдается: 1) лобулярная пневмония 2) лобарная пневмония 3)очаги воспаления различной величины 4) альвеолит
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
6 Токсины чумы вызывают возникновение: 1) Лимфаденита 2) Пневмонии 3) Шока 4) Артритов
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно1),2),3),4)
#
7 По классификации ВОЗ различают следующие клинические формы чумы:
- Кожную
- Бубонную
- Легочную
- Септическую
+ Все перечисленное
#

8 Независимо от клинической формы чумы для начального периода характерно: 1) потрясающий озноб, температура 39-40 2) мучительная головная боль 3) шатающаяся походка, невнятная речь 4) бессонница, мышечные боли, тошнота, рвота
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2). 3), 4) ,
#
9 Для кожной формы чумы характерными являются все перечисленные изменения, кроме:
- Последовательные изменения в виде: розеолы, папулы, везикулы и пустулы
- Изъязвление пустулы с появлением темного струпа
- Образование фликтены
- Выраженная гиперестезия
+ Развитие лимфангоита
#
10 Наиболее частыми осложнениями бубонной чумы являются:
+ Септицемия
- Пневмония
- Менингит
- Флегмона
- Серозное воспаление кожи
#
11 Для первично-септической формы чумы наиболее характерно:
+ Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции
- Быстрое поражение сосудов
- Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры
- Образование множественных очагов инфекции
- Отек мозга
#
12 Для легочной формы чумы наиболее типично:
- Наличие режущих болей в груди, одышка
- Кашель с пенистой кровавой мокротой
- Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы
+ Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации
- Нарастание легочно-сосудистой недостаточности
#
13 При легочной чуме наибольшую опасность эпидемиологически представляет:
- Начальный период лихорадочного возбуждения
+ Разгар болезни с максимальным выделение больным возбудителя
- Терминальный период с прогрессирующей одышкой, цианозом, комой
- Начальный период лихорадочного возбуждения. Разгар болезни с максимальным выделение больным возбудителя
- Разгар болезни с максимальным выделение больным возбудителя и терминальный период с прогрессирующей одышкой, цианозом, комой
#
14 Для кишечной формы чумы наиболее типично: 1) обильный жидкий стул со слизью и кровью 2) тошнота, рвота с примесью крови 3) резкие боли в подложечной области 4) наличие в фекалиях чистой культуры возбудителя
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
15 Материалом для бактериологического исследования у подозрительных на чуму больных являются:
- Пунктат из бубона
- Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв, фликтен
- Мокрота, слизь из зева
- Кровь, секционный материал
+ Все перечисленное
#
16 Для ускоренной лабораторной диагностики чумы применяют:

- Серологические
- Люминесцентно-серологический метод
- Биологическую пробу
+ Бактериоскопический метод
- Бактериологический метод
#
17 В отличие от банальной плевропневмонии при легочной чуме может не наблюдаться: 1) аускультативные изменения в легких 2) кровохарканье 3) изменения со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы 4) очаговый характер инфильтрата
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
+ Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
18 Для антибактериального лечения чумы применяют:
- Стрептомицин
- Тетрациклины
- Левомицетин
- Гентамицин
+ Все перечисленное
#
19 Для патогенетической терапии чумы используют:
- Кристаллоидные и коллоидные растворы
- Стероидные гормоны
- Сердечно-сосудистые препараты
+ Все перечисленное
- Антикоагулянты
#
20 Профилактика чумы предусматривает предупреждение:
- Заражения лиц, работающих с зараженным материалом или подозрительным на зараженность чумой материалом
- Заболеваний людей и возникновения вспышек в природных очагах
- Завоз чумы на территорию страны из-за рубежа
+ Все перечисленное
- Вакцинация
#
21 Мероприятия, направленные на предупреждение завоза чумы;
- Врачебный осмотр пассажиров
- Санитарный осмотр грузов, багажа, транспортных средств, следующих через портовые города
- Выявление и изоляция больных, подозрительных на заражение чумой
- Обследование и врачебное наблюдение в течение 6 дней за лицами, прибывающими из зон, неблагоприятных по чуме
+ Все перечисленное
#
22 Для возбудителя сибирской язвы характерно:
- Граммположительная окраска бактерии
- Аэроб, во внешней среде образует споры
- Вирулентность возбудителя связана с способностью образовывать капсулу в организме и выделять экзотоксин
- Неустойчивость вегетативных форм возбудителя к физико-химическим воздействиям
+ Все перечисленное
#
23 Источником инфекции при сибирской язве являются:
+ Больные домашние животные (крупный рогатый скот, лошади, ослы, овцы, козы, олени, верблюды, свиньи)
- Больной человек
- Бактерионоситель
- Все перечисленное
- Птицы
#
24 Факторами передачи возбудителей сибирской язвы служат:
- Выделения больных животных и их трупы

- Пищевые продукты, приготовленные из мяса и молока больных животных
- Почва, вода, воздух, обсемененные сибиреязвенными спорами
- Предметы, изготовленные из инфицированного животного сырья: головные уборы, рукавицы, чулки, одеяла, щетки и др.
+ Все перечисленное
#
25 Для сибирской язвы характерны эпидемиологические закономерности:
- Высокая устойчивость возбудителя во внешней среде
- Летне-осенняя сезонность заболевания
- Наибольшая заболеваемость среди мужчин
- Развитие болезни обусловлено характером трудовой деятельности и особенностями быта
+ Все перечисленное
#
26 Иммунитет при сибирской язве:
+ Стойкий
- Нестойкий
- Отсутствует
- Не изучен
- Естественный (видовой)
#
27 Патогенезу сибирской язвы присуще:
- Внедрение возбудителя через кожу, слизистые оболочки дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта
- Поражение регионарных лимфатических узлов
- Генерализация процесса при лимфогенном и гематогенном распространении возбудителя
- Токсемия, приводящая к развитию токсико-инфекционного шока
+ Все перечисленное
#
28 Патологоанатомическая картина при сибирской язве представлена:
- Сибиреязвенный карбункул на коже
- Серозно-геморрагическое воспаление кишечника
- Наличие геморрагического трахеита, плеврита, пневмонии
- Лимфаденит
+ Всё перечисленное
#
29 Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:
- От 8 до 12 часов
+ От 2 до 3 дней
- От 5 до 7 дней
- От 8 до 10 дней
- Более 2-х недель
#
30 Различают следующие клинические варианты сибирской язвы:
- Локализованную (кожную и висцеральную)
- Генерализованную вторичную
- Сибиреязвенный сепсис
+ Все перечисленные
- Ни одной из перечисленных
#
31 Наиболее частой разновидностью кожной формы сибирской язвы является:
+ Карбункулезная
- Эдематозная
- Буллезная
- Рожистоподобная
- Карбункулезная и эдематозная
#
32 Тяжесть состояния при кожной форме сибирской язвы:
+ Зависит от места локализации процесса
- Не зависит от места локализации процесса
- Не изучена
- Зависит от начала лечения
- Зависит от начала лечения и не зависит от места локализации процесса
#

33 Типичными симптомами сибиреязвенного карбункула являются все перечисленные, кроме:
- Наличия язвы с темным дном
- Выраженного воспалительного отека по краям язвы
- Обильного отделения серозной или геморрагической жидкости
- Появления "дочерних" пузырьков по периферии язвы
+ Наличие болезненности в зоне некроза
#
34 Для эдематозной разновидности кожной формы сибирской язвы наиболее характерно:
- Зудящее пятно в области первичного очага
+ Наличие выраженного отека при небольшом карбункуле
- Регионарный лимфаденит
- Все перечисленное
- Сочетание зудящего пятна в области первичного очага и наличие выраженного отека при небольшом карбункуле
#
35 Буллезная разновидность кожной формы сибирской язвы сопровождается:
+ Появлением в областях входных ворот возбудителя больших пузырей, наполненных геморрагическим содержимым
- Формированием обширных язвенно-некротических поверхностей
- Развитием вторичного инфильтрата
- Болью
- Всем перечисленным
#
36 При рожистоподобной разновидности кожной формы сибирской язвы наиболее часто выявляют:
+ Беловатые множественные пузыри на гиперемированной, припухшей, безболезненной коже
- Пузыри, заполненные геморрагическим содержимым
- Неглубокие язвы с синюшным дном и обильным серозным отделяемым
- Все перечисленное
- Регионарный лимфаденит
#
37 Развитие вторичной септицемии у больных кожной формой сибирской язвы сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме:
- Нового подъема температуры до 40-41°, озноба
+ Появления на коже вторичных пустул, буллезных элементов, геморрагии
- Развития пневмонии с геморрагическим отеком легких
- Поражения кишечника с кровавой рвотой и стулом
- Менингоэнцефалита
#
38 Возможны следующие осложнения и исходы при кожной форме сибирской язвы:
- Выздоровление
- Летальный исход
- Вторичная септицемия
- Токсико-инфекционный шок
+ Все перечисленное
#
39 Клиническая картина поражения кишечника при сибирской язве представлена всеми следующими симптомами, кроме:
- Многократной рвоты "кофейной гущей"
- Частого жидкого стула с примесью крови
+ Частого жидкого стула энтеритного характера
- Болезненности при пальпации живота
- Пареза кишечника
#
40 Для легочной формы сибирской язвы и плевропневмонии общими являются все перечисленные симптомы, кроме:
- Острого начала с проявлением резкой болезненности в грудной клетке
- Тахипное
- "Ржавой" мокроты, кровохарканья
+ Выраженных физикальных данных - резкое укорочение перкуторного звука, влажные хрипы
- Развития токсического шока
#
41 Важнейшим отличительным признаком легочной формы чумы и септической формы сибирской язвы является:

+ Наличие катаральных симптомов в начале заболевания
- Характерный эпидемиологический анамнез
- Тяжелая форма интоксикации в первые дни болезни, не соответствующая физикальным изменениям в легких
- Кровохарканье
- Боль в грудной клетке
#
42 Наиболее часто кожную форму сибирской язвы дифференцируют с:
+ Банальным карбункулом
- Рожей
- Кожной формой чумы
- Язвенно-бубонной формой туляремии
- Кожной формой чумы и язвенно-бубонной формой туляремии
#
43 В отличие от кожной формы сибирской язвы при банальных карбункулах и фурункулах отмечается все перечисленное, кроме:
- Гиперемии пораженной области кожи
- Резкой болезненности в области язвы и окружающих тканей
- Наличия гноя под корочкой
- Умеренного отека
+ Выраженного лимфаденита
#
44 Для рожи в отличие от сибирской язвы характерны:
- Четкие контуры воспалительной зоны
- Болезненность кожи по периферии воспаления
- Наличие лимфаденита
- Отсутствие струпа
+ Все перечисленное
#
45 Туляремийные язвы отличаются от сибиреязвенных всем перечисленным, кроме:
- Поверхностного расположения
- Отсутствия черного струпа в центре поражения
- Отечности мягких тканей по периферии
+ Болезненности при пальпации
- Выраженного лимфаденита
#
46 Для бактериологического исследования при сибирской язве берут:
- Материал из карбункула
- Кровь
- Мокроту
- Рвотные массы и испражнения
+ Все перечисленное
#
47 Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют:
+ Специфический глобулин
- Противосибиреязвенную сыворотку
- Противосибиреязвенную вакцину
- Химиопрепараты
- Специфический глобулин и противосибиреязвенную сыворотку
#
48 Для антибиотикотерапии сибирской язвы используют все перечисленные препараты, кроме:
- Пенициллина
- Тетрациклина и его производных
+ Левомицетина
- Цефалоспоринов
- Рифампцинов
#
49 К средствам патогенетической терапии при сибирской язве относятся:
- Стероидные гормоны
- Дезинтоксикационные растворы
- Свежезамороженная плазма и кровь
- Гепарин
+ Все перечисленное

#
50 Правила выписки выздоравливающих при сибирской язве включают:
- При кожной форме выписку производят после отторжения струпа и сформирования рубца
- Лиц, перенесших септическую форму болезни, выписывают после клинического выздоровления и двухкратного отрицательного бактериологического посева крови
- Бактериологический посев крови проводят с интервалом 5 дней
- Лица, соприкасающиеся с больным, находятся под медицинским наблюдением 8 суток
+ Все перечисленное
#
51 Профилактические ветеринарно-санитарные мероприятия при сибирской язве:
- Изоляция и лечение больных животных
- Дезинфекция в очаге с соблюдением необходимых правил при захоронении трупов в скотомогильниках
- Контроль, за выпуском и реализацией животного сырья
- Вакцинация животных и людей
+ Все перечисленное
#
52 Для этиологии желтой лихорадки характерно все перечисленное, кроме:
- Возбудитель желтой лихорадки - фильтрующийся вирус, размером от 12 до 27 нм
- Относится к арбовирусам, содержит РНК
- Обладает пантропностью, особенно висцеро- и нейротропными свойствами
+ Устойчив во внешней среде
- В зараженных комарах-переносчиках выживает до 4 недель
#
53 К характерным для желтой лихорадки эпидемиологическим данным относятся все перечисленные, кроме:
- Природно-очаговое заболевание с ореалом распространения в зоне тропического пояса
- Существует 2 эпидемиологических варианта желтой лихорадки: эндемический (джунглевый) и эпидемический (городской).
- Городская желтая лихорадка является антропонозным трансмиссивным заболеванием
+ Желтая лихорадка джунглей передается по циклу животное-комар-животное
- Эндемическая желтая лихорадка характеризуется невысокой заболеваемостью
#
54 Источником инфекции при желтой лихорадке являются:
+ Больной человек
- Птицы
- Опоссумы, пекари, муравьи, броненосцы, ленивцы
- Приматы джунглей
- Комары
#
55 Наиболее вероятные ворота инфекции при желтой лихорадке:
+ Кожа
- Алиментарный тракт
- Верхние дыхательные пути
- Кожа и верхние дыхательные пути
- Слизистые оболочки мочеполового тракта
#
56 В патогенезе желтой лихорадки наибольшее значение имеют все перечисленные фазы, кроме:
- Внедрения вируса при укусе комара через кожу
- Лимфогенного заноса вируса в регионарные лимфоузлы
- Вирусемии
- Поражения эндотелия капилляров внутренних органов и развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
+ Токсинемии
#
57 Патологоанатомические изменения при желтой лихорадке:
- Желтуха
- Геморрагический диатез внутренних органов
- Наличие эозинофильного некроза (тельца Каунсилмена) и жировой дистрофии печени
- Поражение клубочкового и канальцевого аппарата почек
+ Все перечисленное
#
58 Геморрагический синдром при желтой лихорадке представлен всеми перечисленными изменениями, кроме:
- Геморрагической сыпи на коже и слизистых разной величины

- Желудочно-кишечных кровотечений
+ Кровотечения из вен пищевода
- Носовых кровотечений
- Тромбоцитопении
#
59 Поражение печени и почек при желтой лихорадке:
+ Наблюдается у всех больных
- Чаще развивается с 1-2 дня болезни
- Связаны с тропизмом вируса к эндотелию сосудов печени и почек
- Является осложнением заболевания
- Развивается в период второй волны лихорадки
#
60 Причины летальности при желтой лихорадке: 1)почечная недостаточность 2) печеночная недостаточность
3) геморрагический шок 4) дыхательная недостаточность
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
61 Дифференциальный диагноз желтой лихорадки проводят с:
- Вирусным гепатитом
- Лептоспирозом
- Геморрагическими лихорадками
- Малярией
+ Всем перечисленным
#
62 Для желтой лихорадки не характерно:
- Желтуха
- Геморрагический синдром
- Лихорадка
- Все перечисленное
+ Миалгии
#
63 Общие принципы лечения малярии и желтой лихорадки:
- Дезинтоксикация
- Сердечно-сосудистые средства
- Глюкокортикоиды
+ Все перечисленное
- Витаминотерапия
#
64 Отличием геморрагических лихорадок от желтой лихорадки является:
- Развитие геморрагического синдрома на фоне снижения температуры
- Отсутствие второй лихорадочной волны
+ Отсутствие желтухи
- Отсутствие специфических лабораторных данных (выделения вируса, реакции связывания комплимента, реакции торможения непрямой геммагглютинации)
- Изменение анализа крови (лейкопения с нейтропенией, лимфопения)
#
65 Наиболее достоверным методом лабораторной диагностики желтой лихорадки является:
+ Выделение вируса из крови больного, печени и мозга умершего
- Реакция связывания комплемента в титре 1:16 и выше
- Реакция нейтрализации вируса
- Реакция торможения гемагглютинации
- Гистологическая картина биопсии печени
#
66 При лечении желтой лихорадки используют все перечисленные препараты, кроме:
- Дезинтоксикационных растворов в объеме 2-3 л в сутки
- Глюкокортикоидных гормонов парентерально
- Сердечно-сосудистых средств (строфантин, коргликон, камфора)
+ Антибиотиков
- Специфического иммуноглобулина

#
67 Профилактика желтой лихорадки включает следующие меры:
- Изоляция больного в боксе на первые 5 дней болезни
- Работа медицинского персонала в спецодежде
- Уничтожение комаров-переносчиков в эпидемических очагах
- Вакцинация населения вакциной 17Д "Дакар"
+ Все перечисленные
#
68 Основные эпидемиологические характеристики обезьяньей оспы включают все перечисленное, кроме:
- Возбудитель - ДНК содержащий вирус рода ортопоксвирусов, сходен по антигенным свойствам с вирусом натуральной оспы
- Циркуляция вируса в естественных условиях поддерживается обезьянами
+ Алиментарный путь передачи
- Чаще болеют дети до 10 лет
- Вирус неустойчив во внешней среде
#
69 Основными путями передачи инфекции при обезьяньей оспе являются все перечисленные, кроме:
- Воздушно-капельного
- Воздушно-пылевого
+ Алиментарного
- Контактно - бытового
- Инокуляционного
#
70 Наиболее частыми входными воротами инфекции при оспе обезьян являются:
+ Органы дыхания
- Желудочно-кишечный тракт
- Кожа
- Слизистые оболочки
- Кровь
#
71 Для патогенеза оспы обезьян характерны все перечисленные основные звенья, кроме:
- Внедрения вируса через дыхательные пути
- Вирусемия
+ Лимфогенное распространение
- Токсемия
- Фиксация вируса в эктодермальной ткани и проникновение в эпителий кожи и слизистых оболочек
#
72 Инкубационный период при оспе обезьян чаще составляет:
- От 5 до 8 дней
- От 9 до 14 дней
- От 15 до 21 дня
- От 22 до 30 дней
+ Неизвестен
#
73 Основными клиническими симптомами при обезьяньей оспе являются все перечисленные, кроме:
- Выраженного продромального периода
- Лихорадки
- Интоксикации
- Везикулезно-папулезной сыпи на коже и слизистых оболочках
+ Увеличения печени и селезенки
#
74 Продромальный период при оспе обезьян характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
- Острого начала
- Повышения температуры выше 39° С
- Болей в пояснично-крестцовой области, мышцах
+ Нарушения сознания
- Появления коревидной или скарлатиноподобной "раш" сыпи
#
75 Для сыпи при оспе обезьян в разгаре заболевания характерны все перечисленные признаки, кроме:
- Стадийности высыпания: макула-папула-везикула, пустула-корка-рубец
- Оспенных элементов - плотные, многокамерные, имеют в центре пупковидное вдавление
- Высыпаний на ограниченном участке - мономорфных
- Типичной локализации сыпи: лицо, конечности, ладони, подошвы

+ Отсутствие кожного зуда
#
76 Критериями тяжести при оспе обезьян являются:
- Выраженность интоксикации
- Интенсивность высыпаний
- Нарушение деятельности внутренних органов
+ Все перечисленное
- Ничего из перечисленного
#
77 Для лабораторной диагностики обезьяньей оспы применяют:
- Вирусологические исследования, метод флюоресцирующих антител
- Реакцию непрямой гем агглютинации для обнаружения антигена вируса оспы
- Реакцию торможения гемагглютинации для обнаружения антител
+ Все ответы правильные
- Методы электронной микроскопии
#
78 Для этиологии оспы характерны все следующие особенности, кроме:
- Возбудитель оспы относится к ДНК содержащим вирусам
- Различают 2 разновидности вируса: возбудитель натуральной оспы, возбудитель аластрима
+ Возбудитель оспы хорошо выдерживает нагревание
- Возбудитель оспы хорошо размножается на хорион-аллантоисной оболочке куриных эмбрионов
- Возбудитель оспы устойчив к низкой температуре и высушиванию
#
79 Источником инфекции при натуральной оспе являются:
+ Больной человек
- Корова
- Обезьяна
- Все перечисленное
- Птицы
#
80 Наиболее характерными морфологическими изменениями при натуральной оспе являются:
- Чаще поражается кожа и слизистые оболочки
- В эпидермисе кожи характерна баллонирующая дегенерация
- Наличие внутри мембраны клеток телец Гварниери
- Правильного ответа нет
+ Все ответы правильные
#
81 Среди клинических форм оспы наиболее опасна в эпидемиологическом плане:
- Ранняя или поздняя геморрагическая форма
- Вариолоид без сыпи
- Оспенная энантема, при которой поражения ограничиваются слизистой верхних дыхательных путей
- Плоская форма, при которой не развиваются типичные везикулы
+ Обычная оспа, при которой на 5-й день высыпаний наблюдается лихорадка
#
82 Клинические особенности оспы все перечисленное, кроме:
+ Вариации инкубационного периода
- Начало высыпаний сопровождается заметным ухудшением общего состояния и исчезновением начальных симптомов
- Высыпания наиболее густо расположены на открытых поверхностях кожи
- Наличие признака Арчилл-Робертсона
- Наличие нейропаралитического кератита
#
83 Критериями тяжести при оспе являются:
- Выраженность интоксикации
- Интенсивность высыпаний
- Нарушение деятельности внутренних органов
+ Все перечисленное
- "Черная оспа"
#
84 Высыпания при натуральной оспе характеризуются:
- Этапностью
- Инфильтратом кожи в основании элементов
- Одинаковым возрастом элементов

- Наличием вдавлений в центре пустул
+ Всем перечисленным
#
85 У привитых оспа отличается следующими особенностями:
- Появление сыпи на 2-3 день продромального периода
- Чаще, сыпь не достигает стадии пустул
- Скудность высыпания
- Иногда появление сыпи не сопровождается лихорадкой
+ Все перечисленное
#
86 Основными признаками алястрима является:
- Умеренная интоксикация
- Появление сыпи на 3 день болезни
- Инкубационный период длится 12 дней
- Самочувствие больных нарушено мало, даже при обильной сыпи
+ Все перечисленное
#
87 Классификация возбудителя холеры включает следующие биотипы:
- Классический холерный вибрион
- Холерный вибрион Эль-Тор
- Серотипы по 0-антигену: Тип Огава (содержит фракцию В) Тип Инаба (содержит фракцию С) Тип Гикошимо (содержит фракции В и С
+ Все перечисленные типы
- Ни один из перечисленных
#
88 Возбудитель холеры обладает всеми перечисленными свойствами, кроме:
- Грамотрицателен
- Обладает большим полиморфизмом
- Элективной средой роста является щелочная пептонная вода и мясопептонный агар
+ Облигатный анаэроб
- Имеет 5 фаготипов
#
89 Для холерного вибриона характерны:
- Токсин бактериальной оболочки - эндотоксин
- Токсин клетки - "фактор проницаемости"
- Холероген - экзотоксин
+ Все перечисленное
- Ничего из перечисленного
#
90 Ведущим путем заражения при холере является:
+ Водный
- Пищевой
- Контактно - бытовой
- Трансмиссивный
- Ничего из перечисленного
#
91 Эпидемиологическими особенностями холеры Эль-Тор являются:
- Длительное вибриононосительство после перенесенного заболевания
- Наличие значительного количества стертых форм и вибрионосительства
- Более выраженная резистентность вибрионов к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды
+ Все перечисленное
- Ничего из перечисленного
#
92 Бактериологическому исследованию при холере подлежит все перечисленное, кроме:
- Рвотных масс
- Фекалий
+ Крови
- Желчи
- Отрезков тонкой кишки трупов
#
93 Длительность вибрионосительства при холере Эль-Тор составляет:
- В среднем 4 дня
- Не более 15-17 дней

+ До нескольких месяцев
- Может быть пожизненным
- Вибрионосительства не существует
#
94 При холере возбудитель интенсивно размножается в:
- Желудке
+ Тонкой кишке
- Кровяном русле
- Толстой кишке
- Во всех перечисленных органах
#
95 Диарея при холере обусловлена:
- Эндотоксином
+ Экзотоксином
- Проникновением вибриона в энтероциты
- Воспалительными изменениями эпителия тонкой кишки
- Всем перечисленным
#
96 Поражение слизистой тонкой кишки при холере характеризуется:
- Десквамацией эпителия ворсинок
- Некрозом слизистой
+ Эпителий структурно не поврежден
- Всё перечисленное
- Ничем из перечисленного
#
97 В патогенезе холеры имеет значение все перечисленное, кроме:
- Проникновения и размножения вибрионов в тонком кишечнике
- Выделения холерными вибрионами энтеротоксина и нейраминидазы, активирующих системы циклического аденозинмонофосфата
- Развития синдрома электролитной диареи
- Развития гемоконцентрации, гиповолемии, метаболических расстройств
+ Потери белков плазмы
#
98 Потеря воды при холере происходит за счет:
- Внеклеточной жидкости
- Внутрисосудистой жидкости
- Внутриклеточной жидкости
+ Все ответы правильны
- Все ответы неправильные
#
99 Тяжесть болезни при холере обусловлена: 1. Обезвоживанием 2. Интоксикацией 3. Потерей электролитов
4. Потерей белков плазмы
- Верно 1), 2), 3)
+ Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
100 Патологоанатомические изменения при холере представлены:
- Резким обезвоживанием всех тканей, сгущением крови
- Серозные оболочки полнокровны с точечными кровоизлияниями
- Слизистая желудка, тонких и толстых кишок набухшая, полнокровная с мелкими кровоизлияниями
- В паренхиматозных органах - дистрофические изменения
+ Все перечисленное
#
101 Возможны следующие клинические формы холеры:
- Холерный энтерит и гастоэнтерит
- Холерный алгид
- Атипичные формы (стертые формы, "сухая" холера и молниеносные формы)
- Холера-микст
+ Все перечисленные
#

102 Инкубационный период при холере:
- 48 часов
- От 3 до 5 суток
- От 6 до 12 суток
- Более 12 суток
+ От нескольких часов до 6 суток
#
103 Типичные холерные испражнения имеют все перечисленные признаки, кроме:
- Жидкость типа рисового отвара
- Жидкость, окрашенная желчью
+ Сохраняют каловый запах
- Не имеют запаха
- Имеют большой объем
#
104 Клинические признаки легкой формы холеры включают все перечисленное, кроме:
+ Субфебрильной температуры
- Отсутствия судорог мышц
- Умеренно выраженной сухости слизистой рта
- Понос не более 10 раз в день. Сгущение крови отсутствует
- Рвота нечастая
#
105 Клинические признаки средне-тяжелой формы холеры включают все перечисленное, кроме:
+ Фебрильной температуры
- Локальных судорог
- Выраженной сухости слизистой рта
- Снижение тургора кожи
- Обильного стула до 10 раз в сутки
#
106 Клинические признаки тяжелой формы холеры, включают все перечисленное, кроме:
- Субнормальной температуры
- Одышки, тотального цианоза
- Обезвоживания III степени
+ Поноса и рвоты без счета
- Анурии
#
107 При гиповолемическом шоке, обусловленном холерой, имеет место все перечисленное, кроме:
- Тахикардии, одышки, цианоза, гипотензии
+ Многократного обильного стула
- Анурии
- Уменьшения массы циркулирующей крови и плазмы, сгущения крови
- Гипоксии артериальной крови, гипероксии венозной крови
#
108 Острая почечная недостаточность при холере развивается в результате всех перечисленных причин, кроме:
- Снижения артериального давления
- Гиповолемии
- Гипокалиемии
+ Нарушения клубочковой фильтрации
- Сгущения крови
#
109 Неотложным лечебным мероприятием при холере является:
- Этиотропная терапия
+ Инфузионная терапия солевыми растворами
- Введения парентеральных белковых препаратов
- Все перечисленное
- Переливание крови
#
110 Для регидратации у больных холерой применяются все перечисленные растворы, кроме:
- Раствора "Трисоль"
- Раствора "Дисоль"
- Раствора "Квартасоль"
- Растворов "Хлосоль", "Лактосоль"
+ Полиглюкина

#
111 Раствор "Дисоль" для регидратационной терапии больных холерной используют при:
- Гипокалиемии
- Нормальном содержании калия в плазме крови
+ Гиперкалиемии
- Всех перечисленных состояниях
- Гипернатриемии
#
112 Температура растворов, вводимых парентерально больным холерой, должна быть не ниже:
+ 36-37°С
- 37 -38°С
- 38-39°С
- 39-40°С
- 40-50°С
#
113 Из методов определения дефицита жидкости при холере следует отдать предпочтение:
+ Относительной плотности плазмы
- Индексу гематокрита
- Концентрации общего белка
- Вязкости крови
- Концентрации электролитов
#
114 К препаратам используемым при антибактериальной терапии больных холерой относятся все перечисленные, кроме:
- Тетрациклинов
- Левомицетина (хлорамфеникол)
- Фторхинолонов
- Препаратов нитрофуранового ряда
+ Сульфаниламидов
#
115 Патогенетическая терапия больных холерой включает все перечисленное, кроме:
- Восстановления водно-электролитного баланса
- Введения 2-3 л струйно, со скоростью 100 мл в минуту, затем капельно - 10 мл в 1 мин., количество введенной жидкости соответствует степени дегидратации
- Проведения коррекции продолжающихся потерь жидкости и электролитов до прекращения поноса и полного восстановления функции почек
+ Введения плазмы и кровезаменителей
- Восстановление КОС
#
116 Бактериологическое исследование испражнений и трупного материала при подозрении на холеру включает:
- Микроскопию препаратов, окрашенных по Граму
- Посев материала на среды накопления (щелочная пептонная вода) и твердые (щелочной агар)
- Идентификацию выделенной культуры по сумме биологических свойств: антигенная структура, ферментативная активность, чувствительность к фагам
+ Все перечисленное
- Ничего из перечисленного
#

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ

1 Для брюшнотифозной палочки характерно все перечисленное, кроме:
- Относится к сальмонеллам группы Д
+ Относится к сальмонеллам группы В
- Патогенна только для человека
- Спор и капсул не образует
- Образует эндотоксин
#
2 Для паратифозных бактерий характерно все перечисленное, кроме:
- Содержат эндотоксин
+ Относятся к сальмонеллам группы Д
- Хорошо сохраняются во внешней среде
- Образуют ферментативно-токсические вещества

- Быстро погибают при 100 градусах
#
3 К какой группе инфекций относится брюшной тиф
- Инфекции дыхательных путей
- Трансмиссивные
+ Кишечные
- Инфекции наружных покровов
- Инфекции с половым путем передачи
#
4 Сезонность заболевания при современном брюшном тифе:
+ Отсутствует
- Осенне-летняя
- Весенне-летняя
- Весенне-зимняя
- Осенне-зимняя
#
5 Звенья патогенеза при брюшном тифе
- Внедрение возбудителя в организм в тонкой кишке
- Развитие лимфаденита мезентериальных лимфоузлов
- Бактериемия, паренхиматозная диффузия
- Выделение возбудителя из организма, формирование иммунитета
+ Все перечисленное
#
6 В патогенезе брюшного тифа участвуют все следующие факторы, кроме
+ Непосредственного поражения клеток эпителия кишечника
- Бактериемии, эндотоксинемии
- Лимфогенного и гематогенного пути распространения возбудителя
- Поражения сердечно-сосудистой и нервной системы.
- Трофические и сосудистые нарушения в слизистой тонкой кишки
#
7 Миграция брюшнотифозных палочек в организме возможна всеми перечисленными путями, кроме
+ Непосредственного проникновения из эпителия кишечника в кровеносную систему
- Внедрения в лимфатические фолликулы стенки кишки
- Проникновения по лимфатическим путям в мезентериальные и забрюшинные лимфоузлы
- Проникновения в грудной лимфатический проток
- Бактериемии после накопления возбудителя в лимфатической системе
#
8 Повторное проникновение брюшнотифозных бактерий в просвет тонкой кишки происходит
- Непосредственно из крови
+ Из желчного пузыря вместе с желчью
- Из лимфатических образований кишечника
- Из клеток эпителия кишечника
- Из розеол
#
9 Патогенетическими механизмами образования язв в кишечнике при брюшном тифе являются все перечисленные, кроме
+ Банальной воспалительной реакции, лейкоцитарной инфильтрации
- Воздействия эндотоксином непосредственно на лимфатические образования кишечника
- Токсичного действия эндотоксина на периферические вегетативные узлы кишечника с развитием сосудистых и трофических изменений в его лимфатических образованиях и слизистой оболочке
- Мозговидного набухания, некроза
- Отторжения некротических тканей и образования язв
#
10 Основными звеньями патогенеза кишечного кровотечения при брюшном тифе является все перечисленное, кроме
- Гиперэргического воспаления
- Нарушения микроциркуляции
- Повышения сосудистой проницаемости
+ Развития тромбогеморрагического синдрома
- Повышения сывороточной протеолитической активности
#
11 Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет всё, кроме
+ Вирулентность возбудителя

- Наличие рецидивов заболевания
- Индивидуальное несовершенство иммунитета
- Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии
- Наличие хронических заболеваний
#
12 Для классического брюшного тифа характерно:
+ Постепенное начало болезни с максимальной выраженностью клинической симптоматики на 7-8 день
- Острое начало болезни
- Наличие атипичных форм
- Частое выявление продромального периода
- Все перечисленное
#
13 К ранним признакам брюшного тифа относятся все перечисленное кроме
- Головной боли
+ Кишечного кровотечения
- Бессонницы
- Лихорадки
- Интоксикации
#
14 В начальном периоде брюшного тифа наблюдается все перечисленное, кроме
+ Появление розеолезной сыпи
- Появление субфебрилитета
- Снижается трудоспособность
- Недомогание, разбитость, головная боль, усталость
- Ухудшение сна и аппетита
#
15 Лихорадка при брюшном тифе характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме
- Носит фебрильный характер
- Средняя продолжительность 13-15 дней без лечения
- Суточные колебания обычно не превышают 1 град.
- Может быть, неправильного и ремиттирующего типа
+ Обычно не превышает 37,5 градусов.
#
16 При брюшном тифе со стороны нервной системы наблюдается все кроме:
+ головная боль
+ апатия, адинамия
+ заторможенность
+ общая слабость
- очаговой симптоматики
#
17 Признаками "Тифозного статуса" являются все перечисленные, кроме:
- Апатия, адинамия
- Бред
- Потеря сознания
+ Эйфория
- Заторможенность
#
18 При брюшном тифе отмечаются следующие изменения со стороны кожи кроме:
- Бледность кожных покровов
- Желтоватый оттенок стоп и ладоней
- Розеолезная сыпь на коже верхних отделов живота, боковых поверхностей грудной клетки
- Розеолезно-петехиальная сыпь при тяжелых формах
+ Везикулезные высыпания
#
19 Сроки появления сыпи при брюшном тифе
- В инкубационном периоде
- 1-6 день болезни
+ 7-10 день болезни
- В период реконвалесценции
- Все перечисленное
#
20 Для экзантемы при брюшном тифе характерно:
- Появляется одномоментно

+ Характерен феномен "подсыпания"
- Часто бывает на лице
- Розеолы при надавливании приобретают ярко розовую окраску
- Не бывает на коже живота
#
21 Специфическое поражение органов дыхания при брюшном тифе
- Гипостатическая пневмония
+ Бронхит
- Плеврит
- Абсцесс легкого
- Всё перечисленное
#
22 При брюшном тифе отмечаются все перечисленные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, кроме
+ Повышение артериального давления
- Относительная брадикардия
- Дикротии пульса
- Приглушенность или глухость тонов сердца
- Гипотония, систолический шум на верхушке
#
23 При брюшном тифе в полости рта отмечается
- Гиперемия, воспалительные изменения в ротоглотке
- Отёчный, увеличенный в размерах язык
- На боковых поверхностях языка отпечатки зубов
- Язык обложен массивным серовато-белым, иногда коричневым налётом
+ Всё перечисленное
#
24 Со стороны органов пищеварения при типичном течении брюшного тифа отмечается все перечисленные изменения, кроме
- Задержки стула, метеоризма
- Поноса
- Гепатолиенального синдрома
+ Панкреатита
- Урчания при пальпации живота, укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области
#
25 При обычном течении брюшного тифа гепатолиенальный синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Увеличения размеров селезёнки, пальпаторно определяемого с 4-5 дня заболевания
- Увеличения размеров печени, пальпаторно определяемого с 4-5 дня заболевания
- Наличия гепатолиенального синдрома у всех больных с типичным течением болезни
+ Гепатомегалии, сопровождающейся желтухой
- Увеличение размеров печени и селезенки сохраняется в течение всего периода заболевания
#
26 Для брюшного тифа характерны все перечисленные изменения в периферической крови, кроме:
- Лейкопении
- Нейтопении со сдвигом в формуле влево
- Относительного лимфоцитоза
+ Увеличения количества тромбоцитов
- Анэозинофилия
#
27 Период реконвалесценции при брюшном тифе характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:
- Прекращения лихорадки
+ Снижения аппетита
- Слабости, разбитости
- Повышенной утомляемости, сосудистой лабильности
- Исчезновение розеол
#
28 Рецидивы при брюшном тифе наиболее часто наступают на:
- 1-4 день безлихорадочного периода
- 5-15 день безлихорадочного периода
+ 15-50 день безлихорадочного периода
- Спустя 2 месяца апирексии

- Спустя 3-4 месяца безлихорадочного периода
#
29 Для современного брюшного тифа характерно всё, кроме
- Уменьшение специфических осложненй
+ Неправильной или ремиттирующей лихорадки
- Уменьшения длительности заболевания
- Снижения количества гнойно-септических осложнений
- Уменьшения тяжелых форм заболевания
#
30 Особенности течения брюшного тифа у вакцинированных
- Чаще острое начало заболевания, более лёгкое течение болезни
- Спленомегалия наблюдается реже
- Значительно реже возникают осложнения
- Меньше число больных с рецидивами
+ Всё перечисленное
#
31 Течение брюшного тифа у детей характеризуется всем перечисленным, кроме
- Часто среднетяжелое и тяжелое течение
- Острое и подострое течение заболевания
+ Отсутствие гепатолиенального синдрома
- Соответствия пульса температуре
- Слабая выраженность розеолезной сыпи
#
32 Неспецифические осложнения брюшного тифа, связанные с присоединением вторичной инфекции:
- Пневмония
- Паротит, отит
- Абсцессы, флегмоны, тромбофлебит
- Пиелит
+ Все перечисленное
#
33 Перфорация кишечника и кишечное кровотечение при брюшном тифе наблюдается при:
- Типичных формах брюшного тифа
- Легких и среднетяжелых формах
+ Тяжелом течении болезни
- Стертых и легчайших формах
- Всех перечисленных формах
#
34 Кишечное кровотечение при брюшном тифе сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме:
+ Повышения температуры тела
- Коллапс
- Тахикардией, снижение АД
- Резкой слабости, цианоза
- Примеси крови в испражнениях, вздутия живота и усиления перистальтики
#
35 К симптомам прободения кишки при брюшном тифе относятся все перечисленные, кроме
- Болей в животе
+ В крови лейкопения
- Относительно малой выраженности признаков перитонита
- Напряжения мышц брюшной стенки
- Метеоризма, отсутствия печеночной тупости, икоты, рвоты
#
36 Наиболее достоверным клиническим признаком прободения кишки при брюшном тифе является
- Рвота
- Задержка стула
- Появление жидкого стула
+ Локальное напряжение мышц живота в правой подвздошной области
- Обложенный язык
#
37 Для паратифов А и Б характерны все перечисленные клинические формы, кроме
+ Менингеальной
- Тифоидной
- Гастроинтестинальной
- Катаральной или гриппоподобной

- Смешанной
#
38 Наиболее характерная сыпь при паратифе А
- Розеолезная
+ Розеолезно-папулезная
- Макуло-папулезная
- Петехиальная
- Все перечисленное
#
39 Особенности начального периода клинического течения паратифа В
- Отсутствие лихорадки, гепатоспленомегалии
- Преобладает катаральная форма без сыпи
+ Часто гастроэнтерит, обильная розеолезная сыпь
- Преобладает катаральная форма с полиморфной сыпью
- Все перечисленное
#
40 Для бактериологической диагностики брюшного тифа исследуют все перечисленное, кроме
- Костного мозга
- Крови
+ Слюны
- Желчи
- Испражнений и мочи
#
41 Основные принципы современной этиотропной терапии при брюшном тифе
- Основной препарат - фторхинолоны
- При непереносимости фторхинола - ампициллин, левомицетин
- Применение препаратов преимущественно внутрь
- Продолжительность лечения до 11 дня нормальной температуры
+ Все перечисленное
#
42 Для лечения бактерионосительства брюшного тифа применяют всё, кроме
- Ампициллина
- Иммуностимуляторов
- Специфической моновакцины
+ Глюкокортикоидов
- Лечения сопутствующих заболеваний
#
43 Для лечения кровотечений при брюшном тифе не применяют
- Гемостатические средства
- Переливание крови в гемостатических целях
+ Глюкокортикоиды
- Ингибиторы протеаз
- Переливание крови
#
44 Какие сальмонеллы патогенны для человека
- Брюшного тифа
- Паратифа А
- Паратифа Б
- Enteritidis
+ Все перечисленное
#
45 Сезонность заболеваемости сальмонеллезом
- Зимой
- Весной
- Летом
- Осенью
+ Круглогодично
#
46 Сальмонеллез как госпитальная инфекция характеризуется всем перечисленным, кроме
- Число случаев внутрибольничного сальмонеллеза увеличилось
- Внутрибольничные вспышки сальмонеллеза встречаются чаще в холодное время года
+ Госпитальная инфекция чаще регистрируется в отделениях для взрослых
- Наибольшее число внутрибольничной инфекции наблюдается у детей первого года жизни

- Не встречается
#
47 Основные звенья патогенеза сальмонеллеза
- Инвазия сальмонелл в слизистую оболочку тонкой кишки
- Водно-электролитные потери
- Эндотоксинемия
- Интоксикация, гемодинамические нарушения
+ Все перечисленное
#
48 При неосложненной гастроинтестинальной форме сальмонеллеза наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме
- Высокой лихорадки, интоксикации
+ Желтухи
- Схваткообразных болей в животе
- Тошноты, рвоты, частого жидкого стула
- Обезвоживания
#
49 Особенности гастроэнтеритического синдрома при сальмонеллезе включают
- Упорную тошноту, рвоту, не приносящую облегчения
- Боли в животе (илеоцекальной области)
- Обильный водянистый зловонный стул
- Болезненность при пальпации в эпигастральной, околопупочной областях
+ Все перечисленное
#
50 При сальмонеллезе отмечаются все перечисленные изменения стула, кроме
- Жидкого водянистого с сохранением калового характера
- Типа "болотной тины"
- Слизисто-кровянистого
+ Типа " малинового желе"
- Типа "мясных помоев"
#
51 Симптомами поражения нервной системы при сальмонеллезе является все перечисленное, кроме
- Слабости, вялости
- Головной боли
- Расстройства сна
- Тошноты, рвоты
+ Очаговой симптоматики
#
52 К признакам септического варианта генерализованной формы сальмонеллеза относится все перечисленное, кроме
- Лихорадки неправильного типа, отсутствия цикличности в течении болезни
+ Гастроэнтеритический синдром более 2-х недель
- Ознобы, пот
- Гепатоспленомегалии, возможной желтухи
- Формирования вторичных септико-пиемических очагов
#
53 При тифоподобном варианте генерализованной формы сальмонеллеза наблюдается
- Волнообразная, ремиттирующая или постоянная лихорадка
- Нарастание токсического синдрома после прекращения кишечных дисфункций
- Головная боль, слабость, нарушение сна
- Относительная брадикардия, снижение АД
+ Все перечисленное
#
54 К симптомам тифоподобного варианта сальмонеллеза относятся
- Розеолезная сыпь
- Утолщенный язык с отпечатками зубов
- Рассеянные сухие хрипы в легких
- Увеличение печени, селезенки
+ Все перечисленное
#
55 Критериями тяжести болезни при сальмонеллезе является все перечисленное, кроме
- Лихорадки
- Выраженности интоксикации

- Частоты стула
+ Продолжительности инкубационного периода
- Токсического поражения миокарда
#
56 Основными материалами для проведения бактериологических исследований при генерализованном сальмонеллезе является все кроме:
- кал
+ рвотные массы и промывные воды желудка
- моча
- кровь
- желчь
#
57 В лечение гастроинтестинальной формы сальмонеллеза не входит
+Антибактериальная терапия
- Восстановление водно-электролитного баланса
- Дезинтоксикация
- Спазмолитики
- Вяжущие средства
#
58 Для уменьшения диарейного синдрома применяют все перечисленное, кроме
+ Глюконата кальция
- Сандростатина
- Индометацина
- Имодиума
- Вяжущих средств
#
59 Принципы лечения больных генерализованными формами сальмонеллеза включают
- Антибактериальную терапию
- Дезинтоксикацию
- Симптоматическую терапию
+ Все перечисленное
- Десенсибилизирующую терапию
#
60 Эпидемиология пищевых токсикоинфекций характеризуется всем, кроме
- Возбудители попадают в пищу из внешней среды
- Возможно эндогенное инфицирование пищевых продуктов
- Путь заражения алиментарный
- Часто протекают в виде вспышек
+ Возможно парентеральное заражение
#
61 В патогенезе пищевых токсикоинфекций участвует все перечисленное, кроме
- Местного действия токсинов в желудочно-кишечном тракте
- Общетоксического синдрома
- Нарушения синтеза биологически активных веществ
+ Развитие аутоиммунных реакций
- Развитие гастроэнтерита
#
62 Развитие синдрома гастроэнтерита и водно-электролитные потери при пищевых токсикоинфекциях обусловлены
- Активацией аденилатциклазы, усиленным образованием циклического аденозин-3,5-монофосфата
- Стимуляцией кишечной секреции
- Нарушением реабсорбции воды и электролитов
- Усилением секреции ионов хлора, снижением спонтанной реабсорбции натрия
+ Всем перечисленным
#
63 Носителями энтеротоксических штаммов стафилококка чаще являются больные, страдающие всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
- Хронического холецистита, пиелонефрита
- Кариеса зубов
+ Хронического ринита
- Хронического тонзиллита
- Гнойничковых заболеваний кожи
#

64 Пищевая токсикоинфекция стафилококковой этиологии чаще возникает при употреблении всех перечисленных продуктов, кроме:
- Молока, молочных продуктов
- Мороженого
- Овощей, фруктов
- Кондитерских изделий (торты, пирожные)
+ Хлебобулочные изделия
#
65 Характерными симптомами пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии являются все перечисленные, кроме:
- Сильных болей в эпигастрии
+ Отсутствия лихорадки
- Выраженной интоксикации
- Длительной диареи
- Гемодинамических нарушений
#
66 Дифференцировать отравление ядовитыми грибами от пищевой токсикоинфекции позволяют:
- Тошнота, рвота, частый жидкий стул
- Водно-электролитные нарушения
- Боли в животе
+ Раннее увеличение и болезненность печени, желтуха
- Головная боль, головокружение, слабость, гипотония
#
67 Для лечения пищевых токсикоинфекции применяют все перечисленное, кроме:
- Промывания желудка
+ Антибиотиков
- Оральной регидратации, внутривенного введения солевых растворов.
- Средств, купирующих синдром гастроэнтерита
- Ферментных препаратов и вяжущих средств
#
68 Для внутривенной регидратации при пищевой токсикоинфекции применяют все перечисленные растворы, кроме:
- Трисоль
- Хлосоль
- Квартосоль
+ Реополиглюкина
- Ацесоль
#
69 К основным эпидемиологическим характеристикам ботулизма относится:
- Неконтагиозное заболевание
- Чаще вызывается токсинами типа А, В, Е
- Фактор передачи - пищевые продукты
- Токсин при нагревании разрушается
+ Все перечисленное
#
70 Заболевание ботулизмом чаще возникает после употребления всех перечисленных продуктов, кроме:
- Грибов домашнего консервирования и соления
+ Молока и молочных продуктов
- Овощей, фруктов домашнего консервирования
- Домашней ветчины, сала, колбасы
- Соленой и копченой рыбы домашнего приготовления
#
71 Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:
- Симпатическую нервную систему
- Чувствительные мотонейроны
+ Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга
- Периферические нервы
- Все перечисленное
#
72 При ботулизме развивается:
- Гипоксическая гипоксия
- Циркуляторная гипоксия
- Гемическая гипоксия

+ Гипотоксическая гипоксия
- Все ответы правильные
#
73 При ботулизме могут отмечаться все перечисленные варианты начала заболевания, кроме:
- Гастроэнтеритического
- Неврологического
- Смешанного
+Геморрагического
- Интоксикационного
#
74 Гастроэнтеритический синдром при ботулизме характеризуется
- Отсутствием лихорадки
- Болями в эпигастрии (обычно умеренными)
- Тошнотой, рвотой
- Калом без патологических примесей
+ Всем перечисленным
#
75 Для больных ботулизмом характерны все перечисленные жалобы, кроме:
+ Резкой головной боли
- Слабости
- Нарушения зрения
- Сухости во рту
- Нарушения глотания
#
76 При ботулизме отмечаются все перечисленные глазные симптомы, кроме:
- Птоза
- Мидриаза, нистагма
- Вялой реакции зрачков на свет, нарушения конвергенции и аккомодации
+ Повышения корнеального рефлекса
- Ограничения движения глазных яблок, экзофтальма
#
77 Признаками глоссофарингоневрологических расстройств при ботулизме является все перечисленное, кроме:
+ Затруднения при открывании рта, боли при жевании
- Нарушения глотания, вытекание жидкости через нос
- Речи с носовым оттенком, дизартрии
- Осиплости голоса, афонии
- Сухости во рту
#
78 Нарушение иннервации мышц при ботулизме проявляется всем перечисленным, кроме:
- Резкой общей слабости
+ Нарушением кожной чувствительности
- Слабости и парезов мышц шеи и верхних конечностей
- Недостаточности дыхательных мышц
- Нарушения походки
#
79 Для неврологической симптоматики при ботулизме характерно все перечисленное, кроме:
+ Нарушений сознания
- Симметричности поражения
- Отсутствия расстройств чувствительности
- Паралитического синдрома
- Ничего из перечитленного
#
80 В начальном периоде заболевания при ботулизме наблюдается:
- Бледность кожных покровов
- Повышение АД
- Тахикардия
- Все перечисленное
+ Ничего из перечисленного
#
81 Критериями тяжести заболевания при ботулизме является все перечисленное, кроме:
+ Выраженности гастроинтестинального синдрома
- Миастенического синдрома

- Нарушения глотания
- Степени острой дыхательной недостаточности
- Гемодинамических нарушений
#
82 Клиническими проявлениями дыхательной недостаточности при ботулизме является все перечисленное, кроме:
- Отсутствия диафрагмального дыхания
- Резкого ограничения подвижности межреберной мускулатуры
- Исчезновения кашлевого рефлекса
+ Дизартрии
- Учащения дыхания, снижения жизненной емкости легких
#
83 Основным критерием для перевода больных ботулизмом на искусственную вентиляцию легких является:
- Ощущение "недостатка воздуха"
+ Выраженность одышки и частота дыхания
- Показатель жизненной емкости легких
- Выраженность глоссофарингоневроло-гических расстройств
- Тахикардия
#
84 Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:
- Угнетение дыхательного центра
- Поражение проводящих ретикулоспинальных путей
- Угнетение активности моторной иннервации дыхательных мышц
+ Все перечисленное
- Ничего из перечисленного
#
85 Ранняя диагностика ботулизма основана на:
+ Клинической симптоматике и данных эпидемиологического анализа
- Выделение токсинов возбудителя из крови
- Выделение возбудителя из испражнений
- Всём перечисленным
- Серологические исследования
#
86 Материалом для лабораторного исследования при ботулизме может быть все перечисленное, кроме:
- Крови
- Кала
- Подозреваемый продукт
- Содержимого желудка
+ Желчи
#
87 Основным методом лабораторной диагностики ботулизма является:
- Выделение возбудителя от больного
+ Реакция нейтрализации на животных
- Реакция связывания комплемента
- Иммуноферментный анализ
- МФА
#
88 В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:
- Тетрациклин
- Пенициллин
- Канамицин
+ Левомицетин
- Цефалосеп
#
89 В качестве патогенетической терапии при ботулизме проводят все перечисленные лечебные мероприятия, кроме:
- Дезинтоксикации
+ Гемодиализа
- Гипербарической оксигенации
- Промывания желудка и очистительной клизмы
- Обеспечения адекватного питания больного
#

90 Основные принципы ведения больных с острой дыхательной недостаточностью при ботулизме предусматривают:
- Устранение закупорки дыхательных путей
- Создание адекватной искусственной вентиляции
- Отказ от применения фармакологических стимуляторов дыхания
+ Все перечисленное
- Ничего из перечисленного
#
91 Возбудитель шигеллеза
- Относится к роду шигелл
- Капсул и спор не образует
- В канализационных водах может сохранять жизнеспособность до 25-30 суток
- В настоящее время заболевание чаще вызывают бактерии Флекснера и Зонне
+ Все ответы правильные
#
92 Основной путь передачи шигеллезов Флекснера и Ньюкастла:
+ Водный
- Пищевой
- Контактно-бытовой
- Все ответы правильные
- Нет правильного ответа
#
93 Основные патогенетические механизмы при шигеллезе:
- Токсемия
- Воздействие токсина на центральную и периферическую нервную систему
- Поражение токсинами нервно-сосудистого аппарата кишечника, нарушение микроциркуляции в кишечной стенке, развитие воспалительных и деструктивных изменений
- Непосредственное повреждение бактериями эпителия кишечника
+ Все перечисленное
#
94 Повреждение клеток эпителия толстой кишки шигеллами включает:
- Внедрение в клетку эпителия
- Размножение шигелл внутри клетки
- Дегенерацию эпителия
- Разрушение и отторжение эпителия
+ Все перечисленное
#
95 Преимущественная локализация поражений желудочно-кишечного тракта при шигеллезе Флекснера:
- Желудок
- Тонкая кишка
- Проксимальные отделы толстой кишки
+ Дистальные отделы толстой кишки
- Все перечисленное
#
96 Критериями тяжести колитического варианта шигеллеза является все перечисленное, кроме:
- Высоты и продолжительности лихорадки
- Гемодинамических расстройств
+ Обезвоживания
- Степени интоксикации
- Частоты и продолжительности жидкого стула, степени выраженности гемоколита
#
97 Критериями тяжести гастроэнтеритического и гастроэнтероколитического варианта шигеллеза является:
- Высота и продолжительность лихорадки
- Гемодинамические расстройства
- Обезвоживание
- Степень интоксикации
+ Все ответы правильные
#
98 Критерии тяжести колитического варианта шигеллеза:
- Высота и продолжительность лихорадки
- Гемодинамические расстройства
- Степень интоксикации
- Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита

+ Все перечисленное
#
99 Критериями тяжести гастроэнтеритического и гастроэнтероколитического варианта шигеллеза является:
- Высота и продолжительность лихорадки
- Гемодинамические расстройства
- Обезвоживание
- Степень интоксикации
+ Все ответы правильные
#
100 Характерными клиническими особенностями хронического шигеллеза является все перечисленное, кроме:
- Протекает в виде двух форм: рецедивирующей и непрерывной
- Характерно наличие тенезмов и ложных позывов
- Стул учащенный, скудный, обычно кашицеобразный со значительной примесью слизи, часто и крови
+ Характерны стойкие гемодинамические нарушения
- При пальпации определяется уплотненная, болезненная, ограниченно подвижная сигмовидная кишка
#
101 К особенностям течения шигеллеза лиц пожилого возраста относится:
- Более тяжелого течения заболевания
- Гемодинамические нарушения
- Часто протекает на неблагоприятном фоне сопутствующих заболеваний
- Чаще наблюдается подострое и хроническое течение заболевания
+ Все ответы правильные
#
102 Для этиотропной терапии шигеллеза следует применять все перечисленное, кроме:
- Нитрофурановых препаратов
- Ампициллина
- Ципрофлоксацина
- Левомицетина
+ Пенициллинна
#
103 Источник инфекции при энтеробиозе:
- Свинья
- Крупный рогатый скот
- Речная рыба
+ Человек
- Грызун
#
104 К возможным осложнениям шигеллеза относятся:
- Инфекционно-токсический шок
- Перитонит, инвагинация
- Кишечное кровотечение
- Выпадение прямой кишки, парапроктит
+ Все перечисленное
#
105 Основные клинические проявления энтеробиоза верны, кроме:
- Перианальный зуд
- Нарушение сна
+ Учащенное мочеиспускание
- Утомляемость
- Снижение аппетита
#
106 Лабораторная диагностика энтеробиоза
- Посев крови
- Исследование мочи
- Мазок из носоглотки
+ Соскоб с перианальных складок
- Посев кала на патогенную флору
#
107 Основное звено патогенеза эшерихиозов:
- Бактериемия
+ Воздействие энтеротоксина
- Аллергические реакции

- Диарея
- Все выше перечисленное
#
108 Диагноз эшерихиоза может быть установлен на основании:
- Повышения температуры, интоксикации
- Наличия гастроэнтеритического синдрома
- Эпидемиологических данных
+ Бактериологического подтверждения
- Копрологического исследования
#
109 Энтеропатогенные кишечные палочки чувствительны ко всем перечисленным антибактериальным средствам, кроме:
- Левомицетина
- Ципрофлоксацина
- Офлоксацина
+ Пенициллина
- Стрептомицина
#
110 Препаратом выбора для лечения энтеробиоза является:
- Ампициллин
- Сульгин
+ Вермокс
- Колибактерин
- Маалокс
#
111 Источник инфекции при аскаридозе
- Лошади
- Куры
- Свиньи
- Рыбы
+ Человек
#
112 Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:
- Желудка
+ Тонкой кишки
- Толстой кишки
- Верхних дыхательных путей
- Почек
#
113 Механизм диарейного синдрома при ротавирусном гастроэнтерите включает все перечисленное, кроме:
- Нарушения всасывания жидкости в тонкой кишке
- Недостаточного синтеза ферментов, расцепляющих дисахариды
- Накопления нерасщепленных дисахаридов и повышения осмотического давления в кишке
+ Перераспределения жидкости из тканей организма в просвет толстой кишки
- Усиления перистальтики вследствие воспаления слизистой кишки
#
114 Средняя продолжительность инкубационного периода при ротавирусном гастроэнтерите составляет:
- Менее 15 часов
+ 15-72 часа
- 5-7 дней
- 8-14 дней
- 6 месяцев
#
115 Основными клиническими симптомами ро-тавирусного гастроэнтерита является все перечисленное, кроме:
- Острого начала
+ Высокой лихорадки, выраженной интоксикации
- Рвоты, жидкого стула
- Болей в животе
- Обезвоживания
#
116 Для ротавирусного гастроэнтерита характерны все перечисленные изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей, кроме:

- Гиперемии зева
- Увеличения шейных лимфатических узлов
- Зернистости, наиболее постоянно наблюдаемой у основания язычка или на язычке, на задней стенке глотки
+ Явлений фолликулярной ангины
- Ринита
#
117 Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите имеют все перечисленные признаки, кроме:
- Стул обильный, водянистый
- Цвет желтый или желто-зеленый, пенистого вида с резким запахом
- Внезапные позывы к дефекации с выраженным болевым синдромом
- Облегчение после дефекации
+ Примесь крови в испражнениях
#
118 Основной критерий тяжести ротавирусного гастроэнтерита:
+ Степень интоксикации
- Выраженность изменений слизистых верхних дыхательных путей
- Степень дегидратации
- Продолжительность инкубационного периода
- Интенсивность боли в животе
#
119 Для кишечного амебиаза характерно все перечисленное, кроме:
- Возбудитель относится к типу простейших
+ Возбудитель существует в вегетативной форме не образуя цист
- Обитает обычно в верхнем отделе толстого кишечника, при определенных условиях превращаясь в тканевые формы
- Механизм заражения - фекально-оральный
- Возбудитель может быть гематофагом
#
120 Источником инфекции при амебиазе является:
+ Больной в острой фазе болезни
- Грызуны
- Домашние животные
- Пресноводные моллюски
- Морские рыбы
#
121 Факторами передачи амебиаза является все перечисленное, кроме:
- Воды
- Мух
+ Комаров
- Пищевых продуктов
- Предметов обихода
#
122 Обычная локализация амеб:
- Прямая кишка
+ Слепая и восходящая кишка
- Поперечно-ободочная кишка
- Сигмовидная кишка
- 12-перстная кишка
#
123 При амебиазе в кишечнике возникает:
- Диффузное воспаление подслизистого слоя
- Тотальный некроз слизистой
+ Изъязвление слизистой оболочки толстой кишки
- Полипозные разрастания на слизистой
- Изменений слизистой не возникает
#
124 Основное звено патогенеза амебиаза:
- Внедрение и размножение амеб в стенке кишечника
- Цитолиз эпителия и образование язв
- Воспалительные изменения стенки кишки с отеком и избыточной клеточной реакцией
- Формирование амебом в кишечнике, гематогенная диссеминация
+ Все ответы правильные
#

125 Продолжительность инкубационного периода при амебиазе составляет:
- 1 -6 часов
- 1-5 дней
+ От 1-2 недель до нескольких месяцев
- 30 минут
- До 1 года
#
126 Начало заболевания при амебиазе характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Начало заболевания может быть острым
- Могут быть продромальные явления в виде недомогания, понижения аппетита, головной боли
+ Отмечается высокая лихорадка
- Отмечаются боли в животе
- Снижение аппетита
#
127 Для острого периода заболевания амебиазом характерны:
- Нормальная и субфебрильная температура
- Частота дефекации до 10-20 раз
- В испражнениях большое количество стекловидной слизи, примесь крови, возможен стул в виде "малинового желе"
- Боль в животе, тенезмы
+ Все перечисленное
#
128 Наиболее частое внекишечное осложнение амебиаза:
- Амебный абсцесс мозга
+ Амебный абсцесс печени
- Амебный абсцесс почек
- Амебный абсцесс сердца
- Амебный абсцесс легких
#
129 При амебном абсцессе печени возможны все перечисленные осложнения, кроме:
- Прорыва абсцесса в брюшную полость
- Острой печеночной недостаточности
- Прорыва абсцесса в плевральную полость
- Прорыва абсцесса через кожу
+ Метастазирования в головной мозг
#
130 При тяжелом течении кишечного амебиаза могут быть все перечисленные осложнения, кроме:
- Перфорации язв, перитонита
- Кишечного кровотечения
- Тромбоза мезентериальных сосудов
- Отслойки слизистой толстой кишки
+ Выпадения прямой кишки
#
131 Для лечения кишечного амебиаза применяют все перечисленное, кроме:
- Метронидазола
- Этамизола
- Фазижина
- Эметина
+ Хинина
#
132 В какой орган попадает личинка аскариды из тонкой кишки для дальнейшего развития
- Головной мозг
- Селезенка
- Желудок
- Почки
+ Легкие
#
133 Для характеристики балантидиаза правильно все перечисленное, кроме:
- Возбудитель относится к типу простейших, классу инфузорий
- Естественными носителями балантидии являются свиньи
+ Возможно парентеральное заражение
- Возбудитель может длительно существовать в кишечнике человека, не проявляя патогенного действия
- Чаще инвазируются лица, контактирующие со свиньями

#
134 В организме человека балантидии паразитируют в:
- Желудке
- 12-ти перстной кишке
- Печени
+ Толстой кишке
- Поджелудочной железе
#
135 Патогенез острого балантидиаза включает:
- Сенсибилизацию стенки кишки
- Образование язв
- Интоксикацию
- Дизентерийно подобный синдром
+ Все выше перечисленное
#
136 Для острого балантидиаза характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- Повышения температуры тела
- Слабости, головной боли, снижения аппетита
- Болей в животе, поноса, метеоризма
+ Генерализованной лимфаденопатии
- Эозинофилии, выраженной потери массы тела
#
137 При остром балантидиазе в периферической крови отмечаются все перечисленные изменения, кроме:
- Анемии
- Эозинофилии
- Лейкоцитоза, сдвига формулы влево
+ Тромбоцитоза
- Умеренного увеличения СОЭ
#
138 Язвенное поражение кишки при балантидиазе характеризуется всем перечисленным, кроме:
+ Язвы располагаются преимущественно в 12-перстной кишке
- При ректороманоскопии выявляются язвенные изменения
- Язвы имеют подрытые края
- Дно язвы покрыто некротическими массами
- В стенке кишки множество эозинофильных инфильтратов
#
139 Для лечения балантидиаза применяют все перечисленные препараты, кроме:
+ Делагил
- Метронидазола
- Эметина
- Ампициллина
- Фуразолидона
#
140 Основные клинические проявления аскаридоза верны, кроме:
+ Нистагм
- Кашель
- Боли в животе
- Дисфункция кишечника
- Общая слабость
#
141 Для лечения аскаридоза применяются следующие препараты, кроме:
- Вермокс
- Декарис
- Пирантель
+ Преднизолон
- Пиперазин
#
142 Механизм передачи возбудителя при дифиллоботриозе
- Парентерально
+ Фекально-оральный
- Трансмиссивный
- Воздушно-капельный
- Через почву

#
143 Лабораторная диагностика при дифиллоботриозе
+ Обнаружение в фекалиях яиц или члеников гельминта
- Исследование биоптантов икроножных мышц
- Серологические реакции
- Исследования ликвора
- Исследования мочи
#
144 Методы лечения дифиллоботриоза верны, кроме:
- Фенасал
- Экстракт мужского папоротника
- Семена тыквы
+ Хинин
- Празиквантель
#
145 Продолжительность инкубационного периода при трихинеллезе составляет:
- 24-48 часов
+ 3-45 дней
- Более 45 дней
- 1 - 2 часа
- 70 дней
#
146 Характерными ранними признаками трихинеллеза является все перечисленное, кроме:
- Одутловатости лица, конъюнктивита
- Лихорадки, эозинофилии
+ Анемии
- Болей в мышцах
- Различных высыпаний на коже
#
147 Поражения сердечно-сосудистой системы при трихинеллезе проявляются всем перечисленным, кроме:
- Гипотонии
- Блокады проводящих путей сердца
- Изменений на ЭКГ
+ Гипертонии
- Миокардита
#
148 основные клинические проявления дифиллоботриоза верны, кроме:
- Боли в животе
- Головокружение, тошнота
- Кожно-аллергические реакции
+ Менингеальный синдром
- Выраженная слабость
#
149 При подозрении на трихинеллез следует назначить больному:
- Декарис
+ Минтезол, вермокс
- Хлоксил
- Ванкин
- Комбантрин
#
150 В физиологических условиях неэнтеропатогенные кишечные палочки участвуют во всех перечисленных процессах, кроме:
- Участвует в процессе пищеварения
- Обладает антогонистическими свойствами в отношении стафилококков
- Обладает антогонистическими свойствами в отношении грибов типа кандида
- В синтезе витаминов группы В
+ В синтезе желчи
#
151 Тяжесть клинических проявлений при трихинеллезе зависит от:
- Количества поступивших инвазионных личинок
- Уровня неспецифической резистентности и иммунитета инвазированного
- Особенностей штамма возбудителя
- Ни от одного из этих признаков

+ От всего перечисленного
#
152 Заражение дифиллоботриозом происходит:
- От больного человека
- При употреблении сырого мяса крупного рогатого скота
- При употреблении в пищу сырого свиного мяса
+ При употреблении свежей икры и сырой рыбы
- Всего перечисленного
#
153 Для характеристики тениоза все перечисленные утверждения верны, кроме:
+ Заражение человека происходит при употреблении в пищу сырого свиного мяса
- Возбудитель может паразитировать у человека в половозрелой и личиночной стадии
- Взрослый гельминт паразитирует в тонком кишечнике в течение многих лет
- Членики паразита активно выходят из ануса
- Цистицеркоз развивается в результате попадания в желудок яиц цепня свиного
#
154 Для тениаринхоза характерно все перечисленное, кроме:
+ Человек заражается при употреблении в пищу сырого свиного мяса
- Взрослый гельминт в течение многих лет живет в тонком кишечнике человека
- Основные факторы патогенеза - механическое, токсико-аллергическое и рефлекторное воздействие паразита на организм человека
- Патогномоничный симптом - самопроизвольное выползание члеников из ануса
- В перианальном соскобе и кале обнаруживаются яйца паразита
#
155 Основными эпидемиологическими характеристиками гименолепидоза является все перечисленное, кроме:
- Возбудитель живет в тонком кишечнике человека, как во взрослой стадии, так и в личиночной
- Характерно возникновение внутрикишечной аутореинвазии
+ Заражение происходит при упортреблении речной рыбы
- Продолжительность жизни карликового цепня 3 месяца
- Заражение происходит при контакте с больными и предметами, загрязненными его фекалиями
#
156 Токсокароз характеризуется всем перечисленным, кроме:
+ Источник инвазии - человек
- Характерно развитие эозинофильной лейкемоидной реакции крови
- Часто отмечается увеличение печени и селезенки
- Патологический процесс связан с миграцией и жизнедеятельностью личинок токсокар
- Основные методы диагностики - серологические
#
157 Развитие миокардита при трихинеллезе связано с:
- Поражением сердечной мышцы трихинеллами
- Аллергическим поражением сердечной мышцы
- Нарушением кровообращения сердечной мышцы
- Паразитической интоксикацией
+ Всем выше перечисленным
#
158 Основной синдром, характерный для ботулизма:
+ Паралитический
- Гастроинтестинальный
- Общеинтоксикационный
- Колитический
- Геморрагический
#
159 Важным, кардинальным признаком неврологических нарушений при ботулизме является:
+ Симметричность поражений
- Асимметричность поражений
- Клонические и тонические судороги, сильные мышечные боли
- Менингеальный синдром
- Гиперстезия
#
160 Возбудителем при гименолепидозе является:
+ Цепень карликовый
- Лентец широкий

- Аскарида
- Цепень свиной
- Цепень бычий
#
161 При ботулизме могут наблюдаться следующие нарушения зрения:
- Нарушение конвергенции, аккомодации
- Глазодвигательные расстройства
- "Туман", "сетка" перед глазами
- Диплопия
+ Все выше перечисленные симптомы
#
162 При глубоких поражениях нервных структур, в тяжелых случаях ботулизма имеет место (или может иметь место):
- Полная наружная и внутренняя офтальмоплегия
- Выраженный парез мышц лица
- Афонии
- Анартрия
+ Все перечисленное
#
163 Первые клинические проявления брюшного тифа совпадают с периодом;
- Брюшнотифозного энтерита
- Лимфангита тонкого кишечника
- Мезентериита
+ Бактериемии
- Вирусемии
#
164 При брюшном тифе наблюдается:
- Гипертония
+ Гипотония
- Тахикардия
- Техиптоэ
- Угнетение сознания
#
165 Место преимущественного внедрения возбудителя сальмонеллеза в организме человека:
- Желудок
+ Тонкий кишечник
- Толстый кишечник
- Мезентериальные лимфатические узлы
- Ротоглотка
#
166 Размножение сальмонелл в организме в основном происходит:
- На слизистой верхних дыхательных путей
- В желудке
+ В тонком кишечнике
- В мезентериальных лимфоузлах
- В толстой кишке
#
167 Основными структурными единицами, в которых происходит размножение сальмонелл, являются:
+ Энтероциты
- Эритроциты
- Лейкоциты
- Тромбоциты
- Эозинофилы
#
168 Источник заражения при гименолепидозе:
- Волк
- Крупный рогатый скот
- Грызуны
- Птицы
+ Человек
#
169 Для специфического лечения гименолепидоза применяются следующие препараты:
- Аспирин

+ Празиквантель
- Дициноп
- Преднизолон
- Гепарин
#
170 Большое разнообразие серологических разновидностей эшерихий обусловлено наличием:
- К-антигена
- Н-антигена
+ 0-антигена
- Фимбриальных (пили-) антигенов
- Vi - антител
#
171 Возбудителем тениоза является:
- Карликовый цепень
- Острицы
+ Цепень вооруженный
- Цепень невооруженный
- Эхинококк
#
172 При тяжелой форме тениоза (цистоцеркоз) может поражать:
- Головной мозг
- Мышцы
- Кости
- Органы зрения
+ Все выше перечисленное
#

ОСТРЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

1 В состав спинномозговой жидкости в норме входит все перечисленное, кроме:
- Белка
- Нейтрофилов
- Лимфоцитов
+ Эритроцитов
- Сахара
#
2 На величину ликворного давления могут оказывают влияние:
- Эмоции
- Резкое сгибание и разгибание головы
- Фармакологические препараты
- Интоксикация
+ Все перечисленное
#
3 Возбудителями при гнойных бактериальных менингитах могут быть:
- Менингококк, пневмококк
- Клебсиелла, гемофильная палочка
- Стрептококк, стафилококк
- Синегнойная палочка, протей
+ Все перечисленное
#
4 Ведущим патогенетическим механизмом гнойных менингитов являются:
- Септический и гипертензионный
- Ликвородинамический по гипертензионному типу
- Только токсический
- Только инфекционно-аллергический
+ Септический, токсический и аллергический
#
5 При гнойных менингитах и серозных менингитах преимущественно поражаются:
- Твердая и паутинная мозговые оболочки
+ Мягкая мозговая оболочка

- Только паутинная
- Мягкая и твердая мозговые оболочки
- Только твердая
#
6 Для пневмококкового менингита характерны все следующее признаки, кроме:
- Острого начала
- Ранних признаков менингоэнцефалита
- Высокой летальности
- Гнойного характера ликвора
+ Серозного характера ликвора
#
7 Для инфлюэнц-менингита характерны все следующие признаки, кроме:
- Чаще болеют дети от 2-х месяцев до 3-х лет
- Возбудителем является грам-отрицательная гемофильная палочка гемофилюс инфлюэнца
- Ликвор гнойный с большим количество возбудителя
+ Заболевание протекает в легкой форме
- Часто в исходе заболевания наблюдается продуктивный лептопахименингит, эпендиматит
#
8 Возбудителями серозных бактериальных менингитов являются все перечисленные, кроме:
- Бруцелл
- Лептоспир
- Микобактерий туберкулеза
+ Энтеровирусов
- Листерелл
#
9 Серозные изменения в ликворе в разгаре гнойного менингита:
- Не бывают
- Бывают при менингите вирусно-бактериальной этиологии
+ Характерны для начальной стадии процесса
- Характерны для менингококковой и пневмококковой этиологии
- Отмечены в запущенных случаях
#
10 Если очаговая симптоматика при гнойном менингите появляется рано и быстро регрессирует, то она обычно связана с:
- Паренхиматозным кровоизлиянием
- Энцефалитом
- Транзиторными гемодинамическим нарушением
- Транзиторными лимфодинамическими нарушениями
+ Отеком головного мозга
#
11 Низкое содержание сахара при гнойном менингите характерно для:
+ Затяжного течения заболевания
- Кокковой флоры
- Бациллярной флоры
- Ранней реконвалесценции
- Периода разгара болезни
#
12 К первичным серозным вирусным менингитам относятся все перечисленные, кроме:
- Острого лимфоцитарного хориоменингита
+ Паротитного менингита
- Туберкулезного менингита
- Герпетического менингита
- Энтеровирусных менингитов
#
13 Для лимфоцитарного хориоменингита характерны все следующие признаки, за исключением:
+ Чаще протекает в среднетяжелой форме
- В спинномозговой жидкости рано обнаруживаются полиморфно-ядерные клетки

- Иногда протекает по типу менингомиелита
- Часто развитие менингоэнцефалита
- Дифференциальный диагноз следует проводить с полиомиелитом
#
14 Для энтеровирусных менингитов характерно все перечисленное, кроме:
- Летне-осенняя сезонность
- Острый характер заболевания
- Двух, трех волновая лихорадка
+ Гнойный характер ликвора
- Иногда наличие макуло-папулезной сыпи
#
15 Основное направление терапии при лечении серозных вирусных менингитов:
- Применение экзогенного интерферона
- Стимуляцию эндогенного интерферона
- Назначение адаптогенных вакцин
- Применение противовирусных препаратов
+ Всего перечисленного
#
16 Что из перечисленного характеризует этиологию и эпидемиологию клещевого энцефалита, за исключением:
- Возбудителем клещевого энцефалита является вирус
- Переносчиком и основным резервуаром вируса являются иксодовые клещи
- Основные пути передачи трансмиссивный и через сырое молоко коз или коров
+ Характерна осенне-зимняя сезонность
- Больной человек не заразен для окружающих
#
17 Для клинической картины клещевого энцефалита характерны следующие синдромы:
- Общеинтоксикационный
- Менингиальный
- Энцефалитический
- Полиомиелитный и полирадикулоневро-тический
+ Все перечисленное
#
18 Различают следующие формы клещевого энцефалита;
- Лихорадочная
- Менингеальная
- Менингоэнцефалитическая
- Полирадикулоневротическая
+ Все перечисленное
#
19 Для лечения клещевого энцефалита используют все следующие методы, кроме:
- Патогенетической терапии
- Специфического иммуноглобулина
+ Антибиотикотерапии
- Симптоматической терапии
- Десенсибилизирующая терапия
#
20 Для клинической картины японского энцефалита характерно все перечисленное, кроме:
- Острого начала
- Неправильного характера температурной кривой
- Поражения центральной и периферической нервной системы
- Изменений в спинномозговой жидкости
+ Легкого течения заболевания
#
21 Со стороны нервной системы при японском энцефалите отмечаются все следующие изменения, кроме:
+ Нарушения психики

- Поражения черепно-мозговых нервов
- Общемозгового и менингеального синдрома
- Нарушения чувствительной сферы
- Развития вялых параличей и парезов
#
22 Для лечения японского энцефалита применяют все ниже перечисленное, кроме:
- Серотерапии
+ Противовирусных препаратов
- Патогенетической терапии
- Симптоматической терапии
- Глюкокортикостероидов
#
23 К проявлениям коревого энцефалита можно отнести:
- Сонливость, заторможенность
- Поражение зрительного и слухового нервов
- Параличи конечностей
- Отсутствие брюшных рефлексов
+ Все перечисленное
#
24 Краснуха (энцефалитическая форма) имеет следующие особенности;
- Развивается редко
- Признаки энцефалита появляются вскоре после исчезновения сыпи или на фоне экзантемы
- Отмечается тяжелое течение и высокая летальность
- Проявляется очаговыми поражениями, развитием гемипарезов
- Все перечисленное
#
25 Для этиологии и эпидемиологии полиомиелита характерны следующие признаки:
- Возбудитель относится к семейству кишечных вирусов
- Длительно сохраняется при замораживании
- Резервуаром инфекции является больной человек
- Источником инфекции является больной человек и лица с латентными формами заболевания
+ Все перечисленное
#
26 Для полиомиелита характерно все, кроме:
+ Болеет преимущественно взрослое население
- Репликация вируса в кишечном тракте
- ЦНС включается в патологический процесс в результате проникновения вируса в кровь
- Гуморальные антитела защищают ЦНС от проникновения вируса
- Поражения обнаруживаются главным образом в ганглиозных клетках и клетках передних рогов спинного мозга
#
27 Для препаралитической стадии полиомиелита характерны все следующие симптомы, кроме:
- Вялость, сонливость
- Появление болей в позвоночнике и конечностях
- Появление менингеального синдрома
+ Развитие судорог
- Повышение температуры тела
#
28 Для паралитической стадии полиомиелита характерны:
- Улучшение самочувствия больного, уменьшения интоксикации
- Снижение тонуса мышц и сухожильных рефлексов
- Развитие вялых параличей
- Поражения черепно-мозговых нервов
+ Все перечисленное
#
29 Все перечисленное ниже характерно для энтеровирусной инфекции, кроме;
- Различные серотипы могут вызвать летальные исходы у новорожденных

- Инфекция новорожденных может сопровождаться синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания
- У новорожденных может наблюдаться менингит
+ У новорожденных может быть некротический гепатит
- В основе повышенной чувствительности у детей к энтеровирусам лежат неполноценность механизмов иммунологической защиты
#
30 Острый миоперикардит у взрослых, связанный с вирусами Коксаки, характеризуется всеми следующими признаками, кроме:
+ Обычно доброкачественное (легкое) течение заболевания
- За рецидивом острого заболевания следует период выздоровления
- Длительная инфекция с рецидивами может быть связана с иммунологической недостаточностью
- Нарушения ритма сердечных сокращений
- Увеличения размеров сердца
#
31 Каждое из перечисленного ниже характеризует болезнь Борнхольма, кроме:
- Начинается с сильных болей в нижней части грудной клетки.
- Стойкая лихорадка.
- Вызывается вирусом Коксаки
+ Характерным является отсутствие головной боли.
- Приступообразный характер миалгий
#
32 Серозные менингиты при энтеровирусной инфекции характеризуются всем перечисленным, кроме:
- Острого начала заболевания, длительности лихорадочного периода 4-7 дней, иногда двухволнового течения лихорадки.
- Наличия менингеального синдрома.
- Гиперемией лица, конъюнктив, склер, иногда наличием экзантемы.
+ Гнойным цитозом в разгар болезни, повышенным содержанием белка в ликворе.
- Лимфоцитарным цитозом, нормальным содержанием белка в ликворе.
#
33 Основные причины поствакцинальных поражений нервной системы связаны с:
- Нарушением условий и техники прививок.
- Проведением прививок в момент заболевания острым инфекционным заболеванием.
- Проведением прививок на фоне тяжелых соматических заболеваний.
- Проведением прививок у больных с тяжелыми аллергическими заболеваниями, у больных с иммунодефицитами.
+ Все перечисленное.
#
34 Поствакцинальные поражения нервной системы могут протекать в виде:
- Поражение периферической нервной системы
- Менингоэнцефалитов.
- Энцефаломиелитов.
- Энцефалопатии.
+ Всего перечисленного.
#
35 Поствакцинальный энцефалит и менингоэнцефалит характеризуется следующими клиническими проявлениями:
- Чаще всего развивается через 10-12 дней после прививки.
- Начало острое, высокая температура
- Отек и набухание головного мозга.
- Моно и гемипарезы.
+ Все перечисленное.
#
36 Для лечения поствакцинальных осложнений со стороны ЦНС применяют:
- Кортикостероидную терапию.
- Дезинтоксикационную терапию.

- Борьбу с дессиминацией вируса вакцины (введение специфического у -глобулина).
- Антибактериальную терапию.
+ Все перечисленное.
#
37 Основными звеньями патогенеза при бешенстве являются все перечисленные, кроме:
- Распространение по периневральным пространствам и нервным волокнам
- Фиксация и репликация вируса в нейронах продолговатого мозга, гипокампа, узлах основания мозга
- Повышение рефлекторной возбудимости с последующим развитием параличей
- Центробежное распространение вируса с ЦНС в различные органы
+ Обнаружение вируса в крови
#
38 Основными источниками инфекции при бешенстве являются:
- Собаки.
- Лисы.
- Волки.
- Сельскохозяйственные животные.
+ Все перечисленные животные.
#
39 В клиническом течении бешенства различают следующие стадии заболевания:
- Инкубационный период заболевания.
- Период предвестников.
- Стадию возбуждения.
- Стадию параличей.
+ Все перечисленное.
#
40 Для лечения больных бешенством применяют следующие методы:
- Введение антирабической вакцины.
- Введение антирабического гамма-глобулина
- Использование препаратов интерферона, рифампицина
- Симптоматическая
+ Все перечисленное.
#
41 К клиническим проявлениям боррелиоза относится все перечисленное, кроме:
- Появления первичного аффекта на месте укуса клеща
- Высокой температуры, головной боли, болей в конечностях и пояснице
+ Наличия в течение болезни от 10 до 20 приступов болезни
- Менингеального синдрома
- В крови умеренного лейкоцитоза, лимофоцитоза, эозинопении
#

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

1 Ведущая жалоба при острой кишечной диарее являются все кроме:
- Боли в животе
- Рвота
- Лихорадка
+ Нарушение остроты зрения
- Частый жидкий стул
#
2 Патогномоничный симптом при менингококкемии:
- Лихорадка
- Рвота
- Головная боль
- Жидкий стул
+ Звездчатая геморрагическая сыпь появляется в первые сутки болезни
#
3 Для послабляющей лихорадки характерно всё, кроме:
- Суточное колебание температуры 1-2 град., не достигая нормы

- Познабливания
- Потоотделение
- Типично для бруцеллёза
+ Температура в течение суток снижается до нормы
#
4 Для возвратной лихорадки характерно всё, кроме:
- Чередование высокой постоянной лихорадки до недели с нормальной температурой до 5-7 дней
- Температура снижается критически
- При снижении температуры обильное потоотделение
+ При снижении температуры нет потоотделения
- Типично для возвратного сыпного тифа
#
5 Генерализованная лимфаденопатия характерна при всех заболеваниях, кроме:
- Инфекционный мононуклеоз
- Бруцеллёз
- ВИЧ-инфекция
+ Дифиллоботриоз
- Краснуха
#
6 Какой класс иммуноглобулинов защищает слизистую оболочку дыхательных путей и ЖКТ:
- Ig M
- Ig G
+ Ig A
- Ig D
- Ig E
#
7 Розеолезная сыпь может встречаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
- Брюшного тифа
- Паратифа А и Б
- Сыпного тифа
+ Гриппа
- Псевдотуберкулез.
#
8 Определение бацилл:
+ Спорообразующие аэробы
- Факультативные анаэробы
- Условно-патогенные кокки
- Патогенные кишечные палочки
- Непатогенные кишечные палочки
#
9 Определение клостридий:
- Дрожжеподобные грибы
- Простейшие
+ Спорообразующие анаэробы
- Неспорообразующие анаэробы
- Спорообразующие аэробы
#
10 Для пассивно приобретенного иммунитета характерно все перечисленное, кроме:
- Антибактерический
- Антитоксический
+ Антигельминтозный
- Антивирусный
- Трансплантационный
#
11 Причинами энцефалопатии у инфекционных больных являются:
- Воспаление головного мозга и (или) оболочек
- Нарушение кровотока и метаболизма
- Интоксикация микробного происхождения
- Ничего из перечисленного
+ Все перечисленное
#
12 Какой класс иммуноглобулинов появляется сразу после первичной антигенной стимуляции:
+ Ig M

- Ig G
- Ig A
- Ig D
- Ig E
#
13 Для состояния сопора не характерно:
- Угнетенное сознание с отсутствием словесного контакта
- Сохранение реакции на боль
+ Отсутствие зрачковых, корнеальных рефлексов
- Часто возбуждение, тремор
- Бред
#
14 В состоянии глубокой комы не наблюдается:
- Отсутствие сознания
+ Сохранение реакции на боль
- Угнетение сухожильных и других рефлексов
- Непроизвольное мочеиспускание, дефекация
- Грубые нарушения дыхания
#
15 Основные направления и принципы лечения инфекционных болезней направлены на:
- Воздействие на возбудителя
- Нейтрализацию токсинов
- Воздействие на макроорганизм
- Детоксикацию
+ Все выше перечисленное
#
16 К средствам специфического воздействия на возбудителя относится все вышеперечисленное, кроме:
- Антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны
- Интерфероны
- Бактериофаги
- Сыворотки, иммуноглобулин
+ Жаропонижающих
#
17 К неспецифическим методам лечения инфекционных болезней относятся:
- Дезинтоксикационная терапия.
- Препараты крови и кровезаменители.
- Кортикостероидная терапия.
- Гемодиализ. Плазмоферез
+ Все перечисленное
#
18 Показаниями к гормональной терапии при инфекционных заболеваниях являются:
- Нейротоксикоз с гипертермией
- Инфекционно-токсический шок
- Отек и набухание головного мозга, вирусные и поствакцинальные энцефалиты
- Выраженные аллергические и аутоиммунные реакции
+ Все перечисленное
#
19 Для какого инфекционного заболевания, характерно рецидивирующие течение:
- Пищевые токсикоинфекции
- Грипп
+ Малярия
- Ботулизм
- Менингококковая инфекция
#
20 Для профилактических прививок применяют:
- Живые вакцины
- Убитые вакцины
- Химические вакцины
- Анатоксины
+ Все перечисленное
#
21 Основными клиническими симптомами лекарственной аллергии являются:
- Сыпь, отеки, кожный зуд

- Лихорадка, лимфаденопатия
- Артралгии
- Стоматит, гингивит, глоссит
+ Все перечисленное
#
22 При применение каких препаратов наиболее развивается лекарственный дисбактериоз
- Сердечно-сосудистые средства
+ Антибиотиков
- Гипотензивные средства
- Кортикостероидов
- Транквилизаторов
#
23 Основным фактором, способствующим возникновению дисбактериоза, является:
- Кратность приема препарата
- Короткий курс лечения
- Путь введения препарата в организм
- Длительность применения и повторные курсы лечения
+ Механизм действия препарата
#
24 Ведущим клиническим симптомом при дисбактериозе является все кроме:
- Лихорадка
- Кожная сыпь
+ Артралгия
- Дисфункция желудочно-кишечного тракта
- Стоматит
#
25 Фекально-оральный механизм передачи возбудителя характерен для всех перечисленных заболеваний, кроме:
- Брюшной тиф
- Холера
+ Грипп
- Шигеллез
- Сальмонеллез
#
27 Воздушно-капельный механизм передачи возбудителя характерен для всех перечисленных заболеваний, кроме:
- Дифтерия
- Грипп
- Коклюш
+ Бешенств
- Туберкулез легких
#

СЕПСИС

1 Сепсис может вызываться следующими возбудителями:
- Стафилококком и стрептококком
- Синегнойной палочкой и протеем
- Анаэробной флорой и бактероидами
- Условно-патогенной и грибковой флорой
+ Все ответы правильные
#
2 Ведущим механизмом в развитии грамотрицательного сепсиса является все перечисленное, кроме:
- Действия эндотоксина
- Преморбидного фона
+ Действия экзотоксина
- Сопутствующие заболевания
- Иммунитет
#
3 В развитии сепсиса играют роль следующие факторы:
- Преморбидный фон
- Количество проникших в организм микроорганизмов
- Пути проникновения возбудителя в организм

- Состояние макроорганизма
+ Все выше перечисленное
#
4 Входными воротами при сепсисе могут быть:
- Кожа и слизистые
- Мочеполовая система
- Органы дыхания
- Кости
+ Все перечисленное
#
5 Со стороны иммунной системы при сепсисе могут наблюдаться:
- Угнетение фагоцитоза
- Стимуляция гуморального иммунитета
- Подавление Т-лимфоцитов хелперов
+ Все перечисленное
- активация Т-лимфоцитов супрессоров
#
6 Основные формы поражения нервной системы при сепсисе в периоде разгара: 1) гнойный менингит 2) гнойный менингоэнцефалит 3) абсцесс головного мозга 4) арахноидит
+ Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
#
7 Наиболее часто при септической пневмонии отмечаются следующие поражения
- Деструкция легочной ткани
- Буллезные изменения в легких
- Застойные изменения в легких
+ Деструкция легочной ткани, буллезные изменения в легких
- Буллезные и застойные изменения в легких
#
8 Острый септический эндокардит клинически проявляется:
- Тяжелым течением
- Расширением границ сердца
- Появлением систолического шума на верхушке сердца и аортальных клапанах
- Выраженная тахикардия
+ Всем перечисленным
#
9 Для острого сепсиса характерны: 1) озноб, высокая температура 2) частые поражения клапанов сердца 3) поражение центральной нервной системы 4) поражение легких
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
10 Поражение мочевыводящей системы при сепсисе может протекать в виде:
- Пиелита
- Пиелонефрита
- Гнойного нефрита
+ Всего перечисленного
- Все перечисленное не соответствует истине
#
11 При остром сепсисе в периферической крови выявляются:
- Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом
- Анемия
- Повышение СОЭ
- Лейкопения с нейтрофильным сдвигом
+ Все перечисленное
#
12 Дифференциальную диагностику сепсиса проводят с:
- Туберкулезом

- Коллагенозами
- Злокачественными новообразованиями
- Лимфопролиферативными заболеваниями
+ Всем перечисленным
#
13 Для лечения острого сепсиса показано:
- Антибактериальная терапия
- Ингибиторы протеаз
- Управляемая гипокоагуляция
- Иммунотерапия
+ Все перечисленное
#
14 Антибактериальная терапия острого сепсиса проводится всеми следующими комбинациями антибиотиков, кроме:
- Цефалоспорины в сочетании с аминогликозидами
- Цефалоспорины в сочетании с пенициллином
- Аминогликозиды в сочетании с пенициллином
+ Пенициллин в сочетании с тетрациклином
- Полусинтетические пенициллины в сочетании с аминогликозидами
#
15 Для лечения анаэробного сепсиса в терапию обязательно включение:
- Пенициллина
- Клафорана
+ Метронидазола
- Бруламицина
- Эритромицина
#
16 Оптимальным путем введения антибиотиков при сепсисе является:
- Внутривенный
- Внутримышечный
+ Сочетание внутривенного и внутримышечного
- Внутриартериальный
- Спинномозговой канал
#
17 Длительность антибактериальной терапии при лечении септического эндокардита составляет:
+ До 6 недель нормальной температуры
- До 10 недель нормальной температуры
- В течение месяца нормальной температуры
- 6 месяцев
- В течение года
#
18 Для ингибиции протеолитических ферментов применяют все перечисленные препараты, кроме:
- Трасилола
- Гордокса
- Контрикала
+ Гепарина
- Сочетание контрикала и гепарина
#
19 Для иммунотерапии острого стафилококкового сепсиса применяют:
- Антистафилококковую плазму
- Антистафилококковый иммуноглобулин
- Медикаментозную иммуннокоррекцию
+ Все выше перечисленное
- иммуноглобулин человеческий
#
20 При лечении септического грамположительного шока показаны:
- Антибактериальная терапия
- Кортикостероидная терапия
- Ингибиторы протеолитических ферментов
- Управляемая гипокоагуляция
+ Все перечисленное
#
21 При молниеносном сепсисе применяется следующая патогенетическая терапия:

- Коррекция кислотно-основного состояния
- Коррекция электролитного дисбаланса
- Дезинтоксикационная терапия
- Кортикостероидная терапия
+ Все перечисленное
#
22 При грамотрицительном септическом шоке показано все перечисленное, кроме:
- Кортикостероидной терапии
- Дезинтоксикационной терапии
+ Антибиотиков-бактериолитиков
- Ингибиторов протеолитических ферментов
- Управляемой гипокоагуляции
#
ТРАНСМИССИВНЫЕ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

1 Возбудителем сыпного тифа является риккетсия:
+ Провачека
- Музера
- Акари
- Бернета
- Сибирика
#
2 Источником сыпного тифа является:
+ Больной человек
- Клеши
- Домашние животные
- Грызуны
- Все перечисленные
#
3 Передача возбудителя при сыпном тифе осуществляется:
+ Вшами
- Комарами
- Клещами
- Грызунами
- Всем перечисленным
#
4 Какие различают фазы патогенеза сыпного тифа:
- Развитие пролиферативно-деструктивного эндоваскулита
- Риккетсиемию
- Токсинемию
- Специфический серозный менингоэнцефалит
+ Все перечисленное
#
5 Патологоанатомические изменения при сыпном тифе характеризуются:
- Наличием специфических сыпнотифозных гранулем в органах
- Увеличением селезенки
- Кровоизлияниями в органах
- Менингоэнцефалитом
+ Всем перечисленным
#
6 В начале заболевания сыпным тифом характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- Гиперемии лица
- Инъекции сосудов склер
- Энантемы на мягком небе
- Высыпания на конъюнктиве
+ Сыпи на коже туловища
#
7 В период разгара клинических проявлений сыпного тифа характерно все перечисленное, кроме:
- Розеолезно-петехиальной сыпи
- Снижения АД
- Усиления головных болей.
+ Энтеро-колитического синдрома
- Лихорадки

#
8 Изменения сыпи при сыпном тифе характеризуются всем перечисленным, кроме:
- Гиперпигментации петехий
- Побледнения розеол.
- Исчезновения петехий через 7-9 дней
+ Повторного подсыпания элементов
- Обилие сыпных элементов
#
9 Поражения сердечно-сосудистой системы при сыпном тифе проявляется всеми следующими симптомами, кроме:
- Тахикардии
- Глухости сердечных тонов
+ Повышения цифр АД
- Расширения границ сердечной тупости
- Изменений на ЭКГ
#
10 Поражение психической сферы при сыпном тифе проявляется в виде:
- Головных болей
- Галлюцинаций
- Возбуждения
- Беспокойство
+ Всего перечисленного
#
11 Для тифозного статуса при сыпном тифе характерно все перечисленное, кроме:
- Беспокойства
- Бреда
- Зрительных и слуховых галлюцинаций
+ Снижения температуры тела
- Расстройство сна
#
12 Характерный для сыпного тифа симптом Говорова-Годелье проявляется всеми следующими изменениями, кроме:
- Затруднения при высовывании языка
- Толчкообразные движения языка
+ Гнусавость голоса
- Тремор языка
- Девиация языка
#
13 К осложнениям сыпного тифа относятся;
- Острая сердечно-сосудистая недостаточность
- Миокардит
- Психоз
- Тромбофлебиты
+ Все перечисленное
#
14 Для симптома Киари-Авцына при сыпном тифе характерно:
+ Петехиальная сыпь на переходных складках коньюктив
- Энантема на мягком небе
- Розеолы на ладонях и подошвах.
- Тремор языка
- Гиперемия, одутловатость лица
#
15 Для этиотропной терапии сыпного тифа применяют все перечисленные препараты, кроме;
- Тетрациклинов
- Левомицетина
+ Пенициллина
- Доксициклин
- Окситетрациклин
#
16 Длительность антибактериальной терапии при сыпном тифе составляет:
+ До 3-го дня нормальной температуры тела
- До 7 дня нормальной температуры тела
- До 14 дня нормальной температуры тела

- До 21 дня нормальной температуры тела
- До 30 дня нормальной температуры тела
#
17 Выписка из стационара при сыпном тифе проводится:
- На 5 день нормальной температуры тела
+ На 12 день нормальной температуры тела
- На 20 день нормальной температуры тела
- На 27 день нормальной температуры тела
- На 30 день нормальной температуры тела
#
18 Возбудителем болезни Брилля является риккетсия:
+ Провачека
- Музера
- Конори
- Бернета
- Сибирика
#
19 В начальный период заболевания при болезни Брилля характерны следующие клинические проявления:
- Лихорадка
- Головная боль
- Энантема на мягком небе
- Симптом Киари-Авцына
+ Все перечисленное
#
20 В период разгара заболевания болезнью Брилля характерны все следующие симптомы, за исключением:
- Розеолезно-петехиальной сыпи
- Лихорадки
- Снижения АД
- Умеренной гепатоспленомегалии
+ Энтероколитического синдрома
#
21 Сыпь при болезни Брилля может быть:
- Розеолезной
- Розеолезно-папулезной
- Петехиальной
- Розеолезно-петехиальной
+ Всей перечисленной
#
22 Для болезни Брилля характерны все перечисленные клинические проявления, кроме:
- Глухости сердечных тонов
- Гепато-лиенального синдрома
- Гипотонии
+ Кишечных кровотечений
- Тифозного статуса
#
23 К осложнениям при болезни Брилля относятся:
- Тромбозы
- Полирадикулоневриты
- Пневмония
- Паротит
+ Все перечисленное
#
24 Особенностями клинического течения болезни Брилля являются:
- Реконвалесценция начинается раньше, протекает быстрее, чем при сыпном тифе
- Осложнения встречаются редко
- Изменения периферической крови неопределенные
- Меньше петехиальной сыпи, чем при сыпном тифе
+ Все перечисленное
#
25 Возбудитель лихорадки Ку:
- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Музера
+ Риккетсии Бернета

- Риккетсии Конори
- Риккетсии Сибирика
#
26 Источник инфекции при лихорадке Ку:
- Дикие животные
- Домашние животные
- Клещи
- Дикие птицы
+ Все перечисленные
#
27 Путь передачи Ку- лихорадки:
- Алиментарный
- Воздушно-капельный
- Трансмиссивный
- Контактный
+ Все перечисленное
#
28 Фазы патогенеза при лихорадке Ку:
- Развитие ретикулоэндотелиоза
- Риккетсиемия
- Токсинемия
- Аллергические реакции
+ Все перечисленные
#
29 Продолжительность инкубационного периода лихорадки Ку:
- До 3-х дней
+ От 3 до 30 дней
- От 30 до 45 дней
- От 45 до 60 дней
- От 60 до 180 дней
#
30 В начальный период болезни для лихорадки Ку характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- Лихорадки
- Гиперемии лица
- Гепатолиенального синдрома
- Менингизма
+ Гематурии
#
31 В разгар болезни для лихорадки Ку характерны все перечисленные симптомы, кроме:
- Лихорадки.
- Розеолезно-папулезной сыпи
- Энцефалопатии
- Миалгии
+ Полинейропатии
#
32 Поражение нервной системы при лихорадке Ку проявляется:
- Заторможенностью
- Возбуждением
- Бредом
- Головной болью и болями в глазных яблоках
+ Всем перечисленным
#
33 К осложнениям лихорадки Ку относятся:
- Плевриты
- Тромбофлебиты
- Артриты
- Инфаркты легких
+ Все перечисленное
#
34 При рецидиве заболевания лихорадкой Ку возможны все перечисленные симптомы, кроме:
- Появление второй волны температуры
- Выраженный астенический синдром
+ Лимфаденопатия

- Гепато-лиенальный синдром
- Нарушение функций нервной системы
#
35 Для лечения лихорадки Ку используют:
+ Тетрациклины, левомицетин
- Аминогликозиды
- Пенициллин
- Сульфаниламиды
- Нитрофураны
#
36 Возбудителем крысиного сыпного тифа являются:
+ Риккетсии Музера
- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Бернета
- Риккетсии Конори
- Риккетсии Сибирика
#
37 Резервуаром инфекции при крысином сыпном тифе являются:
+ Крысы, мыши
- Больной человек
- Домашние животные
- Птицы
- Все перечисленные
#
38 Переносчиком возбудителя при крысином сыпном тифе являются:
- Крысиные блохи
- Человеческие блохи
- Крысиный клещ
- Платяные вши
+ Все перечисленные
#
39 Пути передачи инфекции при крысином сыпном тифе:
- Воздушно-пылевой
- Алиментарный
- Трансмиссивный
- Контактный
+ Все перечисленные
#
40 Длительность лихорадки при крысином сыпном тифе составляет:
- 1-6 дней
+ 7 - 14 дней
- 15-21 день
- 22-30 дней
- Более месяца
#
41 Сыпь при крысином сыпном тифе характеризуется:
- Розеолезными элементами
- Розеолезно-папулезными элементами
- Вторичными петехиями
- Энантемой на мягком небе
+ Всем перечисленным
#
42 Сыпь при крысином сыпном тифе имеет следующие особенности:
+ Элементы сыпи бесследно исчезают с 11-12 дня болезни
- Подсыпание элементов сыпи
- Пигментация на месте элементов сыпи
- Не располагается на ладонях и стопах
- Все перечисленные
#
43 Изменения крови при крысином сыпном тифе характеризуются:
- Лейкоцитозом
- Нормоцитозом
- Аиэозинофилией

- Лимфоцитоз
+ Всем перечисленным
#
44 Возбудителем клещевого сыпного тифа является:
+ Риккетсии Сибирика
- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Музера
- Риккетсии Квинтана
- Риккетсии Бернета
#
45 Резервуаром возбудителя клещевого сыпного тифа являются:
+ Грызуны
- Птицы
- Клещи
- Млекопитающие
- Рептилии
#
46 Пути передачи клещевого сыпного тифа:
- Фекально-оральный
- Воздушно-капельный
+ Трансмиссивный
- Контактный
- Все перечисленные
#
47 Симптомы клещевого сыпного тифа:
- Лихорадка
- Наличие первичного аффекта
- Сыпь
- Регионарный лимфаденит
+ Все перечисленные
#
48 Сыпь при клещевом сыпном тифе носит характер:
+ Розеолезно-папулезной
- Геморрагической
- Пятнисто-папулезной
- Вазикулезной
- Петехиальной сыпи нет
#
49 Для лечения клещевого сыпного тифа используют:
+ Антибиотики тетрациклинового ряда, левомицетин
- Аминогликозиды
- Пенициллин
- Сульфаниламиды
- Нитрофураны
#
50 Возбудитель волынской лихорадки:
+ Рохалимия Квинтана
- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Музера
- Риккетсии Бернета
- Риккетсии Сибирика
#
51 Источник инфекции при волынской лихорадке:
+ Больные или переболевшие люди
- Грызуны
- Птицы
- Клещи
- Вши
#
52 Передача инфекции при волынской лихорадке осуществляется:
+ Вшами
- Клещами
- Блохами

- Комарами
- Всеми выше перечисленными
#
53 Клинические проявления при волынской лихорадке: 1) лихорадка 2) мышечные боли 3) розеолезная сыпь 4) боли в суставах
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 2)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
+ Верно 1), 2), 3), 4)
#
54 Для лечения больных волынской лихорадкой применяют:
- Глюкокортикоиды
+ Тетрациклины
- Сульфаниламиды
- Нитрофураны
- Солевые кристаллоиды
#
55 Возбудителем везикулезного риккетсиоза являются:
+ Риккетсии Акара
- Риккетсии Музера
- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Сибирика
- Риккетсии Бернета
#
56 Резервуаром возбудителя везикулезного риккетсиоза являются:
+ Грызуны
- Дикие животные
- Домашние животные
- Человека
- Птицы
#
57 Передача везикулезного риккетсиоза осуществляется:
- Вшами
+ Клещами
- Комарами
- Блохами
- Всеми перечисленными
#
58 Путь передачи инфекции при везикулезном риккетсиозе:
+ Трансмиссивный
- Воздушно-капельный
- Фекально-оральный
- Контактный
- Все перечисленные
#
59 Клинические проявления при везикулезном риккетсиозе характеризуются всем перечисленным, кроме:
- Развития первичного аффекта
- Регионарного лимфаденита
- Пятнисто-папулезной сыпи
+ Поражения внутренних органов и вовлечения в процесс черепно-мозговых нервов
- Лихорадки
#
60 Источник инфекции при марсельской лихорадке:
+ Собачий клещ
- Больной человек
- Блохи
- Птицы
- Грызуны
#
61 Возбудителем марсельской лихорадки является:
- Риккетсии Провачека
+ Риккетсии Конорачи

- Боррелия рекурренс
- Риккетсии Музера
- Риккетсии Сибирика
#
62 Переносчики инфекции при марсельской лихорадке:
+ Клещи
- Комары
- Вши
- Блохи
- Все перечисленные
#
63 Клинические проявления марсельской лихорадки:
- Первичный аффект, макулопапулезная сыпь
- Эндопериваскулит
- Лихорадка
- Поражение нервной системы
+ Все перечисленное
#
64 Длительность лихорадочного периода при марсельской лихорадке:
- 1-2 дня
+ 3 - 10-дней
- 20-30 дней
- Более месяца
- Более 3-х месяцев
#
65 Возбудитель эпидемического возвратного (вшивого) тифа:
- Риккетсия Провачека
- Риккетсия Бернета
+ Боррелия рекурренс
- Риккетсии Музера
- Риккетсии Сибирика
#
66 Источник инфекции при возвратном (вшивого) тифе:
+ Больной человек
- Грызуны
- Клещи
- Блохи
- Дикие животные
#
67 Переносчик инфекции при возвратном (вшивого) тифе:
+ Вши
- Блохи
- Клеши
- Комары
- Все перечисленные
#
68 Основными факторами патогенеза возвратного тифа являются все перечисленные, кроме;
- Спирохетемии и токсемии
- Повреждающего действия токсина на стенку сосуда
- Образования некрозов и инфарктов во внутренних органах
+ Образования специфических "тифозных гранулем" или узелков
- Формирование иммунитета
#
69 Патологические изменения при возвратном тифе включают:
- Спленомегалию
- Некротические очаги в селезенке
- Кровоизлияния в головном мозге
- Паренхиматозный нефрит
+ Все перечисленное
#
70 Наиболее характерные клинические проявления возвратного (вшивого) тифа:
- Лихорадка, озноб, головная боль, боль в мышцах
- Тошнота, рвота, боли в левом подреберье

- Гепатоспленомегалия
- Тромбогеморрагический синдром
+ Все перечисленное
#
71 Клиническое течение возвратного тифа характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Сменой лихорадки периодами апирексии
- Невралгиями
- Головной боли, бессонницы
+ Обесцвечиванием кала и потемнением мочи
- Миалгиями
#
72 Для лечения больных возвратным (вшивым) тифом применяют:
- Пенициллин
- Левомицетин
- Тетрациклин
- Ампициллин
+ Все перечисленное
#
73 Возбудителем клещевого возвратного тифа является:
+ Боррелия
- Риккетсия Музера
- Риккетсия Акара
- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Бернета
#
74 В патогенезе клещевого возвратного тифа участвуют все перечисленные факторы, кроме:
- Циркуляции возбудителя в крови
- Массовой гибели боррелий, токсинемия
+ Экзотоксинемии
- Геморрагических инфарктов в некрозов печени и селезенке
- Токсического поражения ЦНС и вегетативной НС
#
75 Инкубационный период клещевого возвратного тифа:
- 1-4 дня
+ 5-15дней
- 16 - 20 дней
- 21 -30 дней
- 31 -45 дней
#
76 Наиболее характерные клинические симптомы клещевого возвратного тифа:
- Лихорадка, озноб, жажда, боли в крупных суставах
- Мышечные боли, головные боли, нарушения сна, бред, возбуждение
- Изменения сердечно-сосудистой системы
- Наличие первичного аффекта
+ Все перечисленное
#
77 Клиническое течение клещевого возвратного тифа характеризуется:
+ Сменой лихорадки апирексией
- Нарастанием явлений менингита
- Повышением артериального давления
- Поражением почек
- Всем перечисленным
#
78 Основным фактором патогенеза столбняка является:
- Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов
+ Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны
- Общее воздействие токсина на кору головного мозга
- Воздействием токсина на сосудодвигательный центр
- Все перечисленное
#
79 В патогенезе столбняка участвуют все перечисленные факторы, кроме:
- Повышения пропускной способности нервно-мышечные синапсов
- Поражения жизненно-важных центров (дыхания и ядер вагуса)

- Гиперактивности симпатической нервной системы
+ Метаболического алкалоза
- Метаболического ацидоза
#
80 Ранними кардинальными признаками болезни при столбняке являются
все перечисленные, кроме:
- Тетанических судорог
- Тризма
- "Сардонической улыбки"
- Дисфагии
+ Потеря сознания
#
81 Основные критерии тяжести столбняка:
- Длительность инкубационного периода и быстрота проявления судорог от начала болезни
- Выраженность судорожного синдрома
- Температурная реакция, состояние сердечно-сосудистой системы
- Наличие осложнений
+ Все перечисленное
#
82 Нарушение дыхания при столбняке обусловлено всеми перечисленными факторами, кроме:
- Тонического напряжения диафрагмы и межреберных мышц
- Уменьшения амплитуды дыхательных движений
+ Потери сознания
- Судорожных спазмов дыхательной мускулатуры
- Поражения дыхательного центра
#
83 Судорожный синдром при столбняке характеризуется всем перечисленным, кроме:
- Тонического напряжения мышц
- Сильных болей в мышцах
- Общих тетанических судорог
+ Гиперкинезов
- Резкой тахикардии и потливости во время приступа
#
84 К возможным осложнениям, связанным с поражением мышц и судорогами при столбняке относятся:
- Разрывы мышц, мышечные контрактуры
- Переломы трубчатых костей
- Компрессионные переломы позвоночника
- Переломы нижней челюсти
+ Все перечисленное
#
85 Причинами смерти больных при столбняке могут быть:
- Асфиксия
- Паралич дыхательного центра
- Паралич миокарда
- Гнойно-септические осложнения
+ Все перечисленное
#
86 Основными принципами терапии столбняка является все перечисленное, кроме:
- Хирургической обработки раны
- Нейтрализации циркулирующего в крови токсина
- Снятия судорожного синдрома
+ Применения дыхательных аналептиков
- Коррекции кислотно-основного состояния
#
87 Тропическая малярия вызывается возбудителем вида:
+ Фальципарум
- Овале
- Вивакс
- Малярия
- Всеми перечисленными
#
88 Основные звенья патогенеза при малярии включают:
- Паразитемию

- Водно-электролитные нарушения
- Анемию
- Гемодинамические нарушения
+ Все перечисленное
#
89 Эритроцитарная шизогония длительностью 72 часа характерна для:
- Тропической малярии
- Овале-малярии
+ Четырехдневной малярии
- Трехдневной малярии
- Всего перечисленного
#
90 Основными клиническими формами осложненной малярии являются:
- Церебральная
- Алгидная
- Гемолитическая
- Тифоподобная
+ Все перечисленные
#
91 К малярии, имеющей рецидивирующее течение, относится:
- Трехдневная малярия
- Овале-малярия
- Тропическая малярия
- Четырехдневная малярия
+ Все перечисленные
#
92 Тропическая малярия характеризуется следующими клиническими признаками:
- Энцефалопатия и нефропатия
- ДВС-синдром
- Гемолиз
- Диарея
+ Все перечисленное
#
93 Для тропической малярии характерны все следующие осложнения, кроме:
- Комы
- Гемоглобинурийной лихорадки
- Гемолитической анемии
- Инфекционно-токсического шока
+ Паралитического синдрома
#
94 Специфическое лечение малярии заключается в воздействии препаратов на все перечисленные формы возбудителя, кроме:
- Тканевых форм
- Эритроцитарных форм
- Половых форм
+ Спорозоитов
- Тканевые и эритроцитарные формы
#
95 Источником инфекции и резервуаром лейшманиоза являются:
- Собаки
- Дикие животные из семейства псовых
- Больной человек
- Грызуны
+ Все перечисленные
#
96 Механизм заражения лейшманиозом:
- Алиментарный
- Контактно-бытовой
+ Трансмиссивный
- Капельный
- Все перечисленные
#
97 Переносчиками лейшманиоза являются:

- Комары
+ Москиты
- Мухи
- Клещи
- Все перечисленные
#
98 Основными звеньями патогенеза кожных форм лейшманиоза является:
- Проникновение и размножение возбудителя в месте входных ворот
- Образование специфической гранулемы
- Развитие некротических процессов в гранулеме
- Образование и рубцевание язв
+ Все перечисленное
#
99 Основные звенья патогенеза висцеральных форм лейшманиоза:
- Проникновение и размножение возбудителя в клетки ретикулоэндотелиальной системы и развитие системного паразитарного ретикулоэндотелиоза
- Возникновение тяжелых обменных расстройств под влиянием продуктов метаболизма возбудителя
- Развитие специфической сенсибилизации организма больного
- Развитие некротических дегенеративных процессов в органах
+ Все перечисленные
#
100 У человека наблюдаются все следующие клинические формы лейшманиоза, кроме:
+ Бубонной
- Висцеральной
- Кожной
- Кожно-слизистой
- Хронический
#
101 Висцеральный лейшманиоз характеризуется всеми следующими клиническими признаками, кроме:
+ Артралгии
- Постепенного начала болезни
- Длительной волнообразной лихорадки
- Прогрессирующей анемии
- Геморрагического синдрома
#
102 Клиническая картина крови у больных висцеральным лейшманиозом характеризуется:
- Снижением гемоглобина
- Лейкопенией и тромбоцитопенией
- Агранулоцитозом
- Резким увеличением СОЭ
+ Всем перечисленным
#
103 При висцеральном лейшманиозе в случаях с выраженной лейкопенией наблюдаются следующие осложнения:
- Пиодермия
- Флегмоны
- Некротический тонзиллит, пневмония
- Энтероколиты
+ Все перечисленное
#
104 Для лечения лейшманиоза применяется все перечисленное, кроме:
- Препаратов сурьмы
- Антибиотиков
- Общеукрепляющих средств
+ Сульфаниламидных препаратов и гормонов
- Дезинтоксикационных средств
#
105 Возбудитель лихорадки Паппатачи относятся к:
- Ротавирусам
- Миксовирусам
- Пикорнавирусам
+ Буньявирусам
- Энтеровирусам

#
106 Основной хозяин вируса лихорадки паппатачи:
- Животные
+ Человек
- Грызуны
- Птицы
- Москиты
#
107 Механизм передачи лихорадки паппатачи:
- Алиментарный
+ Трансмиссивный
- Контактно-бытовой
- Капельный
- Все перечисленное
#
108 Длительность инкубационного периода при лихорадке паппатачи:
- Несколько часов
+ 3-9дней
- 10-12дней
- 13-15дней
- 16-20 дней
#
109 Резервуар и переносчик лихорадки паппатачи:
- Клещи
+ Москиты
- Комары
- Мухи
- Грызуны
#
110 Для лихорадки Паппатачи характерны;
- Острое, бурное начало
- Высокая лихорадка
- Сухость кожи, одутловатость лица
- Сильная головная и мышечные боли
+ Все перечисленное
#
111 К характерным клиническим особенностям лихорадки Паппатачи относятся:
- Гиперемия конъюнктив и инъекция сосудов склер
+ Симптом Пика (резко выраженная гиперемия конъюнктивы в форме треугольника, обращенного вершиной к роговице)
- Редкая розеолезная и папулезная сыпь
- Боль в глазных яблоках
- Все перечисленное
#
112 Возбудитель лихорадки Денге относится к:
- Ротавирусам
- Миксовирусам
- Пикорнавирусам
+ Арбовирусам
- Энтеровирусам
#
113 Источник инфекции при Денге: 1) грызуны 2) больной человек 3) комары 4) обезьяны
- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
+ Верно 2)
- Верно 1), 2), 3), 4)
- Верно 1),2),4)
#
114 Механизм передачи Денге:
- Алиментарный
+ Трансмиссивный
- Контактно-бытовой
- Капельный

- Аэрогенный
#
115 Длительность инкубационного периода при Денге:
- 1-2дня
- 3-4дня
+ 5-8дней
- 9-15 дней
- 16-20 дней
#
116 К клиническим особенностям Денге относятся:
- Интенсивная головная боль
- Тошнота
- Боль в глазных яблоках, светобоязнь, одутловатость и гиперемия лица
- Инъекция сосудов склер
+ Все перечисленное
#
117 Основными звеньями патогенеза рожи являются:
- Проникновение возбудителя в кожу или слизистые оболочки при нарушении их целостности
- Лимфогенный или гематогенный занос возбудителя в кожу из другого очага
- Специфические изменения участка кожи, которая аллергизирована и сенсибилизирована к возбудителю
- Развитие серозного или серозно-геморрагического воспаления
+ Все перечисленное
#
118 Длительность инкубационного периода при роже составляет:
+ От нескольких часов до 5 дней
- 6-7дней
- 8-10 дней
- 10-12 дней
- Свыше 12 дней
#
119 Характеристика эритемы при роже:
- Яркая равномерная окраска
- Четкие границы, тенденция к периферическому распространению
- Возвышается над интактной кожей
- Края неправильной формы
+ Все перечисленное
#
120 Для отека при роже характерны:
- Отслойка эпителия
- Образование пузырей различных размеров, заполненных серозным или геморрагическим содержимым
- Наличие сопутствующих лимфангитов
- Мраморность кожи
+ Все перечисленное
#
121 Возбудителями клещевых боррелиозов являются:
- Borrelia burgdorferi, Bafzelii, B.garinii.
+ Только B. burgdorferi
- B. suis
- B. duttoni
- Все перечисленное
#
122 Переносчиками боррелий являются:
- Комары
- Мухи
+ Клещи
- Москиты
- Грызуны
#
123 В организме клеща боррелии размножаются:
- В слюнных железах
- В кишечнике
- В половых железах
+ В половых и слюнных железах

- В кишечнике и слюнных железах
#
124 Передача болезни Лайма осуществляется следующими путями:
+ Трансмиссивным
- Алиментарным
- Трансплацентарным
- Воздушно-капельным
- Всеми вышеперечисленными
#
125 Патогенез болезни Лайма наиболее сходен:
- С гонореей
- С сифилисом
+ С клещевым возвратным тифом
- С клещевым энцефалитом
- Со всеми перечисленными
#
126 В патогенезе ранней стадии болезни Лайма имеет значение:
+ Боррелиемия
- Размножение боррелий в регионарных лимфоузлах
- Локальная персистенция возбудителя в коже
- Образование иммунных комплексов
- Все вышеперечисленное.
#
127 В патогенезе хронической болезни Лайма имеют значение:
- Только аутоиммунные реакции
- Только иммунологическая толерантность
- Персистрирование боррелии в различных тканях и органах
+ Только образование иммунных комплексов
- Все вышеперечисленное
#
128 Хроническая стадия болезни Лайма обусловлена распространением боррелии в организме человека следующими путями:
- Гематогенным
+ Лимфогенным
- Периневральным
- Лимфогенным - гематогенным
- Всеми вышеперечисленными
#
129 Для раннего локального периода болезни Лайма характерны следующие признаки поражения кожи:
+ Кольцевидная мигрирующая эритема с первичным аффектом в центре
- Кольцевидная эритема и вторичные эритемы без первичного аффекта
- Везикулярная сыпь в сочетании с кольцевидной эритемой
- Везикулярная сыпь
- Все вышеперечисленное верно
#
130 При диссеминации боррелии в ранний период болезни возникают следующие кожные проявления
- Кожный зуд
- Хронический атрофический акродерматит
- Уртикарная сыпь
- Вторичные элементы кольцевидной эритемы, лимфоцитома
+ Мигрирующая кольцевидная эритема
#
131 Поражение нервной системы при болезни: Лайма проявляется:
- Менингитом (менингоэнцефалитом)
- Невритом черепных нервов
- Менингорадикулитом Баннварта
- Полирадикулоневритом
+ Все вышеперечисленное верно
#
132 Поражение кожи при хронической болезни Лайма проявляется:
- Доброкачественной лимфоцитомой
+ Хроническим атрофическим акродерматитом
- Склеродермией

- Папулезной сыпью
- Все вышеперечисленное верно
#
133 Выбор антибиотика, его доза, продолжительность лечения зависят в первую очередь
- От стадии болезни Лайма
- Преобладающего симптомокомплекса
- От формы тяжести
- От возраста
+ Все вышеперечисленное верно
#
134 При какой форме малярии эритроцитарная шизогония происходит в капиллярах внутренних органов:
- P. ovale
- P. vivax
+ P. falciparum
- P. malariae
- P.ovale, P.vivax
#
135 Малярийный пароксизм возникает в ответ на:
- Чужеродный белок
- Малярийный пигмент
- Биологические активные вещества
- Денатурированные белки макроорганизма
+ Все вышеизложенное
#
136 Для малярии характерен:
- Стойкий приобретенный неспецифический иммунитет
- Стойкий видоспецифический иммунитет
- Нестерильный иммунитет
+ Нестерильный видоспецифический иммунитет
- Все перечисленное
#
137 Для какого вида малярии характерны длительные пароксизмы:
- Ovale
- Malariae .
+ Falciparum
- Vivax
- P.ovale, P.vivax
#
138 Для какого вида малярии характерна лихорадка неправильного типа:
+ Falciparum
- Vivax
- Ovale
- Malariae
- P.ovale, P.vivax
#
139 Наступление пароксизмов в вечернее время характерно для:
+ P. ovale
- P. vivax
- P. malariae
- P. falciparum
- P.ovale, P.vivax
#
140 Длительная эритроцитарная шизогония характерна для:
- Vivax s
- Ovale
+ Malariae
- Falciparum
- P.ovale, P.vivax
#
141 Малярийная кома встречается при:
- Трехдневной малярии
+ Тропической малярии
- Ovale

- Четырехдневной малярии
- Всех перечисленных
#
142 Нефротический синдром характерен для:
+ Четырехдневной малярии
- Тропической малярии
- Ovale
- Трехдневной малярии
- Всех перечисленных
#
143 Схема лечения малярии делагилом включает:
- Четырехдневный курс
+ Трехдневный курс
- Двухдневный курс
- Семидневный курс
- Двухнедельный курс
#
144 Почечная недостаточность может развиваться чаще при:
+ Тропической малярии
- Четырехдневной малярии
- Трехдневной малярии
- Ovale
- Всех вышеперечисленных
#
145 При каких формах малярии возможно развитие гемоглобинурийной лихорадки:
- Трехдневной
+ Тропической
- Четырехдневной
- Ovale
- При всех
#
146 Для гемоглобинурийной лихорадки характерно:
- Развитие анемии
- Почечной недостаточности
- Потемнения мочи
- Гипертермия
+ Все вышеизложенное
#
147 Химиопрофилактика против малярии выезжающим в эпидемичные зоны проводится, если:
- Срок поездки более 1 недели
- Срок поездки более 1 месяца
- Срок поездки более 3 месяцев
- Срок поездки более 2-х дней
+ Не зависит от срока
#

КОМПЛЕКТ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ 31.08.35 «Инфекционные болезни» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

БИЛЕТ № 1.

1. Менингококковая инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клинические формы, лечение.
2. Инфекционный мононуклеоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
3. Дифиллоботриоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с экзантемой

БИЛЕТ № 2.

1. Лихорадка Ку: патогенез, клиника, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, диагностика, лечение.
2. Грипп: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Трихиннелёз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика серозных менингитов

БИЛЕТ № 3.

1. Сыпной тиф: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Легионеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Тениоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с диарейным синдромом.

БИЛЕТ № 4.

1. Брюшной тиф: этиология, эпидемиология, патогенез. Ранняя диагностика.
2. Системный клещевой боррелиоз (Болезнь Лайма): этиология, эпидемиология, патогенез, клиника диагностика, лечение.
3. Корь: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика гнойных менингитов

БИЛЕТ № 5.

1. Орнитоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Натуральная оспа: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
3. Тениаринхоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с лихорадкой.

БИЛЕТ № 6.

1. Инфекционно-токсический (септический) шок: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Энцефалит клещевой (весенний, летний): этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Диагностика и лечение инфекционных болезней в поликлинике.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с лимфоаденопатией.

БИЛЕТ № 7.

1. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом высокой температуры.

2. Паратифы А и В: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, особенности клинических форм, диагностика, лечение.
3. Аскаридоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Неотложные состояния (инфекционно-токсический шок, гиповолемический)

БИЛЕТ № 8.

1. Адено-вирусные инфекции: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с менингеальным синдромом.
3. Ветряная оспа: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Неотложные состояния (острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность)

БИЛЕТ № 9.

1. Холера: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Столбняк: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
3. Энтеробиоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с тонзиллитом.

БИЛЕТ № 10.

1. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом диареи.
2. Ботулизм: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Риновирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Сепсис: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

БИЛЕТ № 11.

1. Дегидратационный шок: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Гепатит А: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Рожа: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с острой и хронической диареей.

БИЛЕТ № 12.

1. Методы воздействия на возбудителей болезней. Антибиотики, эффективность применения. Побочное действие.
2. Острый и хронический гепатит В: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Сальмонеллёз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с катаральным синдромом.

БИЛЕТ № 13.

1. Парагрипп: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Дизентерия (шигиллёзы): этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Острая и хроническая формы.
3. Энтеровирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом желтухи.

БИЛЕТ № 14.

1. Малярия Vivax: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Болезнь Брилла-Цинсера: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Эшерихиозы: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с менингеальным синдромом.

БИЛЕТ № 15.

1. Тропическая малярия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита.
3. Эпидемический паротит: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Особо опасные инфекции: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика

БИЛЕТ № 16.

1. Острый и хронический гепатит С: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Пищевые токсикоинфекции: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы.
4. Сепсис: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

БИЛЕТ № 17.

1. Лептоспироз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Краснуха: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Бешенство: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальный диагноз заболеваний с синдромом желтухи.

БИЛЕТ № 18.

1. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом лимфоаденопатии.
2. ГЛПС: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Дифтерия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4. Неотложные состояния в инфектологии: тромбо-геморрагический синдром, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность.

БИЛЕТ № 19.

1. Респираторно-синтициальная вирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом желтухи.
3. Амёбиаз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Печеночная энцефалопатия: этиология, патогенез, диагностика, лечение.

БИЛЕТ № 20.

1. Бруцеллёз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Четырех дневная малярия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Коклюш: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с диарейным синдромом.

БИЛЕТ № 21.

1. Противовирусная терапия в инфекционной патологии.
2. Малярия Ovale: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Скарлатина: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с катаральным синдромом.

БИЛЕТ № 22.

1. Сибирская язва: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Токсоплазмоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Атипичная пневмония: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом тонзиллита.

БИЛЕТ № 23.

1. Профилактика бешенства.
2. Туляремия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Вирусные гастроэнтериты: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с лимфоаденопатией.

БИЛЕТ № 24.

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом:
этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Рожа: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Клещевой возвратный тиф: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. ВИЧ-инфекция: ВАРТ.

БИЛЕТ № 25.

1. Псевдотуберкулёз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Инфекция ротавирусная: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Сап: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом тонзиллита.

БИЛЕТ № 26.

1. Кишечный иерсиниоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Дисбактериоз кишечника. Клиника, диагностика, лечение.
3. Тиф клещевой Северной Азии: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика с синдромом диареи.

БИЛЕТ № 27.

1. Хламидиоз. Генерализованная форма: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. ВИЧ-инфекция. Определение болезни. Эпидемиологические показания к обследованию. Профилактика.
3. Флеботомная лихорадка (лихорадка папатачи): этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с экзантемой.

БИЛЕТ № 28.

1. Лейшманиозы: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. ВИЧ-инфекция: этиология, эпидемиология. Алгоритм обследования. Принципы лечения.
3. Лямблиоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом желтухи.

БИЛЕТ № 29.

1. ВИЧ-инфекция. Клинические стадии болезни. Диагностика манифестных форм.

2. Геморрагическая лихорадка Ласса: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Описторхоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний с лимфоаденопатией.

БИЛЕТ № 30.

1. ВИЧ-инфекция. Особенности течения оппортунистических инфекций. Диспансеризация.
2. Геморрагическая лихорадка Крым - Конго: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Брюшной тиф. Клиника. Диагностика в разгар болезни. Лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с менингеальным синдромом.