

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ПАРАЗИТОЛОГИЯ

Направление подготовки (специальность): **32.05.01 МЕДИКО-**

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО

Кафедра **ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

по специальности Медико-профилактическое дело 32.05.01

Вопросы для текущего контроля:

Г Р И П П

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Назовите подтип вируса гриппа, циркулирующего на современном этапе. (1)
2. Восприимчивость к гриппу. (1)
3. Продолжительность сохранения напряженного иммунитета у переболевших. (1)
4. Интервал между эпидемиями гриппа А и В. (2)
5. Механизм заражения. (1)
6. Где происходит репродукция вируса? (1)
7. Характер патологических изменений, происходящих в клетках цилиндрического эпителия. (1)
8. Природа интоксикации при гриппе. (2)
9. Происхождение геморрагического синдрома при тяжелых формах гриппа. (2)
10. Какой отдел нервной системы при гриппе поражается с наибольшим постоянством? (1)
11. Какие патоморфологические изменения лежат в основе отека легких, головного мозга? (1)

Клиника

12. Продолжительность инкубации. (1)
13. Какие синдромы характерны для типичной формы гриппа? (3)
14. Какие симптомы болезни выявляются первыми? (2)
15. Внешний вид больного. (2)
16. Продолжительность лихорадки при неосложненных формах гриппа. (1)
17. Начертите температурную кривую при неосложненной форме гриппа (3)
18. Типичная локализация головной боли. (2)
19. Какие отделы верхних дыхательных путей преимущественно поражаются при этом заболевании? (2)
20. Клинические признаки трахеита. (2)
21. Типичные признаки ринита. (3)
22. Клинические признаки фарингита. (3)
23. Характерные изменения зева в 1-й день болезни- (2)
24. Эволюция зева в фазу снижения температуры. (2)
25. Признаки ларингита. (2)
26. Назовите клинические варианты гипертоксических форм гриппа. (3)
27. Данные физикального исследования при развитии отека легких. (3)
28. Характеристика мокроты при развитии отека легких. (3)
29. Основные клинические признаки отека-набухания головного мозга. (3)
30. Основные проявления «нейротоксикоза». (3)
31. Клинические признаки стенозирующего трахеобронхита. (3).
32. Назовите наиболее частые осложнения. (2)
33. Какая именно вторичная инфекция чаще всего осложняет грипп? (1)
34. Как объяснить частое присоединение вторичной бактериальной инфекции? (1)
35. Причины летальных исходов. (3)

Диагностика

36. Методы лабораторного исследования для подтверждения диагноза гриппа. (3)
37. Исследуемый материал. (3)
38. Условия хранения и транспортировки смыва из носоглотки до отправления в вирусологическую лабораторию. (1)
39. Оптимальный экспресс-метод исследования отпечатков со слизистой носа. (1)
40. Основной критерий оценки положительных результатов иммунофлюоресцентного метода исследования. (1)
41. Поясните сущность диагностического метода иммунофлюоресценции. (2)
42. В какие сроки болезни следует направлять материал для вирусологического исследования? (1)
43. Какие результаты исследования тарных сывороток подтверждают диагноз? (4)
44. В какие сроки болезни забирают первую пробу сыворотки при проведении серологических исследований? (1)

45. С каким интервалом после первой пробы следует забирать кровь на исследование парных сывороток? (1)

Лечение

46. Какой режим должен быть предписан больному? (1)
47. Почему опасно переносить болезнь на ногах? (1)
48. Назовите основные мероприятия по уходу за больными. (3)
49. Какие лекарственные средства могут быть назначены при лечении больных на дому? (3)
50. Выпишите рецепт на антигриппин. (3)
51. Каковы возможные отрицательные стороны широкого применения аспирина особенно при лечении на дому? (3)
52. Какие медикаментозные средства могут быть рекомендованы при лечении больных на дому в целях предупреждения прогрессирования васкулита? (3)
53. Терапевтические мероприятия при трахеите. (3)
54. Назовите средства для закапывания в нос, показанные для восстановления дыхания. (2)
55. Поясните отсутствие показаний для назначения антибиотиков и сульфаниламидов при лечении больных на дому. (2)
56. Показания для госпитализации. (3)
57. Куда госпитализируют больных в период эпидемии при недостаточности коечного фонда инфекционных стационаров? (1)
58. Средства этиотропной терапии. (3)
59. Основной препарат для специфической терапии. (1)
60. Способы введения специфического гамма - глобулина направленного действия. (2)
61. Почему в поздние сроки болезни специфические лечебные препараты не эффективны? (1)
62. Основные лечебные мероприятия при начинающемся отеке легких. (3)
63. Ваши назначения в целях уменьшения величины венозного возврата крови при развитии отека легких. (3)
64. Назовите пеногасители, применяемые при отеке легких. (2)
65. Основные терапевтические мероприятия при появлении признаков отека-набухания головного мозга. (2)
66. Показания для вливания концентрированной плазмы. (2)
67. Метод дегидратации при отеке легких или отеке-набухании головного мозга. (2)
68. Как должна проводиться спинно-мозговая пункция у больных с признаками отека-набухания головного мозга? (1)
69. Какие препараты следует включить в состав ингаляционной смеси при развитии стенозирующего трахеобронхита? (3)
70. Назовите муколитики, показанные при развитии стенозирующего трахеобронхита. (2)
71. Оптимальный способ введения муколитиков. (1)
72. Неотложные терапевтические мероприятия при тяжелом нейротоксикозе. (2)
73. Назначения при развитии судорожного синдрома. (3)
74. Показания для назначения глюкокортикостероидов. (1)
75. Основные терапевтические мероприятия при развитии острой дыхательной недостаточности при пневмонии. (3)

ДРУГИЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Источник инфекции при других острых респираторных заболеваниях. (1)
2. Механизм заражения (1)
3. Какой еще механизм заражения возможен при аденовирусных и энтеровирусных заболеваниях? (1)
4. Какие принципиальные отличия острых респираторных заболеваний от гриппа? (2)

Клиника

5. Инкубационный период при аденовирусной инфекции. (1)
6. Выраженность интоксикации при аденовирусной инфекции. (1).
7. Характер и продолжительность лихорадки при аденовирусной инфекции. (2)
8. Наиболее частая клиническая форма аденовирусной инфекции. (2)
9. Какие виды конъюнктивита развиваются при аденовирусной инфекции? (2)
10. Внешний вид глаз при аденовирусном конъюнктивите. (3)
11- Особенности фарингита и тонзиллита при аденовирусной инфекции. (1)
12. Какие лимфатические узлы обычно увеличиваются при аденовирусной инфекции? (2)

13. Основные клинические отличия аденовирусной инфекции от гриппа. (3)
14. Инкубационный период при парагриппе. (1)
15. Особенности начала заболевания при парагриппе. (1)
16. Характеристика лихорадки при парагриппе. (2)
17. Какой отдел верхних дыхательных путей обычно поражается при парагриппе? (1)
18. Проявления ларингита при парагриппе. (3)
19. Осложнения при парагриппе. (3)
20. Основные отличия парагриппа от гриппа. (3)
21. Как называется заболевание, вызванное риновирусами? (1)
22. Температура при заразном насморке. (1)
23. Кардинальный симптом при риновирусном заболевании. (1)
24. Характеристика выделений из носа при заразном насморке. (2)
25. Какие симптомы, кроме ринита, характерны для катара верхних дыхательных путей при заразном насморке? (2)
26. Длительность клинических проявлений при заразном насморке. (1)
27. Основные отличия заразного насморка от гриппа. (3)
28. Характеристика лихорадки при гриппоподобной форме энтеровирусной инфекции. (1)
29. Характерны ли диспептические расстройства для гриппоподобной формы энтеровирусной инфекции? (2)
30. Характеристика головной боли при гриппоподобной энтеровирусной инфекции. (1)
31. Выраженность катара верхних дыхательных путей при гриппоподобной форме энтеровирусной инфекции. (1)
32. Изменения зева при гриппоподобной форме энтеровирусной инфекции. (2)
33. Возможная эволюция узелковых высыпаний в зеве при гриппоподобной форме энтеровирусной инфекции (2)
34. Основные отличия гриппоподобной формы энтеровирусной инфекции от гриппа. (3)
35. Среди каких возрастных групп регистрируется заболевание, вызванное вирусом РС? (1)
36. Особенности катара верхних дыхательных путей при заболевании, вызванном вирусом РС. (2)
37. Основные проявления бронхолита при заболевании, вызванном вирусом РС. (3)
38. Как протекает заболевание, вызванное вирусом РС, у взрослых? (1)
39. Основные клинические отличия заболевания, вызванного вирусом РС, от гриппа. (1)
40. Начало заболевания, вызванного микоплазмой пневмонии. (1)
41. Сроки появления признаков пневмонии при заболевании, вызванном микоплазмой пневмонии. (1)
42. Особенности физикальных изменений при пневмонии, вызванной микоплазмой пневмонии. (3)
43. Начало заболевания при бактериальном катаре верхних дыхательных путей. (4)
44. Характеристика выделений из носа при бактериальном катаре верхних дыхательных путей. (2)
45. Выраженность интоксикации при бактериальном катаре верхних дыхательных путей. (4)
46. Сравнительная характеристика продолжительности болезни при неосложненном гриппе и бактериальном катаре верхних дыхательных путей. (1)
47. Сравнительная характеристика общих проявлений при бактериальном катаре верхних дыхательных путей и гриппе. (2)

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Какой серотип менингококка преобладает при клинически выраженных формах менингококковой инфекции? (1)
2. Механизм заражения. (1)
3. Основные этапы патогенеза. (3)
4. Какие две основные формы менингококковой инфекции известны Вам? (2)

Клиника

5. Характерный тип лихорадки. (1)
6. Менингококковый менингит. Назовите симптомы, имеющие отрицательное прогностическое значение. (3)
7. Менингококковый менингит. Клинические признаки прогрессирующего отека-набухания головного мозга. (3)

8. Менингококкемия. Наиболее характерный клинический признак, (1)
9. Менингококкемия. Варианты течения.(2)
10. Какие неотложные состояния могут развиваться при менингококковой инфекции? (2)
11. Менингококкемия — признаки инфекционно-токсического шока II ст. (2)
12. Признаки инфекционно-токсического шока III стадии. (3)
13. Назовите фазы расстройства сознания. (3)
14. Изменения артериального давления при развитии отека-набухания головного мозга. (1)
15. Причины летальных исходов. (2)
16. Менингококковый назофарингит. Клиническая симптоматология. (3)

Диагностика. Дифференциальный диагноз

17. Критерии ранней диагностики менингококкового менингита. (3)
18. Менингококковый менингит. Типичные изменения ликвора по данным визуальной оценки. (2)
19. Методы обнаружения возбудителя. (2)
20. Элективная среда для выделения чистой культуры. (1)
21. При какой форме болезни чаще удается обнаружить возбудителя в крови? (1)
22. Менингококковый назофарингит. Материал для исследования. (1)
23. Менингококковый назофарингит. Техника забора носоглоточной слизи. (2)
24. Менингококковый менингит. Материал для исследования. (2)
25. Менингококковый менингит. Характерные изменения содержания клеток в ликворе. (1)
26. Какие лейкоциты преобладают в ликворе? (1)
27. Метод экспресс - диагностики. (1)
28. Характерные изменения лейкоцитарной формулы. (3)
29. Менингококковый менингит. Отличия от туберкулезного менингита. (4)
30. Отличие от гнойных менингитов другой этиологии. (3)

Лечение. Профилактика

31. Доза пенициллина больному с генерализованной формой менингококковой инфекции. (3)
32. Чем определяется высокая доза пенициллина при менингококковой инфекции? (1)
33. Каким антибиотиком может быть заменен пенициллин? (1)
34. Критерии отмены антибиотика. (1)
35. Какие растворы для внутривенного введения могут быть рекомендованы в целях дезинтоксикации? (3)
36. Концентрация раствора маннитола. (1)
37. Ваши назначения при развитии декомпенсированного ацидоза. (1)
38. Примерная суточная доза преднизолона при развитии инфекционно-токсического шока. (1)
39. Показания для назначения антипиретиков. (1)
40. Основное мероприятие в профилактике менингококковой инфекции. (1)
41. Критерии выписки реконвалесцентов из стационара. (3)
42. Материал для обследования на менингококко-носительство. (4)
43. Длительность диспансерного наблюдения реконвалесцентов. (4)
44. Кто осуществляет диспансерное наблюдение? (2)
45. Длительность активного наблюдения за контактными в очаге. (4)

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. К какой группе инфекционных болезней относится инфекционный мононуклеоз? (1)
2. Возбудитель инфекционного мононуклеоза. (1)
3. К какой группе вирусов относится возбудитель инфекционного мононуклеоза? (1)
4. Какие пути заражения, кроме воздушно-капельного, возможны? (3)
5. Входные ворота инфекции. (2)
6. Основные очаги поражения при инфекционном мононуклеозом. (2)
7. Среди каких возрастных групп в основном регистрируется данное заболевание? (2)

Клиника

8. Наиболее частый инкубационный период. (2)
9. Основные клинические симптомы болезни. (3)
10. Увеличение какой группы лимфатических узлов наиболее постоянно?(1)
11. Характер воспалительного процесса в зева. (3)
12. Поражается ли носоглотка? (1)
13. Причина увеличения печени и селезенки. (1)
14. Возможно ли вирусное поражение гепатоцитов? (1),
15. Как объяснить появление в крови атипичных мононуклеаров? (1)
16. Характеристика атипичных мононуклеаров. (3)
17. Специфические осложнения. (3)
18. Неспецифические осложнения. (3)
19. Особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей раннего возраста. (3)

Диагностика. Дифференциальный диагноз

20. Основной критерий диагностики. (1)
21. Основной лабораторный метод диагностики (1)
22. Типичные изменения картины крови. (3)
23. Отличия дифтерии зева. (3)
24. Отличия ангины. (3)
25. Отличия вирусного гепатита. (3)

Лечение. Профилактика

26. Основные лечебные мероприятия. (3)
27. Какие средства используют для санации носоглотки? (3)
28. Лечение тяжелых форм.(2)
29. Показания для назначения антибиотиков. (1)

СЫПНОЙ ТИФ И ДРУГИЕ РИККЕТСИОЗЫ

I. Сыпной тиф Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Источник и переносчик инфекции. (2)
2. На чем следует фиксировать внимание при уточнении эпиданамнеза? (2)
3. Назовите гипотезы повторного возникновения болезни. (2)
4. Спорадический сыпной тиф. В какой возрастной группе преимущественно регистрируется? (1)
5. Одинаковы ли противоэпидемические мероприятия в очаге эпидемического и спорадического тифа? (1)
6. Обязательна ли госпитализация? (1)
7. Специфические патоморфологические изменения сосудов (2)
8. Сосуды каких органов поражаются с наибольшим постоянством? (3)

Клиника

9. Длительность инкубации. (1)
10. Начало болезни (1)
11. Основные периоды болезни. (3)
12. Внешний вид больного. (4)
13. Основные жалобы больных. (2)
14. Признаки поражения центральной нервной системы. (4)
15. Симптомы менингоэнцефалита при тяжелых формах болезни. (3)
16. Как объяснить нередкое развитие ригидности затылочных мышц при тяжелых формах болезни? (1)
17. Опишите симптомы Говорова - Годелье. (2)
18. Сроки появления сыпи. (1)
19. Преимущественная локализация сыпи. (2)
20. Характер сыпи. (2)
21. Количество сыпи. (1)
22. Особенности сыпи при спорадическом сыпном тифе в сопоставлении с эпидемическим сыпным тифом. (3)
23. Опишите симптом Киари—Авцына. (1)
24. Локализация энантемы. (2)
25. В каком периоде болезни выявляется гепатомегалия? (1)

26. Сравнительная продолжительность лихорадки при эпидемическом сыпном тифе и болезни Брилля. (1)
27. Начертите температурную кривую при сыпном тифе. (3)
28. Клинические признаки поражения сердечной мышцы при тяжелой форме болезни. (2)
29. Изменение частоты пульса. (1)
30. Характерные изменения языка. (3)
31. Периоды нарушения мочеотделения при тяжелых формах болезни. (2)
32. Осложнения сыпного тифа. (3)
33. Возможные осложнения на современном этапе. (2)
34. Критерии выписки. (1)

Диагностика. Дифференциальный диагноз

35. Клинические критерии ранней диагностики. (4)
36. Основной метод лабораторного подтверждения диагноза. (1)
37. Какой серологический тест является основным? (1)
38. Сроки появления положительных серологических реакций. (1)
39. Диагностический титр РСК. (1)
40. Какой лабораторный тест может служить методом ретроспективной диагностики? (1)
41. Титры РСК в ретроспективной диагностике перенесенной болезни. (2)
42. Основные отличия сыпного тифа от брюшного тифа. (4)
43. Клинические отличия от гриппа в начальном периоде болезни. (4)
44. Основные отличия пневмонии (3)
45. Основные отличия менингококкового менингита. (3)
46. Основные отличия геморрагических лихорадок. (3)
47. Основные отличия безжелтушного лептоспироза. (3)

Лечение- Профилактика

48. Антибиотик выбора. (1)
49. Длительность курса антибиотикотерапии. (1)
50. Дезинтоксикационная терапия. (3)
51. Система ухода за больным. (4)
52. Рекомендуемая диета. (1)
53. Выписка больных. (1)
54. Основные профилактические мероприятия. (3)

II. Эндемические риккетсиозы

Этиология, эпидемиология, патогенез

55. К какой группе инфекционных заболеваний относятся эндемические риккетсиозы? (1)
56. Резервуар инфекции при эндемических риккетсиозах. (2)
57. Особенности морфологических изменений сосудов при эндемических риккетсиозах сравнительно с сыпным тифом. (2)

Клиника

58. Перечислите основные эндемические риккетсиозы. (3)
59. Перечислите основные клещевые риккетсиозы. (3)
60. Инкубационный период при эндемических риккетсиозах. (3)
61. При каких эндемических риккетсиозах характерен первичный аффект? (1)
62. Основные клинические отличия эндемических риккетсиозов от сыпного тифа- (3)
63. Длительность лихорадки при крысином сыпном тифе. (2)
64. Характер сыпи при крысином эндемическом риккетсиозе. (2)
65. Особенности сыпи при везикулезном риккетсиозе. (2)
66. Основные клинические формы лихорадки Ку. (3)

Диагностика. Дифференциальный диагноз

67. Основные методы диагностики эндемических риккетсиозов. (3)
68. Метод лабораторной диагностики. (1)
69. С какими инфекционными заболеваниями дифференцируют лихорадку Ку? (3)
70. С какими инфекционными заболеваниями дифференцируют везикулезный риккетсиоз? (2)

Лечение- Профилактика

71. Этиотропная терапия эндемических риккетсиозов. (2)
72. Какие антибиотики назначают для лечения больных с эндемическим риккетсиозом? (2)
73. Основные профилактические мероприятия при эндемических риккетсиозах. (4)

МАЛЯРИЯ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Этиологические варианты болезни. (3)
2. Какие циклы развития малярийного плазмодия проходят в организме человека? (2)
3. Где происходит презитроцитарный цикл развития малярийного плазмодия и какой стадии инфекционного процесса он соответствует? (2).
4. Назовите плазмодии, у которых цикл эритроцитарной шизогонии продолжается 48 часов. (3)
5. Назовите плазмодии, у которых длительность эритроцитарной шизогонии продолжается 72 часа. (1)
6. Какому циклу шизогонии соответствуют клинические проявления болезни? (1)
7. Какой фазе развития малярийного плазмодия соответствует начало приступа? (2)
8. Источник инфекции. (2)
9. Особенности эпиданамнеза на современном этапе. (2)
10. Основной путь передачи инфекции. (1)

Клиника

11. Клинические формы болезни. (3)
12. Начало болезни. (1)
13. Назовите основные периоды болезни. (3)
14. Основные клинические проявления болезни. (3)
15. Клиническая триада, характерная для малярийного приступа. (3)
16. Жалобы больного во время приступа. (2)
17. Внешний вид больного в фазу жара. (2)
18. Сроки появления увеличенной селезенки и печени. (1)
19. Патогенез иктеричности кожных покровов. (1)
20. Начертите температурную кривую при трехдневной малярии. (2)
21. Начертите температурную кривую при четырехдневной малярии. (2)
22. Начертите температурную кривую при тропической малярии. (2)
23. В какую фазу малярийного приступа снижается температура? (1)
24. Основные клинические симптомы в стадию жара. (3)
25. Продолжительность малярийного приступа при трехдневной малярии. (1)
26. Особенности приступа при тропической малярии. (2)
27. При какой клинической форме малярии чаще регистрируются особо тяжелые формы болезни? (1)
28. Чем объяснить особо тяжелое течение тропической малярии? (1)
29. Назовите особо тяжелые формы болезни. (3)
30. Какие периоды различают при коматозной форме? (3)
31. В какие сроки чаще развивается малярийная кома? (1)
32. Как называют рецидивы в зависимости от сроков возникновения? (2)
33. Патогенез ранних рецидивов. (1)
34. Патогенез поздних рецидивов. (1)
35. В какие сроки появляются ранние рецидивы? (1)
36. Сроки появления поздних рецидивов. (1)
37. Продолжительность межрецидивного периода. (1)
38. Остаточные явления малярии. (2)

Диагностика

39. Какой биологический субстрат исследуют на наличие малярийного плазмодия? (1)
40. Основной метод лабораторных исследований. (2)
41. В какую фазу малярийного приступа следует забирать кровь на исследование? (1)
42. Можно ли обнаружить возбудители малярии в крови при отсутствии клинических проявлений? (1)
43. Изменения красной крови. (2)

Лечение

44. Основные задачи лечения. (2)
45. Задача клинического лечения. (1)
46. Наиболее эффективный препарат для клинического лечения. (1)
47. Суточная доза и длительность лечения больного хлорохином при трехдневной малярии. (3)
48. Трехдневная малярия. Суточная доза хлорохина в первый день лечения. (1)
49. Задача радикального лечения. (1)
50. Почему клиническое лечение не всегда рассматривается как радикальное? (1)
51. Суточная доза и длительность лечения примахином. (2)
52. Почему при тропической малярии не проводят радикального лечения? (1)
53. Основные направления лечения злокачественных форм малярии. (3)
54. Суточная доза хлорохина при внутривенном введении препарата, методика введения. (3)
55. Лечение молниеносной формы малярии. (1)
56. Выписка больных. (2)

ВОЗВРАТНЫЕ ЛИХОРАДКИ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Какие возвратные лихорадки существуют? (1)
2. Возбудители вшивого и клещевого возвратных тифов. (2)
3. Особенности эпиданамнеза. (2).
4. Какой из возвратных тифов относится к природноочаговым заболеваниям? (1)
5. Основные фазы патогенеза. (3)

Клиника. Диагностика

6. Длительность инкубации. (1)
7. Начало болезни. (1)
8. Клиническая характеристика приступа. (3)
9. Начертите температурную кривую. (3)
10. Изменения селезенки. (1)
11. Какой возвратный тиф следует предполагать при наличии первичного аффекта? (1)
12. Методы лабораторной диагностики. (2)
13. Материал для лабораторного исследования. (1)

Лечение. Профилактика

14. Рекомендуемые антибиотики. (2).
15. Дезинтоксикационная терапия. (3).
16. Основные профилактические мероприятия. (2).

Б Р У Ц Е Л Л Е З

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Сравнительная патогенность разных возбудителей. (1)
2. Характерный эпиданамнез. (2)
3. Какой молочный продукт относительно чаще является источником заражения? (1)
4. Входные ворота инфекции. (2)
5. Где происходит первичное накопление инфекции? (1)
6. Какому периоду в клинической картине соответствует фаза первичной генерализации бруцелл? (1).
7. Какие морфологические изменения характеризуют подострый и хронический бруцеллез? (2)
8. Исходы бруцеллезных гранулем. (2).

Клиника. Исходы

9. Какой этиологический вариант болезни протекает тяжелее? (1).
10. Начало болезни. (1).
11. Основные клинические проявления острого бруцеллеза. (4).
12. Степень выраженности интоксикации. (1).

13. Ведущие жалобы больных. (2).
14. Характеристика лихорадки. (2).
15. Типичная лихорадка. (2).
16. Начертите типичную температурную кривую при остром бруцеллезе. (3).
17. Характеристика изменений лимфоузлов (наименование признака). (1).
18. Предельная продолжительность болезни при остром бруцеллезе. (1).
19. Особенности течения болезни у привитых. (2).
20. При какой продолжительности болезни устанавливается лодострая -и хроническая форма? (2)
21. Общие клинические проявления инфекционного процесса в фазу обострения при хроническом бруцеллезе. (4).
22. Какие суставы преимущественно поражаются при локомоторной форме хронического бруцеллеза? (3).
23. Какие отделы позвоночника поражаются чаще при хроническом бруцеллезе? (1).
24. Какие изменения получили названия фиброзитов и целлюлитов? (2).
25. Преимущественная локализация процесса при нервной форме хронического бруцеллеза (1).
26. Какая форма болезни сохраняется после окончания инфекционного процесса? (1).
27. Клиническая характеристика урогенитальной формы хронического бруцеллеза у мужчин. (2).
28. Общая продолжительность болезни при хроническом бруцеллезе. (2).

Диагностика. Дифференциальный диагноз

29. Критерии ранней клинической диагностики. (3).
30. Обычные сроки выявления максимального титра реакции агглютинации при острой форме болезни. (1)
31. Сравнительная чувствительность реакции агглютинации Райта и реакции микро агглютинации Хеддельсона. (1).
32. Когда регистрируется положительная реакция агглютинации при хронических формах? (1).
33. В каких условиях возникает необходимость в постановке реакции микроагглютинации Хеддельсона? (1)
34. Какой из серологических тестов относится к методам экспресс - диагностики? (1).
35. С каким аллергеном ставят кожно-аллергическую пробу Бюрне? (1).
36. Критерии оценки местной реакции при проведении кожно-аллергической пробы Бюрне. (2).
37. В какие сроки учитывают окончательный результат пробы Бюрне? (1).
38. О чем свидетельствует положительная проба Бюрне? (3).
39. Результаты кожно-аллергической пробы Бюрне у привитых. (1) .
40. Последовательность проведения кожно-аллергической пробы Бюрне и серологических исследований. (1).
- 41- Дополнительные методы подтверждения диагноза. (2), 2 - е . 382.
42. Критерии дифференциального диагноза с суставной формой ревматизма. (4).

Лечение. Профилактика

43. Лечение в острую фазу болезни. (1)
44. В какую фазу инфекционного процесса показана антибиотикотерапия? (2).
45. Рекомендуемые антибиотики. (2).
46. Метод иммунотерапии. (1)
47. В какую фазу инфекционного процесса показана вакциноотерапия? (2).
48. Как устанавливают индивидуальную лечебную дозу вакцины? (1)
49. Критерии оценки интенсивности поствакцинальной реакции. (2)
50. При каких результатах кожно-аллергической пробы Бюрне вакциноотерапия не показала? (1).
51. Что назначают в целях десенсибилизации? (2).
52. При каких формах и в какую фазу болезни показаны физиотерапия и курортное лечение? (2).

Исходы

53. Исходы локомоторной формы хронического бруцеллеза. (3).
54. Возможные исходы нервной формы хронического бруцеллеза. (2).
55. Исходы урогенитальной формы хронического бруцеллеза у женщин. (1).

ЛЕПТОСПИРОЗ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Назовите наиболее распространенные виды лептоспир. (3).
2. Резервуар лептоспир в природе. (2).
3. Характерный эпиданамнез. (2).
4. Основной путь передачи. (1).
5. Может ли больной лептоспирозом явиться источником заражения? (1).
6. Входные ворота. (2).
7. Какие фазы патогенеза соответствуют инкубационному периоду? (2).
8. Какая фаза патогенеза соответствует началу болезни? (1).
9. Каков патогенез геморрагического синдрома, развивающегося при лептоспирозе? (2).
10. В каком органе особенно характерно избирательное накопление лептоспир? (1).

Клиника

11. Длительность инкубационного периода. (1).
12. Начало болезни. (1).
13. Характерные жалобы больных. (2).
14. Внешний вид больного. (2).
15. Характер температурной кривой. (3).
16. Начертите температурную кривую при лептоспирозе. (1).
17. При каких формах болезни характерно присоединение геморрагического синдрома? (1).
18. Сроки появления сыпи при лептоспирозе. (1).
19. Характер сыпи. (2).
20. Характерное изменение селезенки. (1).
21. С какого дня болезни выявляется поражение почек? (1).
22. Как называются изменения, развивающиеся в почках? (1).
23. Клиническая характеристика поражения почек. (2).
24. Изменения мочи при лептоспирозе. (3).
25. Наиболее длительно сохраняющиеся признаки поражения почек. (1).
26. Какое неотложное состояние может развиться у больного в связи с поражением почек? (1).
27. Клинические признаки поражения печени. (3).
28. В какие сроки болезни появляется желтуха? (1).
29. Характер менингита при менингеальной форме болезни. (1).
30. Какие поражения нервной системы, кроме менингита, регистрируются? (3).
31. Характерные изменения количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы? (3).
32. Причины летальных исходов. (2).

Диагностика

33. Методы лабораторного подтверждения диагноза. (3).
34. Метод экспресс - диагностики. (1).
35. Наиболее распространенный метод подтверждения диагноза в клинической практике. (1).
36. Какая серологическая реакция ставится и какой ее диагностический титр? (3)

Лечение

37. Этиотропная терапия при лептоспирозе. (2)
38. Рекомендуемые антибиотики. (2).

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. К какой группе инфекционных заболеваний относятся геморрагические лихорадки? (1).
2. Основные источники инфекции. (2).

3. Где локализуется патоморфологический процесс? (1).
4. ГЛПС. Сосуды какого органа поражаются с наибольшим постоянством? (1).

Клиника

5. ГЛПС. Продолжительность инкубации. (1).
6. ГЛПС. Внешний вид больного. (3).
7. ГЛПС. Начало болезни. (1).
8. ГЛПС. Какой синдром определяет тяжесть течения болезни? (1).
9. ГЛПС. Клинические проявления геморрагического синдрома. (4).
10. ГЛПС. Причина обычного ухудшения на 2-й неделе болезни. (1).
11. ГЛПС. Сроки появления клинических признаков поражения почек. (1)
12. ГЛПС. Как обозначить патологические изменения, развивающиеся в почках? (1).
13. ГЛПС. Типичные изменения при исследовании мочи. (4).
14. ГЛПС. Какие отклонения при исследовании мочи сохраняются особенно долго? (2).
15. ГЛПС. Длительность олигурического периода болезни. (1).
16. ГЛПС. Длительность полиурического периода болезни. (1).
17. ГЛПС. Какие неотложные состояния развиваются при тяжелых формах болезни? (2).
18. Южная геморрагическая лихорадка. Клиническая характеристика в сопоставлении с ГЛПС (2)
19. Омская геморрагическая лихорадка. Клиническая характеристика в сопоставлении с ГЛПС. (3).
- 20.

Диагностика. Дифференциальный диагноз

20. Характеристика эпиданамнеза у больного ГЛПС. (3).
21. Основные клинические диагностические признаки ГЛПС. (3).
22. Анализ крови в разгар болезни. (3).
23. Характерные изменения в анализе мочи. (3).
24. Отличия клинической картины поражения почек от классической картины острого гломерулонефрита. (2).
25. Основные отличия ГЛПС и гриппа. (3).

Лечение. Профилактика

26. Ваши назначения при геморрагическом синдроме. (3).
27. Лечение острой почечной недостаточности. (3).
28. Показания для глюкокортикостероидов. (3).
29. Основные профилактические мероприятия. (2).

СИБИРСКАЯ ЯЗВА

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Чему соответствует принятое за рубежом наименование болезни? (2).
2. Чем определяется высокая устойчивость возбудителя во внешней среде? (1).
3. Приведите примеры бытового и профессионального заражения. (3).
4. При какой форме болезни возможно заражение от больного человека? (1).
5. Почему сибирская язва крайне редко передается от человека к человеку? (1).
6. Входные ворота при кожной форме сибирской язвы. (1).
7. Морфологические изменения в месте входных ворот. (2).
8. Распространение возбудителя с места первичного внедрения возбудителя при кожной форме болезни. (2).

Клиника

10. Основные формы болезни. (2).
11. Наиболее часто встречающаяся форма у человека? (1).
12. Продолжительность инкубации при кожной форме. (1).
13. Общие проявления болезни. (2).
14. Типичная локализация карбункулов. (1).
15. Как объяснить преимущественное формирование карбункулов на верхних конечностях? (1).

16. Зависимость тяжести течения болезни от локализации карбункула. (1).
17. Основной критерий прогноза при кожной форме болезни. (1).
18. Типичная клиническая картина кожной формы болезни. (3).
19. Какая триада локальных признаков характерна для кожной формы болезни? (3).
20. Характерные признаки сибиреязвенного карбункула. (3).
21. Эволюция сибиреязвенного карбункула. (3).
22. Особенности изменения чувствительности при развитии карбункула. (1).
23. Какая форма болезни развивается при алиментарном пути заражения? (1).
24. Клинические проявления септической формы. (3).
25. При какой клинической форме болезни в основном регистрируются летальные исходы? (1).

Диагностика

26. Лабораторные методы подтверждения диагноза у больных. (3).
27. Методы лабораторного подтверждения диагноза у умерших людей и животных. (1).
28. С каким аллергеном ставится кожно-аллергическая проба? (1).
29. Опишите технику постановки кожно-аллергической пробы. (2).

Лечение

30. Специфический биопрепарат для лечения. (1).
31. Способ применения противосибиреязвенного гамма-глобулина. (1).
32. Техника введения противосибиреязвенного гамма-глобулина. (3).
33. Примерная разовая доза противосибиреязвенного гамма-глобулина. (1).
34. Какие антибиотики могут быть рекомендованы для лечения? (2).

Ч У М А

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Возбудитель чумы. (1).
2. Почему возбудителя чумы рассматривают как потенциальное бактериологическое оружие? (1).
3. Назовите природные очаги чумы на территории СССР. (3).
4. Какие профессиональные группы населения имеют относительно большую опасность заражения в природных очагах? (3).
5. Носители инфекции в природных очагах. (3).
6. Механизм заражения. (3).
7. Какова реальная возможность заражения чумой человека от человека? (1).
8. Назовите основные звенья патогенеза. (3).
9. Чем обусловлена тяжесть течения чумы? (2).

Клиника

10. Продолжительность карантина, установленная Международными правилами. (1).
11. Клинические формы чумы. (3).
12. Наиболее часто встречающаяся клиническая форма чумы. (1).
13. Внешний вид больного. (3).
14. Назовите признаки интоксикации. (3).
15. Типичные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при чуме. (3).
16. Характеристика бубона. (3).
17. Наиболее частая локализация бубонов. (2).
18. Какая локализация бубонов прогностически особенно неблагоприятна? (4).
19. Основные стадии формирования бубона. (3).
20. Патогенез вторичных бубонов. (1).
21. Сравнительная характеристика первичного и вторичного бубона. (3).
22. Критерии ранней диагностики бубонной формы чумы. (3).
23. Исходы бубонов. (3).
24. Какая форма болезни в большей степени напоминает кожную форму сибирской язвы? (1).
25. Опишите вид язвы при кожно-бубонной форме болезни. (3).
26. Отличительные клинические особенности легочной формы чумы. (3).
27. Какая форма болезни прогностически наиболее опасна. (1).

28. Причины летальных исходов. (3).

Диагностика

29. Материал для лабораторного исследования при бубонной форме чумы. (3).

30. Материал для лабораторного исследования при легочной форме чумы. (3).

31. Метод экспресс-диагностики. (2).

Лечение

32. Почему необходима отдельная госпитализация больных с различными клиническими формами болезни? (1)

33. Антибиотик выбора. (1)

34. Бубонная форма. Суточная доза и методика введения стрептомицина. (3)

35. Легочная форма чумы. Суточная доза и методика введения стрептомицина. (3)

36. Основные направления патогенетической терапии. (3)

37. Критерии выписки при бубонной форме чумы. (2)

38. Критерии выписки при легочной форме чумы. (2)

Т У Л Я Р Е М И Я

Этиология. Эпидемиология. Патогенез

1. Возбудитель туляремии. (1)

2. Носители инфекции в природных очагах. (2).

3. Возможные пути заражения. (3)

4. Какой путь заражения при туляремии является наиболее частым? (1)

5. Характерный эпиданамнез. (3)

(1) 6. В каком случае туляремия может рассматриваться как профессиональное заболевание?

7. Входные ворота инфекции. (3)

8. Основные фазы патогенеза. (3)

Клиника

9. Инкубационный период. (1)

10. Общие клинические проявления в сопоставлении с чумой. (2)

11. Две основные клинические формы инфекции. (2)

12. Клинические варианты бубонной формы. (3)

13. Клинические варианты висцеральной формы. (3)

14. Клиническая характеристика туляремийных бубонов. (3)

15. Уточните понятие первичный и вторичный бубон. (2)

16. Опишите вид язвы при язвенно-бубонной форме туляремии. (3)

17. Наиболее частые клинические проявления глазобубонной формы туляремии. (3)

18. Основные клинические особенности ангинозно-бубонной формы туляремии. (3)

19. Кардинальные симптомы для диагностики абдоминальной формы туляремии. (3)

20. Клинические варианты торакальной формы. (2)

Диагностика

21. Методы подтверждения диагноза. (2)

22. Метод серологической диагностики. (1)

23. Критерии развития специфической аллергизации. (1)

Лечение

24. Антибиотик выбора. (1)

25. Сопоставьте дозировку стрептомицина при лечении бубонной (висцеральной) формы туляремии и чумы. (1)

26. Чем определяется возможность применения при туляремии значительно меньших доз стрептомицина? (1)

27. Бубонная форма туляремии. Суточная доза и методика введения препарата. (3)

28. Глазобубонная форма туляремии. Дополнительные назначения. (1)

Брюшной тиф

1. Характеристика антигенной структуры возбудителя (3)
2. Источник инфекции при брюшном тифе (2)
3. Основные пути передачи при брюшном тифе и паратифах (3)
4. Какой контингент больных на современном этапе имеет основное эпидемиологическое значение? (1)
5. Какие сроки бактериовыделения относятся к острому бактериовыделению? (1)
6. При какой продолжительности бактериовыделение рассматривается как хроническое? (1)
7. Причины формирования хронического бактериовыделения (2)
8. Входные ворота инфекции при брюшном тифе и паратифах (1)
9. К какой ткани тропен возбудитель (1)
10. Какой этап патогенеза соответствует инкубационному периоду? (1)
11. Какой этап патогенеза соответствует начальному периоду? (1)
12. Какие этапы патогенеза соответствуют периоду разгара болезни? (1)
13. Какой этап патогенеза соответствует периоду реконвалесценции? (1)
14. Патоморфологические изменения в кишечнике в первые три недели болезни (3)
15. Продолжительность инкубации (1)
16. Периоды течения брюшного тифа (3)
17. Начало болезни при классическом течении брюшного тифа (1)
18. Жалобы больного в начальный период болезни (3)
19. Физикальные изменения в начальный период болезни (3)
20. Продолжительность лихорадки при классическом течении брюшного тифа (1)
21. Возможные типы температурной кривой (3)
22. Начертите Боткинский тип температурной кривой (1)
23. Внешний вид больного в период разгара болезни (2)
24. Признаки интоксикации в период разгара болезни (3)
25. Как называется состояние резко выраженной интоксикации? (1)
26. Клинические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (3)
27. Типичные изменения пульса в сопоставлении с интенсивностью температурной реакции (1)
28. Изменения со стороны ЖКТ в период разгара болезни (3)
29. Характерные изменения языка в период разгара болезни (3)
30. Сроки появления сыпи (1)
31. Количество элементов сыпи (1)
32. преимущественная локализация сыпи (2)
33. Характер сыпи (3)
34. Типичные изменения «белой» крови (3)
35. Клинические формы болезни (3)
36. Факторы, способствующие развитию рецидива (3)
37. Симптомы, подтверждающие рецидив (2)
38. Особенности клинической картины рецидива в сопоставлении с основной волной болезни (3)
39. Специфические осложнения (2)
40. В какие сроки болезни возможны специфические осложнения? (1)
41. Факторы, способствующие развитию специфических осложнений (3)
42. Прогностическое значение появления жидкого стула (2)
43. Назовите наиболее грозное осложнение, являющееся основной причиной летальных исходов (1)
44. Клинические признаки перфорации кишечника (3)
45. Клинические признаки кишечного кровотечения (3)
46. Типичная характеристика стула при кишечном кровотечении; название симптома (2)
47. Особенности начала современного брюшного тифа (1)
48. Отличие лихорадки на современном этапе (2)
49. Степень выраженности интоксикации при современном брюшном тифе (1)
50. Особенности начального периода паратифов по сравнению с брюшным тифом (2)
51. Продолжительность лихорадки при паратифах по сравнению с брюшным тифом (1)
52. Сроки появления сыпи при паратифах по сравнению с брюшным тифом (2)
53. Характеристика сыпи при паратифах по сравнению с брюшным тифом (3)
54. Методы лабораторной диагностики (2)
55. Какие биологические субстраты забирают для бактериологического исследования в острую фазу болезни? (3)
56. Селективная среда для выделения чистой культуры возбудителя (1)
57. С какого дня болезни может быть выделена гемокультура? (1)
58. Количество крови, засеваемой для бактериологического анализа (1)

59. Почему недопустимо взятие желчи для бактериологического исследования в острую фазу болезни? (1)
60. В какие сроки допустимо взятие желчи для бактериологического исследования? (1)
61. Какая реакция положена в основу серологической диагностики? (1)
62. Диагностический титр реакции Видаля (1)
63. При какой методике наблюдения реакция Видаля наиболее информативна? (1)
64. С какими диагностикумами ставится так называемая развернутая реакция Видаля? (3)
65. Накопление каких антител имеет наибольшее диагностическое значение? (1)
66. О чем свидетельствует положительная реакция Ви-гемагглютинации? (1)
67. Режим, назначаемый больному (1)
68. Правила расширения режима (2)
69. Основные мероприятия по уходу за больными (3)
70. Принципы диетотерапии (3)
71. Почему из рациона больных исключают цельное молоко, виноградный сок? (1)
72. Почему недопустима «голодная» диета? (3)
73. Антибиотик выбора при брюшном тифе и паратифах (1)
74. Схема лечения левомицетином (3)
75. Срок отмены левомицетина (1)
76. Какой препарат можно назначить больному при непереносимости левомицетина? (1)
77. Препараты для иммунотерапии (2)
78. Методы дезинтоксикационной терапии (3)
79. Гемостатическая терапия при появлении признаков кишечного кровотечения (3)
80. Критерии выписки больных (3)

Сальмонеллез

1. Назовите наиболее патогенные серотипы сальмонелл (3)
2. Резервуар инфекции (2)
3. Источники заражения (3)
4. Какие инфекционные процессы могут развиваться в организме больного при попадании в него сальмонелл? (2)
5. Какие формы сальмонеллеза регистрируются у человека? (2)
6. Назовите локализованные формы болезни (3)
7. Инкубационный период при локализованных формах сальмонеллеза (1)
8. Острый сальмонеллезный гастроэнтерит: продолжительность болезни (1)
9. Острый сальмонеллезный гастроэнтерит: общие проявления болезни (2)
10. Острый сальмонеллезный гастроэнтерит: признаки гастрита (2)
11. Острый сальмонеллезный гастроэнтерит: признаки энтерита (2)
12. Острый сальмонеллезный гастроэнтерит: типичная характеристика стула (3)
13. Гастроэнтероколитическая форма сальмонеллеза: характер стула по сравнению с гастроэнтеритической формой (2)
14. Острейший сальмонеллезный гастроэнтерит: какие клинические признаки позволяют заподозрить развитие именно гиповолемического шока? (3)
15. Острейший сальмонеллезный гастроэнтерит: общие проявления болезни (3)
16. Назовите генерализованные формы болезни (2)
17. Генерализованная форма сальмонеллеза: общие проявления болезни (2)
18. Генерализованная форма сальмонеллеза: характеристика и длительность лихорадки (2)
19. Генерализованная форма сальмонеллеза: изменения органов брюшной полости (3)
20. Генерализованная форма сальмонеллеза: характеристика сыпи (3)
21. Генерализованная форма сальмонеллеза: принципиальная разница в клинике тифоидной и септической формы (1)
22. Основной метод лабораторного подтверждения диагноза (1)
23. Материал для бактериологического исследования (4)
24. Правила забора материала для бактериологического исследования (3)
25. При каких формах болезни следует брать кровь для бактериологического исследования? (1)
26. Почему серологические методы диагностики имеют ограниченное значение? (1)
27. Локализованные формы сальмонеллеза: основные направления лечения (2)
28. Локализованные формы сальмонеллеза: с какого терапевтического мероприятия начинают неотложную помощь? (1)
29. Каким раствором оптимально промывать желудок? (1)
30. Какие полиионные растворы назначают для регидратации? (2)
31. При каких формах болезни антибиотики не показаны? (1)
32. Антибиотик выбора при генерализованных формах (1)

33. Схема лечения левомицетином при генерализованных формах (3)
34. Показания для назначения бактериофага (1)
35. Схема лечения бактериофагом (3)

Пищевые токсикоинфекции несальмонеллезной этиологии

1. Назовите наиболее частых возбудителей (3)
2. Сроки инфицирования продуктов условно-патогенными бактериями (1)
3. За какой отрезок времени следует учитывать пищевой анамнез? (1)
4. Перечислите вопросы, которые следует уточнить при сборе пищевого анамнеза (4)
5. Как объяснить отсутствие иммунитета при пищевых токсикоинфекциях? (1)
6. Продолжительность инкубации (1)
7. Очередность появления поноса и рвоты (2)
8. В каком отделе кишечника возникают патологические изменения? (1)
9. Какие признаки характерны при пальпации живота? (2)
10. Типичная характеристика испражнений (3)
11. Как быстро купируется синдром диареи? (1)
12. О чем свидетельствует появление судорог в икроножных и других мышцах? (2)
13. Какой материал подлежит обязательному бактериологическому исследованию? (3)
14. Как подтвердить этиологическое значение выделенного возбудителя? (1)
15. Поясните сущность реакции аутоагглютинации (2)

Стафилококковая пищевая токсикоинфекция

1. Назовите бактериальный пищевые токсикоинфекции (2)
2. Какие именно штаммы стафилококка вызывают данную форму стафилококковой инфекции (1)
3. Для каких возбудителей кишечных инфекций особенно характерна способность вырабатывать энтеротоксин? (2)
4. Какое свойство стафилококков обычно сочетается с их способностью вырабатывать энтеротоксин? (1)
5. Как в клинической практике косвенно оценивают токсигенность стафилококков? (2)
6. Резервуар инфекции (2)
7. Продолжительность инкубационного периода (1)
8. Типичное начало стафилококковой пищевой токсикоинфекции (1)
9. Характеристика температурной реакции (2)
10. Локализация и характер болей (2)
11. Выраженность диареи (1)
12. Какие факторы могут способствовать развитию тяжелого течения стафилококковой пищевой токсикоинфекции? (1)
13. Каким неотложным состоянием сопровождается развитие холероподобного варианта течения стафилококковой пищевой токсикоинфекции? (1)
14. Какие признаки подтверждают гиповолемический характер шока? (3)
15. Материал, подлежащий бактериологическому исследованию (3)
16. Обязательна ли госпитализация больных с пищевыми токсикоинфекциями? (1)
17. Правила транспортировки больных (1)
18. Основные направления неотложной терапии (3)
19. С какого терапевтического мероприятия начинают оказание неотложной помощи? (1)
20. Каким раствором оптимально промывать желудок? (1)
21. Какие растворы назначают для снятия интоксикации? (3)
22. Какими растворами проводится регидратация? (1)
23. С чего следует начинать неотложную терапию при развитии инфекционно-токсического шока? (1)

Ботулизм

1. Какие типы палочек ботулизма регистрируются на территории РФ? (3)
2. Чем определяется высокая устойчивость возбудителя в окружающей среде? (1)
3. Какой токсин вырабатывает палочка ботулизма? (1)
4. Какие пищевые продукты чаще бывают причиной заболевания? (1)
5. Почему именно домашние консервы являются основным источником заражения? (1)
6. Как выглядят консервные банки, в которые попал возбудитель? (1)
7. Изменяются ли вкусовые качества продуктов, инфицированных палочкой ботулизма? (1)
8. Основная точка приложения ботулинического токсина? (1)

9. Какой отдел ЦНС поражается с наибольшим постоянством? (1)
10. Особенности ботулинической интоксикации ЦНС? (2)
11. Местное воздействие ботулинического токсина (1)
12. Длительность инкубационного периода (1)
13. Острота начала болезни (1)
14. Из каких клинических синдромов складывается клиника ботулизма? (3)
15. Типичные жалобы больных в начальном периоде болезни (2)
16. Обычные жалобы больных на нарушение зрения (2)
17. Данные осмотра глаз (3)
18. Признаки развивающейся дисфагии (3)
19. Данные осмотра зева (1)
20. Паралич какой группы мышц особенно характерен? (1)
21. Основные изменения со стороны ЖКТ (3)
22. Типичные изменения со стороны живота (1)
23. Патогенез метеоризма (1)
24. Как объяснить задержку стула и мочеотделения? (2)
25. Прогностически неблагоприятная симптоматика первых часов болезни (1)
26. Патогенез острой дыхательной недостаточности (2)
27. Характер одышки (1)
28. Паралич какой группы мышц прогностически наиболее неблагоприятен? (2)
29. Патогенез недостаточности кровообращения (2)
30. Причины летальных исходов (2)
31. Критерии ранней диагностики (2)
32. Метод подтверждения диагноза (1)
33. Исследуемый материал (3)
34. Какой трупный материал направляют на исследование? (3)
35. Этапы лабораторного подтверждения диагноза (2)
36. Методика проведения биологической пробы с постановкой суммарной реакции нейтрализации (3)
37. Основные направления лечения больного ботулизмом (3)
38. Специфическая терапия (1)
39. Антитоксины каких типов входят в состав поливалентной сыворотки? (3)
40. Почему стандартная поливалентная сыворотка состоит не из 6, а только из 3 компонентов? (3)
41. Когда начинают сывороточную терапию? (1)
42. Пути предупреждения осложнений сывороточной терапии (2)
43. Методика определения чувствительности к чужеродному белку, принятая при лечебном применении гетерогенных белковых препаратов (3)
44. Как проводят сывороточную терапию при положительных результатах пробы? (2)
45. Какую антитоксическую сыворотку вводят больному до уточнения серотипа возбудителя и почему? (2)
46. Разовая доза антитоксической сыворотки типа А (1)
47. Разовая доза антитоксической сыворотки типа В (1)
48. Разовая доза антитоксической сыворотки типа Е (1)
49. С какими интервалами назначают при необходимости повторные введения антитоксической сыворотки (1)
50. Допустимая продолжительность сывороточной терапии (1)
51. Способ введения сыворотки при тяжелом течении болезни (1)
52. С какими другими терапевтическими мероприятиями сочетают лечение сывороткой? (3)
53. Ваши назначения для снятия интоксикации (3)
54. Ваши назначения при парезе кишечника (1)
55. Чем должен быть оснащен центр по оказанию помощи больным ботулизмом? (1)
56. Неотложная терапия при развитии резко выраженной дыхательной недостаточности (1)
57. Назначьте лечение больному, у которого в процессе сывороточной терапии развился анафилактический шок (3)
58. Критерии выписки больных (1)

Холера

1. Возбудители холеры (2)
2. Какой возбудитель чаще регистрируется на современном этапе (1)
3. Морфологическая характеристика возбудителя (3)

4. С какими морфологически сходными микроорганизмами приходится дифференцировать холерные вибрионы? (1)
5. Почему холеру Эль-Тор стали рассматривать как истинную холеру? (2)
6. Источник инфекции (2)
7. Возможные пути заражения (3)
8. Основной путь передачи инфекции (1)
9. Механизм заражения (1)
10. Контингент лиц, особенно восприимчивых к заболеванию (3)
11. Показания для провизорной госпитализации в эпидемических очагах (2)
12. Продолжительность терапии, установленная международными правилами (1)
13. Характерный эпиданамнез (1)
14. Место размножения холерных вибрионов в организме человека (2)
15. Как действует холерный энтеротоксин? (2)
16. Чем подтверждается отсутствие токсинемии даже при тяжелых формах болезни? (2)
17. Патогенез судорог (2)
18. Длительность инкубации (1)
19. Начало болезни (1)
20. Основной критерий оценки тяжести (1)
21. Какие формы болезни более распространены на современном этапе? (1)
22. Общая потеря жидкости при легкой форме болезни (1)
23. Клиническая характеристика легкой формы (3)
24. При какой форме болезни клинические проявления соответствуют синдрому энтерита (1)
25. Какие признаки подтверждают развитие энтерита? (3)
26. Наиболее характерный признак, выявляемый при пальпации живота (1)
27. Для каких форм болезни характерен синдром гастроэнтерита? (1)
28. Общая потеря жидкости при среднетяжелой форме болезни (1)
29. В какой последовательности обычно появляются понос и рвота? (1)
30. Объем диареи (1)
31. Типичная характеристика испражнений (3)
32. Типичная характеристика рвоты (2)
33. Последствия быстрой потери больших объемов жидкости (2)
34. В какой группе мышц чаще всего развиваются судорожные сокращения? (1)
35. Общая потеря жидкости при тяжелой форме болезни (1)
36. Клинические признаки обезвоживания (3)
37. Какое неотложное состояние развивается при тяжелой форме болезни? (1)
38. Какие признаки подтверждают гиповолемический характер шока? (3)
39. Как объяснить разлитой цианоз, развивающийся при тяжелой форме болезни? (1)
40. Клинические проявления сосудистой недостаточности (3)
41. Температура тела при тяжелых формах болезни (1)
42. При какой потере жидкости может наступить фаза алгида? (1)
43. Как объяснить прекращение рвоты и диареи в фазу алгида? (1)
44. Патогенез почечной недостаточности (1)
45. Клинические проявления болезни, обусловленные дефицитом калия (2)
46. Причина летальных исходов (1)
47. Критерии ранней диагностики холеры (3)
48. Критерии дифференциального диагноза с холероподобными формами других кишечных инфекций (3)
49. Характерные показатели крови (3)
50. Какие выделения больного забирают для бактериологического исследования? (3)
51. Материал, забираемый при обследовании на носительство вибрионов (2)
52. Как забирают материал для исследования у здоровых лиц, подозреваемых на носительство холерных вибрионов (2)
53. Чем определяется преимущество забора проб фекалий у предполагаемых носителей после приема солевого слабительного? (2)
54. Предусмотренная инструкцией кратность диагностических посевов (3)
55. Предусмотренная инструкцией кратность контрольных посевов (2)
56. Правила забора испражнений для исследования (3)
57. Почему важно направлять в лабораторию не только засеянный материал, но и нативный? (1)
58. Правила транспортировки материала в лабораторию (3)
59. В какие сроки после забора материал должен быть доставлен в лабораторию? (1)
60. Селективная среда для выделения возбудителя (1)
61. Сроки окончания бактериологического исследования (1)
62. Метод экспресс-диагностики (1)

63. Какие признаки положены в основу экспресс-диагностики? (3)
64. Назовите экспресс метод выявления сгущения крови (1)
65. Состав госпитальной базы, развертываемой в эпидемическом очаге (3)
66. Показания для провизорной госпитализации в эпидемических очагах (2)
67. Назовите полиионные буферные растворы (2)
68. Чем определяется состав солевых полиионных растворов, применяемых для регидратации? (1)
69. Показания для инфузии раствора «Дисоль» (2)
70. Требования к воде, на которой готовятся растворы для массовой внутривенной регидратационной терапии (1)
71. Как оценивают вес больного для расчета необходимого объема инфузий? (1)
72. Как скоро после доставки больного должна быть начата регидратация? (1)
73. Какое исследование необходимо провести перед началом массивной внутривенной регидратации? (1)
74. Состав солевого раствора для пероральной регидратации (4)
75. Назовите 3 последовательных этапа регидратационной терапии (3)
76. Задача 1-го этапа массивной регидратационной терапии (1)
77. Примерная скорость введения солевого раствора на 1-м этапе массивной внутривенной регидратации у детей раннего возраста (2)
78. На основании каких данных устанавливается объем инфузионного раствора на 1-м этапе массивной регидратации? (2)
79. Особенности лечения острой почечной недостаточности при гиповолемическом шоке (1)
80. Лабораторные методы контроля при проведении массивной регидратации (3)
81. Критерии перехода от внутривенной струйной к внутривенной капельной регидратации (1)
82. Способ введения растворов на 2-м этапе массивной внутривенной регидратации (1)
83. Какое количество раствора вводят больному на втором этапе регидратации? (1)
84. Как проводится регидратация при среднетяжелых формах болезни? (2)
85. Критерии перехода к пероральной регидратации (1)
86. Как осуществляют регидратацию при легких формах болезни? (1)
87. Возможные осложнения лечения (2)
88. Как назначают тетрациклин? (1)
89. Влияние антибактериальной терапии на длительность диареи (1)
90. Антибиотик выбора для санации вибрионосителей (1)
91. Дозировка тетрациклина при вибрионосительстве (1)
92. Препарат для экстренной химиопрофилактики (1)
93. Критерии выписки больных (3)

Дизентерия

1. Какой вид шигелл преобладает в настоящее время? (1)
2. Для каких характерен преимущественно пищевой (с молоком) путь передачи инфекции? (1)
3. В каких отделах ЖКТ в основном развиваются патологические изменения? (2)
4. Типичная локализация воспалительных изменений слизистой оболочки кишечника по данным фиброколоноскопии (1)
5. Из каких синдромов складывается типичная клиническая картина заболевания? (2)
6. Острота начала болезни (1)
7. Общие проявления болезни (2)
8. Характеристика общих проявлений при тяжелых формах болезни (2)
9. Признаки общетоксического синдрома (2)
10. Характеристика колитического синдрома при типичной среднетяжелой форме болезни (3)
11. Клинические признаки острого дистального колита (3)
12. Особенности клиники на современном этапе (3)
13. Особенности клинической картины шигеллеза Зоне (3)
14. Характеристика колитического синдрома при типичной тяжелой форме болезни (3)
15. Что такое тенезмы? (1)
16. Типичные изменения испражнений (3)
17. Назовите варианты типичной формы болезни (3)
18. Типичная локализация болей (1)
19. Какое неотложное состояние может развиваться при выраженной интоксикации? (1)
20. Какие формы болезни являются наиболее частыми на современном этапе? (2)
21. Максимальная продолжительность острой формы болезни (1)

22. Характер стула при легких, стертых формах болезни (2)
23. Обычная продолжительность диареи при легкой форме болезни (1)
24. Возможные патологические примеси в испражнениях (3)
25. Какой характерный признак выявляется при пальпации живота? (1)
26. Типичная температурная реакция при среднетяжелой форме болезни (3)
27. Клинические показания для госпитализации (3)
28. Основные критерии классификации (3)
29. Варианты течения хронической дизентерии (2)
30. Характер стула в фазу обострения хронической дизентерии (3)
31. Клинические критерии ранней диагностики (2)
32. Зависимость успеха бактериологических исследований фекалий от сроков обследования больных (1)
33. Поясните необходимость забора материала для бактериологического исследования до начала этиотропной терапии (1)
34. Какой именно материал из испражнений следует забирать для бактериологического исследования? (1)
35. Какую серологическую реакцию можно использовать для подтверждения диагноза? (1)
36. Характерные исследования копрограммы (3)
37. Сравнительная диагностическая ценность кожно-аллергической пробы у взрослых и детей (1)
38. При каких формах болезни особенно важно дополнить визуальную оценку испражнений копроцитоскопией? (2)
39. Какой инструментальный метод исследования может иметь диагностическое значение? (1)
40. Показания для ректороманоскопии (1)
41. В чем состоит подготовка больного к РРС? (2)
42. Противопоказания для РРС (2)
43. Какой уровень поражения слизистой кишечника можно оценить при ректоскопии? (1)
44. Характерные визуальные изменения слизистой, выявляемые у больных острой формой болезни при РРС (2)
45. Преимущественный характер воспаления слизистой кишечника на современном этапе (1)
46. Характерные визуальные изменения слизистой, выявляемые у больных тяжелой формой болезни при РРС (3)
47. Возможные варианты характера воспаления слизистой кишечника (3)
48. Типичные изменения слизистой толстого кишечника при хронической дизентерии в фазу обострения, рецидива (3)
49. Основные отличия характера фекалий при дизентерии и локализованных формах сальмонеллеза (2)
50. Основные отличия дизентерии от локализованных форм сальмонеллеза (2)
51. Основные отличия дизентерии от неспецифического язвенного колита (2)
52. Основные компоненты комплексной терапии (3)
53. Рекомендуемый стол в разные фазы болезни (2)
54. Основные характеристики рекомендуемого лечебного стола (3)
55. Обычная продолжительность этиотропного лечения (1)
56. Для каких целей исследуется чувствительность шигелл к антибиотикам? (2)
57. Лечение каких форм болезни проводится без антибиотиков? (2)
58. Рекомендуемые антибиотики (2)
59. Критерии выбора антибиотика при назначении повторного курса (2)
60. Предпочтительный сульфаниламидный препарат пролонгированного действия (1)
61. Химиотерапевтические препараты группы нитрофуранов (2)
62. Химиотерапевтические препараты группы 8-оксихинолинов (2)
63. Показания к назначению повторного курса этиотропной терапии (2)
64. Вакцинный препарат, применяемый для лечения (1)
65. Состав применяемой в лечебных целях вакцины (2)
66. Схема вакцинотерапии (1)
67. Препарат для иммунотерапии при затяжных и хронических формах болезни (1)
68. Основные направления терапии больных с легкой формой болезни при лечении на дому (3)
69. Для каких целей назначается бактериофаг (2)
70. Как назначается дизентерийный бактериофаг? (1)
71. Пути предупреждения дисбактериоза в процессе лечения больных (2)
72. Биологический препарат для коррекции дисбактериоза (1)

73. Суточная доза колибактерина и курс лечения взрослого больного с затяжной формой болезни (2)
74. Какие препараты назначают для ускорения заживления слизистой кишечника? (3)
75. При каких формах болезни допустимо лечение на дому (1)
76. Исходы болезни (2)
77. Принятая система диспансеризации реконвалесцентов (декретированная группа) (1)
78. Критерии выписки больных декретированной группы (2)
79. Продолжительность диспансерного наблюдения за реконвалесцентами из числа декретированных групп населения (1)

Амебиаз

1. Возбудитель амебиаза (1)
2. В каких формах существует возбудитель в организме человека (2)
3. Какая из форм возбудителя более устойчива во внешней среде (1)
4. Основной отличительный признак вегетативной формы амебы от друних непатогенных амеб, обитающих в ЖКТ человека (1)
5. Источники инфекции при амебиазе (2)
6. Пути передачи инфекции (3)
7. Какое свойство возбудителя позволяют ему проникать в подслизистую оболочку кишечника? (1)
8. Какие возрастные группы чаще поражаются амебиазом и чем это обусловлено? (2)
9. Продолжительность инкубационного периода (1)
10. Клинические формы амебиаза (3)
11. Наиболее распространенная форма амебиаза (1)
12. Выраженность интоксикации при кишечной форме амебиаза (1)
13. Какой отдел ЖКТ чаще поражается при кишечной форме амебиаза? (1)
14. Наиболее частая локализация болей в животе (1)
15. Характеристика стула (2)
16. Изменения в кишечнике, обнаруживаемые при ректороманоскопии (2)
17. Варианты хронического течения амебиаза (2)
18. Назовите клинические критерии распознавания хронического амебиаза (3)
19. Осложнения кишечного амебиаза (3)
20. Причины летального исхода при амебиазе кишечника (3)
21. Клинические варианты амебиаза печени (2)
22. Клиника амебиаза печени (3)
23. Наиболее частая локализация амебного абсцесса печени (1)
24. Изменения со стороны печени при амебном абсцессе (3)
25. Формы внекишечного амебиаза (3)
26. Методы лабораторного подтверждения диагноза (2)
27. В какие сроки после забора материала должно проводиться протистологическое исследование? (1)
28. Выпишите рецепт на метронидазол для лечения больного амебиазом (1)

Балантидиаз

1. Возбудитель балантидиаза (1)
2. В каких формах существует балантидия в организме человека? (2)
3. Источник инфекции (1)
4. Пути заражения (3)
5. Механизм передачи (1)
6. При каких условиях заболевание амебиазом может рассматриваться как профессиональное? (1)
7. Возможные варианты течения инфекции (3)
8. Какие особенности патоморфологических изменений в кишечнике определяют преимущественно хроническое течение балантидиаза? (1)
9. Общие проявления хронического балантидиаза (1)
10. Характеристика стула при хроническом балантидиазе (3)
11. Данные пальпации живота при хроническом балантидиазе (2)
12. Изменения в кишечнике, обнаруживаемые при ректороманоскопии (2)
13. Частота регистрации острого балантидиаза (1)
14. Признаки интоксикации при остром балантидиазе (3)
15. Характеристика стула при остром балантидиазе (3)
16. Осложнения балантидиаза (2)

17. Лабораторное подтверждение балантидиаза (2)

Лямблиоз

1. Назовите возбудителя (1)
2. В каких формах существует возбудитель в организме человека? (2)
3. Механизм заражения (1)
4. Факторы передачи (3)
5. Чем вызван болевой синдром при лямблиозе? (1)
6. Клинические формы (3)
7. Лабораторное подтверждение диагноза (2)
8. Выпишите рецепт на фуразолидон больному лямблиозом (1)
9. Выпишите рецепт на аминохинолон больному лямблиозом (1)

Вирусные гепатиты

1. Характерный эпиданамнез при парентеральных гепатитах (4)
2. Длительность инкубации при гепатите А (1)
3. Длительность инкубации при гепатите В (1)
4. Основные периоды заболевания при желтушной форме острого гепатита (4)
5. Возможные варианты преджелтушного периода (3)
6. Основные проявления диспептического варианта преджелтушного периода (3)
7. Основные проявления катарального варианта преджелтушного периода (3)
8. Основные проявления арталгического варианта преджелтушного периода (3)
9. Продолжительность продромального периода при гепатите А (1)
10. Продолжительность продромального периода при гепатите В (1)
11. Продолжительность продромального периода при гепатите С (1)
12. Для какого периода болезни характерна температурная реакция (1)
13. Характеристика температурной реакции при гепатите А (1)
14. Наиболее раннее клиническое проявление нарушения обмена билирубина (1)
15. Признаки интоксикации при остром гепатите (3)
16. Основными критериями оценки тяжести течения вирусных гепатитов (1)
17. Клинические проявления в желтушный период болезни (4)
18. В какой форме чаще протекает острый гепатит А? (1)
19. В какой форме чаще протекает острый гепатит В? (1)
20. В какой форме чаще протекает острый гепатит С? (1)
21. Возможные формы острого гепатита D (2)
22. Клинические проявления острой печеночной недостаточности (3)
23. Признаки нарушения обмена билирубина (3)
24. При какой продолжительности болезни констатируется затяжная форма болезни (1)
25. Ведущая жалоба больных при наличии холестатического компонента (1)
26. Клинические признаки желчного кризиса при желтушной форме (2)
27. Какие проявления геморрагического синдрома при циррозах печени и тяжелых формах гепатита могут стать причиной летального исхода? (2)
28. Клинические признаки, подтверждающие развитие массивного некроза печени (2)
29. Природа симптома «таяния печени» при фульминантном гепатите (1)
30. Нарушения сознания в разные фазы печеночной прекомы и комы (4)
31. Основные признаки прекомы (4)
32. Наиболее характерный неврологический признак в фазу печеночной прекомы (1)
33. Какие функциональные пробы позволяют выявить нарушения координации движений при острой печеночной недостаточности (3)
34. Какой инструментальный метод позволяет наиболее точно разграничить фазы прекомы и комы (1)
35. Характерные изменения глазных яблок при печеночной коме (название симптома) (1)
36. Критерии дифференциальной диагностики гепатита А и В в преджелтушный период (4)
37. Отличия холестатической формы гепатита от типичной желтушной формы (4)
38. Повышение каких ферментов можно выявить в биохимическом анализе крови при остром гепатите? (3)
39. Повышение какого фермента наиболее важно при подтверждении холестатической формы гепатита? (1)
40. Какая фракция билирубина преимущественно накапливается в крови при желтушной форме болезни? (1)
41. Реакции кала на стеркобилин в фазу ахолии (1)
42. Лабораторные критерии диагностики безжелтушной формы острого гепатита (3)
43. Основным методом специфической лабораторной диагностики вирусных гепатитов (1)

44. Какой материал исследуется на наличие HBsAg? (1)
45. Критерии диагноза субклинической формы острого гепатита (2)
46. Какие белковые пробы используются для оценки функционального состояния печени? (2)
47. Основные отличия печеночной желтухи от гемолитической (4)
48. Основные отличия лептоспироза от вирусного гепатита (4)
49. Основные отличия инфекционного мононуклеоза от вирусного гепатита (3)
50. Основные отличия токсического гепатита от вирусного гепатита (3)
51. Основные отличия механической желтухи от вирусного гепатита (3)
52. Какие компоненты включает базисная терапия (3)
53. Основные компоненты комплексной терапии среднетяжелой формы гепатита (4)
54. Средства устранения аутоинтоксикации при тяжелых формах гепатита (3)
55. С какой целью проводятся внутривенные инфузии раствора глюкозы? (1)
56. Чем обусловлен принцип максимального ограничения медикаментозной терапии? (1)
57. Основные направления интенсивной терапии тяжелых форм гепатита (2)
58. Способ назначения глюкокортикостероидов при тяжелых формах гепатита (1)
59. Чем опасно применение диуретиков при тяжелых формах болезни? (1)
60. Назовите возможные проявления побочного действия глюкокортикостероидов (4)
61. Реанимационные мероприятия при печеночной коме (4)
62. На каком этапе болезни можно начать лечение желчегонными (1)
63. В чем состоит опасность назначения седативных и наркотических средств? (1)
64. Неотложные мероприятия при возникновении желудочного кровотечения (2)
65. Допустимый способ назначения неомицина при печеночной коме (1)
66. Рекомендуемая диета (№ стола) в период разгара болезни (1)
67. При какой форме болезни резко сокращают количество белка в рационе? (1)
68. Чем определяется необходимость соблюдения диеты после выписки из стационара? (1)
69. Критерии выписки реконвалесцентов (3)
70. Ближайшие исходы заболевания (3)
71. Какие ближайшие исходы называют остаточными явлениями? (4)
72. Основная причина летальных исходов при остром гепатите (1)
73. Критерии хронизации процесса (4)
74. Отделенные исходы (3)
75. В какие сроки оценивают ближайшие исходы болезни? (1)
76. Где проводится диспансерное наблюдение за взрослыми реконвалесцентами после их выписки из стационара? (1)
77. В какие сроки после выписки из стационара проводится диспансерное обследование реконвалесцентов? (3)
78. В какие сроки после выписки возможно проведение санаторно-курортного лечения? (1)
79. Пути личной профилактики при гепатите А (2)

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

1. Больной А., 42 лет. Обратился в первый день болезни. Заболел остро. Т—39,5°. Озноб, головная боль, локализуемая в лобной части головы, глазах, кашель, насморк. Кожные покровы влажные, лицо гиперемировано, инъекция сосудов склер, конъюнктив. Дыхание везикулярное. Дыханий 18 в 1 мин., дышит через рот. Тоны сердца приглушены, пульс 112 ударов в 1 мин., АД — 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Зев ярко гиперемирован, отечность мягкого неба, дужек и язычка с обильной зернистостью. Ваш диагноз.

2. Больной Е., 24 лет. Осмотрен на 2-й день болезни. Заболел в период окончания эпидемии гриппа. Головная боль, локализуемая в лобной части, мышечные боли, слабость, адинамия, небольшие катаральные явления. Т — 36,8°. Кожные покровы чистые, влажные, герпетические элементы на губах. Дыхание везикулярное. 16 в 1 мин. Тоны сердца чистые, пульс 70 ударов в 1 мин, АД — 1(20/80 мм рт. ст. Зев гиперемирован, небольшая зернистость мягкого неба. Ваш диагноз. Пути подтверждения диагноза?

3. Больной Г., 36 лет. Госпитализирован через сутки после начала заболевания. Заболел

остро, после резкого охлаждения. Т — 40°, резкая слабость, головная боль, озноб, кашель, насморк. В больнице состояние больного продолжало ухудшаться, появилась мокрота с примесью алой крови. В легких справа и слева обильные рассеянные влажные хрипы. Выраженная одышка (дыханий 36 в 1 мин), тоны сердца приглушены, тахикардия (140 в 1 мин), гипотония (АД — 80/60 мм рт. ст.).

Полная формулировка диагноза. Неотложная терапия.

4. Больная Д., 45 лет. В течение 3-х дней наблюдалась врачом на дому. Заболела остро. Т — 41°. Резкая головная боль, локализующаяся в лобной части, озноб, выраженная слабость, боли в мышцах и суставах.

Кожные покровы чистые, влажные. Дыхание везикулярное, 18 в 1 мин, тоны сердца приглушены, пульс 120 ударов в 1 мин, АД — 100/50 мм.рт. ст.

Со стороны органов брюшной полости патологических изменений не обнаружено. На 3-й день состояние резко ухудшилось, появилась адинамия, заторможенность, мышечная гипотония, нерезко выраженные менингеальные симптомы. Через несколько часов больная потеряла сознание. Зрачковая реакция ослаблена. Появился симптом «плавающих яблок».

Полная формулировка диагноза. Неотложная терапия.

5. Больной Л.. 30 лет. В течение 2-х дней перенес острое респираторное заболевание (высокая температура, кашель, насморк, головные боли, гиперемия зева). Наблюдался участковым терапевтом. В первый день болезни и затем повторно через 10 дней взята для серологического исследования кровь (парные сыворотки). Отмечено нарастание титра противогриппозных антител в 6 раз.

О каких серологических исследованиях идет речь? Как оценить результаты исследования?

6. Больная Ш. 43 лет. Заболела постепенно после охлаждения. Т—37—37,2°. Насморк с обильными слизисто-гнойными выделениями, кашель. Общее состояние оставалось удовлетворительным, продолжала работать, к врачу обратилась только на 6-й день болезни. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы, дыханий 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, пульс 72 удара в 1 мин, АД — 120/60 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены, при исследовании крови: лейкоцитов — 8800, РОЭ — 18 мм/час Риноцитоскопия: нейтрофильные клетки плоского эпителия. Ваш диагноз.

7. Больной Ф., 57 лет. Осмотрен на 4-й день. Заболел постепенно. Температура все дни 37,1—37,2°. Недомогание, головная боль, насморк с обильным серозным отделяемым. Кожные покровы чистые. Дышит через рот. Дыхание везикулярное, 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, пульс 76 ударов в 1 мин, АД — 130/60 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости патологических изменений не обнаружено.

Диагноз и дифференциальный диагноз.

8. Больной Т., 19 лет, студент, болен 4-й день. С первого дня болезни, повышение температуры тела (38,9°), общее недомогание, снижение аппетита, затем насморк, боли в горле. На 4-й день температура тела утром снизилась до 37°, а к вечеру опять повысилась до 39°. Одновременно усилился насморк, кашель, и на лице, шее появилась макуло-папулезная сыпь с частично сливающимися элементами. При объективном обследовании обнаружены явления выраженного конъюнктивита, увеличение заднешейных, затылочных, подмышечных лимфатических узлов (размеры 1x1 см). При аускультации рассеянные сухие хрипы в легких. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. Пульс 120 ударов в 1 мин,

АД 100/60 мм рт. ст. Живот безболезнен. Печень, селезенка не увеличены.

Ваш диагноз. Дифференциальный диагноз.

9. Больной, 15 лет. Заболел остро. Т — 38,3°, насморк, кашель, головная боль. На 3 день ригидность мышц затылка на 1,5 см. Слабо положителен симптом Кернига. Сделана люмбальная пункция, жидкость вытекала частыми каплями, прозрачная, цитоз 120 клеток, преобладают лимфоциты, белок — 0,66% р. Панда +++- Флора не обнаружена.

Ваш диагноз. Возможная этиология болезни.

10. В инфекционную больницу поступил больной 23 лет с жалобами на высокую температуру и головную боль. Отмечены ригидность затылочных мышц и симптомы Кернига. На 3-й день болезни проведена спинномозговая пункция — жидкость вытекала под давлением, прозрачная.

Ваш предварительный диагноз. Возможная этиология заболевания.

11. При проведении профилактического осмотра молодая женщина предъявила жалобы на появившиеся неприятные ощущения в горле, заложенность носа, температуру 37,3°. Выяснилось, что неделю назад ее сын заболел менингитом.

Предварительный диагноз. Тактика врача.

12. Больной, 15 лет, заболел внезапно — возникла сильная головная боль, Т — 39,7°, была рвота. Врач скорой помощи обнаружил ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Ваш диагноз. Куда госпитализировать больного?

13. В инфекционную больницу доставлена в тяжелом состоянии девушка 16 лет. Заболела накануне. Т — 39,6°. На теле обильные геморрагические высыпания. Легкая ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига +. На 3-й день состояние больной резко ухудшилось. Пульс частый, трудно сосчитывается, АД — 60/40 мм рт. ст. Т — 36,3°. Кожа покрыта холодным потом.

Ваш диагноз. Что случилось с больной?

14. Больная, 18 лет, заболела остро, повторная рвота, резкая головная боль. При поступлении Т — 39,9°. Выражена ригидность мышц затылка. Положителен симптом Кернига. На коже туловища и конечностей единичные геморрагические высыпания.

Ваш диагноз. Необходимые терапевтические назначения.

15. В менингококковый центр доставлен больной с подозрением на менингококковый менингит.

Какие изменения со стороны спинно-мозговой жидкости можно ожидать?

16. В поликлинику обратилась больная, 18 лет, с жалобами на лихорадку и боль в горле. Больна 3 дня. При осмотре Т — 37,9°. В зеве гиперемия. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы шеи. Выражена гепатоспленомегалия.

Предварительный диагноз. План обследования.

17. В инфекционную больницу направлен больной, 25 лет, с диагнозом «гепатит А». Болен 5 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38°, болей в горле, незначительного насморка. В последующем появилась желтушность склер. В приемном отделении дежурный врач отметил у больного желтушность кожи и склер, системное увеличение периферических лимфоузлов. В зеве обнаружена гиперемия, белые налеты в лакунах. Увеличены печень и селезенка.

Согласны ли Вы с диагнозом «гепатит А»? План обследования.

18. Врач вызван на дом к больному 62 лет. Жалобы на лихорадку в течение 5 дней и головную боль. При осмотре — на коже туловища обильная полиморфная розеолезная сыпь, единичные элементы сыпи на сгибательных поверхностях рук.

Ваш диагноз. Как его подтвердить? Тактика врача.

19. Больная, 75 лет, T — 38,8—39,2° в течение 7 дней, головная боль.

При осмотре — лицо гиперемировано, на боковых поверхностях грудной клетки розеолезная полиморфная сыпь (заметила на 5-й день болезни), увеличена селезенка. В анамнезе — сыпной тиф 33 года назад.

Поставьте диагноз. Как его подтвердить?

20. У больного, 64 лет, в течение 7 дней держится высокая лихорадка.

С диагностической целью поставлена РСК с антигеном Провачека, выпавшая в титре 1:20 (+++). В прошлом болел сыпным тифом.

Имеются ли основания для диагноза повторного сыпного тифа? Какие необходимы дополнительные лабораторные исследования?

21. Врач поликлиники вызван на дом к больному 38 лет. При осмотре T — 39,5°.

Жалуется на повторные ознобы. Из анамнеза выяснилось, что 7 дней назад возвратился из командировки в одну из стран Африки.

Ваш предположительный диагноз. Как его подтвердить? Тактика врача.

22. Больной, 22 лет, снят с поезда Тегеран—Москва. Заболел остро, температура повысилась с ознобом до 40°, через 12 час снизилась с проливным потом. При осмотре — субиктеричность склер, пульс ударов 88 в 1 минуту (T — 36,4°). Увеличена и болезненна селезенка.

Ваш предварительный диагноз. Как его подтвердить?

23. Больной Л., 26 лет, моряк. 5 месяцев работал на рыболовецком судне у берегов

Африки, неоднократно ходил на берег. Заболел через 10 дней после возвращения домой. Болезнь началась остро: с ознобом поднялась температура тела до 38,7°, болела голова, была выражена слабость, потливость. Через 3 дня температура тела снизилась до 36,6°, в последующие каждые вторые сутки во второй половине дня с сильным ознобом и головной болью температура тела поднималась до 40—41°, с последующим падением до нормы через 6—8 часов, сопровождающимся проливным потом и сонливостью. В инфекционную больницу госпитализирован на 10 день болезни. При обследовании выявлены легкая желтушность кожи, увеличение печени и селезенки. В картине крови — анемия, СОЭ — 33 мм в 1 час.

Ваш диагноз. План обследования. Лечение.

24. Больной Ш., 30 лет, инженер. Доставлен в приемный покой инфекционной

больницы в бессознательном состоянии. Объективно — температура тела 40,5°, кожа бледно-желтая. Отмечается недержание мочи. Пульс 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен густым налетом. Значительное увеличение печени и селезенки. Сухожильные рефлексы понижены. В крови — умеренный лейкоцитоз (12×10^9 /л), анемия (гемоглобин 50 ед., количество эритроцитов 2 миллиона). У родственников выяснено, что больной в течение года работал в Центральной Африке, 2 недели назад вернулся домой.

Предполагаемый диагноз. Необходимые исследования. Лечение.

25. В инфекционное отделение поступил больной 32 лет с жалобами на высокую лихорадку, головную боль, боль в икроножных мышцах. Болен 3 дня. Заболевание началось остро с озноба и подъема температуры до 39° . Перед заболеванием отмечает укус клеща. При осмотре — $T=39.3^{\circ}$. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано. На коже левого плеча — ограниченный инфильтрат, покрытый темной корочкой (место укуса клеща). Пальпируется большая селезенка. На 5 день лихорадки температура критически снизилась до нормальных цифр.

Какое заболевание можно предполагать? План обследования.

26. В терапевтическое отделение с диагнозом «ревматизм» поступили больная 32 лет, доярка по профессии. Из анамнеза выяснилось, что она 6 месяцев назад перенесла острое лихорадочное заболевание, продолжающееся около месяца. В дальнейшем периодически отмечала боль в суставах. Какое инфекционное заболевание можно предположить с учетом профессии и анамнеза больной? План обследования.

27. Больной, 32 лет, ветеринарный фельдшер. Жалобы на упорные боли в пояснице и повышение температуры. Болен в течение года. Лечился от пояснично-крестцового радикулита. При объективном исследовании — выраженная болезненность по ходу седалищного нерва. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области — плотные болезненные образования округлой формы. Положительный симптом Лассега. Увеличены печень и селезенка.

Ваш диагноз. План обследования.

28. Больной, 30 лет, заболел остро. Температура поднялась до 38° , появилась головная боль и слабость. Лихорадка держалась три дня. На 5-й день болезни была замечена желтушность склер. Госпитализирован на 7-й день болезни в состоянии средней тяжести, продолжали беспокоить боли в икроножных мышцах, шум в голове. Объективно отмечены умеренная желтушность кожи и склер (билирубин — 86 мкмоль/л), конъюнктивит. АД — $96/60 \text{ мм рт. ст.}$ На коже груди и в области плечевых суставов единичные точечные геморагии. Печень увеличена на $2-2,5 \text{ мм}$, безболезненна. Моча темная. Кал окрашен. Анализ крови: лейкоцитов — 23 тыс. Эоз — 50% , П — 3% . С — 52% , Л — 32% , М — 81% , РОЭ — 23 мм/час , эритроцитов — 4109000 , Нв — 18 г \% . В анализе мочи патологических отклонений не выявлено. Активность АлАТ — 59 ед/л . Фруктозомонофосфатальдоза — 0 .

Позволяют ли приведенные клинические данные поставить диагноз лептоспироза? Приведите обоснование диагноза.

29. Больной, 38 лет, проживает в черте очага лептоспироза. Заболел остро, $T=39^{\circ}$, сильная головная боль, тошнота, повторная рвота. Поставлен диагноз гриппа. На 3-й день болезни — температура 40° , беспокоят боли в мышцах, суставах. Госпитализирован на 4-й день заболевания. Отмечены увеличение печени и легкая иктеричность склер. В крови: лейкоцитов — $11.5 \times 10^9/\text{л}$, РОЭ — 27 мм/час , П — 13% , С — 39% , Л — 36% , М — 12% .

Согласны ли Вы с диагнозом гриппа? Назовите пути подтверждения диагноза.

30. В инфекционную больницу поступил больной, 23 лет, на 5 день болезни с жалобами на сильные боли в пояснице, головную боль. Заболевание началось с озноба, повышение температуры до 39° . Беспокоила жажда. Перед поступлением в больницу отмечает задержку мочи. За 10 дней до заболевания был в турпоходе, ночевал в лесу, в палатке. Дежурный врач при осмотре больного отметил: состояние тяжелое, $T=38,4^{\circ}$. Гиперемия лица, шей, верхней части груди. Инъекция сосудов склер. Пульс 63 ударов в мин. АД — $105/60 \text{ мм рт. ст.}$ Симптом Пастернацкого резко положительный.

О каком заболевании можно подумать? План обследования.

31. У больного геморрагической лихорадкой с почечным синдромом на 4 день болезни взят анализ мочи.

Какой результат лабораторного исследования можно предполагать?

32. К больному, 45 лет, вызван врач поликлиники. Больной жалуется на лихорадку, жажду, боли в животе и пояснице. Болен 2 дня. Лицо гиперемировано. Глаза «кроличьи». На коже туловища а конечностей — единичные петехии. Отмечено носовое кровотечение. За три дня до заболевания вернулся из отпуска, который провел в лесу на берегу озера.

Какое заболевание можно предполагать? Тактика врача.

33. На станцию скорой помощи поступил вызов к больной, заболевшей 2 дня назад. Больной 42 года. 10 лет работает сортировщицей шерсти. При расспросе удалось узнать, что легкое недомогание начала отмечать два дня назад. Однако резкое ухудшение состояния наступило лишь сегодня. Жалуется на высокую температуру — 39,3°, сильную головную боль, слабость, разбитость, ломящие боли во всем теле. При осмотре: в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 2 см, покрытая тонкой черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью, темного цвета на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. При расспросе выяснилось, что небольшое красное зудящее пятно больная заметила 2 дня назад к концу рабочего дня. В последующие дни пятно сильно зудело, и больная расчесала его. Температура тела начала повышаться сегодня утром. При пальпации области язвы больная не отмечает болезненности. Увеличены локтевые и подмышечные узлы справа. При перкуссии грудной клетки определяется легочный звук, при аускультации — дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, частота пульса 120 ударов в мин, АД — 1:10/60 мм рт. ст. Язык обложен. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Предполагаемый диагноз. Лечение.

34. В поликлинику обратился юноша с жалобами на боли, покраснение и отечность в области голени, повышенную температуру. При осмотре — состояние средней тяжести. Т — 39°. Правая нога отечна в области нижней трети голени, ярко гиперемирована, границы зоны покраснения четкие с неровными краями, на поверхности 2 пузырька с геморрагическим содержанием, увеличены регионарные лимфоузлы. В пригороде, где проживает больной, в течение 4-х последних месяцев зарегистрированы случаи заболевания животных сибирской язвой. У больного заподозрена кожная форма сибирской язвы.

Согласны ли вы с диагнозом? Как уточнить диагноз?

35. У больного, 25 лет, при осмотре Т — 38,5°. В правой подмышечной области конгломерат из 3-х увеличенных лимфоузлов, не спаянных с подлежащими тканями, умеренно болезненный. За 5 дней до болезни выезжал на охоту за ондатрами.

Ваш диагноз. Как его подтвердить?

36. Больной, 38 лет, участвовал в геологической экспедиции в прикаспийских степях, где отмечался падеж среди грызунов. Приехал 3 дня назад, Т — 39°, появилась сильная головная боль, резкая слабость. На 2-й день болезни в паховой области появились болезненные плотные узлы.

Какое заболевание можно заподозрить? Как подтвердить диагноз? Тактика врача.

37. В инфекционную больницу доставлена в крайне тяжелом состоянии молодая женщина. Заболела накануне. Появился жар, боли в правом боку, одышка, кашель. 2 дня назад прилетела из Забайкалья, где участвовала в геологической экспедиции. При

осмотре: Т — 39,5°, разлитой цианоз, дыханий 48 в мин. Пульс частый, слабого наполнения, трудно сосчитывается. АД не определяется. В легких справа, в зоне подкрыльцовых линий, влажные хрипы, там же ограничение подвижности легких и нечеткое укорочение перкуторного звука.

Ваш предварительный диагноз. Назовите пути его подтверждения и определите тактику дежурного врача.

38. Больной 27 лет. Находится под наблюдением врача поликлиники. В течение 4 дней держится высокая лихорадка. Жалобы на слабость, упорные головные боли, плохой аппетит, сон. При объективном осмотре на дому: со стороны сердца и легких отклонений не выявлено. Пульс 72 удара в минуту при t 39°C. Язык обложен, суховат; при исследовании живота – урчание в правой подвздошной области, пальпируется край селезенки. Ваш предварительный диагноз. Тактика врача.

39. Больной 48 лет. Доставлен в инфекционную больницу на 8-й день болезни. Т 39,3°C, вял, бледен. Скудная розеолезная сыпь на животе и груди. Пульс 80 ударов в минуту. Язык обложен. Живот незначительно вздут, печень выступает за край реберной дуги на 2 см. Селезенка при перкуссии – с 7 ребра. Стул задержан. Ваш предварительный диагноз. Назначьте лечение.

40. У больного t 39°C, частота пульса 80 ударов в минуту. Какой тиф больше оснований предполагать?

41. У больного, находящегося на обследовании в диагностическом отделении инфекционной больницы, на 9-й день болезни поставлена реакция Видаля: титр О- и Н-антител 1:200. Повторно через 7 дней титр О-антител 1:800, Н-антител 1:400. Подтверждают ли эти данные диагноз брюшного тифа? Назовите другие диагностические методы исследования.

42. Больной 30 лет. Находится на лечении в инфекционной больнице по поводу брюшного тифа. Проводится лечение левомицетином. На 16-й день болезни температура снизилась критически до 36°C, пульс 128 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт. ст. Лицо бледное, холодный пот на лбу. Живот мягкий. Что случилось с больным? Как подтвердить Ваше предположение?

43. У больного брюшным тифом, находящегося на лечении в инфекционной больнице, на 18й день болезни появились боли в животе. При осмотре врач обнаружил мышечный дефанс в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина. Что случилось с больным? Тактика врача.

44. Больной, 40 лет, заболел остро, t 38°C, рвота 2 раза, головная боль, незначительные боли в эпигастрии, стул нормальный 2 раза в сутки. На 6-й день болезни появилась обильная розеолезная сыпь на нормальном фоне. Увеличены печень и селезенка. Ваш диагноз. План обследования. Назначьте лечение.

45. В инфекционную больницу в течение суток поступило 18 учащихся ПТУ. У всех заболевание началось остро с тошноты, повторной рвоты, болей в эпигастрии, частого водянистого стула. У 10 человек отмечено понижение АД, судороги верхних и нижних конечностей, кратковременная потеря сознания. Все заболевшие за 2-3 часа до заболевания ели в столовой училища творог со сметаной. Предполагаемый диагноз.

46. Больной поступил в инфекционную больницу на 2-й день болезни с жалобами на головную боль, ломоту во всем теле, тошноту, рвоту, жидкий стул (6 раз в сутки), постоянные разлитые боли в животе. Заболевание началось через 6 часов после употребления в пищу жаренной утки. При осмотре: бледный, адинамичный, температура 39,5°C, легкая субиктеричность склер. Частота пульса 96 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Живот вздут, урчание в правой подвздошной области. Нижний край печени выступает на 1,5 см, селезенку пальпировать не удается.
Ваш диагноз. План обследования.

47. Больной 25 лет, резчик, заболел остро. При осмотре: t 39,6°C, пульс трудно сосчитать, частый, АД 50/30 мм рт. ст. Разлитой серо-синий цианоз. Одышка 28 в минуту. Тургор тканей снижен, охриплость голоса, судороги икроножных мышц. Стул обильный жидкий, зловонный с зеленью. После начала лечения наступило быстрое улучшение.
Ваш диагноз. План лечения.

48. Больной 21 года, заболел остро: t 39°C, тошнота, рвота, боли в животе, жидкий водянистый стул до 6 раз в сутки. После промывания желудка, применения сосудистых средств наступило улучшение. При опросе установлено, что ел холодец, приготовленный накануне и хранившийся в комнате.
Ваш предварительный диагноз. План обследования больного.

49. Больная, 42 лет, 6-й день болезни. Жалобы на тошноту, рвоту, лихорадку в пределах 38-39°C, головную боль. Заболевание связывает с употреблением в пищу утиных яиц. При осмотре t 39°C, на теле розеолезная сыпь, единичная на нормальном фоне. Гепатоспленомегалия. Стул жидкий до 3 раз в сутки, зеленого цвета.
Диагноз. Какие лабораторные исследования следует провести?

50. Доставлены отец и сын 4-х лет с признаками пищевой токсикоинфекции. Общее состояние отца удовлетворительное, t 37,6°C, рвота прекратилась, стул сохраняется жидкий, пульс удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст. Состояние мальчика тяжелое – повторная рвота, профузная диарея, t 35,5°C, судороги икроножных мышц, разлитой цианоз, пульс 120 в минуту, слабого наполнения, АД не определяется. Прекратилось мочеотделение. Ваш диагноз с указанием формы болезни у каждого из больных. Характер сосудистой недостаточности, развившейся у мальчика?

51. В инфекционное отделение поступил больной с жалобами на тошноту, рвоту, однократный жидкий стул, общую слабость, сухость во рту, двоение в глазах. Болен 2-й день. Накануне ел грибы домашнего консервирования. Головокружение и сухость во рту отмечала жена больного, которая съела только один гриб. Общее состояние больного средней тяжести, сознание ясное, кожа бледная. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ЧСС 84 удара в минуту, АД 130/80 мм рт. ст., язык слегка обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются, стула у больного за время пребывания в отделении не было. Голос больного имеет гнусавый оттенок, глоточный рефлекс понижен, менингеальный симптомов нет.
Ваш диагноз. План обследования.

52. Больная 45 лет, поступила в стационар на 2-й день болезни с жалобами на слабость, головокружение, неотчетливое видение предметов, двоение в глазах, сухость во рту, задержку стула. За 2 дня до начала болезни ела копченую свинину домашнего приготовления. Объективно: больная бледная, сознание ясное, t 37,2°C, ЧСС 68 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот вздут, метеоризм. Неврологическая симптоматика: зрачки расширены, на свет реагируют слабо; птоз правого века, горизонтальный нистагм;

конвергенция не нарушена; глоточный рефлекс слабо положительный; парез мягкого неба справа; сухожильные рефлексы живые симметричные, чувствительность не нарушена. Менингеальных симптомов нет.
Предполагаемый диагноз. Лечение.

53. После употребления консервированных грибов домашнего приготовления заболели мать и дочь 10 лет. Диагностирован ботулизм.
Как подтвердить диагноз? Назначьте лечение.

54. Больной 18 лет, обратился к врачу по поводу остро возникшего нарушения зрения: «не узнал деталь, обработанную накануне». Утром была рвота. Температура нормальная. При осмотре обнаружена анизокория, нерезкий правосторонний птоз, нарушение глотания. Из анамнеза: накануне вечером ел вяленую рыбу.
Ваш диагноз? Как его подтвердить? Неотложная терапия.

55. У больного с исходным весом 75 кг объем жидкого стула составил 2 литра.
Оцените тяжесть болезни.

56. У больного с исходным весом 75 кг объем жидкого стула составил 4 литра.
Оцените тяжесть болезни.

57. У больного с исходным весом 75 кг объем жидкого стула составил 8 литров.
Оцените тяжесть болезни.

58. Больной 42 лет доставлен в крайне тяжелом состоянии с поносом и рвотой. Т 35,6°C, на вопросы отвечает односложно, голос глухой, кожа холодная, влажная, тургор резко снижен, лицо осунувшееся, цианоз. АД 70/40 мм рт. ст., пульс слабый. При пальпации живота определяется шум плеска. Судороги конечностей.
Ваш предварительный диагноз. Тактика врача.

59. В кишечном диагностическом отделении инфекционной больницы в течение 3 дней находится больная с острым энтеритом неясной этиологии. Дежурному врачу ночью из лаборатории ООИ сообщили, что у больного выделены холерные вибрионы.
Действия дежурного врача больницы.

60. В терапевтическом отделении больницы у больного с хроническим гепатохолангитом заподозрена холера. Взят материал для исследования.
Какой материал посылают в лабораторию? Правила упаковки и транспортировки.

61. В городе зарегистрировано 3 больных холерой.
Как следует организовать диагностику легких форм холеры в эпидемическом очаге?
Методика обследования больных.

62. Состояние больного тяжелое; акроцианоз, афония, судороги конечностей. Т 34,5°C, тургор кожных покровов понижен, АД не определяется, ЧСС не сосчитывается, обильная рвота, диарея (выделения обильные водянистые без запаха, с беловатыми хлопьями)
Ваш предварительный диагноз. Назначьте лечение.

63. Больной 30 лет, заболел остро: t 37,8°C, боли в подвздошных областях, жидкий стул до 12 раз в сутки. При осмотре – спастически сокращенная сигмовидная кишка. Стул жидкий скудный, со слизью и кровью.
Ваш диагноз. Как его подтвердить лабораторно? Назначьте лечение.

64. Больной 61 года, страдает хроническим анацидным гастритом. Поступил на 3-й день болезни с жалобами на боли в животе, жидкий стул, иногда со слизью, тенезмы. $t 37,3^{\circ}\text{C}$, язык обложен, живот болезненный в подвздошных областях, сигма спастически сокращена, стул жидкий со слизью до 2-3 раз в день.

Ваш диагноз. План обследования.

65. Ректороманоскопия: тубус ректоскопа введен на 25 см. Слизистая кишечника гиперемирована, отечна, легко ранима. Имеются точечные кровоизлияния. В просвете кишечника – мутная слизь.

Оцените данные РРС.

66. Больной 35 лет, доставлен в приемное отделение инфекционной больницы с диагнозом острой дизентерии. Болен 2-й день. Заболел остро, $t 38,2^{\circ}\text{C}$, боли в животе, однократно жидкий стул без патологических примесей. При осмотре живот несколько вздут, болезнен в правой подвздошной области, там же – положительный симптом Щеткина.

Согласны ли вы с диагнозом направления? Тактика дежурного врача.

67. Больной 23 лет, повар, обратился к врачу с жалобами на головную боль, боли внизу живота, частые позывы на дефекацию. При осмотре $t 38,3^{\circ}\text{C}$. Спазмированная и отечная сигма. Стул 8 раз за сутки, скудный, со слизью и прожилками крови. Диагноз: острая дизентерия средней тяжести.

Назначьте лечение.

68. Больной 66 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в левой подвздошной области, периодически стул с примесью крови. С диагнозом «дизентерия» направлен в инфекционную больницу. При осмотре: кал оформлен, отчетливая примесь крови.

Согласны ли вы с диагнозом? План обследования.

69. Больной заболел 3 дня назад. Температура не повышалась, появился жидкий стул с большим количеством слизи и крови. Жалуется на боли в правой половине живота, плохой аппетит и сон. При пальпации определяется вздутая и болезненная слепая кишка. Испражнения типа «малинового желе». В ОАК лейкоцитов $8 \cdot 10^9$, СОЭ 12 мм/ч. 2 недели назад вернулся из поездки на пароходе в Астрахань.

Проведите дифференциальный диагноз между амебиазом и острой бактериальной дизентерией.

70. Больной, по профессии заготовитель, по роду работы часто бывает в командировках в различных районах Средней Азии. Жалуется на учащенный стул со слизью и кровью, схваткообразные боли в животе, субфебрилитет. Болен около 4 месяцев. Первые 2 недели болезни стул был полужидкий, 1-2 раза в сутки, со слизью, затем нормализовался. Однако через неделю стул вновь участился, периодически в нем появлялась кровь. Последнее обострение началось 3 дня назад. Общее состояние больного удовлетворительное, $t 37,2^{\circ}\text{C}$, при пальпации живота отмечается болезненность слепой и восходящей ободочной кишки, стул кашицеобразный с примесью комков слизи, окрашенной в розовый цвет.

Диагноз. План обследования.

71. Молодой человек 20 лет, направлен в инфекционный стационар для обследования на хроническую форму амебиаза. Приехал из Средней Азии, где проживал до 18 лет. В течение последних двух лет отмечает появление жидкого стула (3-4 раза в сутки), с примесью крови, а иногда и гноя, схваткообразные боли в животе, субфебрилитет. Временами понос прекращался и боли стихали, но через 1-3 месяца стул вновь учащался, периодически в нем

появлялось большое количество крови, усиливались боли в животе. Отмечает потерю веса, плохой аппетит, слабость, головокружение. При осмотре обращает внимание бледность кожных покровов и слизистых. Язык влажный, обложен, живот втянут, болезненный по ходу толстого кишечника. Умеренная гипохромная анемия, СОЭ 36 мм/ч. С помощью ректороманоскопии и контрастной клизмы отмечены гиперемия и отек слизистой, сглаженность складок, кровоточивость, геморрагии, сужение просвета кишки. Многократные протистологические и бактериологические исследования дали отрицательный результат. Лечение антибиотиками и эметином оказалось неэффективным. Состояние улучшилось при лечении сульфасалазином.

Диагноз.

72. Больная находилась на обследовании в стационаре по поводу гиперацидного гастрита. Стул нормальный, поноса в прошлом не отмечает. При микроскопии фекалий обнаружены цисты гистолитической амебы. В картине крови изменений нет. Живот болезненный в эпигастрии. Толстый кишечник не спазмирован.

Ваша трактовка результатов протистологических исследований.

73. Больной в течение года страдает амебиазом кишечника с повторными обострениями. При очередном обострении появились тупые боли в правом подреберье, ставшие постоянными. Печень, особенно правая доля, значительно увеличена в размерах, при пальпации болезненная. Общее состояние средней тяжести. Неправильная лихорадка. Нейтрофильный лейкоцитоз. Поставлен диагноз амебного абсцесса печени.

Назначьте лечение.

74. Больная жалуется на постоянные разлитые боли в животе, жидкий стул со слизью, а иногда и с примесью крови, 2-3 раза в день, слабость, тошноту, плохой аппетит. Заболела 1,5 месяца назад во время пребывания в деревне, где помогала матери по хозяйству. Вначале понос продолжался 3-5 дней, затем периоды жидкого стула и болей в животе стали удлиняться до 1 – 2 недель. Последнее обострение длится 10 дней. Кожа и слизистые бледные. $t 36,9^{\circ}\text{C}$. Язык влажный, обложен, живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, пальпируется спазмированная сигма, стул кашицеобразный, с примесью слизи и крови.

О каком заболевании можно думать? План обследования.

75. В инфекционную больницу поступила больная 25 лет с диагнозом «гепатит В». На 9-й день желтухи состоянии резко ухудшилось: резкая слабость, повторная рвота, петехии на коже, «печеночный запах», уменьшение зоны печеночной тупости.

Что происходит с больной? Неотложные мероприятия.

76. У больной, обратившейся в поликлинику по поводу болей в суставах, заподозрен острый гепатит В.

Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

77. У хирурга в возрасте 37 лет появилась общая слабость, быстрая утомляемость, боли в суставах. На 10-й день заболевания выявлена субиктеричность склер и потемнение мочи. Предварительный диагноз. Необходимые лабораторные исследования.

78. Больной 6 месяцев назад перенес острый гепатит В. Был выписан с остаточными явлениями (остаточная гепатомегалия, субиктеричность склер). Жалуется на слабость, быструю утомляемость, поташникание. Печень по-прежнему увеличена, периодически темнеет моча. В крови обнаруживается HBsAg.

Ваш диагноз. Тактика ведения больного.

79. У санитарки больницы, 10 дней назад ухаживавшей за больным с заносной натуральной оспой, появились недомогание и слабость. На следующий день повысилась температура до $38,9^{\circ}$ с ознобом, возникла головная боль, боль во всем теле, в суставах. Лихорадка продолжалась 2 дня. На 6-й день болезни при $T = 37,4^{\circ}$ на коже появились три плотные везикулы и один узелок на подбородке. Больная ревакцинирована год назад. Можно ли предположить заражение натуральной оспой?

80. В поликлинику обратилась больная, 18 лет, с жалобами на лихорадку и боль в горле. Больна 3 дня. При осмотре $T = 37,9^{\circ}$. В зеве гиперемия. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы шеи. Выражена гепатоспленомегалия. Предварительный диагноз. План обследования.

81. В инфекционную больницу направлен больной, 25 лет, с диагнозом «инфекционный гепатит». Болен 5 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38° , боли в горле, незначительного насморка. В последующем появилась желтушность склер. В приемном отделении дежурный врач отметил у больного желтушность кожи и склер, системное увеличение периферических лимфоузлов. В зеве обнаружена гиперемия, белые налеты в лакунах. Увеличены печень и селезенка. Согласны ли Вы с диагнозом «инфекционный гепатит»? План обследования.

**Тестовые задания по инфекционным болезням
по дисциплине Инфекционные болезни, паразитология**

по специальности Медико-профилактическое дело 32.05.01

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
РАЗДЕЛ 1. Введение в специальность. Учение об общей патологии инфекций. Принципы лечения инфекционных больных.	
1. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС - ЭТО: А. распространение инфекционных болезней среди животных Б. наличие возбудителей в окружающей среде В. взаимодействие микро- и макроорганизма Г. зараженность инфекционными агентами переносчиков Д. распространение болезней среди людей	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16
2. ВИРУСНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИМЕЕТ: А. токсоплазмоз Б. лептоспироз В. орнитоз Г. ящур Д. рожа	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16
3. К ГЛИСТНЫМ ИНВАЗИЯМ ОТНОСИТСЯ: А. лейшманиоз Б. лептоспироз В. трихинеллез Г. бруцеллез Д. лямблиоз	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16
4. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНЫЕ НЕ ЗАРАЗНЫ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ: А. дизентерия Б. грипп В. лептоспироз Г. дифтерия Д. сальмонеллез	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16
5. ЛИМФАДЕНИТ ХАРАКТЕРЕН: А. для менингококковой инфекции Б. для столбняка В. для рожи Г. для гриппа Д. для вирусного гепатита С	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16

<p>6. ПОЛИАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА: А. для ботулизма Б. для гриппа В. для бруцеллеза Г. для дифтерии Д. для геморрагической лихорадки с почечным синдромом</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>7. ГЕПАТО-ЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ТИПИЧЕН: А. для гриппа Б. для менингококковой инфекции В. для рожи Г. для бруцеллеза Д. для бешенства</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>8. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ: А. сальмонеллеза Б. столбняка В. вирусных гепатитов Г. холеры Д. энтеробиоза</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>РАЗДЕЛ 2. Кишечные инфекции и инвазии</p>	
<p>9. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРЮШНОГО ТИФА: А. <i>Salmonella typhi</i>, имеет Н-, О- и Vi-антигены, растет на средах, содержащих желчь Б. <i>Salmonella typhimurium</i>, грамположительный, имеет Н-, О- и Vi-антигены В. <i>Salmonella typhi</i>, спорообразующий, растет на средах, содержащих желчь Г. <i>Salmonella enteritidis</i>, имеет Н-, О- и Vi-антигены, спорообразующий Д. <i>Salmonella typhi</i>, имеет только Н—антиген, грамотрицательный</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>10. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРЮШНОГО ТИФА СПОСОБЕН РАЗМНОЖАТЬСЯ: А. в овощах при хранении Б. в герметизированных домашних консервах В. в молоке Г. в негерметизированных домашних консервах Д. в слабоалкогольных напитках</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>11. ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ БРЮШНОТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. больной человек Б. больное животное В. больной человек и больное животное Г. больной человек и бактерионоситель Д. больное животное и бактерионоситель</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>12. ОСНОВНЫЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В:</p> <p>А. сигмовидной кишке Б. прямой кишке В. подвздошной кишке Г. поперечноободочной кишке Д. желудке</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>13. РАННИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. лихорадка, розеолезная сыпь, обложенность языка Б. лихорадка, головная боль, обложенность языка, с-м Падалки В. головная боль, с-м Падалки. розеолезная сыпь, диарея Г. лихорадка, розеолезная сыпь, обложенность языка Д. головная боль, с-м Падалки, кишечное кровотечение</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>14. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. пульсирующая головная боль Б. ларинготрахеит В. зуд кожи Г. розеолезная сыпь Д. одышка</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>15. ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ХАРАКТЕРНО НА:</p> <p>А. 1-3-й день болезни Б. 4-7-й день болезни В. 8-10-й день болезни Г. после 14-го дня болезни Д. в течение всего лихорадочного периода</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>16. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ЛОКАЛИЗАЦИИ СЫПИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. лицо Б. ладони, подошвы В. живот и нижняя часть грудной клетки Г. боковая поверхность туловища Д. боковая поверхность туловища и сгибательная поверхность конечностей</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>17. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. миокардит Б. пиелит В. паротит Г. кишечное кровотечение Д. стоматит</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>18. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. умеренный лейкоцитоз с лимфоцитозом Б. нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия В. лейкопения, анемия Г. лейкопения с относительным лимфоцитозом, анэозинофилия Д. ускорение СОЭ более 40 мм/час, нейтрофильный лейкоцитоз</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>19. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРЮШНОГО ТИФА НА 1-Й НЕДЕЛЕ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. клинический анализ крови Б. серологический анализ крови В. бактериологическое исследование крови Г. бактериологическое исследование мочи Д. бактериологическое исследование кала</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>20. ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. эритромицин Б. пенициллин В. стрептомицин Г. тетрациклин Д. левомицетин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>21. ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. больной человек или бактерионоситель Б. больное животное В. больной острой дизентерией человек Г. больной острой дизентерией человек и больное животное Д. бактерионоситель и больное животное</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>22. МЕХАНИЗМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ:</p> <p>А. вертикальный Б. трансмиссивный В. фекально-оральный Г. аспирационный Д. перкутанный</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>23. СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ, ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>А. лихорадка, гепатоспленомегалия, колит Б. лихорадка, симптомы интоксикации, колит, В. симптомы интоксикации, лимфаденопатия, колит Г. длительная лихорадка, обезвоживание, полиморфная сыпь Д. симптомы интоксикации, гепатоспленомегалия, колит</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>24. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИСПРАЖНЕНИЯ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ:</p> <p>А. малиновое «желе» Б. скудные слизистые с примесью прожилок крови В. мелена Г. обильные водянистые без патологических примесей Д. водянистый, зловонный, с зеленью</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>25. СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ДИСТАЛЬНЫЙ КОЛИТ:</p> <p>А. схваткообразные боли в правой подвздошной области, тенезмы, обильный жидкий стул с примесью слизи Б. тенезмы, боли в околопупочной области, водянистый стул без примесей В. уплотнение и болезненность по ходу всего толстого кишечника, Г. схваткообразные боли в левой подвздошной области, тенезмы, уплотнение и болезненность сигмовидной кишки, тенезмы Д. диффузные боли по всему животу, ложные позывы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>26. НАИБЕЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. ректороманоскопия Б. бактериологическое исследование крови В. реакция пассивной гемагглютинации Г. кожная аллергическая проба Цуверкалова Д. бактериологическое исследование кала</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>27. В РАЗГАРЕ ТЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬНЫЕ НУЖДАЮТСЯ В ДИЕТЕ №:</p> <p>А. 4 Б. 1 В. 5 Г. 7 Д. 10</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>28. ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО:</p> <p>А. не образует экзотоксин Б. быстро гибнет в воде В. чувствителен к действию дезинфицирующих средств Г. неподвижен Д. является вирусом</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>29. ПРИ ХОЛЕРЕ:</p> <p>А. переносчиками болезни могут быть кровососущие членистоногие Б. заражение возможно при употреблении консервов домашнего производства В. наиболее восприимчивы люди со сниженной кислотностью желудочного сока Г. наиболее высокая заболеваемость в странах с умеренным климатом Д. хлорирование воды не предохраняет от заражения</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>30. ОСНОВУ ПАТОГЕНЕЗА ХОЛЕРА СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А. бактериемия Б. токсемия В. гастроэнтерит Г. энтероколит Д. дегидратация</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>31. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. одномоментно появляются признаки общей интоксикации и диспепсические расстройства</p> <p>Б. выраженное обезвоживание развивается на 4-5-й день болезни</p> <p>В. стул водянистый с примесью слизи, крови</p> <p>Г. при тяжелом обезвоживании характерно развитие судорожного синдрома</p> <p>Д. в тяжелых случаях наблюдается относительная брадикардия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>32. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ТИПИЧНЫЕ ИСПРАЖНЕНИЯ:</p> <p>А. скудные калового характера</p> <p>Б. обильные водянистые, зловонные</p> <p>В. в виде «рисового отвара»</p> <p>Г. с примесью слизи и крови</p> <p>Д. в виде «малинового желе»</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>33. ПРИ ХОЛЕРЕ:</p> <p>А. первым симптомом является озноб</p> <p>Б. характерно наличие ложных позывов на дефекации</p> <p>В. болезненность при пальпации живота носит диффузный характер</p> <p>Г. тяжесть течения болезни соответствует уровню лихорадки</p> <p>Д. при тяжелом обезвоживании развивается картина гиповолемического шока</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>34. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <p>А. выделение культуры возбудителя из испражнений</p> <p>Б. реакцию Видаля</p> <p>В. кожно-аллергическую пробу</p> <p>Г. метод иммунного блоттинга</p> <p>Д. выделение гемокультуры возбудителя</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>35. ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛЕГКИМИ ФОРМАМИ ХОЛЕРЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:</p> <p>А. дисоль</p> <p>Б. лактасоль</p> <p>В. цитоглюкосалан</p> <p>Г. трисоль</p> <p>Д. кватасоль</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>36. ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. цитроглюкосолан Б. физиологический раствор В. глюкозо-калиевый раствор Г. реополиглюкин Д. квартасоль</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>37. ВОЗБУДИТЕЛЬ АМЕБИАЗА:</p> <p>А. существует в 2х формах – цист и вегетативной просветной Б. вегетативные формы устойчивы в окружающей среде В. паразитирует в толстой кишке Г. вызывает фибринозно-геморрагическое воспаление толстой кишки Д. образует экзотоксин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>38. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ АМЕБИАЗА:</p> <p>А. поражаются все отделы кишечника Б. поражает тонкий кишечник В. при внекишечном амебиазе чаще всего поражается печень Г. амебиаз распространен преимущественно в странах с умеренным климатом Д. амебиаз является зоонозной инфекцией</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>39. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АМЕБИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. язвенное поражение дистального отдела подвздошной кишки Б. катарально-эрозивный проктосигмоидит В. сфинктерит Г. язвенные поражения слепой кишки Д. фибринозный колит</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>40. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КИШЕЧНОМ АМЕБИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. высокая лихорадка, боли в правом подреберье Б. рвота В. боли в эпигастральной области Г. стул в виде «малинового желе» Д. стул в виде «мясных помоев»</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>41. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АМЕБИАЗА:</p> <p>А. наиболее характерно обнаружение при бактериоскопии испражнений тканевых и больших просветных форм возбудителя</p> <p>Б. главным методом является выделение чистой культуры возбудителя из испражнений больного</p> <p>В. важное значение имеет обнаружение возбудителя в дуоденальном содержимом</p> <p>Г. наиболее существенным является обнаружение цист возбудителя в испражнениях</p> <p>Д. серологические методы диагностики имеют решающее значение</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>42. ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКО-ИНФЕКЦИИ (ПТИ):</p> <p>А. вызываются условно-патогенной флорой</p> <p>Б. вызываются патогенными микробами кишечной группы</p> <p>В. характеризуются отсутствием интоксикационного синдрома</p> <p>Г. характеризуются тем, что источником являются инфицированные пищевые продукты</p> <p>Д. характеризуются тем, что размножение возбудителя и токсинообразование происходит только в организме человека</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>43. ПРИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКО-ИНФЕКЦИИ:</p> <p>А. наиболее характерным симптомом является частый водянистый стул без патологических примесей</p> <p>Б. боли чаще локализуются в левой подвздошной области</p> <p>В. стул, как правило, жидкий, с примесью слизи</p> <p>Г. в тяжелых случаях часто развивается некротический энтерит</p> <p>Д. продолжительность инкубационного периода колеблется от 3 часов до 3 суток</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>44. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ПТИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. антибактериальная терапия</p> <p>Б. сердечно-сосудистые средства</p> <p>В. промывание желудка</p> <p>Г. реополиглюкин в/в</p> <p>Д. 0,9 % р-р хлорида натрия в/в</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>45. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. инфицированные животные Б. инфицированная птица В. крысы, утки, гуси, коровы, свиньи, голуби, лошади Г. инфицированный человек Д. инфицированные животные, птицы, человек</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>46. В ПАТОГЕНЕЗЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:</p> <p>А. интенсивное размножение возбудителя в кишечнике Б. общее и местное действие эндотоксина В. развитие обезвоживания Г. поражение сердечно-сосудистой системы Д. бактериемия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>47. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ:</p> <p>А. до 2 часов Б. 2-12 часов В. 2-72 часа Г. 24-48 часов Д. более 72 часов</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>48. СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>А. рвота, боли в эпигастральной и околопупочной области, жидкий стул с «зеленью» Б. темная окраска рвотных масс, боли в околопупочной области, примесь слизи и крови в кале, В. первым появляется жидкий стул с «зеленью», затем – рвота без тошноты Г. отсутствие лихорадки, боли в эпигастральной области, водянистый жидкий стул Д. выраженная лихорадочная реакция, развитие обезвоживания, спастические боли в правой подвздошной области</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>49. ПРИ СЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА:</p> <p>А. обнаружение в крови антител при однократном обследовании с 5-6-го дня болезни</p> <p>Б. обнаружение в крови антител при двукратном обследовании на 3-4 день болезни и 6-7 день болезни</p> <p>В. обнаружение нарастания титра антител при обследовании методом парных сывороток</p> <p>Г. обнаружение в крови антител при однократном обследовании на 7-8-й день болезни</p> <p>Д. обнаружение в крови антител в 1-й день болезни и в период реконвалесценции</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>50. ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА С ВЫРАЖЕННЫМ ОБЕЗВОЖИВАНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. 5% р-р глюкозы</p> <p>Б. реополиглюкин</p> <p>В. 0,95% р-р хлорида натрия</p> <p>Г. 10% р-р альбумин</p> <p>Д. квартасоль</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>51. ВОЗБУДИТЕЛЬ БОТУЛИЗМА - ЭТО:</p> <p>А. иерсиния</p> <p>Б. сальмонелла</p> <p>В. листерия</p> <p>Г. клостридия</p> <p>Д. вибрион</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>52. ПРИ БОТУЛИЗМЕ:</p> <p>А. источником инфекции является больной человек</p> <p>Б. источником инфекции являются зараженные пищевые продукты</p> <p>В. резервуаром возбудителя являются животные</p> <p>Г. характерна летняя сезонность заболевания</p> <p>Д. заражение происходит чаще при употреблении консервов фабричного производства</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>53. БОТУЛОТОКСИН ДЕЙСТВУЕТ НА СЛЕДУЮЩИЕ СТРУКТУРЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:</p> <p>А. двигательные нейроны коры головного мозга Б. спинальные ганглии В. передние рога спинного мозга Г. холинэргические синапсы ЦНС и парасимпатической нервной системы Д. миелиновую оболочку мотонейронов головного и спинного мозга</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>54. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. судорожный Б. паралитический В. менингеальный Г. энцефалитический Д. диспептический</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>55. ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. парезом глазодвигательных мышц Б. расстройством сознания В. судорожным синдромом Г. нарушением чувствительности Д. парезами конечностей</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>56. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. бактериологическое исследование Б. копрологическое исследование В. реакцию нейтрализации токсина на мышцах Г. исследование цереброспинальной жидкости Д. реакцию непрямой гемагглютинации</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>57. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО БОТУЛИЗМОМ:</p> <p>А. госпитализация осуществляется по витальным показаниям Б. промывание желудка целесообразно только в ранние сроки болезни В. необходимо назначать солевое слабительное Г. во всех случаях необходимы промывание желудка и клизма 5% р-ром гидрокарбоната натрия Д. промывание желудка и очистительная клизма показаны только при подтверждении диагноза</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>58. ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ (КИШЕЧНОМ ИЕРСИНИОЗЕ И ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗЕ):</p> <p>А. основным источником инфекции являются больные животные</p> <p>Б. заболевание передается воздушно-капельным путем</p> <p>В. заболевание передается путем прямого контакта</p> <p>Г. после перенесенного заболевания вырабатывается пожизненный иммунитет</p> <p>Д. эпидемиологическая роль больного незначительна</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>59. СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ИЕРСИНИОЗОВ:</p> <p>А. лихорадка, катаральные явления, пневмония, артралгии, «меловой» язык</p> <p>Б. лихорадка, артралгии, экзантема, появление фиброзитов и целлюлитов</p> <p>В. лихорадка, артралгии, экзантема, гиперемия и отечность кистей и стоп, «малиновый» язык</p> <p>Г. ремитирующая лихорадка, боли в икроножных мышцах, геморрагическая сыпь, «малиновый» язык</p> <p>Д. неправильная лихорадка, катаральные явления, пневмония, экзантема</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>60. КОМПЛЕКС МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ. ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ИЕРСИНИОЗА И ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА:</p> <p>А. бактериологический, кожно-аллергическая проба, ПЦР</p> <p>Б. бактериоскопический, кожно-аллергическая проба, серологический</p> <p>В. бактериоскопический, серологический, копроскопический</p> <p>Г. бактериологический, серологический, кожно-аллергическая проба</p> <p>Д. бактериологический, серологический, ПЦР</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>61. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:</p> <p>А. инфицирование возбудителем ВГА чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни</p> <p>Б. возбудитель ВГС обладает цитолитическим действием на гепатоциты</p> <p>В. вирус ВГБ способен к длительному персистенции в организме</p> <p>Г. возбудитель ВГА относится к гепаднавирусам</p> <p>Д. дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>62. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ:</p> <p>А. возможны признаки «печеночной диспепсии»</p> <p>Б. как правило, печень и селезенка не увеличены</p> <p>В. отсутствуют какие-либо клинические симптомы, свидетельствующие о поражении печени</p> <p>Г. с первого дня болезни моча приобретает темную окраску</p> <p>Д. раньше других ферментов повышается активность АсАт</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>63. КОМПЛЕКС СИМПТОМОВ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА В:</p> <p>А. выраженность желтухи, интенсивный кожный зуд, увеличение размеров печени</p> <p>Б. головная боль, выраженность желтухи, увеличение размеров печени</p> <p>В. наличие геморрагического синдрома, выраженность желтухи</p> <p>Г. анорексия, уменьшение размеров печени, олигоанурия</p> <p>Д. анорексия, наличие геморрагического синдрома, уменьшение размеров печени</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>64. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРЕКОМЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ:</p> <p>А. гепатоспленомегалия</p> <p>Б. брадикардия</p> <p>В. тахикардия, тремор кончиков пальцев</p> <p>Г. увеличение печени, наличие сосудистых звездочек</p> <p>Д. пальмарная эритема, венозный рисунок на боку живота</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>65. ПРИЗНАКАМИ ЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. повышение билирубина и щелочной фосфатазы</p> <p>Б. снижение протромбинового индекса и повышение АлАт</p> <p>В. повышение тимоловой и снижение сулемовой проб</p> <p>Г. повышение билирубина и у-глобулинов</p> <p>Д. повышение В-липопротеидов и холестерина</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>66. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. повышение в крови уровня сывороточного железа Б. повышение в крови уровня свободного билирубина В. повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы Г. повышение активности АсАт, АлАт Д. снижение показателя сулемовой пробы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>67. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ:</p> <p>А. активности АЛТ Б. активности АСТ В. уровня альбуминов Г. тимоловой пробы Д. уровня холестерина</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>68. ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХАХ ОТМЕЧАЕТСЯ:</p> <p>А. преобладание связанной фракции билирубина Б. преобладание свободной фракции билирубина, снижение осмотической стойкости эритроцитов В. преобладание свободной фракции билирубина, высокая активность сывороточных ферментов Г. ахолия кала, темный цвет мочи Д. отсутствие стеркобилина в кале и наличие билирубина в моче</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>69. ДЛЯ ПОДПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. гипербилирубинемия в сочетании с гиперхолестеринемией Б. гипербилирубинемия в сочетании с повышением АлАт В. гипербилирубинемия в сочетании с гипохолестеринемией Г. гипербилирубинемия в сочетании с изменением осадочных проб Д. гипербилирубинемия в сочетании со снижением протромбинового индекса</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>70. В ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ НАПРАВЛЕНИЯ, КРОМЕ:</p> <p>А. основу лечения составляет диета и физический покой Б. антибиотики следует назначать только при бактериальных осложнениях В. препараты интерферона назначают по индивидуальным показаниям Г. следует избегать назначение большого количества лекарственных препаратов Д. целесообразно широкое применение кортикостероидов</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>71. СИТУАЦИИ, ВОЗМОЖНЫЕ ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ А:</p> <p>А. стерильная пункция Б. гемотрансфузия В. купание в открытом водоеме Г. стоматологические манипуляции Д. забор крови у доноров</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>72. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А:</p> <p>А. характерно отсутствие четкой сезонности Б. заболеваемость нередко имеет групповой характер В. особенно часто болеют дети до 1 года Г. преимущественно болеют лица пожилого возраста Д. больные наиболее заразны в желтушном периоде</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>73. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ВАРИАНТЫ ПРЕДЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ГЕПАТИТА А:</p> <p>1. гриппоподобный 2. астеновегетативный 3. диспептический 4. артралгический 5. смешанный</p> <p>А. 1, 3, 4 Б. 2, 3, 4, 5 В. 1, 2, 3, 4 Г. 1, 2, 3, 5 Д. 1, 4, 5</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>74. МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. Anti-HAV IgG Б. Anti-HCV В. HBeAg Г. Anti-HAV IgM Д. Anti-HBS Ag</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>75. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. общий билирубин Б. белковые фракции крови В. ферменты АЛТ, АСТ Г. щелочная фосфатаза Д. холестерин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>76. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА А ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <p>А. детей Б. молодых В. пожилых Г. беременных Д. лиц с отягощенным преморбидным фоном</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>77. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Д:</p> <p>А. вызывается вирусом, содержащим ДНК</p> <p>Б. относится к наиболее частой форме ВГ</p> <p>В. имеет преимущественно фекально-оральный механизм передачи</p> <p>Г. является наиболее тяжелым из всех вирусных гепатитов</p> <p>Д. хорошо поддается лечению кортикостероидами</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>78. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:</p> <p>А. заражение ВГБ происходит пищевым путем</p> <p>Б. возможно перинатальное заражение ВГБ</p> <p>В. заражением гепатитом Б половым путем представляет казуистическую редкость</p> <p>Г. больные ВГБ заразны преимущественно в преджелтушном периоде</p> <p>Д. после перенесенного ВГБ иммунитет нестойкий</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>79. БОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО УКАЗЫВАЕТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТРОЙ ФАЗЫ ГЕПАТИТА В ОБНАРУЖЕНИЕ:</p> <p>А. HbsAg в период реконвалесценции</p> <p>Б. HbeAg дольше 4-6 недель от начала болезни</p> <p>В. Hbcor Ag</p> <p>Г. anti-HBs Ag</p> <p>Д. anti-HBe Ag</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>80. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО В ПРОШЛОМ ОСТРОГО ГЕПАТИТА В В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:</p> <p>А. anti-HBc-IgM</p> <p>Б. anti-HBc-IgG</p> <p>В. anti-Hbe</p> <p>Г. Hbe Ag</p> <p>Д. anti-HAV</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>81. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. гамма-глобулины</p> <p>Б. HBV-вакцина</p> <p>В. поливалентная сыворотка</p> <p>Г. альфа-интерфероны</p> <p>Д. ацикловир</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>82. К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>А. трематоды</p> <p>Б. цестоды</p> <p>В. лямблии</p> <p>Г. нематоды</p> <p>Д. скребни</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>83. ГДЕ, КРОМЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА, ПРОИСХОДИТ РАЗВИТИЕ ОДНОЙ ИЗ СТАДИЙ АСКАРИД:</p> <p>А. домашние животные Б. дикие животные В. рыба Г. почва Д. моллюски</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>84. ИЗМЕНЕНИЕ В ГЕМОГРАММЕ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ:</p> <p>А. нейтрофильный лейкоцитоз Б. анэозинофилия В. лимфоцитоз Г. эозинофилия Д. анемия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>85. ПРИ АСКАРИДОЗЕ:</p> <p>А. источником инвазии является человек и животное Б. личинки гельминта созревают в толстой кишке В. продолжительность гельминтоза достигает 10 лет Г. заражение происходит при употреблении пищевых продуктов и воды, содержащих инвазионные яйца аскарид Д. наиболее ярким клиническим проявлением болезни является анемия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>86. ПРИ ТРИХИНЕЛЛЕЗЕ:</p> <p>А. заражение происходит при употреблении рыбы, недостаточно термически обработанной Б. поражается ЖКТ В. ведущую роль в патогенезе играют токсикоаллергические реакции Г. диагноз подтверждается обнаружением яиц паразита в испражнениях Д. длительность течения болезни составляет до 2 лет</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>87. ОПИСТОРХОЗ:</p> <p>А. относится к нематодозам Б. распространен в субтропических и тропических странах В. развивается при употреблении сырой, малосоленной или неполностью приготовленной рыбы, содержащей личинки гельминта Г. сопровождается поражением легких Д. лечится мебендазолом</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>88. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЭНТЕРОБИОЗА:</p> <p>А. нарушение аппетита Б. схваткообразные боли в животе В. перианальный зуд Г. головные боли Д. кишечные расстройства</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>89. ДИФИЛЛОБОТРИОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>А. бычьим цепнем Б. карликовым цепнем В. свиным цепнем Г. широким лентецом Д. острицами</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>90. ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ:</p> <p>А. возбудителем являются риккетсии Б. наиболее важным источником инфекции является мелкий рогатый скот В. больной человек может быть источником инфекции Г. возможен трансмиссивный путь передачи Д. вырабатывается прочный иммунитет</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>91. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. человек Б. крупный и мелкий рогатый скот В. грызуны Г. птицы Д. кровососущие насекомые</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>92. ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ:</p> <p>А. одним из частых проявлений болезни является ангина на фоне слабо выраженной интоксикации Б. характерно образование обширных участков гиперемии с четкими границами преимущественно на нижних конечностях В. характерно образование специфических гранулем, преимущественно в опорно-двигательном аппарате, нервной, половой системах Г. одним из частых клинических проявлений болезни является пневмония Д. характерно образование кольцевидной мигрирующей эритемы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>93. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ОСТРОЙ ФОРМОЙ БРУЦЕЛЛЕЗА:</p> <p>А. сильная головная боль, потливость, боли в животе Б. быстро нарастающая температура, сильная головная боль, выраженные миалгии, выраженная слабость В. ознобы, выраженная слабость, тошнота, рвота Г. высокая температура, потливость, артралгии Д. озноб, головная боль, зудящая сыпь, артралгии</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>94. НАИБОЛЕЕ ПОРАЖАЕМЫЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ:</p> <p>А. органы дыхания Б. опорно-двигательный аппарат В. пищеварительная система Г. почки Д. система кроветворения</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>95. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. бактериологическое исследование крови, РНГА, ИФА Б. РНГА, РСК В. кожно-аллергическая проба с антраксином, РНГА Г. реакцию Райта, реакцию Хеддельсона, пробу Бюрне Д. вирусологический метод исследования крови, РНГА</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>96. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. полусинтетические пенициллины Б. тетрациклины В. цефалоспорины Г. макролиды Д. аминогликозиды</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>97. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. домашний скот Б. лисы, волки В. верблюды Г. человек Д. птицы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>98. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ЛЕПТОСПИР ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. водный Б. трансмиссивный В. алиментарный Г. парентеральный Д. воздушно-капельный</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>99. ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ:</p> <p>А. болезнь начинается подостро</p> <p>Б. интоксикация наиболее выражена на 5-7-й день болезни</p> <p>В. характерно острое начало болезни с ознобом и повышением температуры до 39-40 °С</p> <p>Г. с первых дней болезни появляется полиурия, свидетельствующая о поражении почек</p> <p>Д. характерно развитие холецисто-панкреатита</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>100. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ЛЕПТОСПИРОЗА:</p> <p>А. лихорадка, артралгии, рвота, диарея</p> <p>Б. лихорадка, миалгии, печеночно-почечная недостаточность, менингеальные симптомы</p> <p>В. боли в животе, рвота, диарея</p> <p>Г. лихорадка, миалгия, артралгия, судороги</p> <p>Д. лихорадка, геморрагическая сыпь, носовые и кишечные кровотечения, анемия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>101. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. артралгия</p> <p>Б. миалгия</p> <p>В. невралгия</p> <p>Г. катарально-респираторный синдром</p> <p>Д. диарея</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>102. ДЛЯ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ СОЧЕТАНИЕ:</p> <p>А. лейкоцитоз, лимфоцитоз, увеличение СОЭ</p> <p>Б. лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, увеличение СОЭ</p> <p>В. нейтрофилез со сдвигом влево, анемия, уменьшение СОЭ</p> <p>Г. лимфопения, нейтрофилез, эозинофилия, уменьшение СОЭ</p> <p>Д. лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>103. СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЛЕПТОСПИРОЗА:</p> <p>А. РНГА</p> <p>Б. реакция непрямой иммунофлюоресценции</p> <p>В. реакция Хеддельсона</p> <p>Г. РСК</p> <p>Д. реакция микроагглютинации-лизиса лептоспир</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>104. СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ В СОЧЕТАНИИ С ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ СВОЙСТВЕНЕН:</p> <p>А. бруцеллезу Б. псевдотуберкулезу В. лептоспирозу Г. менингококковой инфекции Д. столбняку</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>105. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. пенициллин Б. эритромицин В. фуросолидон Г. рифампицин Д. левомицетин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>106. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛЕПТОСПИРОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ:</p> <p>А. противолептоспирозная вакцина Б. лептоспирозный гамма-глобулин В. противолептоспирозная сыворотка Г. пентаглобин Д. нормальный человеческий иммуноглобулин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>107. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТОКСОПЛАЗМОЗА ОТНОСИТСЯ К:</p> <p>А. бактериям Б. микоплазмам В. хламидиям Г. простейшим Д. риккетсиям</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>РАЗДЕЛ 3. Инфекции дыхательных путей.</p>	
<p>108. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. человек, находящийся в инкубационном периоде Б. больной в периоде разгара В. реконвалесцент Г. вирусоноситель Д. вакцинированный</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>109. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ГРИППЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:</p> <p>А. полиморфная сыпь Б. гиперемия и зернистость мягкого неба В. лимфаденопатия Г. увеличение селезенки Д. диспепсические расстройства</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>110. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛИХОРАДКИ ПРИ ГРИППЕ ЧАЩЕ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А. 1-3 дней Б. 2-4 дней В. 3-5 дней Г. 4-7 дней Д. до 10 дней</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>111. ПРИ ГРИППЕ СИНДРОМ КАТАРА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>А. ринит, трахеит Б. трахеобронхит В. ринит, ларингит Г. фарингит, ларингит Д. ринит, фаринготонзиллит</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>112. ПРИ ГРИППЕ:</p> <p>А. лечение предпочтительней проводить в условиях стационара Б. наиболее эффективен бисептол В. всем больным следует назначать жаропонижающие средства Г. антимикробная терапия показана только в осложненных случаях Д. с целью профилактики бактериальных осложнений показано применение интерферона интраназально</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>113. ЭТИОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА А ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. осельтамивир (тамифлю) Б. дибазол В. ваксигрипп Г. ацикловир Д. аскорбиновая кислота</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>114. КЛИНИКА ЛАРИНГИТА ХАРАКТЕРНА, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ДЛЯ:</p> <p>А. аденовирусной инфекции Б. гриппа В. риновирусной инфекции Г. краснухи Д. парагриппа</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>115. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. фарингит Б. бронхит В. склерит Г. ларингит Д. трахеит</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>116. БРОНХИ, БРОНХИОЛЫ И ЛЕГКИЕ ПОРАЖАЮТСЯ ЧАЩЕ ПРИ:</p> <p>А. гриппе Б. парагриппе В. аденовирусной инфекции Г. респираторно-синтициальной инфекции Д. риновирусной инфекции</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>117. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:</p> <p>А. заражение менингококковой инфекцией возможно через предметы обихода Б. максимальная заболеваемость менингококковой инфекцией наблюдается в зимне-весенний период В. менингококк является грамположительным диплококком Г. менингококковой инфекцией болеют преимущественно подростки и взрослые Д. менингококк продуцирует сильный экзотоксин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>118. ВЕДУЩЕЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ:</p> <p>А. обезвоживание Б. отек мозга В. поражение сосудов Г. поражение почек Д. поражение миокарда</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>119. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ ПРИЗНАК МЕНИНГОКОККЦЕМИИ:</p> <p>А. бледность кожных покровов Б. геморрагическая звездчатая сыпь В. менингеальный синдром Г. полиартрит Д. гепатолиенальный синдром</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>120. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЭКЗАНТЕМА ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ:</p> <p>А. обильная, пятнистая, яркая Б. обильная, петехиальная В. геморрагическая, звездчатая, с склонностью к некротизации Г. уртикарная Д. пустулезно-геморрагическая</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>121. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>А. определение цитогаммы цереброспинальной жидкости ЦСЖ Б. определение белка ЦСЖ В. определение уровня глюкозы ЦСЖ Г. бактериоскопию ЦСЖ Д. выделение культуры вируса из цереброспинальной жидкости</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>122. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. ампициллин Б. бензилпенициллин В. ампиокс Г. клафоран Д. эритромицин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>123. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ МОЛНИЕНОСНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. пенициллин Б. ампициллин В. амоксициллин Г. левомецетин Д. тетрациклин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>124. ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ШОКОМ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ:</p> <p>А. кортикостероиды Б. азитромицин В. лазикс Г. реополиглюкин Д. маннитол</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>125. ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:</p> <p>1. высоким нейтрофильным цитозом 2. снижением уровня глюкозы 3. повышением уровня хлоридов 4. повышением содержания белка 5. лимфо-моноцитарным цитозом</p> <p>А. 1, 3, 4 Б. 2, 4, 5 В. 1, 2, 4 Г. 1, 2, 3, 4 Д. 2, 3, 4, 5</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>126. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ПАТОГЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. спорообразование Б. экзотоксин В. устойчивость к антибиотикам Г. эндотоксин Д. внутриклеточное размножение</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>127. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ МИНДАЛИН ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ:</p> <p>А. гнойные фолликулы на миндалинах Б. гнойные наложения в лакунах В. язвенно-некротический процесс Г. фибриновые наложения в виде пленок и островков Д. катаральные изменения</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>128. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ДИФТЕРИЙНОЙ ПЛЕНКИ:</p> <p>А. не спаяна с подлежащей тканью Б. между стеклами легко растирается В. легко снимается шпателем Г. снимается с трудом, в воде тонет Д. желтого цвета, в воде не тонет</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>129. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ:</p> <p>А. отек слизистой ротоглотки Б. отек подкожной клетчатки шеи в подчелюстной области В. расположение фибриновых налетов на миндалинах и на слизистой оболочке ротоглотки Г. расположение фибриновых налетов только на миндалинах Д. яркая гиперемия слизистой ротоглотки</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>130. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. распространение налетов за пределы миндалин Б. увеличение регионарных лимфоузлов В. отек подкожной клетчатки шеи Г. поражение других отделов верхних дыхательных путей Д. гипертермия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>131. НАИБОЛЕЕ РАННИЙ ПРИЗНАК РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ МИОКАРДИОПАТИИ ПРИ ДИФТЕРИИ:</p> <p>А. субъективные признаки поражения сердца Б. увеличение размеров сердца (перкуторно, рентгенологически) В. нарушение проводимости по данным ЭКГ Г. повышение активности в крови кардиоспецифических ферментов Д. появление гемодинамических нарушений</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>132. ПРАВИЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ СЫВОРОТКИ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ:</p> <p>А. сыворотку следует вводить немедленно на дому при подозрении на дифтерию Б. сыворотку следует вводить при получении бактериологического подтверждения диагноза дифтерии В. в легких и среднетяжелых случаях при наличии противопоказаний можно воздержаться от введения сыворотки Г. эффективность сыворотки прямо пропорционально ее дозе Д. сыворотка эффективна для лечения специфических осложнений дифтерии</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>133. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>А. энтеровирусом Б. хламидией В. микоплазмой Г. вирусом группы герпеса Д. бактерией</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>134. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СОЧЕТАНИЕМ СИМПТОМОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. полиаденопатия, лихорадка, желтуха, гастроинтестинальный синдром Б. ангина, пневмония, полиаденопатия, желтуха В. лихорадка, ангина, пневмония, гепатоспленомегалия Г. полиаденопатия, ангина, лихорадка, гепатоспленомегалия Д. лихорадка, пневмония, выраженная желтуха</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>135. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:</p> <p>А. анемия Б. нейтрофиллез В. лейкопения Г. мононуклеары с широкой цитоплазмой Д. СОЭ до 30-50 мм/час</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>136. КОМПЛЕКС ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:</p> <p>А. реакция микроагглютинации и лизиса, РНИФ, РНГА, ПЦР Б. реакция Кумбса, проба Бюрне, ИФА, вирусологический метод В. метод непрямой иммунофлюоресценции, РНГА, вирусологический метод Г. ПЦР, ИФА, реакция Хеддельсона, РНГА Д. реакция Пауля- Буннеля, метод непрямой иммунофлюоресценции, ИФА, ПЦР</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>137. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ:</p> <p>А. как правило, симптоматическое Б. включает раннее назначение антибиотиков В. предусматривает обязательное применение кортикостероидов Г. проводится комбинацией противовирусных препаратов и антибиотиков Д. требует обязательной госпитализации</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>138. ОРНИТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. распространением среди птиц, антропоноз, сопровождается поражением верхних дыхательных путей Б. распространением среди попугаев, антропозоноз, сопровождается поражением органов дыхания В. тем, что это антропоноз, передается воздушно-пылевым путем, сопровождается поражением верхних дыхательных путей Г. распространением среди птиц, зооноз, сопровождается поражением органов дыхания Д. тем, что это антропозоноз, сопровождается поражением желудочно-кишечного тракта</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>139. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ОРНИТОЗЕ ВКЛЮЧАЮТ:</p> <p>А. лихорадкой, катаральными явлениями, поражением легких, в ряде случаев формированием хронических форм болезни</p> <p>Б. лихорадка, гастро-интестинальный синдром, поражением легких</p> <p>В. катаральными явлениями, интоксикация, токсико-аллергические проявления</p> <p>Г. лихорадка, диспептические расстройства, гепатоспленомегалия, артралгии, формирование хронических форм</p> <p>Д. интоксикация, двухфазная лихорадка, пневмония, розеолезная сыпь</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>140. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРНИТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. пенициллины, цефалоспорины</p> <p>Б. аминогликозиды</p> <p>В. препараты тетрациклинового ряда</p> <p>Г. макролиды</p> <p>Д. сульфаниламидные препараты</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>РАЗДЕЛ 4. Кровяные инфекции</p>	
<p>141. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. больной</p> <p>Б. бактерионоситель</p> <p>В. домашние животные</p> <p>Г. мышевидные грызуны</p> <p>Д. различные виды вшей</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>142. ПЕРЕНОСЧИКОМ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. постельный клоп</p> <p>Б. лобковая вошь</p> <p>В. блоха</p> <p>Г. платяная вошь</p> <p>Д. иксодовый клещ</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>143. СЫПНОЙ ТИФ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. постепенным началом болезни</p> <p>Б. высокой лихорадкой длительностью до 7-10 дней</p> <p>В. полиаденопатией</p> <p>Г. наличием гепатолиенального синдрома</p> <p>Д. парезами, параличами</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>144. ДЛ Я СЫПНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНА СЫПЬ:</p> <p>А. розеолезная Б. розеолезно-петехиальная В. розеолезно-папулезная Г. папулезная Д. папулезно-геморрагическая</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>145. ДЛ Я ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЫПНОГО ТИФА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <p>А. реакцию связывания комплемента Б. выделение гемокультуры возбудителя В. внутрикожную аллергическую пробу Г. реакцию Райта Д. биопробу</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>146. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛ Я ЛЕЧЕНИЯ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. полусинтетические пенициллины Б. цефалоспорины третьего поколения В. аминогликозиды Г. бисептол Д. тетрациклины</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>147. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. простейшие отряда кокцидий Б. простейшие рода энтамеб В. простейшие класса споровиков Г. простейшие рода лейшманий Д. простейшие рода трипаносом</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>148. МАЛЯРИЯ НЕ МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ ПУТЕМ:</p> <p>А. трансмиссивным Б. половым В. гемотрансфузионным Г. вертикальным Д. во время родов</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>149. ДЛ Я МАЛЯРИЙНОГО ПРИСТУПА ХАРАКТЕРНА ТРИАДА СИМПТОМОВ:</p> <p>А. озноб, лихорадка, потоотделение Б. озноб, головная боль, потоотделение В. головная боль, лихорадка, рвота Г. миалгия, озноб, лихорадка Д. рвота, лихорадка, потоотделение</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>150. РАННИЕ РЕЦИДИВЫ МАЛЯРИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:</p> <p>А. сохранившимися эритроцитарными шизонтами Б. поступлением в кровь тканевых шизонтов В. повторным заражением Г. аутоиммунным гемолизом Д. появлением в крови гамонтов</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК- 7, ПК-16</p>
<p>151. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. ПЦР Б. биологический В. иммунологический Г. паразитологический Д. кожно-аллергическая проба</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК- 7, ПК-16</p>
<p>152. ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МАЛЯРИИ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. хиноцид Б. хингамин В. фансидар Г. тетрациклины Д. примахин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК- 7, ПК-16</p>
<p>153. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. <i>Listeria monocytogenes</i> Б. <i>S.enteretidis</i> В. <i>Yersinia enterocolitika</i> Г. <i>Clostridium perfringens</i> Д. <i>Yersinia pestis</i></p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК- 7, ПК-16</p>
<p>154. ПЕРЕНОСЧИКАМИ ЧУМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. комар рода <i>Anopheles</i> Б. блоха В. платяная вошь Г. иксодовый клещ Д. головная вошь</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК- 7, ПК-16</p>

<p>155. ЧУМНОЙ БУБОН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие болевой чувствительности 2. локализация преимущественно в паховой и подмышечной области 3. образование болезненного «пакета» лимфоузлов, спаянных между собой 4. лимфоузлы не спаяны между собой и с окружающей тканью 5. гиперемия кожи над бубоном <p>А. 2, 3, 5 Б. 1, 4, 5 В. 1, 2, 4 Г. 1, 2, 4, 5 Д. 1, 2, 4, 5</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>156. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЧУМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. бактериоскопический метод Б. бактериологический метод В. внутрикожная аллергическая проба Г. серологические методы Д. биопроба 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>157. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЧУМЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. стрептомицин Б. левомицетин В. тетрациклин Г. оксациллин Д. аминогликозиды 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>158. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. при туляремии больные могут быть источником инфекции Б. при туляремии возможен трансмиссивный путь передачи инфекции В. туляремия относится к антропонозам Г. туляремией чаще всего болеют работники птицефабрик Д. туляремия характеризуется преимущественным поражением опорно-двигательного аппарат 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>159. ДЛ Я СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУЛЯРЕМИИ ПРИМЕН ЯЮТ:</p> <p>А. посев материала из зева и носа на твердые питательные среды</p> <p>Б. люминисцентную риноцитоскопию смывов из носоглотки</p> <p>В. выделение вирусов в культуре тканей</p> <p>Г. внутрикожную аллергическую пробу</p> <p>Д. реакцию Пауля-Буннеля</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>160. ПРИ ТУЛЯРЕМИИ:</p> <p>А. инкубационный период составляет 2-3 недели</p> <p>Б. общая интоксикация выражена слабо</p> <p>В. наиболее ярким симптомом является пятнисто-папулезная сыпь</p> <p>Г. характерным симптомом является лимфаденит</p> <p>Д. нередки летальные исходы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>161. БУБОН ПРИ ТУЛЯРЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТС Я СОЧЕТАНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. спаянность с окружающими тканями в остром периоде болезни 2. четкие контуры 3. умеренная болезненность 4. медленное рассасывание 5. гиперемия кожи над бубоном <p>А. 2, 3, 4 Б. 1, 2, 4, 5 В. 2, 3, 4, 5 Г. 1, 2, 3, 4</p> <p>Д. 2, 4, 5</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>162. ДЛ Я ЛЕЧЕНИЯ ТУЛЯРЕМИИ ПРИМЕН ЯЮТ:</p> <p>А. пенициллины, цефалоспорины</p> <p>Б. макролиды, пенициллины</p> <p>В. фторхинолоны, макролиды</p> <p>Г. аминогликозиды, антибиотики тертациклинового ряда</p> <p>Д. пенициллины, макролиды</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>163. ГЕМОМРАГИЧЕСКА Я ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС) ВЫЗЫВАЕТС Я:</p> <p>А. бактериями</p> <p>Б. микоплазмами</p> <p>В. риккетсиями</p> <p>Г. вирусами</p> <p>Д. простейшими</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>164. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. корова Б. рыжая полевка В. лиса Г. утка Д. серая крыса</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>165. ДЛЯ ГЛПС ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМ:</p> <p>А. желтуха Б. увеличение селезенки В. петехиальная сыпь Г. ригидность мышц затылка Д. мышечные боли</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>166. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ НАЧАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. высокая температура Б. кровоизлияния в конъюнктивы В. олигурия Г. бледность кожных покровов Д. петехиальная сыпь</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>167. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ОЛИГОАНУРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. боли в суставах Б. головные боли В. боли в области сердца Г. боли в пояснице Д. боли в мышцах</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>168. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МОЧИ ПРИ ГЛПС ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. лейкоцитурия Б. бактериурия, протеинурия В. протеинурия, эритроцитурия Г. цилиндрурия Д. глюкозурия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>169. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ:</p> <p>А. только в периодах выраженных клинических проявлений Б. только в терминальной стадии В. только в стадии бессимптомной инфекции (П Б) Г. только в стадии острой инфекции (П Б) Д. пожизненно</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>170. ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ – ЭТО: А. цитомегаловирус из семейства герпесвирусов Б. вирус герпеса 4 типа В. хантаан-вирус из семейства буньявирусов Г. ретровирус из рода лентивирусов Д. вирус Коксаки</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>171. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИЧ ИМЕЕТСЯ В: А. сперме Б. крови В. грудном молоке Г. слюне Д. влагалищном секрете</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>172. ВИЧ ПЕРЕДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПУТЯМИ: А. при грудном вскармливании от ребенка - матери Б. при длительном бытовом контакте В. воздушно-пылевым путем Г. от инфицированной матери ребенку при уходе за ним Д. трансмиссивным путем</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>173. МАНИПУЛЯЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ЗАРАЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ: А. гастроскопия Б. ректороманоскопия В. цистоскопия Г. забор крови из вены Д. внутримышечная инъекция</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>174.ВИЧ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШИМ ТРОПИЗМОМ К: А. Т-лимфоцитам хелперам Б. Т-лимфоцитам супрессорам В. макрофагам Г. В-лимфоцитам Д. моноцитам</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>175.МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ В СТАДИИ IА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА: А. лихорадкой Б. тонзиллитом В. экзантемой Г. лимфоцитозом и наличием атипичных мононуклеаров в периферической крови Д. отрицательной реакцией Хоффа-Бауэра</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>176.СПИД – ЭТО:</p> <p>А. оппортунистическая инфекция Б. синоним ВИЧ-инфекции В. стадия ВИЧ-инфекции Г. самостоятельное заболевание Д. осложнение ВИЧ-инфекции</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>177.К СПИД-ИНДИКАТОРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ:</p> <p>А. кандидоз пищевода Б. хронический криптоспоридиоз кишечника (длительная диарея) В. цитомегаловирусный ретинит Г. опоясывающий герпес Д. внелегочный туберкулез</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>178.ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ:</p> <p>А. стафилококковая Б. пневмоцистная В. пневмококковая Г. вирусная Д. токсоплазмозная</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>179.ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:</p> <p>А. клинических данных Б. эпидемиологических данных, анамнеза жизни и болезни В. клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге) Г. клинических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА) Д. клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (снижение СД 4 лимфоцитов)</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>180.ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. определение количества и соотношения Т- и В-лимфоцитов Б. электронную микроскопию крови В. обнаружение антител в иммунном блоте Г. биопробу Д. выделение гемокультуры вируса</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>181.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. азалептин Б. азидотимидин В. азатиоприн Г. азитромицин Д. азафен</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>182.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СОЧЕТАНИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. лихорадка неправильного типа 2. полиаденопатия 3. гепато-лиенальный синдром 4. выраженная интоксикация 5. ознобы, поты <p>А. 1, 2, 3, 5 Б. 1, 2, 4, 5 В. 1, 2, 3, 4 Г. 2, 3, 4, 5 Д. 1, 3, 4, 5</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>183.ПРИ СЕПСИСЕ:</p> <p>А. этиотропные средства следует назначать после установления этиологии болезни Б. при установлении этиологии болезни следует применять антимикробные препараты широкого спектра действия В. антимикробная терапия должна проводиться с учетом чувствительности возбудителя Г. санация первичного очага не имеет существенного значения для исхода болезни Д. при отсутствии заметного клинического эффекта в течение 2 суток нужно производить смену антибиотиков</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>РАЗДЕЛ 5. Инфекции наружных покровов</p>	
<p>184.ПРИ РОЖЕ:</p> <p>А. возбудителем являются гемолитические стрептококки и стафилококки Б. возбудителем является бета-гемолитический стрептококк группы А В. единственный источник инфекции – больной розей Г. больные розей высоко контагиозны Д. в настоящее время нередко наблюдаются внутрибольничные вспышки рожи</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>185. ДЛЯ РОЖИ ХАРАКТЕРНО: А. начало болезни с лихорадки, выраженный безболезненный отек пораженного участка кожи Б. лихорадка, участок поражения кожи локализуется на верхних конечностях В. интоксикация, участок поражения кожи малоблезненный, гиперемирован и не имеет четких границ Г. лихорадка, яркая гиперемия участка поражения с нагноение в очаге воспаления Д. выраженная интоксикация, участок поражения кожи гиперемирован, болезненный и имеет четкие границы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>186. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РОЖИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ: А. курсовое применение пенициллинов или макролидов в течение года Б. УФО-лечение остаточных явлений на коже В. витаминотерапия Г. бициллинопрофилактика Д. физиопроцедуры для уменьшения инфильтрации кожи</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>187. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ РОЖИ В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ: А. пенициллин Б. цефтриаксон В. эритромицин Г. линкомицин Д. суламед (изитромицин)</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>188. ВОЗБУДИТЕЛЬ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ: А. грамположительная палочка Б. содержит эндотоксин В. спор не образует Г. хорошо размножается в окружающей среде Д. подвижна благодаря наличию жгутиков</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>189. ПРИ КОЖНОЙ ФОРМЕ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ: А. карбункул обычно локализуется на открытых частях тела Б. лимфаденит, как правило, безболезненный В. струп в центре карбункула отторгается через 2-4 недели Г. нагноение в области карбункула, как правило, не наблюдается Д. с первого дня болезни характерна выраженная лихорадка и интоксикация</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>190. ЛЕЧЕНИЕ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ВКЛЮЧАЕТ: А. хирургическое иссечение карбункула Б. применение пенициллина в дозе до 24 млн.ЕД в сутки В. применение по показаниям других антибиотиков Г. назначение специфического противосибирезвенного иммуноглобулина Д. проведение дезинтоксикационной терапии</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>191. ВОЗБУДИТЕЛЬ СТОЛБНЯКА ЭТО: А. грамположительная токсигенная палочковидная коринебактерия, не образует спор и капсул Б. мелкая, грамотрицательная, не образующая спор и капсул, подвижная, изогнутая палочка В. грамположительная спорообразующая токсигенная палочка, являющаяся облигатным анаэробом Г. крупная спорообразующая грамположительная токсигенная аэробная палочка Д. грамотрицательная бактерия из семейства энтеробактерий</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>192. СТОЛБНЯЧНЫЙ ТОКСИН ПОРАЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО: А. вставочные нейроны эфферентных рефлекторных дуг Б. двигательные зоны коры головного мозга В. холинэргические синапсы Г. задние рога спинного мозга Д. ретикулярную формацию продолговатого мозга</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>193. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ: А. диплопия Б. дисфагия В. тризм Г. опистотонус Д. тетанические судороги</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>194. ТРИАДА ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ СТОЛБНЯКАЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ: А. опистотонус, тризм, переломы костей, Б. тризм, клонические судороги, нарушение дыхания В. интоксикацию, сардоническая улыбка, тризм Г. сардоническую улыбку, судороги, опистотонус Д. тризм, сардоническая улыбка, опистотонус.</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>195.ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ СТОЛБНЯКЕ:</p> <p>А. асфиксия Б. отек мозга В. инфекционно-токсический шок Г. пневмония Д. сепсис</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>196. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОЛБНЯКА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>А. интенсивную дегидратацию Б. витаминотерапию В. противосудорожную терапию Г. применение дыхательных аналептиков Д. нейтрализацию токсина</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>197.ПРИ БЕШЕНСТВЕ:</p> <p>А. возбудитель проникает в ЦНС гематогенно Б. поражается преимущественно спинной мозг В. инкубационный период при обширных укусах может сокращаться до 5 дней Г. болезнь начинается с недомогания, лихорадки, депрессии Д. в разгаре болезни характерна апатия и сонливость</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>198. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ БЕШЕНСТВА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. снижение болевой чувствительности 2. гидрофобия 3. аэрофобия 4. появление патологических рефлексов 5. саливация <p>А. 2, 3, 5 Б. 1, 2, 3, 4 В. 1, 2, 3 Г. 2, 3, 4 Д. 2, 3, 4, 5</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
<p>199. ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД БЕШЕНСТВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. гипотермией Б. прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии В. нарастанием мышечного тонуса Г. нормализацией сердечной деятельности Д. при отсутствии специфического лечения летальным исходом у 50% больных</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>

<p>200. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ БЕШЕНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. экстренный прием индукторов интерферона</p> <p>Б. антибиотикопрофилактика</p> <p>В. прием йодантипирина</p> <p>Г. профилактический прием иммуномодуляторов с противовирусным действием</p> <p>Д. экстренная вакцинация людей, подвергшихся нападению бешенных животных</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16</p>
---	--

1 в	41 а	81 г	121 д	161 а
2 г	42 а	82 в	122 б	162 г
3 в	43 а	83 г	123 г	163 г
4 в	44 в	84 г	124 а	164 б
5 в	45 д	85 г	125 в	165 в
6 в	46 б	86 в	126 б	166 а
7 г	47 в	87 в	127 г	167 г
8 б	48 а	88 в	128 г	168 в
9 а	49 в	89 г	129 в	169 д
10 в	50 д	90 б	130 в	170 г
11 г	51 г	91 б	131 г	171 б
12 в	52 в	92 в	132 в	172 а
13 б	53 г	93 г	133 г	173 г
14 г	54 б	94 б	134 г	174 а
15 в	55 а	95 г	135 г	175 д
16 в	56 в	96 б	136 д	176 в
17 г	57 г	97 а	137 а	177 г
18 г	58 д	98 а	138 г	178 б
19 в	59 в	99 в	139 а	179 в

20 д	60 д	100 б	140 в	180 в
21 а	61 в	101 б	141 а	181 б
22 в	62 а	102 б	142 г	182 д
23 б	63 д	103 д	143 г	183 в
24 б	64 в	104 в	144 б	184 б
25 г	65 б	105 а	145 а	185 д
26 д	66 в	106 б	146 д	186 г
27 а	67 г	107 г	147 в	187 а
28 в	68 б	108 б	148 б	188 а
29 в	69 а	109 б	149 а	189 д
30 д	70 д	110 в	150 а	190 а
31 г	71 в	111 а	151 г	191 в
32 в	72 б	112 г	152 г	192 а
33 д	73 г	113 а	153 д	193 в
34 а	74 г	114 д	154 б	194 д
35 в	75 в	115 а	155 а	195 а
36 д	76 г	116 г	156 в	196 д
37 в	77 г	117 б	157 а	197 г
38 в	78 б	118 в	158 б	198 а
39 г	79 б	119 б	159 г	199 б
40 г	80 б	120 в	160 г	200 д

Экзаменационные вопросы

1. Брюшной тиф и паратифы А и В
2. Сальмонеллез
3. Пищевые токсикоинфекции
4. Дизентерия
5. Холера
6. Протозойные колиты (амебиаз, балантидиаз)
7. Ботулизм
8. Иерсиниозы
9. Гельминтозы (аскаридоз, трихинеллез, геминолепидоз, тениидозы, описторхоз, энтеробиоз, дифиллоботриоз)
10. Лептоспироз
11. Бруцеллез
12. Вирусные гепатиты А,В,С,Д
13. Грипп и ОРВИ
14. Менингококковая инфекция
15. Дифтерия
16. Ангина
17. Инфекционный мононуклеоз
18. Сыпной тиф и другие риккетсиозы (Ку-лихорадка)
19. Малярия
20. ГЛПС
21. Чума
22. Туляремия
23. Рож
24. Сибирская язва
25. Столбняк
26. Ящур
27. Бешенство
28. ВИЧ-инфекция. ВИЧ-ассоциированные инфекции: герпес, токсоплазмоз, ЦМВ-инфекция, грибковые и протозойные инфекции
29. Орнитоз
30. Сепсис

По всем нозологическим формам необходимо знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клинику, критерии ранней диагностики, дифференциальный диагноз, лабораторную диагностику, лечение, неотложные состояния при инфекционных болезнях, их неотложную терапию.

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено

Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками.	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными и недочетами, выполнены все

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенции*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)