

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ

Направление подготовки (специальность): **31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ**

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

Вопросы для текущего контроля:

ГРИПП и ДРУГИЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ.

Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ. АНГИНА. ДИФТЕРИЯ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

РОЖА. СИБИРСКАЯ ЯЗВА. КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ.

Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

Вирусные гепатиты

Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. ВИЧ-ассоциированные инфекции: герпес, токсоплазмоз, ЦМВ-инфекция, грибковые и протозойные инфекции.

СЕПСИС

Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Зачетные клинические задачи

Ангина. Дифтерия. Инфекционный мононуклеоз.

1. Больной Р., 34 лет, находился на лечении в инфекционном отделении ЦРБ с диагнозом «лакунарная ангина, повторная, средней тяжести». На основании каких клинических данных был установлен диагноз? Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести?
2. Больной 38 лет заболел 3 дня назад. Умеренные боли в горле при глотании. Т – 37,9 – 38,3 С, слабость. Больной бледен. В зеве умеренная гиперемия миндалин, беловатые налеты на них. Тонзиллярные лимфоузлы умеренно болезненные, 1,5 x 1 см. Дифференциальный диагноз? Тактика врача поликлиники?
3. В поликлинику областной больницы с жалобами на боли в горле при глотании, повышение температуры до 38,3 С обратился больной Д., 19 лет. В ротоглотке гиперемия слизистой, на миндалинах беловатые налеты, снимаются легко. Какие клинические проявления болезни требуют уточнения? Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз? Необходимое лабораторное обследование?
4. Больной В., 16 лет, обратился в поликлинику с жалобами на лихорадку, боли в горле при глотании. При осмотре Т – 37,9 С, кожные покровы обычной окраски. В ротоглотке гиперемия миндалин, дужек, язычка. Миндалины гипертрофированы, покрыты пленчатым налетом, который частично удалось снять. Увеличены и

- умеренно болезненны углочелюстные, передне- и заднешейные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Пульс 90 в мин, хорошего наполнения. Тоны сердца чистые. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени и селезенки. Ваш клинический диагноз и его обоснование? Дифференциальный диагноз? Необходимые лабораторные исследования?
5. Больной Е., 19 лет, осмотрен на 3 болезни. Заболевание началось с умеренно выраженного недомогания, общей слабости и небольших болей в горле при глотании справа. При осмотре $T = 37,2\text{ C}$, кожные покровы обычной окраски. В ротоглотке гиперемии нет. Правая миндалина увеличена (II ст.), на ее поверхности обнаружена глубокая кратерообразная язва, покрытая серо-коричневым налетом, который частично удалось снять. Правый углочелюстной лимфоузел увеличен $1,5 \times 1,5\text{ см}$, чувствительный при пальпации. Пульс 82 в мин, хорошего наполнения. Тоны сердца чистые. В легких дыхание везикулярное. Печень и селезенка не увеличены. Ваш клинический диагноз и его обоснование? Дифференциальный диагноз? Необходимые лабораторные исследования?
 6. В инфекционную больницу направлен больной Д., 35 лет, с диагнозом «гепатит А». Болен 5 дней. Заболевание началось с подъема температуры до 38 C , болей в горле, небольшого насморка. В последующие дни отметил потемнение мочи, появилась желтуха кожи и склер. Дежурный врач отметил системное увеличение лимфузлов, гепатоспленомегалию. В глотке – гиперемия миндалин, в лакунах – гнойное содержимое. Согласны ли Вы с диагнозом? Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз? План обследования больного?
 7. У больного с лихорадкой в течение 2 недель, гепатоспленомегалией и системным увеличением лимфузлов при исследовании крови: лейкоцитов – $12 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 30%, лимфоциты – 50%, моноциты – 15%, атипичные мононуклеары – 20%. Оцените результаты исследования? Ваш диагноз?
 8. Больной Г., 16 лет, поступил в инфекционную больницу с диагнозом «гепатит А». Болен 5 дней, заболевание началось с боли в горле, небольшого насморка. В последующие дни отметил пожелтение кожи, потемнение мочи. Врач приемного покоя отметил генерализованную лимфаденопатию. Согласны ли Вы с диагнозом? Проведите дифференциальный диагноз? План обследования больного.
 9. Больной П., 27 лет, с жалобами на умеренные боли в горле, слабость, повышение T до $37,8\text{ C}$ обратился в поликлинику. Состояние удовлетворительное. Кожа бледная, слизистая языка, дужек, небных миндалин гиперемирована, отечна. Миндалины увеличены (2 ст). На передней и боковых поверхностях миндалин видны островки налетов, 2-3 мм в диаметре, беловатого цвета, снимаются с трудом, оставляя после себя кровоточащую поверхность. Углочелюстные лимфоузлы умеренно увеличены, болезненные. Пульс 98 в мин. АД 115/70 мм рт ст. Патологии со стороны органов грудной клетки и брюшной полости нет. Ваш диагноз? Пути его подтверждения? Тактика врача поликлиники? План лечения?
 10. У больного 32 лет заподозрена токсическая дифтерия ротоглотки I-ой степени. Клинические и лабораторные критерии диагноза.
 11. У больного с синдромом острого тонзиллита при посеве материала из ротоглотки выделен *Staphylococcus aureus*. Оцените результат. Значение результатов посева из ротоглотки в диагностике ангины.
 12. Больная В, 21 года, лечилась амбулаторно по поводу лакунарной ангины в течение 3 дней. Заболела остро, $T = 38,4\text{ C}$, боли в горле. На 3-й день состояние ухудшилось, выросла слабость, появилась отечность нижней части лица. Врач поликлиники при осмотре ротоглотки обратил внимание на гиперемию с цианотичным оттенком, резкий отек миндалин, мягкого неба, беловатые налеты на их поверхности, отек клетчатки подчелюстной области. $T = 38,7\text{ C}$. Тахикардия 92 в мин. АД 95/60 мм рт ст.

- Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Общее состояние расценено как тяжелое. Предварительный диагноз? Пути его подтверждения? Тактика врача поликлиники? Неотложные терапевтические мероприятия?
- У больного с синдромом острого тонзиллита при посеве материала с миндалин изолирована культура *Carinobacteriae diphtheriae gravis*. Ваш диагноз? Тактика врача поликлиники?
 - Больной С., 26 лет, обратился к участковому врачу по поводу появившейся накануне гнусавости голоса. При осмотре состояние удовлетворительное, мягкое небо не фонировано, небная занавеска пассивно свисает. За 3 недели до этого перенес лакунарную ангину, лечился амбулаторно. Ваш диагноз? Проанализируйте ошибки врача, лечившего ангину. Назначьте обследование.

Грипп. ОРВИ.

- В поликлинику обратилась больная с жалобами на повышение T 37,5 – 37,8 С, слабость, осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, незначительный насморк. Ваш диагноз? Пути его подтверждения? Тактика врача поликлиники?
- Больной обратился в поликлинику на 2-й день болезни. Поставлен диагноз гриппа. Клинико-эпидемиологические критерии постановки диагноза? Назначьте лечение.
- Больной 25 лет осмотрен врачом поликлиники на 2-й день болезни. Жалобы на озноб, сухой кашель, головную боль. Заболел остро. T 38 С, состояние средней тяжести, серозные выделения из носа, небольшая гиперемия зева, мелкая зернистость мягкого неба, пульс 80 в мин, одышка 22 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Диагноз и пути его подтверждения? Тактика участкового врача?
- Больной Д., 22 лет, обратился к врачу на 2-й день болезни. Заболел остро, T 38,9 С, слабость, головная боль, миалгии, сухой кашель, небольшой насморк. При осмотре: состояние средней тяжести, инъекция сосудов склер, гиперемия слизистой зева, мелкая зернистость мягкого неба, пульс 82 в мин, ритмичный. Ваш диагноз? Как его подтвердить? Решить вопрос о необходимости госпитализации. Методы терапии?
- В поликлинику обратилась больная 19 лет, проживающая в общежитии, с жалобами на повышение температуры (37,5 – 37,8), слабость, грубый кашель, осиплость голоса, небольшой насморк. Ваш диагноз? Тактика врача?
- Больной 28 лет, заболел остро, озноб, T – 39,5, резкая слабость, головная боль, насморк. Через сутки состояние ухудшилось, усилился кашель, появилась пенная мокрота. В легких с обеих сторон обильные влажные хрипы. Дыханий 36 в минуту, тахикардия (140 в мин). АД 80/50 мм рт ст. Ваш диагноз? Какое неотложное состояние развилось у больного? Терапевтические назначения?
- Больному 16 лет поставлен диагноз аденовирусной инфекции. Клинические критерии диагноза и дифференциального диагноза с гриппом?
- Больной С., 18 лет, заболел накануне, остро. Поставлен диагноз «грипп». Методы лабораторного подтверждения диагноза? Правила забора и хранения материала?
- Больной С., 19 лет, проживающий в общежитии, обратился к врачу поликлиники на 2-й день болезни с жалобами на головную боль, слабость, першение в горле, охриплость голоса, сухой кашель. Температура тела субфебрильная. При осмотре – гиперемия и мелкая зернистость мягкого неба, слизистое отделяемое из носа. Патологических изменений со стороны внутренних органов нет. Ваш диагноз и его обоснование? План обследования и лечения?
- У больного, лечившегося в поликлинике по поводу гриппа, на 4-й день болезни взят анализ крови: Лейк – $8,3 \times 10^9$ /л, э – 1, п – 7, с – 78, л – 13, м – 1, Эр – $4,5 \times 10^9$ /л, Нв – 133/л, ЦП – 0,89, СОЭ – 28 мм/ч. Оцените результат. О чем могут свидетельствовать такие показатели?

25. Больной А., 22 лет, заболел остро – головная боль, сухой кашель. Т 37,5 – 38,2 С в течение 6 дней. Поступил в стационар на 9-й день болезни. Беспокоят боли в горле при глотании, слабость. При осмотре – генерализованная лимфаденопатия. На коже груди, живота полиморфная сыпь. Катаральная ангина и конъюнктивит. Печень на 1 см ниже края реберной дуги. Предварительный диагноз и его обоснование. С какими инфекционными заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Вирусные гепатиты.

26. У больного с синдромом желтухи получен анализ крови: общее содержание билирубина – 264, свободного – 60, связанного – 204 мкмоль/л., АлАТ – 1,1 ммоль/л.ч., HBsAg – отрицательный. Оцените результат. Тип желтухи? При каких заболеваниях возможен такой анализ?
27. Больной лечится в течение 5-и дней амбулаторно по поводу ОРЗ. За время лечения у больного нормализовалась температура, однако сохраняется слабость, появилась анорексия, была однократно рвота. Заметил потемнение мочи. Ваш диагноз? Какие лабораторные исследования следует назначить? Тактика участкового врача?
28. У больного К., 2 года назад перенесшего гепатит В, результаты биохимического анализа крови: общий билирубин 18, свободный – 10, связанный – 8 мкмоль/л., АлАТ – 1,2 ммоль/л.ч., сулемовый титр – 1,6 мл, тимоловая проба – 3 ед., HBsAg положителен в титре 1:16548. Оцените результат. Какое заболевание можно предположить? Назначения для дополнительного обследования?
29. В общежитии 3 человека заболели гепатитом А. При обследовании контактных у одного выявлено увеличение печени на 2 см, жалуются на слабость, снижение аппетита. Желтухи нет. Ваш диагноз? План обследования? Ожидаемые результаты?
30. При очередном медицинском освидетельствовании у здорового донора плазмы станции переливания крови получены результаты анализа крови: общий билирубин 18, свободный – 12, связанный – 6 мкмоль/л., АлАТ – 2,1 ммоль/л.ч. HBsAg отрицательный. Оцените результат. Предварительный диагноз? Дополнительные методы его верификации? Может ли пациент быть донором?
31. Больная С., 19 лет, находится на лечении в инфекционном отделении с диагнозом «гепатит А, острая желтушная форма, среднетяжелого течения». Назовите критерии ранней диагностики данного заболевания. Методы лабораторной верификации диагноза, ожидаемые результаты исследования? Возможные исходы заболевания?
32. Больная на 6 месяце беременности приехала из Узбекистана. На 3-й день выявились признаки гепатита, протекающего с выраженными болями в правом подреберье, желтухой, интоксикацией. Состояние больной расценено как тяжелое. При лабораторном обследовании выявлено: АлАТ – 5,1 ммоль/л.ч., маркеры вирусов гепатитов А и В отсутствуют. Какую этиологию гепатита можно предположить? Назначьте лечение. Опишите прогноз.
33. Больной К., 62 лет длительно находился на лечении в гематологическом отделении по поводу хронического лимфолейкоза. Через 3 месяца после выписки у больного отмечено появление желтухи. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка плотная, ниже реберной дуги на 4 см. Предварительный диагноз? Клинико-лабораторные критерии его подтверждения? Тактика участкового врача? Методы терапии?
34. В общежитии по контакту с больным гепатитом А осмотрено 3 студента. У одного из них выявлено увеличение печени 2 см. Желтухи, отклонений в самочувствии нет. Ваш диагноз? Какие результаты биохимических анализов крови можно ожидать?
35. У больного с наличием желтухи биохимический анализ крови следующий: общее содержание билирубина 120, свободный – 100, связанный – 20 мкмоль/л, АлАТ – 0,9 ммоль/л.ч., HBsAg – отрицательный. Оцените результат. Тип желтухи? При каких заболеваниях возможны такие изменения?

36. При медицинском освидетельствовании донора плазмы выявлено: АлАТ – 4,6 ммоль/л.ч., общий билирубин 14, свободный 10, связанный 4 мкмоль/л. Оцените результат. О каком заболевании можно думать? Какие маркеры вирусов гепатитов Вы знаете? Тактика врача станции переливания крови?
37. Больному М., 49 лет, находящемуся на лечении в инфекционной больнице, установлен диагноз «гепатит В, острая желтушная форма, средней тяжести». На основании каких клинико-эпидемиологических данных был установлен диагноз? Методы лабораторной диагностики и ожидаемые результаты?
38. У больного К., 37 лет, врача-хирурга, появилась слабость, быстрая утомляемость, плохой аппетит, артралгии. На 10-й день от начала заболевания выявлена субиктеричность склер, потемнение мочи. Ваш диагноз и его обоснование? Методы лабораторного подтверждения диагноза и ожидаемые результаты? Назначьте терапию.
39. У больного с синдромом желтухи общее содержание билирубина в сыворотке крови 60 мкмоль/л, свободного – 56, связанного – 4, АлАТ – 0,7 ммоль/л.ч. Оцените результаты анализа. При каких заболеваниях возможны такие результаты?
40. У больного, 2 года назад перенесшего острый гепатит В, отмечается увеличение печени на 2 см. Результаты лабораторных исследований крови: билирубин 18 мкмоль/л, связанный – 8 мкмоль/л, АлАТ – 2,8 ммоль/л.ч, сулемовый титр – 1,7 мл, тимоловая проба – 9 ЕД, выявлен HBsAg. Оцените результат. Ваш диагноз? Тактика врача поликлиники?

Рожа. Сибирская язва. Чума.

41. В поликлинику обратился больной с жалобами на боли, покраснение и отечность в области голени, повышенную температуру. Состояние средней тяжести. Т – 39 . Правая нога отечна в нижней трети голени, ярко гиперемирована, границы гиперемии четкие с неровными контурами. Увеличены и болезненны регионарные лимфоузлы. В пригороде, где проживает больной, зарегистрированы случаи заболевания сибирской язвой. У больного заподозрена кожная форма сибирской язвы. Согласны ли Вы с диагнозом? Проведите дифференциальный диагноз? Тактика врача поликлиники?
42. У больного 49 лет диагностирована буллезно-геморрагическая форма рожи правой голени, средней тяжести, повторная. Какие критерии диагноза данной формы заболевания? Методы терапии? Содержание диспансерного наблюдения?
43. Больной Р., 38 лет, обратился к участковому врачу по поводу покраснения, отечности, болей в области правой голени, повышения температуры до 39 С. При осмотре: состояние средней тяжести, в области нижней трети правой голени отек, гиперемия с четкими контурами, пузырь с геморрагическим содержимым, паховый лимфаденит. С учетом данных эпиданамнеза (в местности, где проживает больной, выявлены случаи сибирской язвы среди крупного рогатого скота) участковый врач поставил диагноз кожной формы сибирской язвы. Согласны ли Вы с диагнозом? Ваш диагноз и его обоснование? Методы его лабораторного подтверждения? Препараты для этиотропной терапии?
44. В сельскую амбулаторию обратился больной К., 25 лет, с жалобами на боли, покраснение и отечность в области правой голени, повышение Т. Состояние средней тяжести, Т – 39 С, голень отечна, гиперемия с четкими границами, на поверхности пораженного участка – пузырь с геморрагической жидкостью. Паховый лимфаденит. В районе зарегистрированы случаи заболеваний крупного рогатого скота сибирской язвой. У больного заподозрена кожная форма сибирской язвы. Согласны ли Вы с диагнозом? Ваш диагноз? Пути его подтверждения? Терапевтическая тактика?
45. Больной К., 21 год, заболел остро: Т – 39 С, тошнота, однократно рвота, на следующий день появилась яркая гиперемия и отек кожи правой голени. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 86 в мин, АД 120/70 мм рт ст. На голени яркая

- гиперемия с четкими границами, геморрагии, отек. Ваш диагноз? Какая дополнительная информация необходима для его уточнения? Методы терапии? Система диспансеризации?
46. В инфекционную больницу доставлена молодая женщина, доярка. Заболела 3 дня назад. На шее появился зудящий узелок. Продолжала работать. Накануне госпитализации состояние ухудшилось. Т – 38,2. Шея, верхняя часть грудной клетки резко отечны, синюшны. В центре воспалительного очага язвенная поверхность с серозно-геморрагическим отделяемым, безболезненная. Ваш предположительный диагноз? Пути подтверждения диагноза?
47. Больной Д., 25 лет, направлен в инфекционную больницу с предварительным диагнозом «сибирская язва». На задней поверхности шеи плотное, очень болезненное образование с темной корочкой в центре, гиперемией вокруг него, умеренным отеком. Т – 37,8 С, общее состояние удовлетворительное. Согласны ли Вы с диагнозом? Ваш диагноз и его обоснование? Дифференциальный диагноз?
48. Больной С., 38 лет, участвовал в геологической экспедиции в Прикаспийских степях. Приехал 3 дня назад. Т – 39 С. Сильная головная боль, выраженная слабость. На 2-й день болезни в паховой области появились болезненные плотные узлы. Предварительный диагноз? Какая дополнительная информация необходима для его уточнения? План обследования? Тактика врача приемного отделения инфекционной больницы?
49. Больной Р., 38 лет, участвовал в геологической экспедиции на юге Среднеазиатского региона. Приехал 3 дня назад. Т – 39 С. Сильная головная боль, выраженная слабость. В конце первых суток от начала болезни в паховой области появились болезненные плотные узлы. Предварительный диагноз? Какая дополнительная информация необходима для его уточнения? Тактика врача?

Сепсис.

50. У больного с длительной фебрильной лихорадкой при посевах крови двукратно выявлен *Staphylococcus epidermalis*. Оцените результат исследования. Правила забора крови на стерильность?

ВИЧ-инфекция.

51. У больного 27 лет в течение года периодически отмечалось повышение температуры. Лечился амбулаторно по поводу ОРЗ, очаговой пневмонии. При осмотре выявлена генерализованная лимфаденопатия. Предполагаемый диагноз? Какие лабораторные исследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
52. У больного 26 лет частые реинфекции, вызванные грибами и условно-патогенной флорой. О каком заболевании может идти речь? Какая принята система поэтапного обследования таких больных? Критерии лабораторного подтверждения иммунодефицита?
53. В приемное отделение инфекционной больницы поступила больная 20 лет с жалобами на повышение температуры в течение 1 месяца, похудание, слабость. При осмотре выявлена генерализованная лимфаденопатия. Ваш диагноз?

Анафилактический шок.

54. Больному по поводу ангины назначен пенициллин. После первой инъекции появились чувство удушья, боли за грудиной, головокружение, пульс 140 в мин, слабого наполнения, АД 60/40 мм рт ст. Что случилось с больным? Неотложная терапия?
55. У больного с двусторонней пневмонией после первой инъекции антибиотика появилась одышка, тахикардия 120 в мин, АД 80/40 мм рт ст. Что случилось с больным? Неотложные терапевтические мероприятия?

**Тестовые задания по инфекционным болезням
по дисциплине Инфекционные болезни
по специальности Стоматология 31.05.03**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>РАЗДЕЛ 1. Введение в специальность. Учение об общей патологии инфекций.</p> <p>Принципы лечения инфекционных больных.</p>	
<p>1. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС - ЭТО:</p> <p>А. распространение инфекционных болезней среди животных</p> <p>Б. наличие возбудителей в окружающей среде</p> <p>В. взаимодействие микро- и макроорганизма</p> <p>Г. зараженность инфекционными агентами переносчиков</p> <p>Д. распространение болезней среди людей</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>2. ВИРУСНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИМЕЕТ:</p> <p>А. токсоплазмоз</p> <p>Б. лептоспироз</p> <p>В. орнитоз</p> <p>Г. ящур</p> <p>Д. рожа</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>

<p>3. К ГЛИСТНЫМ ИНВАЗИЯМ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А. лейшманиоз Б. лептоспироз В. трихинеллез Г. бруцеллез Д. лямблиоз</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>4. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНЫЕ НЕ ЗАРАЗНЫ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:</p> <p>А. дизентерия Б. грипп В. лептоспироз Г. дифтерия Д. сальмонеллез</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>5. ЛИМФАДЕНИТ ХАРАКТЕРЕН:</p> <p>А. для менингококковой инфекции Б. для столбняка В. для рожи Г. для гриппа Д. для вирусного гепатита С</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>6. ПОЛИАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА:</p> <p>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, ПК-6</p>
<p>7. ГЕПАТО-ЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ТИПИЧЕН:</p> <p>А. для гриппа Б. для менингококковой инфекции В. для рожи Г. для бруцеллеза Д. для бешенства</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>8. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ:</p> <p>А. сальмонеллеза Б. столбняка В. вирусных гепатитов Г. холеры Д. энтеробиоза</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>РАЗДЕЛ 2. Кишечные инфекции</p> <p>Тема «Вирусные гепатиты»</p>	

<p>9. (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, ПК-6</p>
<p>10. 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, ПК-6</p>
<p>11. 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, ПК-6</p>
<p>12. 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, ПК-6</p>
<p>13. 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, ПК-6</p>

<p>14. 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, ПК-6</p>
<p>15. 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, ПК-6</p>
<p>16. 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, ПК-6</p>
<p>17. 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, ПК-6</p>

<p>18. 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, ПК-6</p>
<p>19. СИТУАЦИИ, ВОЗМОЖНЫЕ ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ А:</p> <p>А. стерильная пункция Б. гемотранфузия В. купание в открытом водоеме Г. стоматологические манипуляции Д. забор крови у доноров</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>20. 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, ПК-6</p>
<p>21. 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, ПК-6</p>
<p>22. 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, ПК-6</p>

<p>23. 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, ПК-6</p>
<p>24. 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, ПК-6</p>
<p>25. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Д:</p> <p>А. вызывается вирусом, содержащим ДНК Б. относится к наиболее частой форме ВГ В. имеет преимущественно фекально-оральный механизм передачи Г. является наиболее тяжелым из всех вирусных гепатитов Д. хорошо поддается лечению кортикостероидами</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>26. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:</p> <p>А. заражение ВГВ происходит пищевым путем Б. возможно перинатальное заражение ВГВ В. заражением гепатитом Б половым путем представляет казуистическую редкость Г. больные ВГВ заразны преимущественно в преджелтушном периоде Д. после перенесенного ВГВ иммунитет нестойкий</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>27. БОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО УКАЗЫВАЕТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТРОЙ ФАЗЫ ГЕПАТИТА В ОБНАРУЖЕНИЕ:</p> <p>А. HbsAg в период реконвалесценции Б. HbeAg дольше 4-6 недель от начала болезни В. Hbcor Ag Г. anti-HBs Ag Д. anti-HBe Ag</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>

<p>28. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО В ПРОШЛОМ ОСТРОГО ГЕПАТИТА В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:</p> <p>А. anti-НВс-IgM Б. anti-НВс-IgG В. anti-Нbe Г. Нbe Ag Д. anti-НАV</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>29. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. гамма-глобулины Б. HBV-вакцина В. поливалентная сыворотка Г. альфа-интерфероны Д. ацикловир</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>Тема «Токсоплазмоз»</p>	
<p>30. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТОКСОПЛАЗМОЗА ОТНОСИТСЯ К:</p> <p>А. бактериям Б. микоплазмам В. хламидиям Г. простейшим Д. риккетсиям</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>РАЗДЕЛ 3. Инфекции дыхательных путей. Тема «Грипп. ОРВИ»</p>	
<p>31. 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, ПК-6</p>
<p>32. 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, ПК-6</p>

<p>33. 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, ПК-6</p>
<p>34. 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, ПК-6</p>
<p>35. 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, ПК-6</p>
<p>36. 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, ПК-6</p>
<p>37. 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, ПК-6</p>
<p>38. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. фарингит Б. бронхит В. склерит Г. ларингит Д. трахеит</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>

<p>39. 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, ПК-6</p>
<p>Тема «Дифтерия»</p>	
<p>40. 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, ПК-6</p>
<p>41. 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, ПК-6</p>
<p>42. 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, ПК-6</p>
<p>43. 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, ПК-6</p>

<p>44. 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, ПК-6</p>
<p>45. 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, ПК-6</p>
<p>46. 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, ПК-6</p>
<p>Тема «Инфекционный мононуклеоз»</p>	
<p>47. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>А. энтеровирусом Б. хламидией В. микоплазмой Г. вирусом группы герпеса Д. бактерией</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>

<p>48. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СОЧЕТАНИЕМ СИМПТОМОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. полиаденопатия, лихорадка, желтуха, гастро-интестинальный 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, ПК-6</p>
<p>49. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:</p> <p>А. анемия Б. лейкоцитоз с нейтрофиллезом В. лейкопения Г. мононуклеары с широкой цитоплазмой Д. СОЭ до 30-50 мм/час</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>50. 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, ПК-6</p>
<p>51. 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, ПК-6</p>
<p>Тема «Орнитоз»</p>	

<p>52. ОРНИТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. распространением среди птиц, антропоноз, сопровождается поражением верхних дыхательных путей</p> <p>Б. распространением среди попугаев, антропозооноз, сопровождается поражением органов дыхания</p> <p>В. тем, что это антропоноз, передается воздушно-пылевым путем, сопровождается поражением верхних дыхательных путей</p> <p>Г. распространением среди птиц, зооноз, сопровождается поражением органов дыхания</p> <p>Д. тем, что это антропозооноз, сопровождается поражением желудочно-кишечного тракта</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>53. 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, ПК-6</p>
<p>54. 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, ПК-6</p>
<p>РАЗДЕЛ 4. Кровяные инфекции</p>	
<p>Тема «Чума»</p>	
<p>55. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. <i>Listeria monocytogenes</i></p> <p>Б. <i>S. enteritidis</i></p> <p>В. <i>Yersinia enterocolitica</i></p> <p>Г. <i>Clostridium perfringens</i></p> <p>Д. <i>Yersinia pestis</i></p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>

<p>56. ПЕРЕНОСЧИКАМИ ЧУМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А. комар рода Anopheles Б. блоха В. платяная вошь Г. иксодовый клещ Д. головная вошь</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>57. 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, ПК-6</p>
<p>58. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЧУМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ:</p> <p>А. бактериоскопический метод Б. бактериологический метод В. внутрикожная аллергическая проба Г. серологические методы Д. биопроба</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>59. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЧУМЫ:</p> <p>А. стрептомицин Б. левомецетин В. тетрациклин Г. оксациллин Д. аминогликозиды</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>Тема «ВИЧ-инфекция. ВИЧ-оппортунистические инфекции»</p>	
<p>60. 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, ПК-6</p>

<p>61. 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, ПК-6</p>
<p>62. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИЧ ИМЕЕТСЯ В: А. сперме Б. крови В. грудном молоке Г. слюне Д. влагалищном секрете</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>63. 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, ПК-6</p>
<p>64. 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, ПК-6</p>
<p>65. 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, ПК-6</p>
<p>66. МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ В СТАДИИ ПА 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, ПК-6</p>

<p>67. 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, ПК-6</p>
<p>68. 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, ПК-6</p>
<p>69. 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, ПК-6</p>
<p>70. 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, ПК-6</p>
<p>71. 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, ПК-6</p>

<p>72. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. азалептин Б. азидотимидин В. азатиоприн Г. азитромицин Д. азафен</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>Тема «Сепсис»</p>	
<p>73. 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, ПК-6</p>
<p>74. 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, ПК-6</p>
<p>РАЗДЕЛ 5. Инфекции наружных покровов</p> <p>Тема «Рожа»</p>	
<p>75. ПРИ РОЖЕ:</p> <p>А. возбудителем являются гемолитические стрептококки и стафилококки Б. возбудителем является бета-гемолитический стрептококк группы А В. единственный источник инфекции – больной рожей Г. больные рожей высоко контагиозны Д. в настоящее время нередко наблюдаются внутрибольничные вспышки рожи</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>

<p>76. 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, ПК-6</p>
<p>77. 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, ПК-6</p>
<p>78. 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, ПК-6</p>
<p>Тема «Сибирская язва»</p>	
<p>79. 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, ПК-6</p>
<p>80. 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, ПК-6</p>

<p>81. 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 противосибиреязвенного иммуноглобулина Д. проведение дезинтоксикационной терапии</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>Тема «Столбняк»</p>	
<p>82. 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, ПК-6</p>
<p>83. 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, ПК-6</p>
<p>84. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ: А. диплопия Б. дисфагия В. тризм Г. опистотонус Д. тетанические судороги</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>85. 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, ПК-6</p>

<p>86. 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, ПК-6</p>
<p>87. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОЛБНЯКА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>А. интенсивную дегидратацию Б. витаминотерапию В. противосудорожную терапию Г. применение дыхательных analeптиков Д. нейтрализацию токсина</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>
<p>Тема «Бешенства»</p>	
<p>88. 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, ПК-6</p>
<p>89. 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, ПК-6</p>
<p>90. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ БЕШЕНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. экстренный прием индукторов интерферона Б. антибиотикопрофилактика В. прием йодантипирина Г. профилактический прием иммуномодуляторов с противовирусным действием Д. экстренная вакцинация людей, подвергшихся нападению бешенных животных</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ПК-6</p>

1 в	41 г	81 а
2 г	42 г	82 в
3 в	43 в	83 а
4 в	44 в	84 в
5 в	45 г	85 д
6 в	46 в	86 а
7 г	47 г	87 д
8 б	48 г	88 г
9 в	49 г	89 а
10 а	50 д	90 д
11 д	51 а	
12 в	52 г	
13 б	53 а	
14 в	54 в	
15 г	55 д	
16 б	56 б	
17 а	57 а	
18 д	58 в	
19 в	59 а	
20 б	60 д	
21 г	61 г	
22 г	62 б	
23 в	63 а	
24 г	64 г	
25 г	65 а	

26 б	66 д
27 б	67 в
28 б	68 г
29 г	69 б
30 г	70 в
31 б	71 в
32 б	72 б
33 в	73 д
34 а	74 в
35 г	75 б
36 а	76 д
37 д	77 г
38 а	78 а
39 г	79 а
40 б	80 д

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. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными и недочетами, выполнены все 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	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний,	Сформированность компетенции соответствует минимальным	Сформированность компетенции в целом	Сформированность компетенции полностью соответствует

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
компетенции*	умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	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	требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	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/>)

