*Приложение к рабочей программе*

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего

образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ПАРАЗИТОЛОГИЯ**

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

Кафедра **ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

Нижний Новгород

2019

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

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

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

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

**2.** **Перечень оценочных средств**

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

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

 **по специальности Медико-профилактическое дело 32.05.01**

**Вопросы для текущего контроля:**

**ГРИПП**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

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

**Клиника**

1. Продолжительность инкубации. (1)
2. Какие синдромы характерны для типичной формы грип­па? (3)
3. Какие симптомы болезни выявляются первыми? (2)

15. Внешний вид больного. (2)

16. Продолжительность лихорадки при неосложненных формах гриппа. (1)

1. Начертите температурную кривую при неосложненной форме гриппа (3)
2. Типичная локализация головной боли. (2)
3. Какие отделы верхних дыхательных путей преимущест­венно поражаются при этом заболевании? (2)
4. Клинические признаки трахеита. (2)

21. Типичные признаки ринита. (3)

1. Клинические признаки фарингита. (3)
2. Характерные изменения зева в 1-й день болезни- (2)
3. Эволюция зева в фазу снижения температуры. (2)

25. Признаки ларингита. (2)

26. Назовите клинические варианты гипертоксических форм гриппа. (3)

27. Данные физикального исследования при развитии оте­ка легких. (3)

1. Характеристика мокроты при развитии отека легких. (3)
2. Основные клинические признаки отека-набухания го­ловного мозга. (3)

30. Основные проявления «нейротоксикоза». (3)

31. Клинические признаки стенозирующего трахеобронхита. (3).

32. Назовите наиболее частые осложнения. (2)

1. Какая именно вторичная инфекция чаще всего ослож­няет грипп? (1)
2. Как объяснить частое присоединение вторичной бакте­риальной инфекции? (1)

35. Причины летальных исходов. (3)

**Диагностика**

36. Методы лабораторного исследования для подтверждения диагноза гриппа. (3)

37. Исследуемый материал. (3)

1. Условия хранения и транспортировки смыва из носо­глотки до отправления в вирусологическую лабораторию. (1)
2. Оптимальный экспресс-метод исследования отпечатков со слизистой носа. (1)
3. Основной критерий оценки положительных результатов иммунофлюоресцентного метода исследования. (1)
4. Поясните сущность диагностического метода иммунофлюоресценции. (2)
5. В какие сроки болезни следует направлять материал для вирусологического исследования? (1)
6. Какие результаты исследования тарных сывороток под­тверждают диагноз? (4)
7. В какие сроки болезни забирают первую пробу сыворот­ки при проведении серологических исследований? (1)
8. С каким интервалом после первой пробы следует заби­рать кровь на исследование парных сывороток? (1)

**Лечение**

1. Какой режим должен быть предписан больному? (1)
2. Почему опасно переносить болезнь на ногах? (1)
3. Назовите основные мероприятия по уходу за больными. (3)
4. Какие лекарственные средства могут быть назначены при лечении больных на дому? (3)
5. Выпишите рецепт на антигриппин. (3)
6. Каковы возможные отрицательные стороны широкого применения аспирина особенно при лечении на дому? (3)
7. Какие медикаментозные средства могут быть рекомен­дованы при лечении больных на дому в целях предупрежде­ния прогрессирования васкулита? (3)
8. Терапевтические мероприятия при трахеите. (3)
9. Назовите средства для закапывания в нос, показанные для восстановления дыхания. (2)
10. Поясните отсутствие показаний для назначения анти­биотиков и сульфаниламидов при лечении больных на дому. (2)
11. Показания для госпитализации. (3)
12. Куда госпитализируют больных в период эпидемии при недостаточности коечного фонда инфекционных стационаров? (1)
13. Средства этиотропной терапии. (3)
14. Основной препарат для специфической терапии. (1)
15. Способы введения специфического гамма - глобулина на­правленного действия. (2)
16. Почему в поздние сроки болезни специфические лечеб­ные препараты не эффективны? (1)
17. Основные лечебные мероприятия при начинающемся отеке легких. (3)
18. Ваши назначения в целях уменьшения величины веноз­ного возврата крови при развитии отека легких. (3)
19. Назовите пеногасители, применяемые при отеке легких. (2)
20. Основные терапевтические мероприятия при появлении признаков отека-набухания головного мозга. (2)
21. Показания для вливания концентрированной плазмы. (2)
22. Метод дегидратации при отеке легких или отеке-набу­хании головного мозга. (2)
23. Как должна проводиться спинно-мозговая пункция у больных с признаками отека-набухания головного мозга? (1)
24. Какие препараты следует включить в состав ингаляци­онной смеси при развитии стенозирующего трахеобронхита? (3)
25. Назовите муколитики, показанные при развитии стено­зирующего трахеобронхита. (2)
26. Оптимальный способ введения муколитиков. (1)
27. Неотложные терапевтические мероприятия при тяже­лом нейротоксикозе. (2)
28. Назначения при развитии судорожного синдрома. (3)
29. Показания для назначения глюкокортикостероидов. (1)
30. Основные терапевтические мероприятия при развитии острой дыхательной недостаточности при пневмонии. (3)

**ДРУГИЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

1. Источник инфекции при других острых респираторных заболеваниях. (1)

2. Механизм заражения (1)

3. Какой еще механизм заражения возможен при аденовирусных и энтеровирусных заболеваниях? (1)

4. Какие принципиальные отличия острых респираторных заболеваний от гриппа? (2)

**Клиника**

1. Инкубационный период при аденовирусной инфекции. (1)
2. Выраженность интоксикации при аденовирусной инфек­ции. (l).

7. Характер и продолжительность лихорадки при адено­вирусной инфекции. (2)

1. Наиболее частая клиническая форма аденовирусной ин­фекции. (2)
2. Какие виды конъюнктивита развиваются при аденови­русной инфекции? (2)

10. Внешний вид глаз при аденовирусном конъюнктивите. (3)

11- Особенности фарингита и тонзиллита при аденовирус­ной инфекции. (1)

1. Какие лимфатические узлы обычно увеличиваются при аденовирусной инфекции? (2)
2. Основные клинические отличия аденовирусной инфек­ции от гриппа. (3)

14. Инкубационный период при парагриппе. (1)

 15. Особенности начала заболевания при парагрипппе. ('1)

1. Характеристика лихорадки при парагриппе. (2)
2. Какой отдел верхних дыхательных путей обычно пора­жается при парагриппе? (1)
3. Проявления ларингита при парагриппе. (3)

19. Осложнения при парагриппе. (3)
20. Основные отличия парагриппа от гриппа. (3)

1. Как называется заболевание, вызванное риновирусами? (1)
2. Температура при заразном насморке. (1)
3. Кардинальный симптом при риновирусном заболевании. (1)

24. Характеристика выделений из носа при заразном на­сморке. (2)

25. Какие симптомы, кроме ринита, характерны для катара верхних дыхательных путей при заразном насморке? (2)

26. Длительность клинических проявлений при заразном насморке. (1)

27. Основные отличия заразного насморка от гриппа. (3)

28. Характеристика лихорадки при гриппоподобной форме энтеровирусной инфекции. (1)

29. Характерны ли диспептические расстройства для гриппоподобной формы энтеровирусной инфекции? (2)

30. Характеристика головной боли при гриппоподобной эн­теровирусной инфекции. (1)

31. Выраженность катара верхних дыхательных путей при гриппоподобной форме энтеровирусной инфекции. (1)

32. Изменения зева при гриппоподобной форме энтерови­русной инфекции. (2)

33. Возможная эволюция узелковых высыпаний в зеве при гриппоподобной форме энтеровирусной инфекции (2)

34. Основные отличия гриппоподобной формы энтеровирус­ной инфекции от гриппа. (3)

35. Среди каких возрастных групп регистрируется заболе­вание, вызванное вирусом PC? (1)

36. Особенности катара верхних дыхательных путей при за­болевании, вызванном вирусом PC. (2)

37. Основные проявления бронхиолита при заболевании, вызванном вирусом PC. (3)

38. Как протекает заболевание, вызванное вирусом PC, у взрослых? (1)

39. Основные клинические отличия заболевания, вызванные вирусом PC, от гриппа. (1)

40. Начало заболевания, вызванного микоплазмой пнев­монии. (1)

41. Сроки появления признаков пневмонии при заболева­нии, вызванном микоплазмой пневмонии. (1)

42. Особенности физикальных изменений при пневмонии, вызванной микоплазмой пневмонии. (3)

43. Начало заболевания при бактериальном катаре верх­них дыхательных путей. (4)

1. Характеристика выделений из носа при бактериальном катаре верхних дыхательных путей. (2)
2. Выраженность интоксикации при бактериальном ката­ре верхних дыхательных путей. (4)
3. Сравнительная характеристика продолжительности бо­лезни при неосложненном гриппе и бактериальном катаре верхних дыхательных путей. (1)

 47. Сравнительная характеристика общих проявлений при бактериальном катаре верхних дыхательных путей и гриппе. (2)

**МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

1. Какой серотип менингококка преобладает при клиниче­ски выраженных формах менингококковой инфекции? (1)

|2. Механизм заражения. (1)

3. Основные этапы патогенеза. (3)

 4. Какие две основные формы менингококковой инфек­ции известны Вам? (2)

**Клиника**

5. Характерный тип лихорадки. (1)

6. Менингококковый менингит. Назовите симптомы, имеющие отрицательное прогностическое значение. (3)

7. Менингококковый менингит. Клинические признаки про­грессирующего отека-набухания головного мозга. (3)

1. Менингококкемия. Наиболее характерный клинический признак, (l)
2. Менингококкемия. Варианты течения.(2)
3. Какие неотложные состояния могут развиться при ме­нингококковой инфекции? (2)
4. Менингококкемия — признаки инфекционно-токсического шока II ст. (2)
5. Признаки инфекционно-токсического шока III стадии. (3)

13. Назовите фазы расстройства сознания. (3)

1. Изменения артериального давления при развитии отека-набухания головного мозга. (1)
2. Причины летальных исходов. (2)
3. Менингококковый назофарингит. Клиническая симпто­матология. (3)

**Диагностика. Дифференциальный диагноз**

17. Критерии ранней диагностики менингококкового менин­гита. (3)

18. Менингококковый менингит. Типичные изменения ликвора по данным визуальной оценки. (2)

1. Методы обнаружения возбудителя. (2)
2. Элективная среда для выделения чистой культуры. (1)
3. При какой форме болезни чаще удается обнаружить возбудителя в крови? (1)
4. Менингококковый назофарингит. Материал для иссле­дования. (1)
5. Менингококковый назофарингит. Техника забора носо­глоточной слизи. (2)
6. Менингококковый менингит. Материал для исследова­ния. (2)
7. Менингококковый менингит. Характерные изменения содержания клеток в ликворе. (1)

26.Какие лейкоциты преобладают в ликворе? (1)

1. Метод экспресс - диагностики. (1)
2. Характерные изменения лейкоцитарной формулы. (3)
3. Менингококковый менингит. Отличия от туберкулез­ного менингита. (4)
4. Отличие от гнойных менингитов другой этиологии. (3)

**Лечение. Профилактика**

31. Доза пенициллина больному с генерализованной фор­мой менингококковой инфекции. (3)

1. Чем определяется высокая доза пенициллина при ме­нингококковой инфекции? (1)
2. Каким антибиотиком может быть заменен пенициллин? (1)
3. Критерии отмены антибиотика. (1)
4. Какие растворы для внутривенного введения могут быть рекомендованы в целях дезинтоксикации? (3)
5. Концентрация раствора маннитола. (1)
6. Ваши назначения при развитии декомпенсированного ацидоза. (1)
7. Примерная суточная доза преднизолона при развитии инфекционно-токсического шока. (1)
8. Показания для назначения антипиретиков. (1)
9. Основное мероприятие в профилактике менингококко­вой инфекции. (1)
10. Критерии выписки реконвалесцентов из стационара. (3)
11. Материал для обследования на менингококко-носительство. (4)
12. Длительность диспансерного наблюдения реконвалес­центов. (4)
13. Кто осуществляет диспансерное наблюдение? (2)
14. Длительность активного наблюдения за контактными в очаге. (4)

**ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

1. К какой группе инфекционных болезней относится ин­фекционный мононуклеоз? (1)
2. Возбудитель инфекционного мононуклеоза. (1)
3. К какой группе вирусов относится возбудитель инфек­ционного мононуклеоза? (1)
4. Какие пути заражения, кроме воздушно-капельного, возможны? (3)

5. Входные ворота инфекции. (2)
6: Основные очаги поражения при инфекционном мононуклеозом. (2)

7. Среди каких возрастных групп в основном регистрируется данное заболевание? (2)

**Клиника**

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

**Диагностика. Дифференциальный диагноз**

20. Основной критерий диагностики. (1)

21. Основной лабораторный метод диагностики (1)

22. Типичные изменения картины крови. (3)

1. Отличия дифтерии зева. (3)
2. Отличия ангины. (3)
3. Отличия вирусного гепатита. (3)

**Лечение. Профилактика**

1. Основные лечебные мероприятия. (3)
2. Какие средства используют для санации носоглотки? (3)

 28. Лечение тяжелых форм.(2)

29. Показания для назначения антибиотиков. (1)

**СЫПНОЙ ТИФ И ДРУГИЕ РИККЕТСИОЗЫ**

**I. Сыпной тиф Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

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

**Клиника**

9. Длительность инкубации. (1)
10. Начало болезни (1)

11. Основные периоды болезни. (3)

12. Внешний вид больного. (4)

13. Основные жалобы больных. (2)

 14. Признаки поражения центральной нервной системы. (4)

1. Симптомы менингоэнцефалита при тяжелых формах болезни. (3)
2. Как объяснить нередкое развитие ригидности затылоч­ных мышц при тяжелых формах болезни? (1)
3. Опишите симптомы Говорова - Годелье. (2)

 18. Сроки появления сыпи. (1)

1. Преимущественная локализация сыпи. (2)
2. Характер сыпи. (2)
3. Количество сыпи. (1)
4. Особенности сыпи при спорадическом сыпном тифе в сопоставлении с эпидемическим сыпным тифом. (3)
5. Опишите симптом Киари—Авцына. (1)
6. Локализация энантемы. (2)
7. В каком периоде болезни выявляется гепатомегалия? (1)
8. Сравнительная продолжительность лихорадки при эпи­демическом сыпном тифе и болезни Брилля. (1)
9. Начертите температурную кривую при сыпном тифе. (3)
10. Клинические признаки поражения сердечной мышцы при тяжелой форме болезни. (2)
11. Изменение частоты пульса. (1)
12. Характерные изменения языка. (3)
13. Периоды нарушения мочеотделения цри тяжелых фор­мах болезни. (2)
14. Осложнения сырного тифа. (3)
15. Возможные осложнения на современном этапе. (2)
16. Критерии выписки. (1)

**Диагностика. Дифференциальный диагноз**

1. Клинические критерии ранней диагностики. (4)
2. Основной метод лабораторного подтверждения диагно­за. (1)
3. Какой серологический тест является основным? (1)
4. Сроки появления положительных серологических реак­ций. (1)
5. Диагностический титр РСК. (1)
6. Какой лабораторный тест может служить методом ре­троспективной диагностики? (1)
7. Титры РСК в ретроспективной диагностике перенесен­ной болезни. (2)
8. Основные отличия сыпного тифа от брюшного тифа. (4)
9. Клинические отличия от гриппа в начальном периоде болезни. (4)
10. Основные отличия пневмонии (3)
11. Основные отличия менингококкового менингита. (3)
12. Основные отличия геморрагических лихорадок. (3)
13. Основные отличия безжелтушного лептоспироза. (3)

**Лечение- Профилактика**

1. Антибиотик выбора. (1)
2. Длительность курса антибиотикотерапии. (1)
3. Дезинтоксикационная терапия. (3)
4. Система ухода за больным. (4)
5. Рекомендуемая диета. (1)
6. Выписка больных. (1)
7. Основные профилактические мероприятия. (3)

**II. Эндемические риккетсиозы**

**Этиология, эпидемиология, патогенез**

55. К какой группе инфекционных заболеваний относятся эндемические риккетсиозы? (1)

1. Резервуар инфекции при эндемических риккетсиозах. (2)
2. Особенности морфологических изменений сосудов при эндемических риккетсиозах сравнительно с сыпным тифом. (2)

**Клиника**

1. Перечислите основные эндемические риккетсиозы. (3)
2. Перечислите основные клещевые риккетсиозы. (3)
3. Инкубационный период при эндемических риккетсиозах. (3)
4. При каких эндемических риккетсиозах характерен пер­вичный аффект? (1)
5. Основные клинические отличия эндемических риккетсиозов от сыпного тифа- (3)
6. Длительность лихорадки при крысином сыпном тифе. (2)
7. Характер сыпи при крысином эндемическом риккетсиозе. (2)
8. Особенности сыпи при везикулезном риккетсиозе. (2)
9. Основные клинические формы лихорадки Ку. (3)

**Диагностика. Дифференциальный диагноз**

67. Основные методы диагностики эндемических риккетсиозов. (3)

 68. Метод лабораторной диагностики. (1)

1. С какими инфекционными заболеваниями дифференци­руют лихорадку Ку? (3)
2. С какими инфекционными заболеваниями дифференци­руют везикулезный риккетсиоз? (2)

**Лечение- Профилактика**

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

**МАЛЯРИЯ**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

1. Этиологические варианты болезни. (3)

2. Какие циклы развития малярийного плазмодия прохо­дят в организме человека? (2)

1. Где происходит преэритроцитарный цикл развития маля­рийного плазмодия и какой стадии инфекционного процесса он соответствует? (2).
2. Назовите плазмодии, у которых цикл эритроцитарной шизогонии продолжается 48 часов. (3)
3. Назовите плазмодии, у которых длительность эритроцитарной шизогонии продолжается 72 часа. (1)

6- Какому циклу шизогонии соответствуют клинические проявления болезни? (1)

7. Какой фазе развития малярийного плазмодия соответствует начало приступа? (2)

1. Источник инфекции. (2)
2. Особенности эпиданамнеза на современном этапе. (2)
3. Основной путь передачи инфекции.(1)

**Клиника**

1. Клинические формы болезни. (3)
2. Начало болезни. (1)
3. Назовите основные периоды болезни. (3)
4. Основные клинические проявления болезни. (3)
5. Клиническая триада, характерная для малярийного приступа. (3)
6. Жалобы больного во время приступа. (2)
7. Внешний вид больного в фазу жара. (2)

18. Сроки появления увеличенной селезенки и печени. (1)

1. Патогенез иктеричности кожных покровов. (1)
2. Начертите температурную кривую при трехдневной ма­лярии. (2)
3. Начертите температурную кривую при четырехдневной малярии. (2)
4. Начертите температурную кривую при тропической ма­лярии. (2)
5. В какую фазу малярийного приступа снижается темпе­ратура? (1)
6. Основные клинические симптомы в стадию жара. (3)

25. Продолжительность малярийного приступа при трехдневной малярии. (l)

26. Особенности приступа при тропической малярии. (2)

1. При какой клинической форме малярии чаще регистри­руются особо тяжелые формы болезни? (1)
2. Чем объяснить особо тяжелое течение тропической ма­лярии? (l)

29. Назовите особо тяжелые формы болезни. (3)

1. Какие периоды различают при коматозной форме? (3)
2. В какие сроки чаще развивается малярийная кома? (1)
3. Как называют рецидивы в зависимости от сроков воз­никновения? (2)
4. Патогенез ранних рецидивов. (1)
5. Патогенез поздних рецидивов. (1)
6. В какие сроки появляются ранние рецидивы? (1)
7. Сроки появления поздних рецидивов. (1)
8. Продолжительность межрецидивного периода. (1)
9. Остаточные явления малярии. (2)

**Диагностика**

39. Какой биологический субстрат исследуют на наличие малярийного плазмодия? (1)

1. Основной метод лабораторных исследований. (2)
2. В какую фазу малярийного приступа следует забирать кровь на исследование? (1)

42. Можно ли обнаружить возбудители малярии в крови при отсутствии клинических проявлений? (1)

43. Изменения красной крови. (2)

**Лечение**

1. Основные задачи лечения. (2)
2. Задача клинического лечения. (1)
3. Наиболее эффективный препарат для клинического ле­чения. (1)
4. Суточная доза и длительность лечения больного хлорохином при трехдневной малярии. (3)
5. Трехдневная малярия. Суточная доза хлорохина в пер­вый день лечения. (1)
6. Задача радикального лечения. (1)
7. Почему клиническое лечение не всегда рассматривает­ся как радикальное? (l)
8. Суточная доза и длительность лечения примахином. (2)
9. Почему при тропической малярии не проводят ради­кального лечения? (1)
10. Основные направления лечения злокачественных форм малярии. (3)
11. Суточная доза хлорохина при внутривенном введении препарата, методика введения. (3)
12. Лечение молниеносной формы малярии. (1)
13. Выписка больных. (2)

**ВОЗВРАТНЫЕ ЛИХОРАДКИ**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

 1. Какие возвратные лихорадки существуют? (1)

 2. Возбудители вшивого и клещевого возвратных тифов. (2)

3. Особенности эпиданамнеза. (2).

4- Какой из возвратных тифов относится к природноочаговым заболеваниям? (1)

5. Основные фазы патогенеза. (3)

**Клиника. Диагностика**

1. Длительность инкубации. (1)
2. Начало болезни. (l)

8. Клиническая характеристика приступа. (3)

9. Начертите температурную кривую. (3)
10. Изменения селезенки. (1)

 11. Какой возвратный тиф следует предполагать при нали­чии первичного аффекта? (1)

1. Методы лабораторной диагностики. (2)
2. Материал для лабораторного исследования. (1)

**Лечение. Профилактика**

 14. Рекомендуемые антибиотики. (2).

1. Дезинтоксикационная терапия. (3).
2. Основные профилактические мероприятия. (2).

**БРУЦЕЛЛЕЗ**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

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

**Клиника. Исходы**

9. Какой этиологический вариант болезни протекает тяжелее? (1).

10. Начало болезни. (1).

11. Основные клинические проявления острого бруцеллеза.(4).

12. Степень выраженности интоксикации. (1).

13. Ведущие жалобы больных. (2).

1. Характеристика лихорадки. (2).
2. Типичная лихорадка. (2).
3. Начертите типичную температурную кривую при ост­ром бруцеллезе. (3).
4. Характеристика изменений лимфоузлов (наименование признака). (1).
5. Предельная продолжительность болезни при остром бруцеллезе. (1).
6. Особенности течения болезни у привитых. (2).
7. При какой продолжительности болезни устанавливает­ся лодострая -и хроническая форма? (2)

 21. Общие клинические проявления инфекционного процес­са в фазу обострения при хроническом бруцеллезе. (4).

1. Какие суставы преимущественно поражаются при ло­комоторной форме хронического бруцеллеза? (3).
2. Какие отделы позвоночника поражаются чаще при хро­ническом бруцеллезе? (1).
3. Какие изменения получили названия фиброзитов и целлюлитов? (2).
4. Преимущественная локализация процесса при нервной форме хронического бруцеллеза (l).
5. Какая форма болезни сохраняется после окончания ин­фекционного процесса? (1).
6. Клиническая характеристика урогенитальной формы хронического бруцеллеза у мужчин. (2).
7. Общая продолжительность болезни при хроническом бруцеллезе. (2).

**Диагностика. Дифференциальный диагноз**

1. Критерии ранней клинической диагностики. (3).
2. Обычные сроки выявления максимального титра реак­ции агглютинации при острой форме болезни. (1)
3. Сравнительная чувствительность реакции агглютинации Райта и реакции микро агглютинации Хеддельсона. (1).
4. Когда регистрируется положительная реакция агглюти­нации при хронических формах? (1).
5. В каких условиях возникает необходимость в постанов­ке реакции микроагглютинации Хеддельсона? (1)
6. Какой из серологических тестов относится к методам экспресс - диагностики? (1).
7. С каким аллергеном ставят кожно-аллергическую про­бу Бюрне? (1).
8. Критерии оценки местной реакции при проведении кож­но-аллергической пробы Бюрне. (2).
9. В какие сроки учитывают окончательный результат про­бы Бюрне? (1).
10. О чем свидетельствует положительная проба Бюрне? (3).
11. Результаты кожно-аллергической пробы Бюрне у при­витых. (1).

40. Последовательность проведения кожно-аллергической пробы Бюрне и серологических исследований. (1).

41- Дополнительные методы подтверждения диагноза. (2), 2-е. 382.

42. Критерии дифференциального диагноза с суставной формой ревматизма. (4).

**Лечение. Профилактика**

1. Лечение в острую фазу болезни. (1)
2. В какую фазу инфекционного процесса показана антибиотикотерапия? (2).
3. Рекомендуемые антибиотики. (2).

46. Метод иммунотерапии. (1)

1. В какую фазу инфекционного процесса показана вак­цинотерапия? (2).
2. Как устанавливают индивидуальную лечебную дозу вакцины? (1)
3. Критерии оценки интенсивности поствакцинальной реак­ции. (2)
4. При каких результатах кожно-аллергической пробы Бюрне вакцинотерапия не показала? (1).
5. Что назначают в целях десенсибилизации? (2).
6. При каких формах и в какую фазу болезни показаны физиотерапия и курортное лечение? (2).

**Исходы**

53. Исходы локомоторной формы хронического бруцеллеза. (3).

54. Возможные исходы нервной формы хронического бру­целлеза. (2).

55. Исходы урогенитальной формы хронического бруцелле­за у женщин. (1).

**ЛЕПТОСПИРОЗ**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

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

10. В каком органе особенно характерно избирательное накопление лептоспир? (1).

**Клиника**

11. Длительность инкубационного периода. (1).

12. Начало болезни. (1).

13. Характерные жалобы больных. (2).

14. Внешний вид больного. (2).

1. Характер температурной кривой. (3).
2. Начертите температурную кривую при лептоспирозе.(1).
3. При каких формах болезни характерно присоединение геморрагического синдрома? (1).

18. Сроки появления сыпи при лептоспирозе. (1).

19. Характер сыпи. (2).
20. Характерное изменение селезенки. (1).

1. С какого дня болезни выявляется поражение почек? (1).
2. Как называются изменения, развивающиеся в почках? (1).
3. Клиническая характеристика поражения почек. (2).
4. Изменения мочи при лептоспирозе. (3).
5. Наиболее длительно сохраняющиеся признаки пораже­ния почек. (1).
6. Какое неотложное состояние может развиться у боль­ного в связи с поражением почек? (1).
7. Клинические признаки поражения печени. (3).
8. В какие сроки болезни появляется желтуха? (1).
9. Характер менингита при менингеальной форме болез­ни. (1).
10. Какие поражения нервной системы, кроме менингита, регистрируются? (3)
11. Характерные изменения количества лейкоцитов и лей­коцитарной формулы? (3).
12. Причины летальных исходов. (2).

**Диагностика**

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

**Лечение**

1. Этиотропная терапия при лептоспирозе. (2)
2. Рекомендуемые антибиотики. (2).

**ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

1. К какой группе инфекционных заболеваний относятся геморрагические лихорадки? (1).
2. Основные источники инфекции. (2).
3. Где локализуется патоморфологический процесс? (1).
4. ГЛПС. Сосуды какого органа поражаются с наиболь­шим постоянством? (1).

**Клиника**

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

**Диагностика. Дифференциальный диагноз**

20. Характеристика эпиданамнеза у больного ГЛПС. (3).

1. Основные клинические диагностические признаки ГЛПС. (3).
2. Анализ крови в разгар болезни. (3).

23. Характерные изменения в анализе мочи. (3).

1. Отличия клинической картины поражения почек от классической картины острого гломерулонефрита. (2).
2. Основные отличия ГЛПС и гриппа. (3).

**Лечение. Профилактика**

1. Ваши назначения при геморрагическом синдроме. (3).
2. Лечение острой почечной недостаточности. (3).
3. Показания для глюкокортикостероидов. (3).
4. Основные профилактические мероприятия. (2).

**СИБИРСКАЯ ЯЗВА**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

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

**Клиника**

10. Основные формы болезни. (2).

1. Наиболее часто встречающаяся форма у человека? (1).
2. Продолжительность инкубации при кожной форме. (1).
3. Общие проявления болезни. (2).
4. Типичная локализация карбункулов. (1).
5. Как объяснить преимущественное формирование кар­бункулов на верхних конечностях? (1).
6. Зависимость тяжести течения болезни от локализации карбункула. (1).
7. Основной критерий прогноза при кожной форме болез­ни. (1).
8. Типичная клиническая картина кожной формы болезни. (3).
9. Какая триада локальных признаков характерна для кожной формы болезни? (3).
10. Характерные признаки сибиреязвенного карбункула. (3).
11. Эволюция сибиреязвенного карбункула. (3).
12. Особенности изменения чувствительности при развитии карбункула. (1).
13. Какая форма болезни развивается при алиментарном пути заражения? (1).
14. Клинические проявления септической формы. (3).
15. При какой клинической форме болезни в основном ре­гистрируются летальные исходы? (1).

**Диагностика**

26. Лабораторные методы подтверждения диагноза у больных. (3).

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

**Лечение**

1. Специфический биопрепарат для лечения. (1).
2. Способ применения противосибиреязвенного гамма-гло­булина. (1).
3. Техника введения противосибиреязвенного гамма-гло­булина. (3).

33. Примерная разовая доза противосибиреязвенного гамма-глобулина. (1).

34. Какие антибиотики могут быть рекомендованы для лечения? (2).

**ЧУМА**

**Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

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

**Клиника**

10. Продолжительность карантина, установленная Международными правилами. (1).

11. Клинические формы чумы. (3).

12. Наиболее часто встречающаяся клиническая форма чумы. (1).

 13. Внешний вид больного. (3).

1. Назовите признаки интоксикации. (3).
2. Типичные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при чуме. (3).

16. Характеристика бубона. (3).

1. Наиболее частая локализация бубонов. (2).
2. Какая локализация бубонов прогностически особенно неблагоприятна? (4).
3. Основные стадии формирования бубона. (3).

 20. Патогенез вторичных бубонов. (1).

1. Сравнительная характеристика первичного и вторично­го бубона. (3).
2. Критерии ранней диагностики бубонной формы чумы. .(3).

23. Исходы бубонов. (3).

24. Какая форма болезни в большей степени напоминает кожную форму сибирской язвы? (1).

25 . Опишите вид язвы при кожно-бубонной форме болезни. (3).

1. Отличительные клинические особенности легочной фор­мы чумы. (3).
2. Какая форма болезни прогностически наиболее опасна. (1).

 28. Причины летальных исходов. (3).

**Диагностика**

1. Материал для лабораторного исследования при бубон­ной форме чумы. (3).
2. Материал для лабораторного исследования при легоч­ной форме чумы. (3).
3. Метод экспресс-диагностики. (2).

**Лечение**

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

 33. Антибиотик выбора. (1)

1. Бубонная форма. Суточная доза и методика введения стрептомицина. (3)
2. Легочная форма чумы. Суточная доза и методика вве­дения стрептомицина. (3)
3. Основные направления патогенетической терапии. (3)
4. Критерии выписки при бубонной форме чумы. (2)
5. Критерии выписки при легочной форме чумы. (2)

**ТУЛЯРЕМИЯ**

 **Этиология. Эпидемиология. Патогенез**

 1. Возбудитель туляремии. (1)

1. Носители инфекции в природных очагах. (2).
2. Возможные пути заражения. (3)
3. Какой путь заражения при туляремии является наибо­лее частым? (1)

 5. Характерный эпиданамнез. (3)

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

1. Входные ворота инфекции. (3)
2. Основные фазы патогенеза. (3)

**Клиника**

9. Инкубационный период. (1)

1. Общие клинические проявления в сопоставлении с чу­мой. (2)
2. Две основные клинические формы инфекции. (2)
3. Клинические варианты бубонной формы. (3)
4. Клинические варианты висцеральной формы. (3)
5. Клиническая характеристика туляремийных бубонов. (3)
6. Уточните понятие первичный и вторичный бубон. (2)
7. Опишите вид язвы при язвенно-бубонной форме туля­ремии. (3)
8. Наиболее частые клинические проявления глазобубонной формы туляремии. (3)
9. Основные клинические особенности ангинозно-бубонной формы туляремии. (3)
10. Кардинальные симптомы для диагностики абдоминаль­ной формы туляремии. (3)
11. Клинические варианты торакальной формы. (2)

**Диагностика**

1. Методы подтверждения диагноза. (2)
2. Метод серологической диагностики. (1)

23. Критерии развития специфической аллергизации. (1)

**Лечение**

1. Антибиотик выбора. (1)
2. Сопоставьте дозировку стрептомицина при лечении бу­бонной (висцеральной) формы туляремии и чумы. (1)
3. Чем определяется возможность применения при туляремии значительно меньших доз стрептомицина? (1)
4. Бубонная форма туляремии. Суточная доза и методика введения препарата. (3)

28 Глазобубонная форма туляремии. Дополнительные на­значения. (1)

**Брюшной тиф**

1. Характеристика антигенной структуры возбудителя (3)
2. Источник инфекции при брюшном тифе (2)
3. Основные пути передачи при брюшном тифе и паратифах (3)
4. Какой контингент больных на современном этапе имеет основное эпидемиологическое значение? (1)
5. Какие сроки бактериовыделения относятся к острому бактериовыделению? (1)
6. При какой продолжительности бактериовыделение рассматривается как хроническое? (1)
7. Причины формирования хронического бактериовыделения (2)
8. Входные ворота инфекции при брюшном тифе и паратифах (1)
9. К какой ткани тропен возбудитель (1)
10. Какой этап патогенеза соответствует инкубационному периоду? (1)
11. Какой этап патогенеза соответствует начальному периоду? (1)
12. Какие этапы патогенеза соответствуют периоду разгара болезни? (1)
13. Какой этап патогенеза соответствует периоду реконвалесценции? (1)
14. Патоморфологические изменения в кишечнике в первые три недели болезни (3)
15. Продолжительность инкубации (1)
16. Периоды течения брюшного тифа (3)
17. Начало болезни при классическом течении брюшного тифа (1)
18. Жалобы больного в начальный период болезни (3)
19. Физикальные изменения в начальный период болезни (3)
20. Продолжительность лихорадки при классическом течении брюшного тифа (1)
21. Возможные типы температурной кривой (3)
22. Начертите Боткинский тип температурной кривой (1)
23. Внешний вид больного в период разгара болезни (2)
24. Признаки интоксикации в период разгара болезни (3)
25. Как называется состояние резко выраженной интоксикации? (1)
26. Клинические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (3)
27. Типичные изменения пульса в сопоставлении с интенсивностью температурной реакции (1)
28. Изменения со стороны ЖКТ в период разгара болезни (3)
29. Характерные изменения языка в период разгара болезни (3)
30. Сроки появления сыпи (1)
31. Количество элементов сыпи (1)
32. преимущественная локализация сыпи (2)
33. Характер сыпи (3)
34. Типичные изменения «белой» крови (3)
35. Клинические формы болезни (3)
36. Факторы, способствующие развитию рецидива (3)
37. Симптомы, подтверждающие рецидив (2)
38. Особенности клинической картины рецидива в сопоставлении с основной волной болезни (3)
39. Специфические осложнения (2)
40. В какие сроки болезни возможны специфические осложнения? (1)
41. Факторы, способствующие развитию специфических осложнений (3)
42. Прогностическое значение появления жидкого стула (2)
43. Назовите наиболее грозное осложнение, являющееся основной причиной летальных исходов (1)
44. Клинические признаки перфорации кишечника (3)
45. Клинические признаки кишечного кровотечения (3)
46. Типичная характеристика стула при кишечном кровотечении; название симптома (2)
47. Особенности начала современного брюшного тифа (1)
48. Отличие лихорадки на современном этапе (2)
49. Степень выраженности интоксикации при современном брюшном тифе (1)
50. Особенности начального периода паратифов по сравнению с брюшным тифом (2)
51. Продолжительность лихорадки при паратифах по сравнению с брюшным тифом (1)
52. Сроки появления сыпи при паратифах по сравнению с брюшным тифом (2)
53. Характеристика сыпи при паратифах по сравнению с брюшным тифом (3)
54. Методы лабораторной диагностики (2)
55. Какие биологические субстраты забирают для бактериологического исследования в острую фазу болезни? (3)
56. Селективная среда для выделения чистой культуры возбудителя (1)
57. С какого дня болезни может быть выделена гемокультура? (1)
58. Количество крови, засеваемой для бактериологического анализа (1)
59. Почему недопустимо взятие желчи для бактериологического исследования в острую фазу болезни? (1)
60. В какие сроки допустимо взятие желчи для бактериологического исследования? (1)
61. Какая реакция положена в основу серологической диагностики? (1)
62. Диагностический титр реакции Видаля (1)
63. При какой методике наблюдения реакция Видаля наиболее информативна? (1)
64. С какими диагностикумами ставится так называемая развернутая реакция Видаля? (3)
65. Накопление каких антител имеет наибольшее диагностическое значение? (1)
66. О чем свидетельствует положительная реакция Ви-гемагглютинации? (1)
67. Режим, назначаемый больному (1)
68. Правила расширения режима (2)
69. Основные мероприятия по уходу за больными (3)
70. Принципы диетотерапии (3)
71. Почему из рациона больных исключают цельное молоко, виноградный сок? (1)
72. Почему недопустима «голодная» диета? (3)
73. Антибиотик выбора при брюшном тифе и паратифах (1)
74. Схема лечения левомицетином (3)
75. Срок отмены левомицетина (1)
76. Какой препарат можно назначить больному при непереносимости левомицтина? (1)
77. Препараты для иммунотерапии (2)
78. Методы дезинтоксикационной терапии (3)
79. Гемостатическая терапия при появлении признаков кишечного кровотечения (3)
80. Критерии выписки больных (3)

**Сальмонеллез**

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

**Пищевые токсикоинфекции несальмонеллезной этиологии**

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

Стафилококковая пищевая токсикоинфекция

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

**Ботулизм**

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

**Холера**

1. Возбудители холеры (2)
2. Какой возбудитель чаще регистрируется на современном этапе (1)
3. Морфологическая характеристика возбудителя (3)
4. С какими морфологически сходными микроорганизмами приходится дифференцировать холерные вибрионы? (1)
5. Почему холеру Эль-Тор стали рассматривать как истинную холеру? (2)
6. Источник инфекции (2)
7. Возможные пути заражения (3)
8. Основной путь передачи инфекции (1)
9. Механизм заражения (1)
10. Контингент лиц, особенно восприимчивых к заболеванию (3)
11. Показания для провизорной госпитализации в эпидемических очагах (2)
12. Продолжительность терапии, установленная международными правилами (1)
13. Характерный эпиданамнез (1)
14. Место размножения холерных вибрионов в организме человека (2)
15. Как действует холерный энтеротоксин? (2)
16. Чем подтверждается отсутствие токсинемии даже при тяжелых формах болезни? (2)
17. Патогенез судорог (2)
18. Длительность инкубации (1)
19. Начало болезни (1)
20. Основной критерий оценки тяжести (1)
21. Какие формы болезни более распространены на современном этапе? (1)
22. Общая потеря жидкости при легкой форме болезни (1)
23. Клиническая характеристика легкой формы (3)
24. При какой форме болезни клинические проявления соответствуют синдрому энтерита (1)
25. Какие признаки подтверждают развитие энтерита? (3)
26. Наиболее характерный признак, выявляемый при пальпации живота (1)
27. Для каких форм болезни характерен синдром гастроэнтерита? (1)
28. Общая потеря жидкости при среднетяжелой форме болезни (1)
29. В какой последовательности обычно появляются понос и рвота? (1)
30. Объем диареи (1)
31. Типичная характеристика испражнений (3)
32. Типичная характеристика рвоты (2)
33. Последствия быстрой потери больших объемов жидкости (2)
34. В какой группе мышц чаще всего развиваются судорожные сокращения? (1)
35. Общая потеря жидкости при тяжелой форме болезни (1)
36. Клинические признаки обезвоживания (3)
37. Какое неотложное состояние развивается при тяжелой форме болезни? (1)
38. Какие признаки подтверждают гиповолемический характер шока? (3)
39. Как объяснить разлитой цианоз, развивающийся при тяжелой форме болезни? (1)
40. Клинические проявления сосудистой недостаточности (3)
41. Температура тела при тяжелых формах болезни (1)
42. При какой потере жидкости может наступить фаза алгида? (1)
43. Как объяснить прекращение рвоты и диареи в фазу алгида? (1)
44. Патогенез почечной недостаточности (1)
45. Клинические проявления болезни, обусловленные дефицитом калия (2)
46. Причина летальных исходов (1)
47. Критерии ранней диагностики холеры (3)
48. Критерии дифференциального диагноза с холероподобными формами других кишечных инфекций (3)
49. Характерные показатели крови (3)
50. Какие выделения больного забирают для бактериологического исследования? (3)
51. Материал, забираемый при обследовании на носительство вибрионов (2)
52. Как забирают материал для исследования у здоровых лиц, подозреваемых на носительство холерных вибрионов (2)
53. Чем определяется преимущество забора проб фекалий у предполагаемых носителей после приема солевого слабительного? (2)
54. Предусмотренная инструкцией кратность диагностических посевов (3)
55. Предусмотренная инструкцией кратность контрольных посевов (2)
56. Правила забора испражнений для исследования (3)
57. Почему важно направлять в лабораторию не только засеянный материал, но и нативный? (1)
58. Правила транспортировки материала в лабораторию (3)
59. В какие сроки после забора материал должен быть доставлен в лабораторию? (1)
60. Селективная среда для выделения возбудителя (1)
61. Сроки окончания бактериологического исследования (1)
62. Метод экспресс-диагностики (1)
63. Какие признаки положены в основу экспресс-диагностики? (3)
64. Назовите экспресс метод выявления сгущения крови (1)
65. Состав госпитальной базы, развертываемой в эпидемическом очаге (3)
66. Показания для провизорной госпитализации в эпидемических очагах (2)
67. Назовите полиионные буферные растворы (2)
68. Чем определяется состав солевых полиионных растворов, применяемых для регидратации? (1)
69. Показания для инфузии раствора «Дисоль» (2)
70. Требования к воде, на которой готовятся растворы для массовой внутривенной регидратационной терапии (1)
71. Как оценивают вес больного для расчета необходимого объема инфузий? (1)
72. Как скоро после доставки больного должна быть начата регидратация? (1)
73. Какое исследование необходимо провести перед началом массивной внутривенной регидратации? (1)
74. Состав солевого раствора для пероральной регидратации (4)
75. Назовите 3 последовательных этапа регидратационной терапии (3)
76. Задача 1-го этапа массивной регидратационной терапии (1)
77. Примерная скорость введения солевого раствора на 1-м этапе массивной внутривенной регидратации у детей раннего возраста (2)
78. На основании каких данных устанавливается объем инфузионного раствора на 1-м этапе массивной регидратации? (2)
79. Особенности лечения острой почечной недостаточности при гиповолемическом шоке (1)
80. Лабораторные методы контроля при проведении массивной регидратации (3)
81. Критерии перехода от внутривенной струйной к внутривенной капельной регидратации (1)
82. Способ введения растворов на 2-м этапе массивной внутривенной регидратации (1)
83. Какое количество раствора вводят больному на втором этапе регидратации? (1)
84. Как проводится регидратация при среднетяжелых формах болезни? (2)
85. Критерии перехода к пероральной регидратации (1)
86. Как осуществляют регидратацию при легких формах болезни? (1)
87. Возможные осложнения лечения (2)
88. Как назначают тетрациклин? (1)
89. Влияние антибактериальной терапии на длительность диареи (1)
90. Антибиотик выбора для санации вибриононосителей (1)
91. Дозировка тетрациклина при вибриононосительстве (1)
92. Препарат для экстренной химиопрофилактики (1)
93. Критерии выписки больных (3)

**Дизентерия**

1. Какой вид шигелл преобладает в настоящее время? (1)
2. Для каких характерен преимущественно пищевой (с молоком) путь передачи инфекции? (1)
3. В каких отделах ЖКТ в основном развиваются патологические изменения? (2)
4. Типичная локализация воспалительных изменений слизистой оболочки кишечника по данным фиброколоноскопии (1)
5. Из каких синдромов складывается типичная клиническая картина заболевания? (2)
6. Острота начала болезни (1)
7. Общие проявления болезни (2)
8. Характеристика общих проявлений при тяжелых формах болезни (2)
9. Признаки общетоксического синдрома (2)
10. Характеристика колитического синдрома при типичной среднетяжелой форме болезни (3)
11. Клинические признаки острого дистального колита (3)
12. Особенности клиники на современном этапе (3)
13. Особенности клинической картины шигеллеза Зоне (3)
14. Характеристика колитического синдрома при типичной тяжелой форме болезни (3)
15. Что такое тенезмы? (1)
16. Типичные изменения испражнений (3)
17. Назовите варианты типичной формы болезни (3)
18. Типичная локализация болей (1)
19. Какое неотложное состояние может развиться при выраженной интоксикации? (1)
20. Какие формы болезни являются наиболее частыми на современном этапе? (2)
21. Максимальная продолжительность острой формы болезни (1)
22. Характер стула при легких, стертых формах болезни (2)
23. Обычная продолжительность диареи при легкой форме болезни (1)
24. Возможные патологические примеси в испражнениях (3)
25. Какой характерный признак выявляется при пальпации живота? (1)
26. Типичная температурная реакция при среднетяжелой форме болезни (3)
27. Клинические показания для госпитализации (3)
28. Основные критерии классификации (3)
29. Варианты течения хронической дизентерии (2)
30. Характер стула в фазу обострения хронической дизентерии (3)
31. Клинические критерии ранней диагностики (2)
32. Зависимость успеха бактериологических исследований фекалий от сроков обследования больных (1)
33. Поясните необходимость забора материала для бактериологического исследования до начала этиотропной терапии (1)
34. Какой именно материал из испражнений следует забирать для бактериологического исследования? (1)
35. Какую серологическую реакцию можно использовать для подтверждения диагноза? (1)
36. Характерные исследования копрограммы (3)
37. Сравнительная диагностическая ценность кожно-аллергической пробы у взрослых и детей (1)
38. При каких формах болезни особенно важно дополнить визуальную оценку испражнений копроцитоскопией? (2)
39. Какой инструментальный метод исследования может иметь диагностическое значение? (1)
40. Показания для ректороманоскопии (1)
41. В чем состоит подготовка больного к РРС? (2)
42. Противопоказания для РРС (2)
43. Какой уровень поражения слизистой кишечника можно оценить при ректоскопии? (1)
44. Характерные визуальные изменения слизистой, выявляемые у больных острой формой болезни при РРС (2)
45. Преимущественный характер воспаления слизистой кишечника на современном этапе (1)
46. Характерные визуальные изменения слизистой, выявляемые у больных тяжелой формой болезни при РРС (3)
47. Возможные варианты характера воспаления слизистой кишечника (3)
48. Типичные изменения слизистой толстого кишечника при хронической дизентерии в фазу обострения, рецидива (3)
49. Основные отличия характера фекалий при дизентерии и локализованных формах сальмонеллеза (2)
50. Основные отличия дизентерии от локализованных форм сальмонеллеза (2)
51. Основные отличия дизентерии от неспецифического язвенного колита (2)
52. Основные компоненты комплексной терапии (3)
53. Рекомендуемый стол в разные фазы болезни (2)
54. Основные характеристики рекомендуемого лечебного стола (3)
55. Обычная продолжительность этиотропного лечения (1)
56. Для каких целей исследуется чувствительность шигелл к антибиотикам? (2)
57. Лечение каких форм болезни проводится без антибиотиков? (2)
58. Рекомендуемые антибиотики (2)
59. Критерии выбора антибиотика при назначении повторного курса (2)
60. Предпочтительный сульфаниламидный препарат пролонгированного действия (1)
61. Химиотерапевтические препараты группы нитрофуранов (2)
62. Химиотерапевтические препараты группы 8-оксихинолинов (2)
63. Покалания к назначению повторного курса этиотропной терапии (2)
64. Вакцинный препарат, применяемый для лечения (1)
65. Состав применяемой в лечебных целях вакцины (2)
66. Схема вакцинотерапии (1)
67. Препарат для иммунотерапии при затяжных и хронических формах болезни (1)
68. Основные направления терапии больных с легкой формой болезни при лечении на дому (3)
69. Для каких целей назначается бактериофаг (2)
70. Как назначается дизентерийный бактериофаг? (1)
71. Пути предупреждения дисбактериоза в процессе лечения больных (2)
72. Биологический препарат для коррекции дисбактериоза (1)
73. Суточная доза колибактерина и курс лечения взрослого больного с затяжной формой болезни (2)
74. Какие препараты назначают для ускорения заживления слизистой кишечника? (3)
75. При каких формах болезни допустимо лечение на дому (1)
76. Исходы болезни (2)
77. Принятая система диспансеризации реконвалесцентов (декретированная группа) (1)
78. Критерии выписки больных декретированной группы (2)
79. Продолжительность диспансерного наблюдения за реконвалесцентами из числа декретированных групп населения (1)

**Амебиаз**

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

**Балантидиаз**

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

**Лямблиоз**

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

**Вирусные гепатиты**

1. Характерный эпиданамнез при парентеральных гепатитах (4)
2. Длительность инкубации при гепатите А (1)
3. Длительность инкубации при гепатите В (1)
4. Основные периоды заболевания при желтушной форме острого гепатита (4)
5. Возможные варианты преджелтушного периода (3)
6. Основные проявления диспептического варианта преджелтушного периода (3)
7. Основные проявления катарального варианта преджелтушного периода (3)
8. Основные проявления арталгического варианта преджелтушного периода (3)
9. Продолжительность продромального периода при гепатите А (1)
10. Продолжительность продромального периода при гепатите В (1)
11. Продолжительность продромального периода при гепатите С (1)
12. Для какого периода болезни характерна температурная реакция (1)
13. Характеристика температурной реакции при гепатите А (1)
14. Наиболее раннее клиническое проявление нарушения обмена билирубина (1)
15. Признаки интоксикации при остром гепатите (3)
16. Основной критерий оценки тяжести течения вирусных гепатитов (1)
17. Клинические проявления в желтушный период болезни (4)
18. В какой форме чаще протекает острый гепатит А? (1)
19. В какой форме чаще протекает острый гепатит В? (1)
20. В какой форме чаще протекает острый гепатит С? (1)
21. Возможные формы острого гепатита D (2)
22. Клинические проявления острой печеночной недостаточности (3)
23. Признаки нарушения обмена билирубина (3)
24. При какой продолжительности болезни констатируется затяжная форма болезни (1)
25. Ведущая жалоба больных при наличии холестатического компонента (1)
26. Клинические признаки желчного кризиса при желтушной форм (2)
27. Какие проявления геморрагического синдрома при циррозах печени и тяжелых формах гепатита могут стать причиной летального исхода? (2)
28. Клинические признаки, подтверждающие развитие массивного некроза печени (2)
29. Природа симптома «таяния печени» при фульминантном гепатите (1)
30. Нарушения сознания в разные фазы печеночной прекомы и комы (4)
31. Основные признаки прекомы (4)
32. Наиболее характерный неврологический признак в фазу печеночной прекомы (1)
33. Какие функциональные пробы позволяют выявить нарушения координации движений при острой печеночной недостаточности (3)
34. Какой инструментальный метод позволяет наиболее точно разграничить фазы прекомы и комы (1)
35. Характерные изменения глазных яблок при печеночной коме (название симптома) (1)
36. Критерии дифференциальной диагностики гепатита А и В в преджелтушный период (4)
37. Отличия холестатической формы гепатита от типичной желтушной формы (4)
38. Повышение каких ферментов можно выявить в биохимическом анализе крови при остром гепатите? (3)
39. Повышение какого фермента наиболее важно при подтверждении холестатической формы гепатита? (1)
40. Какая фракция билирубина преимущественно накапливается в крови при желтушной форме болезни? (1)
41. Реакции кала на стеркобилин в фазу ахолии (1)
42. Лабораторные критерии диагностики безжелтушной формы острого гепатита (3)
43. Основной метод специфической лабораторной диагностики вирусных гепатитов (1)
44. Какой материал исследуется на наличие HBsAg? (1)
45. Критерии диагноза субклинической формы острого гепатита (2)
46. Какие белковые пробы используются для оценки функционального состояния печени? (2)
47. Основные отличия печеночной желтухи от гемолитической (4)
48. Основные отличия лептоспироза от вирусного гепатита (4)
49. Основные отличия инфекционного мононуклеоза от вирусного гепатита (3)
50. Основные отличия токсического гепатита от вирусного гепатита (3)
51. Основные отличия механической желтухи от вирусного гепатита (3)
52. Какие компоненты включает базисная терапия (3)
53. Основные компоненты комплексной терапии среднетяжелой формы гепатита (4)
54. Средства устранения аутоинтоксикации при тяжелых формах гепатита (3)
55. С какой целью проводятся внутривенные инфузии раствора глюкозы? (1)
56. Чем обусловлен принцип максимального ограничения медикаментозной терапии? (1)
57. Основные направления интенсивной терапии тяжелых форм гепатита (2)
58. Способ назначения глюкокортикостероидов при тяжелых формах гепатита (1)
59. Чем опасно применение диуретиков при тяжелых формах болезни? (1)
60. Назовите возможные проявления побочного действия глюкокортикостероидов (4)
61. Реанимационные мероприятия при печеночной коме (4)
62. На каком этапе болезни можно начать лечение желчегонными (1)
63. В чем состоит опасность назначения седативных и наркотических средств? (1)
64. Неотложные мероприятия при возникновении желудочного кровотечения (2)
65. Допустимый способ назначения неомицина при печеночной коме (1)
66. Рекомендуемая диета (№ стола) в период разгара болезни (1)
67. При какой форме болезни резко сокращают количество белка в рационе? (1)
68. Чем определяется необходимость соблюдения диеты после выписки из стационара? (1)
69. Критерии выписки реконвалесцентов (3)
70. Ближайшие исходы заболевания (3)
71. Какие ближайшие исходы называют остаточными явлениями? (4)
72. Основная причина летальных исходов при остром гепатите (1)
73. Критерии хронизации процесса (4)
74. Отделенные исходы (3)
75. В какие сроки оценивают ближайшие исходы болезни? (1)
76. Где проводится диспансерное наблюдение за взрослыми реконвалесцентами после их выписки из стационара? (1)
77. В какие сроки после выписки из стационара проводится диспансерное обследование реконвалесцентов? (3)
78. В какие сроки после выписки возможно проведение санаторно-курортного лечения? (1)
79. Пути личной профилактики при гепатите А (2)

**КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ**

1. Больной А., 42 лет. Обратился в первый день болезни. Заболел ост­ро. Т—39,5°. Озноб, головная боль, 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.

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

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

Полная формулировка диагноза. Неотложная терапия.

4. Больная Д., 45 лет. В течение 3-х дней наблюдалась врачом на дому. Заболела остро. Т — 41°. Резкая головная боль, локализующаяся в
лобной части, озноб, выраженная слабость, боли в мышцах и суставах.
Кожные покровы чистые, влажные. Дыхание везикулярное, 18 в 1 мин, тоны сердца приглушены, пульс 120 ударов в 1 мин, АД — 100/50 мм.рт. ст.
Со стороны органов брюшной полости патологических изменений не обнаружено. На 3-й день состояние резко ухудшилось, появилась адинамия,
заторможенность, мышечная гипотония, нерезко выраженные менингеальные симптомы. Через несколько часов больная потеряла сознание. Зрачковая реакция ослаблена. Появился симптом «плавающих яблок».

Полная формулировка диагноза. Неотложная терапия.

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

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

6. Больная Ш. 43 лет. Заболела постепенно после охлаждения. Т—37—
37.2°. Насморк с обильными слизисто-гнойными выделениями, кашель. Общее состояние оставалось удовлетворительным, продолжала работать,
к врачу обратилась только на 6-й день болезни. Кожные покровы чистые.
Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы, дыханий 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, пульс 72 удара в 1 мин, АД — 120/60 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены, при исследовании крови:
лейкоцитов — 8800, РОЭ — 18 мм/час Риноцитоскопия: нейтрофильные
клетки плоского эпителия. Ваш диагноз.

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

Диагноз и дифференциальный диагноз.

8. Больной Т., 19 лет, студент, болен 4-й день. С первого дня болезни, повышение температуры тела (38,9°), общее недомогание, снижение аппетита, затем насморк, боли в горле. На 4-й день температура тела утром снизилась до 37°, а к вечеру опять повысилась до 39°. Одновременно усилился насморк, кашель, и на лице, шее появилась макуло-папулезная сыпь с частично сливающимися элементами. При объективном обследовании обнаружены явления выраженного конъюнктивита, увеличение заднешейных, затылочных, подмышечных лимфатических узлов (размеры 1х1 см). При аускультации рассеянные сухие хрипы в легких. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. Пульс 120 ударов в 1 мин,
АД 100/60 мм рт. ст. Живот безболезнен. Печень, селезенка не увеличены.

Ваш диагноз. Дифференциальный диагноз.

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

Ваш диагноз. Возможная этиология болезни.

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

Ваш предварительный диагноз. Возможная этиология заболевания.

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

Предварительный диагноз. Тактика врача.

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

Ваш диагноз. Куда госпитализировать больного?

13. В инфекционную больницу доставлена в тяжелом состоянии девушка 16 лет. Заболела накануне. Т — 39,6°. На теле обильные геморрагические высыпания. Легкая ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига +. На 3-й день состояние больной резко yxvдшилось. Пульс частый, трудно сосчитывается, АД — 60/40 мм рт. ст. Т — 36.3°. Кожа покрыта холодным потом.

Ваш диагноз. Что случилось с больной?

14. Больная, 18 лет, заболела остро, повторная рвота, резкая головная боль. При поступлении Т — 39.9°. Выражена ригидность мышц затылка. Положителен симптом Кернига. На коже туловища и конечностей единичные геморрагические высыпания.

Ваш диагноз. Необходимые терапевтические назначения.

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

Какие изменения со стороны спинно-мозговой жидкости можно ожи­дать?

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

Предварительный диагноз. План обследования.

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

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

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

Ваш диагноз. Как его подтвердить? Тактика врача.

19. Больная, 75 лет, Т — 38,8—39,2° в течение 7 дней, головная боль.
При осмотре — лицо гиперемировано, на боковых поверхностях грудной клетки розеолезная полиморфная сыпь (заметила на 5-й день болезни), увеличена селезенка. В анамнезе — сыпной тиф 33 года назад.

Поставьте диагноз. Как его подтвердить?

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

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

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

21. Врач поликлиники вызван на дом к больному 38 лет. При осмотре Т — 39,5°. Жалуется на повторные ознобы. Из анамнеза выяснилось, что 7 дней назад возвратился из командировки в одну из стран Африки.

Ваш предположительный диагноз. Как его подтвердить? Тактика вра­ча.

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

Ваш предварительный диагноз. Как его подтвердить?

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

24. Больной Ш., 30 лет, инженер. Доставлен в приемный покой инфекционной больницы в бессознательном состоянии. Объективно — температура тела 40,5°, кожа бледно-желтая. Отмечается недержание мочи. Пульс 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен густым налетом. Значительное увеличение печени и селезенки. Сухожильные рефлексы понижены. В крови — умеренный лейкоцитоз (12х10 /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 — Т—39.3°. 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 тяжнсти, 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/о, 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, 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 — 11.5х10 /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, Т—38,4°. Гиперемия лица, щей, 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 а конечностей —единичные петехии. Отмечено носовое кровотечение. За три дня до заболевания вернулся из отпуска, который провел в лесу на берегу озера.

Какое заболевание можно предполагать? Тактика врача.

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

Предполагаемый диагноз. Лечение.

34. В поликлинику обратился юноша с жалобами на боли, покрасне­ние и отечность в области голени, повышенную температуру. При осмотре— состояние средней тяжести. Т — 39°. Правая нога отечна в области ниж­ней трети голени, ярко гиперемирована, границы зоны покраснения четкие с неровными краями, на поверхности 2 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°. 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. Приехал3 дня назад, Т — 39°, появилась сильная головная боль, резкая слабость. На 2-й день болезни в паховой области появились болезненные плотные узлы.

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

37. В инфекционную больницу доставлена в крайне тяжелом состоянии
молодая женщина. Заболела накануне. Появился жар, боли в правом боку, одышка, кашель. 2 дня назад прилетела из Забайкалья, где участвовала в геологической экспедиции. При осмотре: Т — 39,5°, разлитой цианоз, дыханий 48 в мин. Пульс частый, слабого наполнения, трудно сосчитывается. АД не определяется. В легких справа, в зоне подкрыльцовых линий, влажные хрипы, там же ограничение подвижности легких и нечеткое укорочение перкуторного звука.

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

38. Больной 27 лет. Находится под наблюдением врача поликлиники. В течение 4 дней держится высокая лихорадка. Жалобы на слабость, упорные головные боли, плохой аппетит, сон. При объективном осмотре на дому: со стороны сердца и легких отклонений не выявлено. Пульс 72 удара в минуту при t 39оС. 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. T 39,3оС, вял, бледен. Скудная розеолезная сыпь на животе и груди. Пульс 80 ударов в минуту. Язык обложен. Живот незначительно вздут, печень выступает за край реберной дуги на 2 см. Селезенка при перкуссии – с 7 ребра. Стул задержан.

Ваш предварительный диагноз. Назначьте лечение.

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

41. У больного, находящегося на обследовании в диагностическом отделении инфекционной больницы, на 9-й день болезни поставлена реакция Видаля: титр О- и Н-антител 1:200. Повторно через 7 дней титр О-антител 1:800, Н-антител 1:400.

Подтверждают ли эти данные диагноз брюшного тифа? Назовите другие диагностические методы исследования.

42. Больной 30 лет. Находится на лечении в инфекционной больнице по поводу брюшного тифа. Проводится лечение левомицетином. На 16-й день болезни температура снизилась критически до 36оС, 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 38оС, рвота 2 раза, головная боль, незначительные боли в эпигастрии, стул нормальный 2 раза в сутки. На 6-й день болезни появилась обильная розеолезная сыпь на нормальном фоне. Увеличены печень и селезенка.

Ваш диагноз. План обследования. Назначьте лечение.

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

Предполагаемый диагноз.

46. Больной поступил в инфекционную больницу на 2-й день болезни с жалобами на головную боль, ломоту во всем теле, тошноту, рвоту, жидкий стул (6 раз в сутки), постоянные разлитые боли в животе. Заболевание началось через 6 часов после употребления в пищу жаренной утки. При осмотре: бледный, адинамичный, температура 39,5оС, 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, заболеле остро. При осмотре: t 39,6оС, 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 39оС, 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 38-39оС, головную боль. Заболевание связывает с употреблением в пищу утиных яиц. При осмотре t 39оС, 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 37,6оС, рвота прекратилась, стул сохраняется жидкий, пульс удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст. Состояние мальчика тяжелое – повторная рвота, профузная диарея, t 35,5оС, судороги икроножных мышц, разлитой цианоз, пульс 120 в минуту, слабого наполнения, АД не определяется. Прекратилось мочеотделение.

Ваш диагноз с указанием формы болезни у каждого из больных. Характер сосудистой недостаточности, развившейся у мальчика?

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

Ваш диагноз. План обследования.

52. Больная 45 лет, поступила в стационар на 2-й день болезни с жалобами на слабость, головокружение, неотчетливое видение предметов, двоение в глазах, сухость во рту, задержку стула. За 2 дня до начала болезни ела копченую свинину домашнего приготовления. Объективно: больная бледная, сознание ясное, t 37,2оС, 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. T 35,6оС, 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 больницыв 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. T 34,5оС, 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 37,8оС, 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 37,3оС, 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 38,2оС, 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 38,3оС. 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\*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 37,2оС, при пальпации живота отмечается болезненность слепой и восходящей ободочной кишки, стул кашицеобразный с примесью комков слизи, окрашенной в розовый цвет.

Диагноз. План обследования.

71. Молодой человек 20 лет, направлен в инфекционный стационар для обследования на хроническую форму амебиаза. Приехал из Средней Азии, где проживал до 18 лет. В течение последних двух лет отмечает появление жидкого стула (3-4 раза в сутки), с примесью крови, а иногда и гноя, схваткообразные боли в животе, субфебрилитет. Временами понос прекращался и боли стихали, но через 1-3 месяца стул вновь учащался, периодически в нем появлялось большое количество крови, усиливались боли в животе. Отмечает потерю веса, плохой аппетит, слабость, головокружение. При осмотре обращает внимание бледность кожных покровов и слизистых. Язык влажный, обложен, живот втянут, болезненный по ходу толстого кишечника. Умеренная гипохромная анемия, СОЭ 36 мм/ч. С помощью ректороманоскопии и контрастной клизмы отмечены гиперемия и отек слизистой, сглаженность складок, кровоточивость, геморрагии, сужение просвета кишки. Многократные протистологические и бактериологические исследования дали отрицательный результат. Лечение антибиотиками и эметином оказалось неэффективным. Состояние улучшилось при лечении сульфасалазином.

Диагноз.

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

Ваша трактовка результатов протистологических исследований.

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

Назначьте лечение.

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

О каком заболевании можно думать? План обследования.

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

Что происходит с больной? Неотложные мероприятия.

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

Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

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

Предварительный диагноз. Необходимые лабораторные исследования.

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

Ваш диагноз. Тактика ведения больного.

79. У санитарки больницы, 10 дней назад ухаживавшей за больным с заносной натуральной оспой, появились недомогание и слабость. На сле­дующий день повысилась температура до 38,9° с ознобом, возникла голов­ная боль, боль во всем теле, в суставах. Лихорадка продолжалась 2 дня. На 6-й день болезни при Т — 37,4° на коже появились три плотные вези­кулы и один узелок на подбородке. Больная ревакцинирована год назад.

Можно ли предположить заражение натуральной оспой?

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

Предварительный диагноз. План обследования.

81. В инфекционную больницу направлен больной, 25 лет, с диагнозом
«инфекционный гепатит». Болен 5 дней. Заболевание началось с повышения
температуры до 38°, 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.

**Тестовые задания по инфекционным болезням**

**по дисциплине Инфекционные болезни, паразитология**

**по специальности Медико-профилактическое дело 32.05.01**

|  |  |
| --- | --- |
| Тестовые задания с вариантами ответов | № компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание |
| РАЗДЕЛ 1. Введение в специальность. Учение об общей патологии инфекций.Принципы лечения инфекционных больных.  |
| 1. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС - ЭТО:

А. распространение инфекционных болезней среди животныхБ. наличие возбудителей в окружающей средеВ. взаимодействие микро- и макроорганизмаГ. зараженность инфекционными агентами переносчиковД. распространение болезней среди людей | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 2. ВИРУСНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИМЕЕТ:А. токсоплазмозБ. лептоспирозВ. орнитозГ. ящурД. рожа | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
|  3. К ГЛИСТНЫМ ИНВАЗИЯМ ОТНОСИТСЯ: А. лейшманиозБ. лептоспирозВ. трихинеллезГ. бруцеллезД. лямблиоз | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
|  4. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ БОЛЬНЫЕ НЕ ЗАРАЗНЫ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:А. дизентерияБ. гриппВ. лептоспирозГ. дифтерияД. сальмонеллез | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 5. ЛИМФАДЕНИТ ХАРАКТЕРЕН**:**А. для менингококковой инфекцииБ. для столбнякаВ. для рожиГ. для гриппаД. для вирусного гепатита С | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 6. ПОЛИАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА**:**А. для ботулизмаБ. для гриппаВ. для бруцеллезаГ. для дифтерииД. для геморрагической лихорадки с почечным синдромом | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 7. ГЕПАТО-ЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ТИПИЧЕН**:**А. для гриппаБ. для менингококковой инфекцииВ. для рожиГ. для бруцеллезаД. для бешенства | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 8. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ**:**А. сальмонеллезаБ. столбнякаВ. вирусных гепатитовГ. холерыД. энтеробиоза | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| РАЗДЕЛ 2. Кишечные инфекции и инвазии  |
| 9. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРЮШНОГО ТИФА**:** А. Salmonella typhi, имеет Н-, О- и Vi-антигены, растет на средах, содержащих желчьБ. Salmonella typhimurium, грамположительный, имеет Н-, О- и Vi-антигеныВ. Salmonella typhi, спорообразующий, растет на средах, содержащих желчь Г. Salmonella enteritidis, имеет Н-, О- и Vi-антигены, спорообразующийД. Salmonella typhi, имеет только Н—антиген, грамотрицательный | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 10. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРЮШНОГО ТИФА СПОСОБЕН РАЗМНОЖАТЬСЯ:А. в овощах при храненииБ. в герметизированных домашних консервахВ. в молокеГ. в негерметизированных домашних консервахД. в слабоалкогольных напитках | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ БРЮШНОМТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. больной человекБ. больное животноеВ. больной человек и больное животноеГ. больной человек и бактерионоситель Д. больное животное и бактерионоситель | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНЫЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В:

А. сигмовидной кишкеБ. прямой кишкеВ. подвздошной кишкеГ. поперечноободочной кишкеД. желудке | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. РАННИМИКЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЮТСЯ:

А. лихорадка, розеолезная сыпь, обложенность языка Б. лихорадка, головная боль, обложенность языка, с-м Падалки В. головная боль, с-м Падалки. розеолезная сыпь, диареяГ. лихорадка, розеолезная сыпь, обложенность языка Д. головная боль, с-м Падалки, кишечное кровотесение | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. пульсирующая головная больБ. ларинготрахеитВ. зуд кожиГ. розеолезная сыпь Д. одышка | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ХАРАКТЕРНО НА:

А.1-3-й день болезниБ. 4-7-й день болезниВ. 8-10-й день болезни Г. после 14-го дня болезниД. в течение всего лихорадочного периода | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ЛОКАЛИЗАЦИИ СЫПИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. лицоБ. ладони, подошвыВ. живот и нижняя часть грудной клеткиГ. боковая поверхность туловищаД. боковая поверхность туловища и сгибательная поверхность конечностей | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. миокардитБ. пиелитВ. паротитГ. кишечное кровотечениеД. стоматит | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. умеренный лейкоцитоз с лимфомоноцитозомБ. нейтрофильный лейкоциоз со сдвигом влево, анемияВ. лейкопения, анемияГ. лейкопения с относительным лимфоцитозом, анэозинофилияД. ускорение СОЭ более 40 мм/час, нейтрофильный лейкоцитоз | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРЮШНОГО ТИФА НА 1-Й НЕДЕЛЕ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. клинический анализ кровиБ. серологический анализ кровиВ. бактериологическое исследование кровиГ. бактериологическое исследование мочиД. бактериологическое исследование кала | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. эритромицинБ. пенициллинВ. стрептомицинГ. тетрациклинД. левомицетин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. больной человек или бактерионосительБ. больное животноеВ. больной острой дизентерией человекГ. больной острой дизентерией человек и больное животноеД. бактерионоситель и больное животное | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. МЕХАНИЗМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ:

А. вертикальныйБ. трансмиссивныйВ. фекально-оральныйГ. аспирационныйД. перкутанный | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ, ВКЛЮЧАЕТ:

А. лихорадка, гепатоспленомегаия, колитБ. лихорадка, симптомы интоксикации, колит, В. симптомы интоксикации, лимфаденопатия, колитГ. длительная лихорадка, обезвоживание, полиморфная сыпьД. симптомы интоксикации, гепатоспленомегалия, колит | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИСПРАЖНЕНИЯ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ:

А. малиновое «желе»Б. скудные слизистые с примесью прожилок кровиВ. меленаГ. обильные водянистые без патологических примесейД. водянистый, зловонный, с зеленью | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ДИСТАЛЬНЫЙ КОЛИТ**:**

А. схваткообразные боли в правой подвздошной области, тенезмы, обильный жидкий стул с примесью слизиБ. тенезмы, боли в околопупочноу области, водянистый стул без примесейВ. уплотнение и болезненность по ходу всего толстого кишечника, Г. схваткообразные боли в левой подвздошной области, тенезмы, уплотнение и болезненность сигмовидной кишки, тенезмы Д. диффузные боли по всему животу, ложные позывы | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБЕЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. ректороманоскопияБ. бактериологическое исследование кровиВ. реакция пассивной гемагглютинацииГ. кожная аллергическая проба ЦуверкаловаД. бактериологическое исследование кала | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. В РАЗГАРЕ ТЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬНЫЕ НУЖДАЮТСЯ В ДИЕТЕ №:

А. 4Б. 1В. 5Г. 7Д. 10 | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО:

А. не образует экзотоксинБ. быстро гибнет в водеВ. чувствителен к действию дезинфицирующих средствГ. неподвиженД. является вирусом | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ХОЛЕРЕ:

А. переносчиками болезни могут быть кровососущие членистоногие Б. заражение возможно при употреблении консервов домашнего производстваВ. наиболее восприимчивы люди со сниженной кислотностью желудочного сокаГ. наиболее высокая заболеваемость в странах с умеренным климатомД. хлорирование воды не предохраняет от заражения | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВУ ПАТОГЕНЕЗА ХОЛЕРА СОСТАВЛЯЕТ:

А. бактериемияБ. токсемияВ. гастроэнтеритГ. энтероколитД. дегидратация | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНО**:**

А. одномоментно появляются признаки общей интоксикации и диспепсические расстройстваБ. выраженное обезвоживание развивается на 4-5-й день болезниВ. стул водянистый с примесью слизи, кровиГ. при тяжелом обезвоживании характерно развитие судорожного синдромаД. в тяжелых случаях наблюдается относительная брадикардия | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ТИПИЧНЫЕ ИСПРАЖНЕНИЯ:

А. скудные калового характераБ. обильные водянистые, зловонныеВ. в виде «рисового отвара»Г. с примесью слизи и кровиД. в виде «малинового желе» | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ХОЛЕРЕ:

А. первым симптомом является ознобБ. характерно наличие ложных позывов на дефекацииВ. болезненность при пальпации живота носит диффузный характерГ. тяжесть течения болезни соответствует уровню лихорадкиД. при тяжелом обезвоживании развивается картина гиповолемического шока | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ:

А. выделение культуры возбудителя из испражненийБ. реакцию ВидаляВ. кожно-аллергическую пробуГ. метод имунного блоттингаД. выделение гемокультуры возбудителя | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛЕГКИМИ ФОРМАМИ ХОЛЕРЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

А. дисольБ. лактасольВ. цитоглюкосаланГ. трисольД. кватасоль | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ ПРИМЕНЯЮТ:

А. цитроглюкосоланБ. физиологический растворВ. глюкозо-калиевый растворГ. реополиглюкинД. квартасоль | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВОЗБУДИТЕЛЬ АМЕБИАЗА:

А. существует в 2х формах – цист и вегетативной просветнойБ. вегетативные формы устойчивы в окружающей средеВ. паразитирует в толстой кишкеГ. вызывает фибринозно-геморрагическое воспаление толстой кишкиД. образует экзотоксин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ АМЕБИАЗА:

А. поражаются все отделы кишечникаБ. поражает тонкий кишечникВ. при внекишечном амебиазе чаще всего поражается печеньГ. амебиаз распространен преимущественно в странах с умеренным климатомД. амебиаз является зоонозной инфекцией | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АМЕБИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. язвенное поражение дистального отдела подвздошной кишкиБ. катарально-эрозивный проктосигмоидитВ. сфинктеритГ. язвенные поражения слепой кишкиД. фибринозный колит | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КИШЕЧНОМ АМЕБИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. высокая лихорадка, боли в правом подреберьеБ. рвотаВ. боли в эпигастральной областиГ. стул в виде «малинового желе»Д. стул в виде «мясных помоев» | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АМЕБИАЗА:

А. наиболее характерно обнаружение при бактериоскопии испражнений тканевых и больших просветных форм возбудителяБ. главным методом является выделение чистой культуры возбудителя из испражнений больногоВ. важное значение имеет обнаружение возбудителя в дуоденальном содержимом Г. наиболее существенным является обнаружение цист возбудителя в испражнениях  Д. серологические методы диагностики имеют решающее значение | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКО-ИНФЕКЦИИ (ПТИ):

А. вызываются условно-патогенной флоройБ. вызываются патогенными микробами кишечной группыВ. характеризуются отсутствием интоксикационного синдромаГ. характеризуются тем, что источником являются инфицированные пищевые продуктыД. характеризуются тем, что размножение возбудителя и токсинообразование происходит только в организме человека | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКО-ИНФЕКЦИИ:

А. наиболее характерным симптомом является частый водянистый стул без патологических примесейБ. боли чаще локализуются в левой подвздошной областиВ. стул, как правило, жидкий, с примесью слизиГ. в тяжелых случаях часто развивается некротический энтеритД. продолжительность инкубационного периода колеблется от 3 часов до 3 суток | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ПТИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. антибактериальная терапия Б. сердечно-сосудистые средстваВ. промывание желудкаГ. реополиглюкин в/вД. 0,9 % р-р хлорида натрия в/в | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. инфицированные животныеБ. инфицированная птицаВ. крысы, утки, гуси, коровы, свиньи, голуби, лошадиГ. инфицированный человекД. инфицированные животные, птицы, человек | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. В ПАТОГЕНЕЗЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:

А. интенсивное размножение возбудителя в кишечникеБ. общее и местное действие эндотоксинаВ. развитие обезвоживанияГ. поражение сердечно-сосудистой системыД. бактериемия | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ:

А. до 2 часовБ. 2-12 часовВ. 2-72 часаГ. 24-48 часовД. более 72 часов  | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, ВКЛЮЧАЕТ:

А. рвота, боли в эпигастральной и околопупочной области, жидкий стул с «зеленью» Б. темная окраска рвотных массной, боли в околопупочной области, примесь слизи и крови в кале, В. первым появляется жидкий стул с «зеленью», затем – рвота без тошноты Г. отсутствие лихорадки, боли в эпигастральной области, водянистый жидкий стулД. выраженная лихорадочная реакция, развитие обезвоживания, спастические боли в правой подвздошной области | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ СЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА:

А. обнаружение в крови антител при однократном обследовании с 5-6-го дня болезниБ. обнаружение в крови антител при двукратном обследовании на 3-4 день болезни и 6-7 день болезниВ. обнаружение нарастания титра антител при обследовании методом парных сыворотокГ. обнаружение в крови антител при однократном обследовании на 7-8-й день болезниД. обнаружение в крови антител в 1-й день болезни и в период реконвалесценции | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА С ВЫРАЖЕННЫМ ОБЕЗВОЖИВАНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ:

А. 5% р-р глюкозыБ. реополиглюкинВ. 0,95% р-р хлорида натрияГ. 10% р-р альбуминД. квартасоль | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВОЗБУДИТЕЛЬ БОТУЛИЗМА - ЭТО:

А. иерсинияБ. сальмонеллаВ. листерияГ. клостридияД. вибрион | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ БОТУЛИЗМЕ**:**

А. источником инфекции является больной человекБ. источником инфекции являются зараженные пищевые продуктыВ. резервуаром возбудителя являются животныеГ. характерна летняя сезонность заболеванияД. заражение происходит чаще при употреблении консервов фабричного производства | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. БОТУЛОТОКСИН ДЕЙСТВУЕТ НА СЛЕДУЮЩИЕ СТРУКТУРЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

А. двигательные нейроны коры головного мозгаБ. спинальные ганглииВ. передние рога спинного мозгаГ. холинэргические синапсы ЦНС и парасимпатической нервной системыД. миелиновую оболочку мотонейронов головного и спинного мозга | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. судорожныйБ. паралитическийВ. менингеальныйГ. энцефалитическийД. диспептический | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

А. парезом глазодвигательных мышцБ. расстройством сознанияВ. судорожным синдромомГ. нарушением чувствительностиД. парезами конечностей | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ПРИМЕНЯЮТ:

А. бактериологическое исследованиеБ. копрологическое исследованиеВ. реакцию нейтрализации токсина на мышахГ. исследование цереброспинальной жидкостиД. реакцию непрямой гемагглютинации | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО БОТУЛИЗМОМ:

А. госпитализация осуществляется по витальным показаниямБ. промывание желудка целесообразно только в ранние сроки болезниВ. необходимо назначать солевое слабительноеГ. во всех случаях необходимы промывание желудка и клизма 5% р-ром гидрокарбоната натрияД. промывание желудка и очистительная клизма показаны только при подтверждении диагноза | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ (КИШЕЧНОМ ИЕРСИНИОЗЕ И ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗЕ):

 А. основным источником инфекции являются больные животныеБ. заболевание передается воздушно-капельным путемВ. заболевание передается путем прямого контактаГ. после перенесенного заболевания вырабатывается пожизненный иммунитетД. эпидемиологическая роль больного незначительна | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ИЕРСИНИОЗОВ:

А. лихорадка, катаральные явления, пневмония, артралгии, «меловой» языкБ. лихорадка, артралгии, экзантема, появление фиброзитов и целлюлитовВ. лихорадка, артралгии, экзантема, гиперемия и отечность кистей и стоп, «малиновый» языкГ. ремитирующая лихорадка, боли в икроножных мышцах, геморрагическая сыпь, «малиновый» языкД. неправильная лихорадка, катаральные явления, пневмония, экзантема | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. КОМПЛЕКС МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ. ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ИЕРСИНИОЗА И ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА**:**

А. бактериологический, кожно-аллергическая проба, ПЦРБ. бактериоскопический, кожно-аллергическая проба, серологический В. бактериоскопический, серологический, копроскопическийГ. бактериологический, серологический, кожно-аллергическая пробаД. бактериологический, серологический, ПЦР | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ**:**

А. инфицирование возбудителем ВГА чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезниБ. возбудитель ВГС обладает цитолитическим действием на гепатоцитыВ. вирус ВГБ способен к длительному персистрированию в организмеГ. возбудитель ВГА относится к гепаднавирусамД. дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ**:**

А. возможны признаки «печеночной диспепсии»Б. как правило, печень и селезенка не увеличеныВ. отсутствуют какие-либо клинические симптомы, свидетельствующие о поражении печениГ. с первого дня болезни моча приобретает темную окраскуД. раньше других ферментов повышается активность АсАт | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. КОМПЛЕКС СИМПТОМОВ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА В**:**

А. выраженность желтухи, интенсивный кожный зуд, увеличение размеров печени Б. головная боль, выраженность желтухи, увеличение размеров печениВ. наличие геморрагического синдрома, выраженность желтухиГ. анорексия, уменьшение размеров печени, олигоанурияД. анорексия, наличие геморрагического синдрома, уменьшение размеров печени | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРЕКОМЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ:

А. гепатоспленомегалияБ. брадикардияВ. тахикардия, тремор кончиков пальцевГ. увеличение печени, наличие сосудистых звездочекД. пальмарная эритема, венозный рисунок на боку живота | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИЗНАКАМИ ЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

А. повышение билирубина и щелочной фосфатазыБ. снижение протромбинового индекса и повышение АлАтВ. повышение тимоловой и снижение сулемовой пробГ. повышение билирубина и у-глобулиновД. повышение В-липопротеидов и холестерина | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. повышение в крови уровня сывороточного железаБ. повышение в крови уровня свободного билирубинаВ. повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазыГ. повышение активности АсАт, АлАтД. снижение показателя сулемовой пробы | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ МЕЗЕНХИМАЛЬНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ:

А. активности АЛТБ. активности АСТВ. уровня альбуминовГ. тимоловой пробыД. уровня холестерина | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХАХ ОТМЕЧАЕТСЯ:

А. преобладание связанной фракции билирубинаБ. преобладание свободной фракции билирубина, снижение осмотической стойкости эритроцитовВ. преобладание свободной фракции билирубина, высокая активность сывороточных ферментовГ. ахолия кала, темный цвет мочиД. отсутствие стеркобилина в кале и наличие билирубина в моче | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ПОДПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХ ХАРАКТЕРНО:

А. гипербилирубинемия в сочетании с гиперхолестеринемиейБ. гипербилирубинемия в сочетании с повышением АлАтВ. гипербилирубинемия в сочетании гипохолестеринемиейГ. гипербилирубинемия в сочетании с изменением осадочных пробД. гипербилирубинемия в сочетании со снижением протромбинового индекса | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. В ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ НАПРАВЛЕНИЯ, КРОМЕ:

А. основу лечения составляет диета и физический покойБ. антибиотики следует назначать только при бактериальных осложненияхВ. препараты интерферона назначают по индивидуальным показаниямГ. следует избегать назначение большого количества лекарственных препаратовД. целесообразно широкое применение кортикостероидов | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СИТУАЦИИ, ВОЗМОЖНЫЕ ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ А:

А. стернальная пункцияБ. гемотрансфузияВ. купание в открытом водоемеГ. стоматологические манипуляцииД. забор крови у доноров | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А:

А. характерно отсутствие четкой сезонностиБ. заболеваемость нередко имеет групповой характерВ. особенно часто болеют дети до 1 годаГ. преимущественно болеют лица пожилого возрастаД. больные наиболее заразны в желтушном периоде | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ВАРИАНТЫ ПРЕДЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ГЕПАТИТА А:

 1. гриппоподобный2. астеновегетативный3. диспептический4. артралгический5. смешанныйА. 1, 3, 4 Б. 2, 3, 4, 5 В. 1, 2, 3, 4 Г. 1, 2, 3, 5 Д. 1, 4, 5 | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ:

А. Anti-HAV IgGБ. Anti-HCVВ. HBeAgГ. Anti-HAV IgMД. Anti-HBS Ag | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ:

А. общий билирубинБ. белковые фракции кровиВ. ферменты АЛТ, АСТГ. щелочная фосфотазаД. холестерин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА А ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

А. детейБ. молодыхВ. пожилыхГ. беременныхД. лиц с отягощенным преморбидным фоном | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Д:

А. вызывается вирусом, содержащим ДНКБ. относится к наиболее частой форме ВГВ. имеет преимущественно фекально-оральный механизм передачиГ. является наиболее тяжелым из всех вирусных гепатитовД. хорошо поддается лечению кортикостероидами | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

 А. заражение ВГБ происходит пищевым путемБ. возможно перинатальное заражение ВГБВ. заражением гепатитом Б половым путем представляет казуистическую редкостьГ. больные ВГБ заразны преимущественно в преджелтушном периодеД. после перенесенного ВГБ иммунитет нестойкий | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. БОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО УКАЗЫВАЕТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТРОЙ ФАЗЫ ГЕПАТИТА В ОБНАРУЖЕНИЕ:

А. HbsAg в период реконвалисценцииБ. HbeAg дольше 4-6 недель от начала болезниВ. Hbcor AgГ. anti-HBs AgД. anti-HBе Ag | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО В ПРОШЛОМ ОСТРОГО ГЕПАТИТА В В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:

А. anti-HBc-IgMБ. anti-HBc-IgGВ. anti-HbeГ. Hbe AgД. anti-HAV | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ:

А. гамма-глобулиныБ. HBV-вакцинаВ. поливалентная сывороткаГ. альфа-интерфероныД. ацикловир | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

А. трематодыБ. цестодыВ. лямблииГ. нематодыД. скребни | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ГДЕ, КРОМЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА, ПРОИСХОДИТ РАЗВИТИЕ ОДНОЙ ИЗ СТАДИЙ АСКАРИД:

А. домашние животные Б. дикие животныеВ. рыбаГ. почваД. моллюски | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ИЗМЕНЕНИЕ В ГЕМОГРАММЕ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ:

А. нейтрофильный лейкоцитозБ. анэозинофилияВ. лимфомоноцитозГ. эозинофилияД. анемия | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ АСКАРИДОЗЕ:

А. источником инвазии является человек и животноеБ. личинки гельминта созревают в толстой кишкеВ. продолжительность гельминтоза достигает 10 летГ. заражение происходит при употреблении пищевых продуктов и воды, содержащих инвазионные яйца аскаридД. наиболее ярким клиническим проявлением болезни является анемия | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ТРИХИНЕЛЛЕЗЕ:

А. заражение происходит при употреблении рыбы, недостаточно термически обработаннойБ. поражается ЖКТВ. ведущую роль в патогенезе играют токсикоаллергические реакцииГ. диагноз подтверждается обнаружением яиц паразита в испражненияхД. длительность течения болезни составляет до 2 лет | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОПИСТОРХОЗ:

А. относится к нематодозамБ. распространен в субтропических и тропических странахВ. развивается при употреблении сырой, малопосоленной или неполностью приготовленной рыбы, содержащей личинки гельминтаГ. сопровождается поражением легкихД. лечится мебендазолом | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЭНТЕРОБИОЗА:

А. нарушение аппетитаБ. схваткообразные боли в животеВ. перианальный зудГ. головные болиД. кишечные расстройства | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДИФИЛЛОБОТРИОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

А. бычьим цепнемБ. карликовым цепнемВ. свиным цепнемГ. широким лентецомД. острицами | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ:

А. возбудителем являются риккетсииБ. наиболее важным источником инфекции является мелкий рогатый скотВ. больной человек может быть источником инфекцииГ. возможен трансмиссивный путь передачиД. вырабатывается прочный иммунитет | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

А. человекБ. крупный и мелкий рогатый скотВ. грызуны Г. птицыД. кровососущие насекомые | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ**:**

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 конечностяхВ. характерно образование специфических гранулем, преимущественно в опорно-двигательном аппарате, нервной, половой системахГ. одним из частых клинических проявлений болезни является пневмонияД. характерно образование кольцевидной мигрирующей эритемы | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ОСТРОЙ ФОРМОЙ БРУЦЕЛЛЕЗА**:**

А. сильная головная боль, потливость, боли в животеБ. быстро нарастающая температура, сильная головная боль, выраженные миалгии, выраженная слабостьВ. ознобы, выраженная слабость, тошнота, рвотаГ. высокая температура, потливость, артралгииД. озноб, головная боль, зудящая сыпь, артралгии  | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ПОРАЖАЕМЫЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ:

А. органы дыханияБ. опорно-двигательный аппаратВ. пищеварительная системаГ. почкиД. система кроветворения | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ:

А. бактериологическое исследование крови, РНГА, ИФАБ. РНГА, РСКВ. кожно-аллергическая проба с антраксином, РНГАГ. реакцию Райта, реакцию Хеддельсона, пробу БюрнеД. вирусологический метод исследования крови, РНГА | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. полусинтетические пенициллиныБ. тетрациклиныВ. цефалоспориныГ. макролидыД. аминогликозиды | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. домашний скотБ. лисы, волкиВ. верблюдыГ. человекД. птицы | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ЛЕПТОСПИР ЯВЛЯЕТСЯ:

А. водный Б. трансмиссивныйВ. алиментарныйГ. парентеральныйД. воздушно-капельный | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ:

А. болезнь начинается подостроБ. интоксикация наиболее выражена на 5-7-й день болезниВ. характерно острое начало болезни с ознобом и повышением температуры до 39-40 оСГ. с первых дней болезни появляется полиурия, свидетельствующая о поражении почекД. характерно развитие холецисто-панкреатита | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ЛЕПТОСПИРОЗА:

А. лихорадка, артралгии, рвота, диареяБ. лихорадка, миалгии, печеночно-почечная недостаточность, менингеальные симптомыВ. боли в животе, рвота, диареяГ. лихорадка, миалгия, артралгия, судорогиД. лихорадка, геморрагическая сыпь, носовые и кишечные кровотечения, анемия | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

 А. артралгияБ. миалгияВ. невралгияГ. катарально-респираторный синдромД. диарея | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ СОЧЕТАНИЕ:

А. лейкоцитоз, лимфомоноцитоз, увеличение СОЭ Б. лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, увеличение СОЭВ. нейтрофилез со сдвигом влево, анемия, уменьшение СОЭ Г. лимфопения, нейтрофилез, эозинофилия, уменьшение СОЭ Д. лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЛЕПТОСПИРОЗА:

А. РНГАБ. реакция непрямой иммунофлюоресценцииВ. реакция ХеддельсонаГ. РСКД. реакция микроагглютинации-лизиса лептоспир  | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ В СОЧЕТАНИИ С ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ СВОЙСТВЕНЕН:

А. бруцеллезуБ. псевдотуберкулезуВ. лептоспирозуГ. менингококковой инфекцииД. столбняку | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. пенициллинБ. эритромицинВ. фурозолидонГ. рифампицинД. левомицетин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛЕПТОСПИРОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

А. противолептоспирозная вакцинаБ. лептоспирозный гамма-глобулинВ. противолептоспирозная сывороткаГ. пентаглобинД. нормальный человеческий иммуноглобулин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТОКСОПЛАЗМОЗА ОТНОСИТСЯ К:

А. бактериямБ. микоплазмамВ. хламидиямГ. простейшимД. риккетсиям | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| РАЗДЕЛ 3. Инфекции дыхательных путей.  |
| 1. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. человек, находящийся в инкубационном периодеБ. больной в периоде разгараВ. реконвалисцентГ. вирусоносительД вакцинированный | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХСИМПТОМОВ ПРИ ГРИППЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

А. полиморфная сыпьБ. гиперемия и зернистость мягкого небаВ. лимфоаденопатияГ. увеличение селезенкиД. диспепсические расстройства | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛИХОРАДКИ ПРИ ГРИППЕ ЧАЩЕ СОСТАВЛЯЕТ:

А. 1-3 днейБ. 2-4 днейВ. 3-5 днейГ. 4-7 днейД. до 10 дней | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ГРИППЕ СИНДРОМ КАТАРА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ:

А. ринит, трахеитБ. трахеобронхитВ. ринит, ларингитГ. фарингит, ларингит Д. ринит, фаринготонзиллит | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ГРИППЕ:

**А.** лечение предпочтительней проводить в условиях стационараБ. наиболее эффективен бисептолВ. всем больным следует назначать жаропонижающие средстваГ. антимикробная терапия показана только в осложненных случаяхД. с целью профилактики бактериальных осложнений показано применение интерферона интраназально | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ЭТИОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА А ЯВЛЯЕТСЯ:

А. осельтамивир (тамифлю)Б. дибазолВ. ваксигриппГ. ацикловирД. аскорбиновая кислота | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. КЛИНИКА ЛАРИНГИТА ХАРАКТЕРНА, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ДЛЯ:

А. аденовирусной инфекцииБ. гриппаВ. риновирусной инфекцииГ. краснухиД. парагриппа | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. фарингитБ. бронхитВ. склеритГ. ларингитД. трахеит | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. БРОНХИ, БРОНХИОЛЫ И ЛЕГКИЕ ПОРАЖАЮТСЯ ЧАЩЕ ПРИ:

А. гриппеБ. парагриппеВ. аденовирусной инфекцииГ. респираторно-синтициальной инфекцииД. риновирусной инфекции | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

А. заражение менингококковой инфекцией возможно через предметы обиходаБ. максимальная заболеваемость менингококковой инфекцией наблюдается в зимне-весенний периодВ. менингококк является грамположительным диплококкомГ. менингококковой инфекцией болеют преимущественно подростки и взрослыеД. менингококк продуцирует сильный экзотоксин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВЕДУЩЕЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ:

А. обезвоживаниеБ. отек мозгаВ. поражение сосудовГ. поражение почекД. поражение миокарда | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ ПРИЗНАК МЕНИНГОКОККЦЕМИИ:

А. бледность кожных покрововБ. геморрагическая звездчатая сыпьВ. менингеальный синдромГ. полиартритД. гепатолиенальный синдром | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЭКЗАНТЕМА ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ**:**

А. обильная, пятнистая, яркаяБ. обильная, петехиальнаяВ. геморрагическая, звездчатая, с наклонностью к некротизацииГ. уртикарнаяД. пустулезно-геморрагическая | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ:

А. определение цитограммы цереброспинальной жидкости ЦСЖБ. определение белка ЦСЖВ. определение уровня глюкозы ЦСЖГ. бактериоскопию ЦСЖД. выделение культуры вируса из цереброспинальной жидкости | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. ампициллинБ. бензилпенициллинВ. ампиоксГ. клафоранД. эритромицин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ МОЛНИЕНОСНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**:**

А. пенициллинБ. ампициллинВ. амоксициллинГ. левомицетинД. тетрациклин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ШОКОМ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ:

А. кортикостероидыБ. азитромицинВ. лазиксГ. реополиглюкин Д. маннитол | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ЦЕРОБРОСПИНАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:

1. высоким нейтрофильным цитозом2. снижением уровня глюкозы3. повышением уровня хлоридов4. повышением содержания белка5. лимфо-моноцитарным цитозом А. 1, 3, 4 Б. 2, 4, 5 В. 1, 2, 4 Г. 1, 2, 3, 4 Д. 2, 3, 4, 5  | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ПАТОГЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. спорообразованиеБ. экзотоксинВ. устойчивость к антибиотикамГ. эндотоксинД. внутриклеточное размножение | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ МИНДАЛИН ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ:

А. гнойные фолликулы на миндалинахБ. гнойные наложения в лакунахВ. язвенно-некротический процессГ. фибринозные наложения в виде пленок и островковД. катаральные изменения | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ДИФТЕРИЙНОЙ ПЛЕНКИ:

А. не спаяна с подлежащей тканьюБ. между стеклами легко растираетсяВ. легко снимается шпателемГ. снимается с трудом, в воде тонетД. желтого цвета, в воде не тонет | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ:

А. отек слизистой ротоглоткиБ. отек подкожной клетчатки шеи в подчелюстной областиВ. расположение фибринозных налетов на миндалинах и на слизистой оболочке ротоглоткиГ. расположение фибринозных налетов только на миндалинахД. яркая гиперемия слизистой ротоглотки | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. распространение налетов за пределы миндалинБ. увеличение регионарных лимфоузловВ. отек подкожной клетчатки шеиГ. поражение других отделов верхних дыхательных путейД. гипертермия | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ РАННИЙ ПРИЗНАК РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ МИОКАРДИОПАТИИ ПРИ ДИФТЕРИИ:

А. субъективные признаки поражения сердцаБ. увеличение размеров сердца (перкуторно, рентгенологически)В. нарушение проводимости по данным ЭКГГ. повышение активности в крови кардиоспецифических ферментовД. появление гемодинамических нарушений | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРАВИЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ СЫВОРОТКИ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ:

А. сыворотку следует вводить немедленно на дому при подозрении на дифтериюБ. сыворотку следует вводить при получении бактериологического подтверждения диагноза дифтерииВ. в легких и среднетяжелых случаях при наличии противопоказаний можно воздержаться от введения сывороткиГ. эффективность сыворотки прямо пропорционально ее дозеД. сыворотка эффективна для лечения специфических осложнений дифтерии | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

А. энтеровирусомБ. хламидиейВ. микоплазмойГ. вирусом группы герпесаД. бактерией | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СОЧЕТАНИЕМ СИМПТОМОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. полиаденопатия, лихорадка, желтуха, гастро-интестинальный синдромБ. ангина, пневмония, полиаденопатия, желтухаВ. лихорадка, ангина, пневмония, гепатоспленомегалияГ. полиаденопатия, ангина, лихорадка, гепатоспленомегалияД. лихорадка, пневмония, выраженная желтуха | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:

А. анемияБ. нейтрофиллезВ. лейкопенияГ. мононуклеары с широкой цитоплазмойД. СОЭ до 30-50 мм/час | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. КОМПЛЕКС ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:

А. реакция микроагглютинации и лизиза, РНИФ, РНГА, ПЦРБ. реакция Кумбса, проба Бюрне, ИФА, вирусологический методВ. метод непрямой иммунофлюоресценции, РНГА, вирусологический методГ. ПЦР, ИФА, реакция Хеддельсона, РНГАД. реакция Пауля- Буннеля, метод непрямой иммунофлюоресценции, ИФА, ПЦР | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ:

 А. как правило, симптоматическоеБ. включает раннее назначение антибиотиковВ. предусматривает обязательное применение кортикостероидовГ. проводится комбинацией противовирусных препаратов и антибиотиковД. требует обязательной госпитализации | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОРНИТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

А. распространением среди птиц, антропоноз, сопровождается поражением верхних дыхательных путейБ. распространением среди попугаев, антропозооноз, сопровождается поражением органов дыханияВ. тем, что это антропоноз, передается воздушно-пылевым путем, сопровождается поражением верхних дыхательных путейГ. распространением среди птиц, зооноз, сопровождается поражением органов дыханияД. тем, что это антропозооноз, сопровождается поражением желудочно-кишечного тракта | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ОРНИТОЗЕ ВКЛЮЧАЮТ:

А. лихорадкой, катаральными явлениями, поражением легких, в ряде случаев формированием хронических форм болезниБ. лихорадка, гастро-интестинальный синдром, поражением легкихВ. катаральными явлениями, интоксикация, токсико-аллергические проявленияГ. лихорадка, диспептические расстройства, гепатоспленомегалия, артралгии, формирование хронических формД. интоксикация, двухфазная лихорадка, пневмония, розеолезная сыпь | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРНИТОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

А. пенициллины, цефалоспориныБ. аминогликозидыВ. препараты тетрацикцинового рядаГ. макролидыД. сульфаниламидные препараты | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| РАЗДЕЛ 4. Кровяные инфекции |
| 1. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. больнойБ. бактерионосительВ. домашние животныеГ. мышевидные грызуныД. различные виды вшей | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПЕРЕНОСЧИКОМ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. постельный клопБ. лобковая вошьВ. блохаГ. платяная вошьД. иксодовый клещ | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СЫПНОЙ ТИФ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

А. постепенным началом болезниБ. высокой лихорадкой длительностью до 7-10 днейВ. полиаденопатиейГ. наличием гепатолиенального синдромаД. парезами, параличами | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ СЫПНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНА СЫПЬ:

А. розеолезнаяБ. розеолезно-петехиальнаяВ. розеолезно-папулезнаяГ. папулезнаяД. папулезно-геморрагическая | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЫПНОГО ТИФА ИСПОЛЬЗУЮТ:

А. реакцию связывания комплементаБ. выделение гемокультуры возбудителяВ. внутрикожную аллергическую пробуГ. реакцию РайтаД. биопробу | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЮТСЯ:

А. полусинтетические пенициллиныБ. цефалоспорины третьего поколенияВ. аминогликозидыГ. бисептолД. тетрациклины | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. простейшие отряда кокцидийБ. простейшие рода энтамебВ. простейшие класса споровиковГ. простейшие рода лейшманийД. простейшие рода трипаносом | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. МАЛЯРИЯ НЕ МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ ПУТЕМ:

А. трансмиссивнымБ. половымВ. гемотрансфузионнымГ. вертикальнымД. во время родов | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ МАЛЯРИЙНОГО ПРИСТУПА ХАРАКТЕРНА ТРИАДА СИМПТОМОВ:

А. озноб, лихорадка, потоотделениеБ. озноб, головная боль, потоотделениеВ. головная боль, лихорадка, рвотаГ. миалгия, озноб, лихорадкаД. рвота, лихорадка, потоотделение | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. РАННИЕ РЕЦИДИВЫ МАЛЯРИИ ОБУСЛОВЛЕНЫ:

А. сохранившимися эритроцитарными шизонтамиБ. поступлением в кровь тканевых шизонтовВ. повторным заражениемГ. аутоиммунным гемолизомД. появлением в крови гамонтов | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. ПЦРБ. биологическийВ. иммунологическийГ. паразитологическийД. кожно-аллергическая проба | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МАЛЯРИИ ПРИМЕНЯЮТ:

А. хиноцидБ. хингаминВ. фансидарГ. тетрациклиныД. примахин | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. Listeria monocytogenesБ. S.enteretidisВ. Yersinia enterocolitikaГ. Clostridium perfingensД.Yersinia pestis | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПЕРЕНОСЧИКАМИ ЧУМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

 А. комар рода AnophelesБ. блохаВ. платяная вошьГ. иксодовый клещД. головная вошь | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ЧУМНОЙ БУБОН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ:

1. отсутствие болевой чувствительности2. локализация преимущественно в паховой и подмышечной области3. образование болезненного «пакета» лимфоузлов, спаянных между собой4. лимфоузлы не спаяны между собой и с окружающей тканью5. гиперемия кожи над бубоном А. 2, 3, 5 Б. 1, 4, 5 В. 1, 2, 4 Г. 1, 2, 4, 5 Д. 1, 2, 4, 5 | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЧУМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ**:**

А. бактериоскопический методБ. бактериологический методВ. внутрикожная аллергическая пробаГ. серологические методыД. биопроба | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЧУМЫ:

А. стрептомицинБ. левомицетинВ. тетрациклинГ. оксациллинД. аминогликозиды | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

А. при туляремии больные могут быть источником инфекцииБ. при туляремии возможен трансмиссивный путь передачи инфекцииВ. туляремия относится к антропонозамГ. туляремией чаще всего болеют работники птицефабрикД. туляремия характеризуется преимущественным поражением опорно-двигательного аппарат | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУЛЯРЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ:

А. посев материала из зева и носа на твердые питательные средыБ. люминисцентную риноцитоскопию смывов из носоглоткиВ. выделение вирусов в культуре тканейГ. внутрикожную аллергическую пробуД. реакцию Пауля-Буннеля | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ ТУЛЯРЕМИИ:

А. инкубационный период составляет 2-3 неделиБ. общая интоксикация выражена слабоВ. наиболее ярким симптомом является пятнисто-папулезная сыпьГ. характерным симптомом является лимфаденитД. нередки летальные исходы | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. БУБОН ПРИ ТУЛЯРЕМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ:

1. спаянность с окружающими тканями в остром периоде болезни2. четкие контуры3. умеренная болезненность4. медленное рассасывание5. гиперемия кожи над бубономА. 2, 3, 4 Б. 1, 2, 4, 5 В. 2, 3, 4, 5 Г. 1, 2, 3, 4 Д. 2, 4, 5 | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУЛЯРЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ:

А. пенициллины, цефалоспориныБ. макролиды, пенициллиныВ. фторхинолоны, макролидыГ. аминогликозиды, антибиотики тертациклинового рядаД. пенициллины, макролиды | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС) ВЫЗЫВАЕТСЯ:

А. бактериямиБ. микоплазмамиВ. риккетсиямиГ. вирусамиД. простейшими | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 164. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ:А. короваБ. рыжая полевкаВ. лисаГ. уткаД. серая крыса | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ГЛПС ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМ:

 А. желтуха Б. увеличение селезенки В. петехиальная сыпь Г. ригидность мышц затылкаД. мышечные боли | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ НАЧАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ:

А. высокая температураБ. кровоизлияния в конъюнктивыВ. олигурияГ. бледность кожных покрововД. петехиальная сыпь | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ОЛИГОАНУРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ:

А. боли в суставахБ. головные болиВ. боли в области сердцаГ. боли в поясницеД. боли в мышцах | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МОЧИ ПРИ ГЛПС ЯВЛЯЮТСЯ:

А. лейкоцитурияБ. бактериурия, протеинурияВ. протеинурия, эритроцитурияГ. цилиндурияД. глюкозурия | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ:

А. только в периодах выраженных клинических проявленийБ. только в терминальной стадии В. только в стадии бессимптомной инфекции (П Б)Г. только в стадии острой инфекции (П Б)Д. пожизненно | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ – ЭТО:

А. цитомегаловирус из семейства [герпесвирусов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%25D0%2593%25D0%25B5%25D1%2580%25D0%25BF%25D0%25B5%25D1%2581%25D0%25B2%25D0%25B8%25D1%2580%25D1%2583%25D1%2581%25D1%258B) Б. вирус герпеса 4 типаВ. хантаан-вирус из семейства буньявирусовГ. ретровирус из рода лентивирусовД. вирус Коксаки | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИЧ ИМЕЕТСЯ В:

А. спермеБ. кровиВ. грудном молокеГ. слюнеД. влагалищном секрете | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВИЧ ПЕРЕДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПУТЯМИ:

А. при грудном вскармливании от ребенка - материБ. при длительном бытовом контактеВ. воздушно-пылевым путемГ. от инфицированной матери ребенку при уходе за нимД. трансмиссивным путем | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 173. МАНИПУЛЯЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ ЗАРАЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ: А. гастроскопияБ. ректороманоскопияВ. цистоскопияГ. забор крови из веныД. внутримышечная инъекция | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ВИЧ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШИМ ТРОПИЗМОМ К:

А. Т-лимфоцитам хелперамБ. Т-лимфоцитам супрессорамВ. макрофагамГ. В-лимфоцитамД. моноцитам | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ В СТАДИИ IIА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА:

А. лихорадкойБ. тонзиллитомВ. экзантемойГ. лимфоцитозом и наличием атипичных мононуклеаров в переферической кровиД. отрицательной реакцией Хоффа-Бауэра | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СПИД – ЭТО:

А. оппортунистическая инфекцияБ. синоним ВИЧ-инфекцииВ. стадия ВИЧ-инфекцииГ. самостоятельное заболеваниеД. осложнение ВИЧ-инфекции | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. К СПИД-ИНДИКАТОРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ:

А. кандидоз пищеводаБ. хронический криптоспоридиоз кишечника (длительная диарея)В. цитомегаловирусный ретинитГ. опоясывающий герпесД. внелегочный туберкулез | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ:

А. стафилококковаяБ. пневмоцистнаяВ. пневмококковаяГ. вируснаяД. токсоплазмозная | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

А. клинических данныхБ. эпидемиологических данных, анамнеза жизни и болезниВ. 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) | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:

А. определение количества и соотношения Т- и В-лимфоцитовБ. электронную микроскопию кровиВ. обнаружение антител в иммунном блотеГ. биопробуД. выделение гемокультуры вируса | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:

А. азалептинБ. азидотимидинВ. азатиопринГ. азитромицинД. азафен | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СОЧЕТАНИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. лихорадка неправильного типа2. полиаденопатия 3. гепато-лиенальный синдром4. выраженная интоксикация5. ознобы, потыА. 1, 2, 3, 5 Б. 1, 2, 4, 5 В. 1, 2, 3, 4 Г. 2, 3, 4, 5 Д. 1, 3, 4, 5 | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ СЕПСИСЕ:

А. этиотрпные средства следует назначать после установления этиологии болезниБ. при установлении этиологии болезни следует применять антимикробные препараты широкого спектра действияВ. антимикробная терапия должна проводиться с учетом чувствительности возбудителяГ. санация первичного очага не имеет существенного значения для исхода болезниД. при отсутствии заметного клинического эффекта в течение 2 суток нужно производить смену антибиотиков | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| РАЗДЕЛ 5. Инфекции наружных покровов |
| 1. ПРИ РОЖЕ:

А. возбудителем являются гемолитические стрептококки и стафилококкиБ. возбудителем является бета-гемолитический стрептококк группы АВ. единственный источник инфекции – больной рожейГ. больные рожей высоко контагиозныД. в настоящее время нередко наблюдаются внутрибольничные вспышки рожи | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 185. ДЛЯ РОЖИ ХАРАКТЕРНО: А. начало болезни с лихорадки, выраженный безболезненный отек пораженного участка кожи Б. лихорадка, участок поражения кожи локализуется на верхних конечностяхВ. интоксикация, участок поражения кожи малоболезненный, гиперемирован и не имеет четких границ Г. лихорадка, яркая гиперемия участка поражения с нагноение в очаге воспаленияД. выраженная интоксикация, участок поражения кожи гиперемирован, болезненный и имеет четкие границы  | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 186. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РОЖИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ: А. курсовое применение пенициллинов или макролидов в течение годаБ. УФО-лечение остаточных явлений на кожеВ. витаминотерапияГ. бициллинопрофилактикаД. физиопроцедуры для уменьшения инфильтрации кожи | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 187. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ РОЖИ В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:А. пенициллинБ. цефтриаксонВ. эритромицинГ. линкомицинД. сумамед (изитромицин) | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| **188.** ВОЗБУДИТЕЛЬ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ:А. грамположительная палочкаБ. содержит эндотоксинВ. спор не образуетГ. хорошо размножается в окружающей средеД. подвижна благодаря наличию жгутиков | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| **189.** ПРИ КОЖНОЙ ФОРМЕ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ:А. карбункул обычно локализуется на открытых частях телаБ. лимфаденит, как правило, безболезненныйВ. струп в центре карбункула отторгается через 2-4 неделиГ. нагноение в области карбункула, как правило, не наблюдаетсяД. с первого дня болезни характерна выраженная лихорадка и интоксикация | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| **190.** ЛЕЧЕНИЕ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ВКЛЮЧАЕТ:А. хирургическое иссечение карбункулаБ. применение пенициллина в дозе до 24 млн.ЕД в суткиВ. применение по показаниям других антибиотиковГ. назначение специфического противосибиреязвенного иммуноглобулинаД. проведение дезинтоксикационной терапии | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| **191.** ВОЗБУДИТЕЛЬ СТОЛБНЯКА ЭТО: А. грамположительная токсигенная палочковидная коринебактерия, не образует спор и капсулБ. мелкая, грамотрицательная, не образующая спор и капсул, подвижная, изогнутая палочкаВ. грамположительная спорообразующая токсигенная палочка, являющаяся облигатным анаэробомГ. крупная спорообразующая грамположительная токсигенная аэробная палочкаД. [грамотрицательн](https://ru.wikipedia.org/wiki/%25D0%2593%25D1%2580%25D0%25B0%25D0%25BC%25D0%25BE%25D1%2582%25D1%2580%25D0%25B8%25D1%2586%25D0%25B0%25D1%2582%25D0%25B5%25D0%25BB%25D1%258C%25D0%25BD%25D1%258B%25D0%25B5_%25D0%25B1%25D0%25B0%25D0%25BA%25D1%2582%25D0%25B5%25D1%2580%25D0%25B8%25D0%25B8)ая [бактери](https://ru.wikipedia.org/wiki/%25D0%2591%25D0%25B0%25D0%25BA%25D1%2582%25D0%25B5%25D1%2580%25D0%25B8%25D0%25B8)я из семейства [энтеробактерий](https://ru.wikipedia.org/wiki/%25D0%25AD%25D0%25BD%25D1%2582%25D0%25B5%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B1%25D0%25B0%25D0%25BA%25D1%2582%25D0%25B5%25D1%2580%25D0%25B8%25D0%25B8)  | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 192. СТОЛБНЯЧНЫЙ ТОКСИН ПОРАЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:А. вставочные нейроны эфферентных рефлекторных дугБ. двигательные зоны коры головного мозгаВ. холинэргические синапсыГ. задние рога спинного мозгаД. ретикулярную формацию продолговатого мозга | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| **193.** НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ: А. диплопияБ. дисфагияВ. тризмГ. опистотонусД. тетанические судороги | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| **194.** ТРИАДА ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ СТОЛБНЯКАЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:А. опистотонус, тризм, переломы костей,Б. тризм, клонические судороги, нарушение дыханияВ. интоксикацию, сардоническая улыбка, тризмГ. сардоническую улыбку, судороги, опистотонусД. тризм, сардоническая улыбка, опистотонус. | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ СТОЛБНЯКЕ:

А. асфиксияБ. отек мозгаВ. инфекционно-токсический шокГ. пневмонияД. сепсис | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОЛБНЯКА ВКЛЮЧАЕТ:

А. интенсивную дегидратациюБ. витаминотерапиюВ. противосудорожную терапиюГ. применение дыхательных аналептиковД. нейтрализацию токсина  | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПРИ БЕШЕНСТВЕ:

А. возбудитель проникает в ЦНС гематогенноБ. поражается преимущественно спинной мозгВ. инкубационный период при обширных укусах может сокращаться до 5 днейГ. болезнь начинается с недомогания, лихорадки, депрессииД. в разгаре болезни характерна апатия и сонливость  | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ БЕШЕНСТВА ВКЛЮЧАЕТ:

1. снижение болевой чувствительности2. гидрофобия3. аэрофобия4. появление патологических рефлексов5. саливацияА. 2, 3, 5 Б. 1, 2, 3, 4 В. 1, 2, 3 Г. 2, 3, 4 Д. 2, 3, 4, 5 | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД БЕШЕНСТВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

А. гипотермиейБ. прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобииВ. нарастанием мышечного тонусаГ. нормализацией сердечной деятельностиД. при отсутствии специфического лечения летальным исходом у 50% больных | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |
| 1. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ БЕШЕНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:

 А. экстренный прием индукторов интерферонаБ. антибиотикопрофилактикаВ. прием йодантипирина  Г. профилактический прием иммуномодуляторов с противовирусным действием Д. экстренная вакцинация людей, подвергшихся нападению бешенных животных | УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-5, ПК-7, ПК-16 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | в | 41 | а | 81 | г | 121 | д | 161 | а |
| 2 | г | 42 | а | 82 | в | 122 | б | 162 | г |
| 3 | в | 43 | а | 83 | г | 123 | г | 163 | г |
| 4 | в | 44 | в | 84 | г | 124 | а | 164 | б |
| 5 | в | 45 | д | 85 | г | 125 | в | 165 | в |
| 6 | в | 46 | б | 86 | в | 126 | б | 166 | а |
| 7 | г | 47 | в | 87 | в | 127 | г | 167 | г |
| 8 | б | 48 | а | 88 | в | 128 | г | 168 | в |
| 9 | а | 49 | в | 89 | г | 129 | в | 169 | д |
| 10 | в | 50 | д | 90 | б | 130 | в | 170 | г |
| 11 | г | 51 | г | 91 | б | 131 | г | 171 | б |
| 12 | в | 52 | в | 92 | в | 132 | в | 172 | а |
| 13 | б | 53 | г | 93 | г | 133 | г | 173 | г |
| 14 | г | 54 | б | 94 | б | 134 | г | 174 | а |
| 15 | в | 55 | а | 95 | г | 135 | г | 175 | д |
| 16 | в | 56 | в | 96 | б | 136 | д | 176 | в |
| 17 | г | 57 | г | 97 | а | 137 | а | 177 | г |
| 18 | г | 58 | д | 98 | а | 138 | г | 178 | б |
| 19 | в | 59 | в | 99 | в | 139 | а | 179 | в |
| 20 | д | 60 | д | 100 | б | 140 | в | 180 | в |
| 21 | а | 61 | в | 101 | б | 141 | а | 181 | б |
| 22 | в | 62 | а | 102 | б | 142 | г | 182 | д |
| 23 | б | 63 | д | 103 | д | 143 | г | 183 | в |
| 24 | б | 64 | в | 104 | в | 144 | б | 184 | б |
| 25 | г | 65 | б | 105 | а | 145 | а | 185 | д |
| 26 | д | 66 | в | 106 | б | 146 | д | 186 | г |
| 27 | а | 67 | г | 107 | г | 147 | в | 187 | а |
| 28 | в | 68 | б | 108 | б | 148 | б | 188 | а |
| 29 | в | 69 | а | 109 | б | 149 | а | 189 | д |
| 30 | д | 70 | д | 110 | в | 150 | а | 190 | а |
| 31 | г | 71 | в | 111 | а | 151 | г | 191 | в |
| 32 | в | 72 | б | 112 | г | 152 | г | 192 | а |
| 33 | д | 73 | г | 113 | а | 153 | д | 193 | в |
| 34 | а | 74 | г | 114 | д | 154 | б | 194 | д |
| 35 | в | 75 | в | 115 | а | 155 | а | 195 | а |
| 36 | д | 76 | г | 116 | г | 156 | в | 196 | д |
| 37 | в | 77 | г | 117 | б | 157 | а | 197 | г |
| 38 | в | 78 | б | 118 | в | 158 | б | 198 | а |
| 39 | г | 79 | б | 119 | б | 159 | г | 199 | б |
| 40 | г | 80 | б | 120 | в | 160 | г | 200 | д |

**Экзаменационные вопросы**

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

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

**Критерии оценивания результатов обучения**

*Для зачета (пример)*

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

**\*** *- не предусмотрены для программ аспирантуры*

*Для экзамена (пример)*

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

*Для тестирования:*

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

*Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»*

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