

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Кафедра: **ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

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

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Инфекционные болезни» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания
3	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18	Текущий	Раздел 1. Введение в специальность. Раздел 2. Кишечные инфекции и инвазии Раздел 3. Инфекции дыхательных путей Раздел 4. Кровяные инфекции Раздел 5. Инфекции наружных покровов	Тесты Кейс-задание Ситуационные задачи

УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18	Промежуточный	Раздел 1. Введение в специальность. Раздел 2. Кишечные инфекции и инвазии Раздел 3. Инфекции дыхательных путей Раздел 4. Кровяные инфекции Раздел 5. Инфекции наружных покровов	Ситуационные задачи
---	---------------	---	---------------------

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: теста, кейс-задания, ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18

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, локализуемая 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. $T=37,2^{\circ}$. 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 $37,1-37,2^{\circ}$. 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 ($38,9^{\circ}$), 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 макулопапулезная 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. $T = 38,3^{\circ}$, 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 $37,3^{\circ}$. Выяснилось, что неделю назад ее сын заболел менингитом.

Предварительный диагноз. Тактика врача.

12. Больной, 15 лет, заболел внезапно — возникла сильная головная боль, T — $39,7^{\circ}$, 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. T — $39,6^{\circ}$. 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. T — $36,3^{\circ}$. Кожа покрыта холодным потом.

Ваш диагноз. Что случилось с больной?

14. Больная, 18 лет, заболела остро, повторная рвота, резкая головная боль. При поступлении T — $39,9^{\circ}$. 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 T — $37,9^{\circ}$. 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 — $38,8$ — $39,2^{\circ}$ 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 $T = 39,5^\circ$. 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 ($T = 36,4^\circ$). 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 $38,7^\circ$, болела голова, была выражена слабость, потливость. Через 3 дня температура тела снизилась до $36,6^\circ$, в последующие каждые вторые сутки во второй половине дня с сильным ознобом и головной болью температура тела поднималась до $40—41^\circ$, с последующим падением до нормы через 6—8 часов, сопровождающимися 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 $40,5^\circ$, 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 ($12 \times 10^9 / л$), 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 по 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 мм рт. ст. На коже груди и в области плечевых суставов единичные точечные геморрагии. Печень увеличена на 2—2,5 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. фруктозомонофосфатальдолазы — 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°, 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 — 11.5×10^9 /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°. Гиперемия лица, шей, верхней части груди. Инъекция сосудов склер. Пульс 63 ударов в мин. АД—105/60 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 и 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 — $39,3^{\circ}$, 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 пузыря с геморрагическим содержимым, 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— $38,5^{\circ}$. 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 — $39,5^{\circ}$, 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 $t 39^{\circ}\text{C}$. 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. Скучная 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 Видала: 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 жареной 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: $t\ 39^{\circ}\text{C}$, 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 $38-39^{\circ}\text{C}$, головную боль. Заболевание связывает с употреблением в пищу утиных яиц. При осмотре $t\ 39^{\circ}\text{C}$, 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, $t\ 37,6^{\circ}\text{C}$, рвота прекратилась, стул сохраняется жидкий, пульс удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст. Состояние мальчика тяжелое – повторная рвота, профузная диарея, $t\ 35,5^{\circ}\text{C}$, 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, менингеальных 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, $t\ 37,2^{\circ}\text{C}$, 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 больно 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°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 обнаруже-

ны 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, поташничество. Печень по-прежнему увеличена, периодически темнеет моча. В крови обнаруживается HBsAg.
Ваш диагноз. Тактика ведения больного.

79. 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.

80. В инфекционную больницу направлен больной, 25 лет, с диагнозом «инфекционный гепатит». 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 «инфекционный гепатит»? План обследования.

4.2. Кейс-задания для оценки компетенций: УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18

Кейс 1. У молодого врача-инфекциониста Анны Александровны заболел ребенок (девочка Настя 4 лет, ходит в младшую группу детского сада, занимается плаванием). У Насти поднялась температура до 39,3, болело горло. Посмотрев горло ребенка, мама увидела, что слизистые зева гиперемированы, миндалины гипертрофированы, с гнойными налетами, которые достаточно легко снялись ложечкой, подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены. Анна Александровна решила, что у дочки ангина. До этого момента ребенок ангиной не болел. Чем и как лечить Настю мама знала. Но она так же знала, что до приема антибиотиков нужно взять посев из зева на дифтерию. Кроме этого Анне Александровне был нужен больничный лист, и она вызывает на дом участкового врача. По телефону регистратору она сообщает температуру ребенка и говорит о налетах на миндалинах. Педиатр – Евгения Николаевна, молодая женщина, недавно вышедшая на работу из декретного отпуска. Придя на адрес, посмотрев ребенка (Анна Александровна заметила, при осмотре горла педиатр не развернула ребенка к свету, не пальпировала лимфоузлы и живот) Евгения Николаевна ставит Насте диагноз – ОРВИ и назначает флемоксин. Анне Александровне пришлось сказать доктору, что это не ОРВИ, а ангина, и так как в горле налеты, надо брать посев на дифтерию. В ответ она услышала: «Налетов я не вижу, но они и при ОРВИ могут быть. А посев брать не буду, потому что у меня нет с собой пробирок, да и не надо его брать - и так все понятно». Анна Александровна настаивала, что посевы брать надо, и диагноз дочери – ангина.

Тогда Евгения Николаевна сказала: «Если Вам так хочется, то пусть Ваш муж придет в поликлинику за пробирками, и берите посевы сами. А ангину я ставить не буду, а то к Вам еще ходить придется. Антибиотики я Вам и так назначила».

1. Какой предварительный диагноз у Насти?
2. Всех ли клинических данных хватает для постановки точного диагноза? Если нет, то каких?
3. Какие данные эпиданамнеза надо уточнить?
4. Права ли Евгения Николаевна?
5. Почему педиатр не хотела ставить диагноз ангина? Есть ли противоречия в поставленном ею диагнозе и назначенном лечении?
6. Почему педиатр не хотела брать посевы из зева на дифтерию?
7. Права ли Анна Александровна, настаивая на посевах?
8. Как бы Вы поступили на месте Анны Александровны?
9. Почему Анна Александровна настаивала на диагнозе ангина?
10. Правила выписки больных с ангиной.

Кейс 2. В инфекционную больницу, в отделение для лихорадящих больных в январе поступает женщина (Валентина Ивановна, 53 года, завхоз детского сада) с подозрением на ГЛПС (температура до 39,3, боли в пояснице, головная боль, нарушение зрения, снижение диуреза, кровоизлияния в местах инъекций). При выяснении эпиданамнеза, контакта с грызунами или их экскрементами выявить не удалось, поездки на дачи или сельскую местность отрицала. В отделении лечащий врач - Марина Петровна выяснила, что Валентина Ивановна по роду своей деятельности часто бывает на складе, где хранятся продукты (крупы, сахар, чай, пряники, печенье и т.д.). Узнав, что врачи подозревают у нее заболевание, передающееся через грызунов, женщина разволновалась, и стала ставить под сомнение данный диагноз, даже хотела писать жалобу, ставя под сомнение профессионализм врачей. Марина Петровна отвечала, что проводится обследование и на другие заболевания, чтобы пациентка не волновалась. Особенно Валентину Ивановну обеспокоил визит в

стационар эпидемиолога для проведения эпидрасследования. В дальнейшем диагноз ГЛПС подтвердился обнаружением титра антител в НМФА 1/64 с нарастанием через 8 дней до 1/256. Тогда Валентина Ивановна стала просить Марину Петровну не ставить ей этот диагноз, но доктор отказалась. После курса лечения больная была выписана в поликлинику. Валентина Ивановна уходила не довольная, с угрозами в адрес лечащего врача: «Вы не имели право разглашать врачебную тайну и сообщать мой диагноз эпидемиологам. Я не могла заразиться на своей работе, у меня там всегда чисто»...

1. Есть ли основания для постановки предварительного диагноза ГЛПС у Валентины Ивановны?

2. Можно ли на основании данных НМФА поставить точный диагноз?

3. Какие лабораторные исследования можно еще провести?

4. Почему так волновалась Валентина Ивановна, узнав свой диагноз?

5. Возможно ли возникновение городских очагов ГЛПС?

6. Должен ли так подробно собирать эпиданамнез лечащий врач? Какова сезонность, характерная для ГЛПС?

7. Права ли Марина Петровна, сдав диагноз в СЭС? Является ли это разглашением врачебной тайны?

8. Как бы Вы поступили на месте Марины Петровны?

9. Патогномоничные изменения в общих анализах крови и мочи при ГЛПС.

10. Срок диспансерного наблюдения при ГЛПС.

Кейс 3. В октябре Светлана Игоревна (пенсионер, 63 года, с мая по ноябрь живет в деревне Богородского района) заметила около соска правой молочной железы инфистированного клеща. Удалил его врач в травмпункте, дав рекомендации смазывать ранку йодом. В ноябре у Светланы Игоревны появляется на правой молочной железе красная полоска, безболезненная, не зудящая. Общее самочувствие не нарушалось, температура не повышалась, на месте укуса клеща остался маленький, чистый рубчик. Женщина обратилась к хирургу: «Диагноз – мастит. Направлена к маммологу». Маммолог: «Диагноз – дерматит. Направлена к дерматологу». Дерматолог: «Диагноз – аллергический дерматит снят. Рекомендовано УЗИ молочных желез. Направлена к терапевту.» Терапевт: «Подозрение на клещевой боррелиоз. Направлена в инфекционную больницу.» На визиты к специалистам у пациентки ушел почти месяц. При осмотре Светланы Игоревны в больнице на коже вокруг места присасывания клеща выявлялась кольцевидная эритема с просветлением в центре, часть кольца проходила в области молочной железы, а другая часть – по животу. Температура нормальная. Женщина была госпитализирована в отделение для лихорадящих больных с диагнозом - Клещевой боррелиоз, стадия кольцевидной эритемы. В дальнейшем диагноз подтвердился обнаружением антител.

1. Есть ли основания для постановки предварительного диагноза – мастит у Светланы Игоревны? Дерматит?

2. Правильные ли рекомендации дал хирург травмпункта?

3. Существует ли профилактика боррелиоза при укусе клеща?

4. Какие еще клещевые инфекции встречаются в нашем регионе?

5. Возможно ли возникновение городских очагов клещевого боррелиоза?

6. В чем должен заключаться осмотр пациента лечащим врачом? Как Вы думаете, правильно ли сделали это перечисленные специалисты, обратили ли они внимание на рубчик?

7. Опасно ли позднее начало лечения? Если да, то чем?

8. Какой диагноз мог предположить дерматолог?

9. Классификация клещевого боррелиоза.

10. Почему необходимо диспансерное наблюдение?

4.3. Тесты для оценки компетенций: УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18

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, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>3. К ГЛИСТНЫМ ИНВАЗИЯМ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А. лейшманиоз</p> <p>Б. лептоспироз</p> <p>В. трихинеллез</p> <p>Г. бруцеллез</p> <p>Д. лямблиоз</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>4. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНЫЕ НЕ ЗАРАЗНЫ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:</p> <p>А. дизентерия</p> <p>Б. грипп</p> <p>В. лептоспироз</p> <p>Г. дифтерия</p> <p>Д. сальмонеллез</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>5. ЛИМФАДЕНИТ ХАРАКТЕРЕН: А. для менингококковой инфекции Б. для столбняка В. для рожи Г. для гриппа Д. для вирусного гепатита С</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>РАЗДЕЛ 2. Кишечные инфекции и инвазии Тема «Брюшной тиф. Паратифы»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>10. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРЮШНОГО ТИФА СПОСОБЕН РАЗМНОЖАТЬСЯ:</p> <p>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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>11. ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ БРЮШНОМТИФЕ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Дизентерия»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>25. СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ДИСТАЛЬНЫЙ КОЛИТ:</p> <p>А. схваткообразные боли в правой подвздошной области, тенезмы, обильный жидкий стул с примесью слизи</p> <p>Б. тенезмы, боли в околопупочной области, водянистый стул без примесей</p> <p>В. уплотнение и болезненность по ходу всего толстого кишечника,</p> <p>Г. схваткообразные боли в левой подвздошной области, тенезмы, уплотнение и болезненность сигмовидной кишки, тенезмы</p> <p>Д. диффузные боли по всему животу, ложные позывы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>26. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. ректороманоскопия</p> <p>Б. бактериологическое исследование крови</p> <p>В. реакция пассивной гемагглютинации</p> <p>Г. кожная аллергическая проба Цуверкалова</p> <p>Д. бактериологическое исследование кала</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>27. В РАЗГАРЕ ТЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬНЫЕ НУЖДАЮТСЯ В ДИЕТЕ №:</p> <p>А. 4</p> <p>Б. 1</p> <p>В. 5</p> <p>Г. 7</p> <p>Д. 10</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Холера»</p>	
<p>28. ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО:</p> <p>А. не образует экзотоксин</p> <p>Б. быстро гибнет в воде</p> <p>В. чувствителен к действию дезинфицирующих средств</p> <p>Г. неподвижен</p> <p>Д. является вирусом</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>29. ПРИ ХОЛЕРЕ:</p> <p>А. переносчиками болезни могут быть кровососущие членистоногие</p> <p>Б. заражение возможно при употреблении консервов домашнего производства</p> <p>В. наиболее восприимчивы люди со сниженной кислотностью желудочного сока</p> <p>Г. наиболее высокая заболеваемость в странах с умеренным климатом</p> <p>Д. хлорирование воды не предохраняет от заражения</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>30. ОСНОВУ ПАТОГЕНЕЗА ХОЛЕРА СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А. бактериемия</p> <p>Б. токсемия</p> <p>В. гастроэнтерит</p> <p>Г. энтероколит</p> <p>Д. дегидратация</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>34. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <p>А. выделение культуры возбудителя из испражнений Б. реакцию Видаля В. кожно-аллергическую пробу Г. метод иммунного блоттинга Д. выделение гемокультуры возбудителя</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>35. ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛЕГКИМИ ФОРМАМИ ХОЛЕРЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:</p> <p>А. дисоль Б. лактасоль В. цитоглюкосалан Г. трисоль Д. кватасоль</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>36. ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. цитроглюкосалан Б. физиологический раствор В. глюкозо-калиевый раствор Г. реополиглюкин Д. квартасоль</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Амебиаз»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>39. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АМЕБИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. язвенное поражение дистального отдела подвздошной кишки</p> <p>Б. катарально-эрозивный проктосигмоидит</p> <p>В. сфинктерит</p> <p>Г. язвенные поражения слепой кишки</p> <p>Д. фибринозный колит</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>40. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КИШЕЧНОМ АМЕБИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. высокая лихорадка, боли в правом подреберье</p> <p>Б. рвота</p> <p>В. боли в эпигастральной области</p> <p>Г. стул в виде «малинового желе»</p> <p>Д. стул в виде «мясных помоев»</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Пищевые токсико-инфекции»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Сальмонеллезы»</p>	
<p>45. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. инфицированные животные</p> <p>Б. инфицированная птица</p> <p>В. крысы, утки, гуси, коровы, свиньи, голуби, лошади</p> <p>Г. инфицированный человек</p> <p>Д. инфицированные животные, птицы, человек</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>46. В ПАТОГЕНЕЗЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:</p> <p>А. интенсивное размножение возбудителя в кишечнике</p> <p>Б. общее и местное действие эндотоксина</p> <p>В. развитие обезвоживания</p> <p>Г. поражение сердечно-сосудистой системы</p> <p>Д. бактериемия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>47. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ:</p> <p>А. до 2 часов</p> <p>Б. 2-12 часов</p> <p>В. 2-72 часа</p> <p>Г. 24-48 часов</p> <p>Д. более 72 часов</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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»</p> <p>Б. темная окраска рвотных масс, боли в околопупочной области, примесь слизи и крови в кале,</p> <p>В. первым появляется жидкий стул с «зеленью», затем – рвота без тошноты</p> <p>Г. отсутствие лихорадки, боли в эпигастральной области, водянистый жидкий стул</p> <p>Д. выраженная лихорадочная реакция, развитие обезвоживания, спастические боли в правой подвздошной области</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Ботулизм»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>53. БОТУЛОТОКСИН ДЕЙСТВУЕТ НА СЛЕДУЮЩИЕ СТРУКТУРЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:</p> <p>А. двигательные нейроны коры головного мозга</p> <p>Б. спинальные ганглии</p> <p>В. передние рога спинного мозга</p> <p>Г. холинэргические синапсы ЦНС и парасимпатической нервной системы</p> <p>Д. миелиновую оболочку мотонейронов головного и спинного мозга</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>54. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. судорожный</p> <p>Б. паралитический</p> <p>В. менингеальный</p> <p>Г. энцефалитический</p> <p>Д. диспептический</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>55. ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. парезом глазодвигательных мышц</p> <p>Б. расстройством сознания</p> <p>В. судорожным синдромом</p> <p>Г. нарушением чувствительности</p> <p>Д. парезами конечностей</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>56. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ПРИМЕНЯЮТ:</p> <p>А. бактериологическое исследование</p> <p>Б. копрологическое исследование</p> <p>В. реакцию нейтрализации токсина на мышцах</p> <p>Г. исследование цереброспинальной жидкости</p> <p>Д. реакцию непрямой гемагглютинации</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>57. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО БОТУЛИЗМОМ:</p> <p>А. госпитализация осуществляется по витальным показаниям</p> <p>Б. промывание желудка целесообразно только в ранние сроки болезни</p> <p>В. необходимо назначать солевое слабительное</p> <p>Г. во всех случаях необходимы промывание желудка и клизма 5% р-ром гидрокарбоната натрия</p> <p>Д. промывание желудка и очистительная клизма показаны только при подтверждении диагноза</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Кишечный иерсиниоз. Псевдотуберкулез»</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>60. КОМПЛЕКС МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ. ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ИЕРСИНИОЗА И ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА:</p> <p>А. бактериологический, кожно-аллергическая проба, ПЦР Б. бактериоскопический, кожно-аллергическая проба, серологический В. бактериоскопический, серологический, копроскопический Г. бактериологический, серологический, кожно-аллергическая проба Д. бактериологический, серологический, ПЦР</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Вирусные гепатиты»</p>	
<p>61. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:</p> <p>А. инфицирование возбудителем ВГА чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни Б. возбудитель ВГС обладает цитолитическим действием на гепатоциты В. вирус ВГБ способен к длительному персистенции в организме Г. возбудитель ВГА относится к гепаднавирусам Д. дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>62. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ:</p> <p>А. возможны признаки «печеночной диспепсии» Б. как правило, печень и селезенка не увеличены В. отсутствуют какие-либо клинические симптомы, свидетельствующие о поражении печени Г. с первого дня болезни моча приобретает темную окраску Д. раньше других ферментов повышается активность АсАт</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>66. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. повышение в крови уровня сывороточного железа</p> <p>Б. повышение в крови уровня свободного билирубина</p> <p>В. повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы</p> <p>Г. повышение активности АсАт, АлАт</p> <p>Д. снижение показателя сулемовой пробы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>67. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ:</p> <p>А. активности АЛТ</p> <p>Б. активности АСТ</p> <p>В. уровня альбуминов</p> <p>Г. тимоловой пробы</p> <p>Д. уровня холестерина</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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 гипохолестеринемией Г. гипербилирубинемия в сочетании с изменением осадочных проб Д. гипербилирубинемия в сочетании со снижением протромбинового индекса</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>70. В ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ИСПОЛЗУЮТСЯ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>73. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ВАРИАНТЫ ПРЕДЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ГЕПАТИТА А:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гриппоподобный 2. астеновегетативный 3. диспептический 4. артралгический 5. смешанный <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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>74. МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Anti-HAV IgG Б. Anti-HCV В. HBeAg Г. Anti-HAV IgM Д. Anti-HBS Ag 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>75. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. общий билирубин Б. белковые фракции крови В. ферменты АЛТ, АСТ Г. щелочная фосфатаза Д. холестерин 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>76. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА А ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. детей Б. молодых В. пожилых Г. беременных Д. лиц с отягощенным преморбидным фоном 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>77. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Д:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Гельминтозы»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Бруцеллез»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>93. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ОСТРОЙ ФОРМНОЙ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Лептоспироз»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>99. ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ:</p> <p>А. болезнь начинается подостро Б. интоксикация наиболее выражена на 5-7-й день болезни В. характерно острое начало болезни с ознобом и повышением температуры до 39-40 °С Г. с первых дней болезни появляется полиурия, свидетельствующая о поражении почек Д. характерно развитие холецисто-панкреатита</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>100. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ЛЕПТОСПИРОЗА:</p> <p>А. лихорадка, артралгии, рвота, диарея Б. лихорадка, миалгии, печеночно-почечная недостаточность, менингеальные симптомы В. боли в животе, рвота, диарея Г. лихорадка, миалгия, артралгия, судороги Д. лихорадка, геморрагическая сыпь, носовые и кишечные кровотечения, анемия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>101. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. артралгия Б. миалгия В. невралгия Г. катарально-респираторный синдром Д. диарея</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>102. ДЛЯ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ СОЧЕТАНИЕ:</p> <p>А. лейкоцитоз, лимфоцитоз, увеличение СОЭ Б. лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, увеличение СОЭ В. нейтрофилез со сдвигом влево, анемия, уменьшение СОЭ Г. лимфопения, нейтрофилез, эозинофилия, уменьшение СОЭ Д. лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>103. СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЪЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЛЕПТОСПИРОЗА:</p> <p>А. РНГА Б. реакция непрямои иммунофлюоресценции В. реакция Хеддельсона Г. РСК Д. реакция микроагглютинации-лизиса лептоспир</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Токсоплазмоз»</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>РАЗДЕЛ 3. Инфекции дыхательных путей. Тема «Грипп. ОРВИ»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Менингококковая инфекция»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>120.НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЭКЗАНТЕМА ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ:</p> <p>А. обильная, пятнистая, яркая Б. обильная, петехиальная В. геморрагическая, звездчатая, с наклонностью к некро- тизации Г. уртикарная Д. пустулезно-геморрагическая</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>121.ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>А. определение цитограммы 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>123.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ МОЛНИЕ-НОСНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. пенициллин Б. ампициллин В. амоксициллин Г. левомецетин Д. тетрациклин</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>125.ЦЕРОБРОСПИНАЛЬНАЯ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Дифтерия»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>132.ПРАВИЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ СЫВОРОТКИ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ:</p> <p>А. сыворотку следует вводить немедленно на дому при подозрении на дифтерию</p> <p>Б. сыворотку следует вводить при получении бактериологического подтверждения диагноза дифтерии</p> <p>В. в легких и среднетяжелых случаях при наличии противопоказаний можно воздержаться от введения сыворотки</p> <p>Г. эффективность сыворотки прямо пропорционально ее дозе</p> <p>Д. сыворотка эффективна для лечения специфических осложнений дифтерии</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Инфекционный мононуклеоз»</p>	
<p>133.ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>А. энтеровирусом</p> <p>Б. хламидией</p> <p>В. микоплазмой</p> <p>Г. вирусом группы герпеса</p> <p>Д. бактерией</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>134.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СОЧЕТАНИЕМ СИМПТОМОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. полиаденопатия, лихорадка, желтуха, гастроинтестинальный синдром</p> <p>Б. ангина, пневмония, полиаденопатия, желтуха</p> <p>В. лихорадка, ангина, пневмония, гепатоспленомегалия</p> <p>Г. полиаденопатия, ангина, лихорадка, гепатоспленомегалия</p> <p>Д. лихорадка, пневмония, выраженная желтуха</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>135.ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:</p> <p>А. анемия</p> <p>Б. нейтрофиллез</p> <p>В. лейкопения</p> <p>Г. мононуклеары с широкой цитоплазмой</p> <p>Д. СОЭ до 30-50 мм/час</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>136.КОМПЛЕКС ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:</p> <p>А. реакция микроагглютинации и лизиса, РНИФ, РНГА, ПЦР</p> <p>Б. реакция Кумбса, проба Бюрне, ИФА, вирусологический метод</p> <p>В. метод непрямой иммунофлюоресценции, РНГА, вирусологический метод</p> <p>Г. ПЦР, ИФА, реакция Хеддельсона, РНГА</p> <p>Д. реакция Пауля- Буннеля, метод непрямой иммунофлюоресценции, ИФА, ПЦР</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>137.ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ:</p> <p>А. как правило, симптоматическое</p> <p>Б. включает раннее назначение антибиотиков</p> <p>В. предусматривает обязательное применение кортикостероидов</p> <p>Г. проводится комбинацией противовирусных препаратов и антибиотиков</p> <p>Д. требует обязательной госпитализации</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Орнитоз»</p>	
<p>138.ОРНИТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. распространением среди птиц, антропоноз, сопровождается поражением верхних дыхательных путей</p> <p>Б. распространением среди попугаев, антропозоноз, 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 антропозоноз, сопровождается поражением желудочно-кишечного тракта</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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, розеолозная сыпь</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>РАЗДЕЛ 4. Кровяные инфекции</p> <p>Тема «Сыпной тиф»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>144.ДЛЯ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>145.ДЛЯ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>146.ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Малярия»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>149.ДЛЯ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Чума»</p>	
<p>153.ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. <i>Listeria monocytogenes</i> Б. <i>S.enteritidis</i> В. <i>Yersinia enterocolitika</i> Г. <i>Clostridium perfringens</i> Д. <i>Yersinia pestis</i></p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>157. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЧУМЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. стрептомицин Б. левомецетин В. тетрациклин Г. оксациллин Д. аминогликозиды 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Туляремия»</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 аппарата 	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>159.ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУЛЯРЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ:</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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. нередко летальные исходы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>161.БУБОН ПРИ ТУЛЯРЕМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>162.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУЛЯРЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ:</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом»</p>	
<p>163.ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС) ВЫЗЫВАЕТСЯ:</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «ВИЧ-инфекция. ВИЧ-оппортунистические инфекции»</p>	

<p>169. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ:</p> <p>А. только в периодах выраженных клинических проявлений</p> <p>Б. только в терминальной стадии</p> <p>В. только в стадии бессимптомной инфекции (П Б)</p> <p>Г. только в стадии острой инфекции (П Б)</p> <p>Д. пожизненно</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>170. ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ – ЭТО:</p> <p>А. цитомегаловирус из семейства герпесвирусов</p> <p>Б. вирус герпеса 4 типа</p> <p>В. хантаан-вирус из семейства буньявирусов</p> <p>Г. ретровирус из рода лентивирусов</p> <p>Д. вирус Коксаки</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>171. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИЧ ИМЕЕТСЯ В:</p> <p>А. сперме</p> <p>Б. крови</p> <p>В. грудном молоке</p> <p>Г. слюне</p> <p>Д. влагалищном секрете</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>172. ВИЧ ПЕРЕДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПУТЯМИ:</p> <p>А. при грудном вскармливании от ребенка - матери</p> <p>Б. при длительном бытовом контакте</p> <p>В. воздушно-пылевым путем</p> <p>Г. от инфицированной матери ребенку при уходе за ним</p> <p>Д. трансмиссивным путем</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>173. МАНИПУЛЯЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ЗАРАЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. гастроскопия</p> <p>Б. ректороманоскопия</p> <p>В. цистоскопия</p> <p>Г. забор крови из вены</p> <p>Д. внутримышечная инъекция</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>174. ВИЧ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШИМ ТРОПИЗМОМ К:</p> <p>А. Т-лимфоцитам хелперам</p> <p>Б. Т-лимфоцитам супрессорам</p> <p>В. макрофагам</p> <p>Г. В-лимфоцитам</p> <p>Д. моноцитам</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>175. МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ В СТАДИИ ПА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:</p> <p>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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>177. К СПИД-ИНДИКАТОРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ:</p> <p>А. кандидоз пищевода Б. хронический криптоспориديоз кишечника (длительная диарея) В. цитомегаловирусный ретинит Г. опоясывающий герпес Д. внелегочный туберкулез</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Сепсис»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>РАЗДЕЛ 5. Инфекции наружных покровов</p> <p>Тема «Рожа»</p>	

<p>184. ПРИ РОЖЕ:</p> <p>А. возбудителем являются гемолитические стрептококки и стафилококки</p> <p>Б. возбудителем является бета-гемолитический стрептококк группы А</p> <p>В. единственный источник инфекции – больной рожей</p> <p>Г. больные рожей высоко контагиозны</p> <p>Д. в настоящее время нередко наблюдаются внутрибольничные вспышки рожи</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>185. ДЛЯ РОЖИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А. начало болезни с лихорадки, выраженный безболезненный отек пораженного участка кожи</p> <p>Б. лихорадка, участок поражения кожи локализуется на верхних конечностях</p> <p>В. интоксикация, участок поражения кожи малобользненный, гиперемирован и не имеет четких границ</p> <p>Г. лихорадка, яркая гиперемия участка поражения с нагноением в очаге воспаления</p> <p>Д. выраженная интоксикация, участок поражения кожи гиперемирован, болезненный и имеет четкие границы</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>186. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РОЖИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:</p> <p>А. курсовое применение пенициллинов или макролидов в течение года</p> <p>Б. УФО-лечение остаточных явлений на коже</p> <p>В. витаминотерапия</p> <p>Г. бициллинопрофилактика</p> <p>Д. физиопроцедуры для уменьшения инфильтрации кожи</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>187. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ РОЖИ В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. пенициллин</p> <p>Б. цефтриаксон</p> <p>В. эритромицин</p> <p>Г. линкомицин</p> <p>Д. сумамед (изитромицин)</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Сибирская язва»</p>	
<p>188. ВОЗБУДИТЕЛЬ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ:</p> <p>А. грамположительная палочка</p> <p>Б. содержит эндотоксин</p> <p>В. спор не образует</p> <p>Г. хорошо размножается в окружающей среде</p> <p>Д. подвижна благодаря наличию жгутиков</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Столбняк»</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>194. ТРИАДА ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ СТОЛБНЯ-КАЛЕДУЮЩИЕ 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>195. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ СТОЛБНЯ-КЕ: А. асфиксия Б. отек мозга В. инфекционно-токсический шок Г. пневмония Д. сепсис</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>196. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОЛБНЯКА ВКЛЮЧАЕТ: А. интенсивную дегидратацию Б. витаминотерапию В. противосудорожную терапию Г. применение дыхательных аналептиков Д. нейтрализацию токсина</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>Тема «Бешенства»</p>	
<p>197. ПРИ БЕШЕНСТВЕ: 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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>
<p>198. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ БЕШЕНСТВА ВКЛЮЧАЕТ: 1. снижение болевой чувствительности 2. гидрофобия 3. аэрофобия 4. появление патологических рефлексов 5. саливация</p> <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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</p>

<p>199. ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД БЕШЕНСТВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>А. гипотермией</p> <p>Б. прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии</p> <p>В. нарастанием мышечного тонуса</p> <p>Г. нормализацией сердечной деятельности</p> <p>Д. при отсутствии специфического лечения летальным исходом у 50% больных</p>	<p>УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18</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

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: ситуационные задачи.

Задачи к экзамену по темам (код компетенций: УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18)

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Брюшной тиф и паратифы А и В	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
2. Сальмонеллез	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
3. Пищевые токсикоинфекции	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
4. Дизентерия	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
5. Холера	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
6. Амебиаз	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
7. Балантидиаз	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
8. Ботулизм	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
9. Иерсиниоз	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
10. Гельминтозы (аскаридоз, трихинеллез, геминолепидоз, тениидозы, описторхоз, энтеробиоз, дифиллоботриоз)	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
11. Лептоспироз	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18

12. Бруцеллез	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
13. Вирусные гепатиты А,В,С,Д	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
14. Грипп и ОРВИ	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
15. Менингококковая инфекция	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
16. Дифтерия	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
17. Ангина	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
18. Инфекционный мононуклеоз	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
19. Сыпной тиф и другие риккетсиозы (Ку-лихорадка)	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
20. Малярия	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
21. ГЛПС	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
22. Чума	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
23. Туляремия	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
24. Рожа	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
25. Сибирская язва	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
26. Столбняк	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
27. Ящур	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18

28. ВИЧ-инфекция. ВИЧ-ассоциированные инфекции: герпес, токсоплазмоз, ЦМВ-инфекция, грибковые и протозойные инфекции	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
29. Орнитоз	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
30. Сепсис	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
31. Бешенство	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18
32. Клещевой Лайм-боррелиоз	УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-16, ПК-18

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.

1. 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 пузыря с геморрагическим содержимым, 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?

2. 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?

3. Больной А., 42 лет. Обратился в первый день болезни. Заболел остро. Т—39,5°. Озноб, головная боль, локализующаяся 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? Пути подтверждения? Лечение?

4. Больной Г., 36 лет. Госпитализирован через сутки после начала заболевания. Заболел остро, после резкого охлаждения. Т — 40°, резкая слабость, головная боль, озноб, ка-

шель, 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. Патогенез основных расстройств? Неотложная терапия.

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

6. 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.

7. 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, сопровождающимися 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.

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 макулопапулезная 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. 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.

11. 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.

12. Больной, 38 лет, проживает в черте очага лептоспироза. Заболел остро, Т—39°, 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 — 11.5×10^9 /л, РОЭ — 27 мм/час, П — 13%, С — 39%, Л — 36%, М — 12%.

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

13. 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 мм рт. ст. Симптом Пастернацкого резко положительный.

О каком заболевании можно подумать? План обследования.

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

Какой результат лабораторного исследования можно предполагать?

15. 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 $t 39^{\circ}\text{C}$. Язык обложен, суховат; при исследовании живота — урчание в правой подвздошной области, пальпируется край селезенки. Ваш предварительный диагноз. Тактика врача.

16. Больной 48 лет. Доставлен в инфекционную больницу на 8-й день болезни. $T 39,3^{\circ}\text{C}$, вял, бледен. Скучная 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.

17. У больного $t 39^{\circ}\text{C}$, частота пульса 80 ударов в минуту. Какой тиф больше оснований предполагать?

18. У больного, находящегося на обследовании в диагностическом отделении инфекционной больницы, на 9-й день болезни поставлена реакция Видалья: 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.

19. Больной, 40 лет, заболел остро, $t 38^{\circ}\text{C}$, 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.

20. 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.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты	Оценки сформированности компетенций
------------	-------------------------------------

обучения	неудовлетвори- тельно	удовлетвори- тельно	хорошо	отлично
Полнота зна- ний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие уме- ний	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 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

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
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 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 компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Инфекционные болезни» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – ссылка <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=765>
<https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=320>

Разработчик(и):

Отмахова Ирина Андреевна, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней

14.02.2023