

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

С УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института ИМФО
Н.И. Свиридова
2024 г.

« 27 »

июня



Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.35
Инфекционные болезни

Квалификация (степень) выпускника: врач-инфекционист

Кафедра педиатрии и неонатологии ИИМФО

Форма обучения – очная

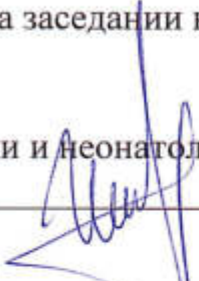
Для обучающихся 2023, 2024 годов поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2024

Разработчики программы

Крамарь Л.В., д.м.н., проф.
Иоанниди Е.А., д.м.н., проф.
Каплунов К.О., к.м.н., доц.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол №5 от «25» мая 2024 года


Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО,
д.м.н., доцент _____  /И.Н.Шишиморов

Рецензенты:

Главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей КЗ ВО,
зам. главного врача ГБУЗ «ВОДКБ» И.В.Текучева.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО
ВолгГМУ, протокол № 12 от «27» 06 2024 года

Председатель УМК _____  / М.М.Королева /

Начальник отдела учебно-методического сопровождения
и производственной практики _____  /М.Л.Науменко/

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО
протокол
№ 18 от «27» 06 2024 года

Секретарь Ученого совета _____  / М.В.Кабытова /

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Тестового контроля для проведения диагностической работы обучающихся

Какие эффекты из перечисленных не относятся к молекулярным основам терапии вирусных инфекций?

- Использование антибиотиков
- Блокирование лигандов возбудителей
- Блокирование рецепторов макроорганизма
- Введение рецепторов (антиидиотипические антитела)
- Все перечисленное

Какие виды лихорадок не выделяют в зависимости от выраженности температуры?

- Токсическая
- Субфебрильная (37-37,9°)
- Фебрильная (38-39,9°)
- Высокая (40-40,9°)
- Гиперпирексия (41 ° и выше)

Что не характерно для постоянной лихорадки?

- Гипотермия
- Постоянный характер повышения температуры
- Уровень температуры выше 39°
- Суточных колебаний температуры менее 1°
- Суточных колебаний температуры более 1°

Что не применяется для профилактических прививок?

- Амбивалентные вакцины
- Живые вакцины
- Убитые вакцины
- Химические вакцины
- Анатоксины

Сроки появления сыпи при брюшном тифе:

- 8-10 день болезни
- В инкубационном периоде
- 1-7 день болезни
- В период реконвалесценции

В лечение гастроинтестинальной формы сальмонеллеза не входит:

- Антибактериальная терапия
- Восстановление водно-электролитного баланса
- Дезинтоксикация
- Сорбенты
- Ферменты

Для больных ботулизмом характерны все перечисленные жалобы, кроме:

- Головной боли
- Слабости
- Нарушения зрения
- Сухости во рту
- Нарушения глотания

При ботулизме отмечаются все перечисленные глазные симптомы, кроме:
Повышения корнеального рефлекса
Птоза
Мидриаза, нистагма
Вялой реакции зрачков на свет, нарушения конвергенции и аккомодации
Ограничения движения глазных яблок, экзофтальма

Признаками глоссофарингоневрологических расстройств при ботулизме является все перечисленное, кроме:
Затруднения при открывании рта, боли при жевании
Нарушения глотания, вытекание жидкости через нос
Речи с носовым оттенком, дизартрии
Осиплости голоса, афонии
Сухости во рту

Нарушение иннервации мышц при ботулизме проявляется всем перечисленным, кроме:
Нарушением кожной чувствительности
Резкой общей слабости
Слабости и парезов мышц шеи и верхних конечностей
Недостаточности дыхательных мышц
Нарушения походки

В начальном периоде заболевания при ботулизме не наблюдается:
Экзантема
Бледность кожных покровов
Повышение АД
Тахикардия

Преимущественная локализация поражений желудочно-кишечного тракта при дизентерии:
Дистальные отделы толстой кишки
Желудок
Тонкая кишка
Проксимальные отделы толстой кишки

К возможным осложнениям дизентерии не относится:
Инсульт
Инфекционно-токсический шок
Перитонит, инвагинация
Кишечное кровотечение
Выпадение прямой кишки, парапроктит

Диагноз эшерихиоза может быть установлен на основании:
Бактериологического подтверждения
Повышения температуры, интоксикации
Наличия гастроэнтерического синдрома
Эпидемиологических данных

Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:
Человек
Крупный рогатый скот
Мышевидные грызуны

Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Тонкой кишки

Желудка

Толстой кишки

Верхних дыхательных путей

Мочевых путей

Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите имеют все перечисленные признаки, кроме:

Тенезмы, примесь крови в испражнениях

Стул обильный, водянистый

Цвет желтый или желто-зеленый, пенистого вида с резким запахом

Внезапные позывы к дефекации с выраженным болевым синдромом

Облегчение после дефекации

Основной диагностический критерий при ротавирусном энтерите:

Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита

Клиническая картина заболевания

Эпидемиологические данные

Исключение гастроэнтеритов другой этиологии

Заражение дифиллоботриозом происходит:

При употреблении свежей икры и сырой рыбы

От больного человека

При употреблении сырого мяса крупного рогатого скота

При употреблении в пищу сырого свиного мяса

С целью диагностики трихинеллеза мышечная ткань берется из:

Из любой мышцы

Икроножной мышцы

Дельтовидной мышцы спины

Широкой мышцы спины

Трапецевидной мышцы

Гемоколит наиболее характерен для

Дизентерии

Сальмонеллеза

Ротавирусного гастроэнтерита

Холеры

Какой синдром наиболее характерен для дизентерии?

Колитический

Судорожный

Эксикоз

Геморрагический

Все перечисленные методы диагностики острых кишечных инфекций верны, кроме

Ректороманоскопических

Бактериологических

Серологических

Копрограммы

На что указывает значительное количество лейкоцитов в копрограмме?

Воспалительный процесс в толстом кишечнике

Этиология ОКИ

Тяжесть поражения кишечника

Дисбактериоз

Какие методы исследования достоверно подтверждают диагноз дизентерии?

Бак. исследование кала

Копрограмма

Проба Суверкалова

Ректороманоскопия

Какие симптомы не характерны для синдрома дистального колита?

Обильный водянистый стул

Схваткообразные боли внизу живота

Тенезмы

Спазм сигмовидной кишки

Податливость ануса

Скудный стул с мутной слизью и прожилками крови

Какой отдел ЖКТ поражается при брюшном тифе?

Тонкая кишка

Желудок и 12-перстная кишка

Толстая кишка

Тонкая и толстая кишка

Поджелудочная железа

Неотложную помощь больному с синдромом дегидратации следует начинать:

С регидратационной терапии

С применения антибактериальных средств

С введения адреналина, мезатона

Для оральной регидратации применяют:

Регидрон, Хумана электролит

Физиологический раствор

10% раствор глюкозы

Основными клиническими симптомами острой дизентерии не являются:

Экзантема

Лихорадка и другие признаки интоксикации

Боли в животе

Частый жидкий стул с примесью крови и слизи

Болезненность в области сигмовидной кишки

Основными жалобами больных ботулизмом являются все перечисленные, кроме:

Сильной боли в животе

Нарушения зрения

Нарушения глотания

Затрудненного дыхания

Слабости

Факторами передачи инфекции при ботулизме являются все перечисленные, кроме:
Фруктов, молока, молочных продуктов
Грибов домашнего консервирования
Овощей домашнего консервирования
Соленой и копченой рыбы домашнего приготовления
Домашней ветчины, сала, колбасы

Источником инфекции при сальмонеллезе является
человек и домашние животные
только человек
только домашние животные

Источником инфекции при шигеллезах является
только человек
только домашние животные
человек, домашние животные и объекты внешней среды
человек и домашние животные

Для синдрома энтерита не характерны
скудный стул со слизью и зеленью
боли в животе вокруг пупка
метеоризм

Для синдрома колита не характерно
отсутствие в гемограмме нейтрофильного лейкоцитоза, ускорение СОЭ
наличие в копрограмме большого количества лейкоцитов и эритроцитов
наличие в гемограмме нейтрофильного лейкоцитоза, ускорение СОЭ

Исключите неправильное утверждение: диарея является характерным симптомом
ботулизма
сальмонеллеза
амебиаза
холеры

Возбудитель гриппа относится к:
Ортомиксовирусам
Ротавирусам
Пикорнавирусам
Энтеровирусам
Арбовирусам

Источником инфекции при гриппе является
Больной человек
Рековалесцент
Животные — резервуар вируса
Птицы — резервуар вируса

Механизм передачи гриппа:
Аэрогенный
Контактный
Фекально - оральный
Птицы - резервуар вируса

Все перечисленные

Грипп не может протекать в следующих клинических формах:

Вирусоносительство
Легкая, бессимптомная
Среднетяжелая
Тяжелая
Молниеносная (гипертоксическая)

Тяжелые формы гриппа не сопровождаются:

Субфебрилитетом
Носовыми кровотечениями
Снижением артериального давления
Высокой температурой
Одышкой, кашлем

Клиническая картина гриппа у детей раннего возраста не характеризуется:

Развитием делирия
Поражением нервной системы
Судорожным и менингеальным синдромом
Дыхательной недостаточностью
Ложным крупом (с отеком легких и гортани)

Признаки токсической энцефалопатии при гриппе:

Совпадают с другими нозологиями
Выраженная астения с эмоциональной неустойчивостью
Сопорозное состояние с повторным выпадением сознания
Ступор с сохранением реакции на сильные раздражения
Глубокая кома с арефлексией

Симптомы острого гриппозного миокардита:

Совпадают с другими нозологиями
Тахикардия и глухость сердечных тонов
Расширение границ сердца
Ослабление первого тона
Систолический шум на верхушке

Ложный круп при гриппе характеризуется:

Совпадает с другими нозологиями
Лающим кашлем
Чувством нехватки воздуха
Затрудненным и удлиненным вдохом
Разлитым цианозом

Отек легких при гриппе сопровождается следующими клиническими симптомами:

Совпадает с другими нозологиями
Чувством нехватки воздуха
Возбуждением
Появлением влажных хрипов в легкие и кашля с мокротой
Снижением артериального давления

Терапия тяжелого осложненного гриппа, кроме:

Антибактериальная
Противовирусная
Синдромальная
Патогенетическая

Показания к применению кортикостероидов при гриппе, кроме:

Экзантема
Токсико-инфекционный шок
Отек легких, ложный круп
Отек мозга
Менингоэнцефалит

Острая респираторная вирусная инфекция не характеризуется:

Спорадическая заболеваемость
Этиологически разнородными болезнями
Быстротой и массовостью распространения
Высокой чувствительностью возбудителя
Широким распространением среди детей

Общими закономерностями различных форм острых респираторно-вирусных инфекций не является:

Низкие экономические потери
Источник инфекции - больной человек
Путь передачи - воздушно-капельный
Высокая восприимчивость людей
Заболеваемость среди детей занимает ведущее место

Энтеровирусы человека ЕСНО и Коксаки не вызывают:

Дифтерия
Гриппоподобные заболевания
Асептические менингиты, энцефалиты
Диареи у детей раннего возраста
Геморрагический конъюнктивит, герпетические ангины

Основной симптом риновирусной инфекции:

Обильные водянистые выделения из носа
Высокая лихорадка
Головная боль
Выраженные воспалительные изменения в зеве

Сезонность заболевания при парагриппе:

Отсутствует
Осенне-летняя
Осенне-зимняя
Весенне-зимняя

Респираторно-синцитиальная инфекция вызывается:

Парамиксовирусами
Ротавирусами
Пикорновирусами
Энтеровирусами
Герпесвирусами

Для эпидемиологической характеристики кори типично все перечисленное, кроме:
Рецидивирующий характер инфекции
Антропоноз
Источник инфекции — больной человек
Высокая восприимчивость людей к кори и стойкий пожизненный иммунитет
Зимнее - весенняя сезонность заболевания

Для кори характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:
Гепатолиенального синдрома
Острого начала
Выраженных катаральных явлений
Интоксикации
Экзантемы и энантемы

В продромальном периоде кори наиболее характерным признаком является:
Пятна Бельского - Филатова - Коплика на слизистой оболочке щек, десен
Лихорадка
Ринит, конъюнктивит
Трахеит, бронхит
Увеличение шейных лимфатических узлов

Сыпь при кори характеризуется всем перечисленным, кроме:
Точечная на гиперемизированном фоне
Пятнисто - папулезная
Сливная
Этапность высыпания с 3 - 4 дня болезни
Пигментация и отрубевидное шелушение кожи в течение 2-х недель после угасания сыпи

Вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая относится к:
Герпетическим вирусам
Арбовирусам
Энтеровирусам
Ретровирусам
Пиковирусам

Инкубационный период при ветряной оспе и опоясывающем лишае чаще:
От 11 до 21 дней
От 5 до 10 дней
От 18 до 23 дней
От 24 до 30 дней
Более 30 дней

Основными клиническими симптомами ветряной оспы являются все перечисленные, кроме:
Увеличения печени и селезенки
Острого начала
Лихорадки
Полиморфных везикулезных высыпаний на коже и слизистых
Интоксикации

Возбудитель эпидемического паротита относится к:

Парамиксовирусам
Арбовирусам
Герпесвирусам
Коронавирусам
Риновирусам

Для инфекционного мононуклеоза не характерно:

Энцефалопатия
Инкубационный период 5-14 дней
Острое начало
Высокая лихорадка, интоксикация
Тонзиллит, лимфаденопатия

Пути передачи герпетической инфекции, кроме:

Трансмиссивный
Контактный
Воздушно - капельный
Половой
Вертикальный

Группами риска при герпетической инфекции не являются:

Аллергики
Проститутки, гомосексуалисты
Новорожденные
Больные после пересадки органов и тканей
Лица с врожденным и приобретённым иммунодефицитным состоянием

Основными очагами поражения при герпетической инфекции не являются:

Внутренние органы
Кожа
Слизистые оболочки
Глаза
Нервная система

Для герпетической инфекции характерно все перечисленное, кроме:

Поражения сердечно - сосудистой системы
Лихорадки
Интоксикации
Везикулезных высыпаний
Поражение ЦНС

Высыпания при герпетической инфекции носят характер, кроме:

Лихенификации
Сгруппированных полусферических пузырьков на фоне эритемы и отечности
Появления зуда и жжения перед высыпанием
Разрыва пузырька с образованием мокнущей эрозии
Быстро исчезающей легкой пигментации

Менингококковой инфекцией болеют кроме:

Иммунизированных
Дети первых 4 лет жизни
От 5 до 14 лет

От 15 до 30 лет

От 31 года и старше

К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:

Менингококкового носительства

Менингококкцемии

Менингококкового менингита

Менингоэнцефалита

Смешанного варианта менингококкцемии с гнойным менингитом

Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

Посев ликвора на менингококк

Мазок из ротоглотки и носа на менингококк

Посев крови на менингококк

Бактериоскопия толстой капли крови

Бактериоскопия ликвора

Для менингококкцемии характерны следующие клинические симптомы, кроме:

Гепатоспленомегалии

Острое развитие заболевания

Высокая лихорадка

Головная боль, озноб, слабость

В первые два дня на кожных покровах появляется геморрагическая сыпь

Сверхострой форме менингококкцемии свойственно все перечисленное, кроме:

Геморрагическая сыпь на кожных покровах появляется постепенно в течение первых 2-х суток

Начало заболевания бурное с внезапным повышением температуры

На кожных покровах внезапно появляется обильная геморрагическая сыпь, образуя обширные геморрагии

Отмечается одышка, АД падает, пульс нитевидный

Возможны судороги, потеря сознания, температура понижается до нормальных цифр

Для менингококкового менингита характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

Появление геморрагической сыпи на коже нижних конечностей

Болезнь начинается остро с повышения температуры до 39 - 40 °С

Выраженная головная боль, усиливающаяся при повороте головы

Появление рвоты с 1 - го дня болезни

Появление менингеальных знаков

К особенностям клиники менингококкового менингита у детей до 1 года относится все перечисленное, кроме:

Появления на кожных покровах обильной геморрагической сыпи

Высокой температуры с первых часов заболевания

Менингеальной позы

Менингеальные симптомы отрицательные

Положительный симптом «подвешивания», Лесажа, выбухания большого родничка, запрокидывания головы

Для сверхострой формы менингококкового менингита характерны все перечисленные симптомы, кроме:

Появления множественной геморрагической сыпи на кожных покровах

Острейшего начала с высокой температуры

На фоне положительных менингеальных знаков — преобладание судорог и бессознательного состояния

Гиперемии и одутловатости лица, частого, глубокого дыхания

Тахикардии с аритмией или же брадикардии, повышения АД

Для менингококкового менингоэнцефалита характерны все перечисленные симптомы, кроме:

Менингеальных явлений выраженных нечетко

Острого начала, высокой температуры

Ранней потери сознания

Поражения III, IV, VIII, XII пар черепных нервов

Ярко выраженных менингеальных знаков

В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют:

Пенициллин, цефалоспорины

Левомецетин

Ампициллин

Сульфамонетоксин

Гентамицин

Клиническими показаниями к применению при менингококковом менингите максимальных доз пенициллина не являются:

Гепатоспленомегалия

Позднее поступления больного

Особо тяжелое течение инфекции

Запущенное течение менингита

Менингоэнцефалит

При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:

Левомецетин

Пенициллин

Гентамицин

Сульфамонетаксин

Сульфален

Для скарлатины характерны следующие клинические симптомы, кроме

Гепатоспленомегалии

Острое начало, лихорадка, интоксикация

Озноб, головная боль, боль в горле, тонзиллит

Точечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи со сгущением в естественных складках

Шелушение кожи после угасания сыпи

Легионелла относится к:

Бактериям

Простейшим

Микоплазмам

Хламидиям

Вирусам

Для распространенной формы дифтерии ротоглотки не характерно:

Гепатоспленомегалия

Фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация

Налет на миндалинах, небных дужках, язычке

Застойная гиперемия и отек миндалин, небных дужек, язычка, мягкого неба

Увеличение углочелюстных лимфатических узлов

Для токсической дифтерии ротоглотки не характерно:

Гепатоспленомегалия

Острое начало, тяжелое течение, высокая лихорадка

Головная боль, апатия, адинамия, бледность кожи

Грубый пленчатый налет на миндалинах и окружающих тканях ротоглотки, отек миндалин и окружающих тканей

Увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов, отек подкожной клетчатки шеи

Другие формы локализации дифтерии, кроме:

Ногтей

Дифтерия глаза, уха

Дифтерия наружных половых органов

Дифтерия кожи и ран

Дифтерия слизистой оболочки полости рта и желудочно - кишечного тракта

Для респираторного микоплазмоза характерны все перечисленные проявления, кроме:

Длительной высокой лихорадки

Упорного малопродуктивного кашля

Умеренно выраженной интоксикации

Лимфаденопатии

Длительных явлений бронхообструкции

Наиболее частая причина крупа у детей:

Вирус парагриппа

Вирус гриппа

Аденовирус

Микоплазма

Стрептококк

Основная причина бронхиолита у детей 1 - го полугодия жизни:

Респираторно - синтициальный вирус

Пневмоцисты

Вирус парагриппа

Стафилококк

Микоплазма

Наиболее частый возбудитель деструктивной пневмонии у детей:

Стафилококк

Микоплазма

Пневмококк

Грамотрицательные бактерии

Легионеллы

Основными симптомами острого периода скарлатины являются все перечисленные, кроме:

Артритов

Лихорадки, интоксикации

Острого тонзиллита, подчелюстного лимфаденита

Сливающейся точечной сыпи на гиперемированном фоне

Стгущения сыпи в естественных складках кожи

Для инфекционного мононуклеоза характерны все перечисленные симптомы, кроме:

Инфекционно - токсической энцефалопатии

Лимфоаденопатии с преимущественным увеличением задне-шейной группы лимфоузлов

Ангины

Гепатоспленомегалии

Наличия атипичных мононуклеаров

Для каких вирусных инфекций характерен судорожный синдром?

Грипп

Аденовирусная

Респираторно-синцитиальная

Риновирусная

При каких вирусных заболеваниях возникает синдром крупа?

Парагрипп

Риновирусная

Аденовирусная

Энтеровирусная

Какие вирусы обладают выраженной нейротропностью?

Грипп

Парагрипп

Риновирусы

Аденовирусы

Какой синдром из перечисленных наиболее характерен для парагриппа?

Синдром крупа

Энфалический

Менингеальный

Геморрагический

Какой синдром из перечисленных наиболее характерен для респираторно-синцитиальной инфекции?

Бронхообструктивный

Синдром крупа

Энцефалический

Диарейный

Какая сыпь патогномонична при типичной форме ветряной оспы в периоде разгара?

Везикулезная

Мелкоточечная

Пятнисто-папулезная

Пустуллезная

Укажите сроки появления сыпи при кори

на 3-4 день болезни

на 1-2 день болезни

на 2-3 день болезни

на 5-6 день болезни

Каковы типичные сроки развития энцефалита при кори?

позже 5 дня высыпания

в стадии продромы

на 1-2 день высыпания

на 3-5 день высыпания

При каких инфекциях отмечается крупная пятнисто-папулезная сыпь?

Корь

Скарлатина

Краснуха

Ветряная оспа

Какой симптом не характерен для больного инфекционным мононуклеозом?

Рвота

Лихорадка

Затрудненное дыхание через нос

Кашель

Для токсической формы дифтерии зева характерны все симптомы, кроме

Одышка

Лихорадка

Фибринозные налеты в зеве

Отек подкожной шейной клетчатки

Сладковато-приторный запах изо рта

С какими из перечисленных заболеваний следует дифференцировать скарлатину?

Псевдотуберкулез

Корь

Краснуха

Энтеровирусная инфекция

Атипичными формами течения ветряной оспы являются следующие, кроме:

Субклиническая

Рудиментарная

Геморрагическая

Гангренозная

Генерализованная

Укажите, где появляются первые элементы коревой сыпи?

За ушами, на лице

На туловище

На конечностях

На животе

Как проводится лечение носителей менингококка?

Антибактериальная терапия на участке

Антибактериальная терапия в условиях стационара

Какая локализация элементов сыпи имеет наибольшее значение для диагностики ветряной оспы?

- На волосистой части головы
- На туловище
- На конечностях
- На животе

В каком периоде беременности вирус краснухи оказывает наибольшее повреждающее действие на плод?

- В первые 3 месяца беременности
- В течение всей беременности
- В последний триместр беременности

Для дифтерии зева не характерно:

- Гепатоспленомегалия
- Повышение температуры тела
- Другие симптомы интоксикации
- Фибринозные трудноснимаемые налеты на миндалинах
- Увеличение подчелюстных лимфоузлов
- Отек шейной клетчатки

При дифтерии зева после снятия пленки с миндалин:

- Остаются кровоточащие эрозии
- Поверхность миндалин не кровоточит
- Поверхность миндалин слегка гиперемирована

Для продромального периода кори характерно все перечисленное, кроме:

- Болей в суставах
- Лихорадки
- Кашля
- Насморка
- Из перечисленных утверждений, касающихся коревой сыпи, выберите неверное:
 - Сыпь появляется одновременно
 - Сыпь появляется поэтапно
 - После угасания сыпи остается пигментация

Признаками общетоксического синдрома при гриппе являются все перечисленные, кроме:

- Кашель
- Лихорадка
- Артралгия
- Головная боль
- Боль в глазных яблоках

Среди утверждений о гриппе укажите неверное:

- Желтуха
- Острое начало заболевания
- Преобладание общетоксического синдрома над респираторным
- Геморрагический синдром

При осмотре больного гриппом выявляются следующие признаки, кроме:

Симптомы раздражения брюшины
Гиперемия лица
Иньекция сосудов склер, конъюнктивы
Гиперемия и зернистость слизистой оболочки зева

К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:
Назофарингита
Менингита
Менингококцемии

Основными клиническими симптомами менингококцемии являются все перечисленные, кроме:
Желтухи
Лихорадки, головной боли
Тахикардии
Снижения артериального давления
Геморрагической сыпи

Признаками инфекционно-токсического шока при менингококковой инфекции являются все перечисленные, кроме:
Дефицита жидкости
Снижения температуры тела до нормы и ниже
Снижения артериального давления
Потери сознания
Геморрагического синдрома, анурии
Судорог
Нарушения периферического кровообращения

Изменчивость антигенной структуры наиболее характерна для вируса гриппа
А
В
С

Какие симптомы не характерны для аденовирусной инфекции
узловая эритема
склерит, конъюнктивит
катаральные явления в зеве
увеличение лимфоузлов

Бронхиолит является характерным проявлением
респираторно-синцитиальной инфекции
микоплазменной инфекции
аденовирусной
риновирусной

Для лечения герпетической инфекции показаны
зовиракс
сульфаниламиды
преднизолон

Возможны следующие пути инфицирования вирусом цитомегалии, кроме

алиментарного
парентерального
трансплацентарного
воздушно-капельного

После контакта с больным опоясывающим герпесом ребенок может заболеть
ветряной оспой
опоясывающим герпесом
простым герпесом

Среди утверждений о синдроме Рейтера укажите неверное
лимфаденит
артрит
конъюнктивит
уретрит

Среди утверждений о клинических формах легионеллеза укажите неверное
желудочно-кишечная форма
пневмоническая форма
по типу ОРЗ

Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:
Повышение активности АлАТ и АсАТ
Повышение уровня билирубина сыворотки крови
Гипоальбуминемия
Гипопротромбинемия

Наиболее ранний лабораторный показатель цитолитического синдрома
Повышение активности АлАТ
Повышение уровня билирубина сыворотки крови
Повышение активности АсАТ
Снижение уровня альбумина сыворотки крови

Механизм передачи вируса гепатита А:
Фекально – оральный
Аспирационный
Артифициальный
Контактный
Вертикальный

Острый вирусный гепатит А верифицируется:
Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgM
Повышением активности АлАТ
Повышением уровня билирубина сыворотки крови
Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG
Повышением уровня иммуноглобулинов основных классов

Вирус гепатита В:
ДНК - содержащий гепаднавирус
РНК - содержащий гепаднавирус
ДНК - содержащий энтеровирус
РНК - содержащий пикорнавирус

РНК - содержащий ретровирус

К основным путям и механизмам передачи вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:

- Трансмиссивного
- Вертикального
- Контактного
- Парентерального
- Трансфузионного

Наиболее частые варианты преджелтушного периода при вирусном гепатите В:

- Смешанный
- Артралгический
- Диспепсический
- Астеновегетативный
- Аллергический

Общая продолжительность преджелтушного периода при вирусном гепатите В обычно составляет:

- 6 - 30 дней
- 1 - 5 дней
- 31 -40 дней
- 41 -60 дней
- Более 60 дней

В качестве этиотропной терапии хронического ВГВ применяют:

- Противовирусные препараты
- Кортикостероиды
- Иммуномодуляторы
- Цитостатики
- Антибиотики

Наиболее часто гепатит возникает при всех перечисленных вирусных заболеваниях, кроме:

- Гриппа
- ВПГ-1,2
- Инфекционного мононуклеоза
- Цитомегаловирусной инфекции
- Энтеровирусной инфекции

Поражение печени характерно для всех перечисленных бактериальных инфекций, кроме:

- Дизентерии
- Лептоспироза
- Псевдотуберкулеза
- Иерсиниоза
- Бруцеллеза

Поражение печени не может отмечаться при:

- Кори
- Амебиазе
- Токсоплазмозе
- Малярии

Лейшманиозе

Возбудитель не паразитирует в ткани печени или желчевыводящих путях при:

Кори

Эхинококкозе

Фасциолезе

Описторхозе

Шистосомозах

Какова максимальная длительность инкубационного периода при вирусном гепатите А?

45-50 дней

10 дней

20 дней

30 дней

Какова максимальная длительность инкубационного периода при вирусном гепатите В?

6 месяцев

1 месяц

2-3 месяца

3-4 месяца

Клиническими вариантами течения дельта - инфекции могут быть следующие, кроме острый гепатит Д

ко-инфекция

суперинфекция

Основными клиническими симптомами острого гепатита С являются все перечисленные, кроме

Катаральные явления

Интоксикация в желтушном периоде

Желтуха

Гепатолиенальный синдром

Темная моча

Укажите серологические маркеры гепатита С.

Анти- HCV

Анти- CMV

Анти-НВс IgM

Анти-HAV IgM

В какие сроки от начала заболевания можно установить диагноз хронического вирусного гепатита В?

Через 6 месяцев

Через 3 месяца

Через 4 месяца

Через 5 месяцев

Основными клинико - лабораторными критериями холестаза являются все перечисленные, кроме

Геморрагических высыпаний

Зуда кожи

Желтухи

Повышение активности щелочной фосфатазы

Расчесов на коже
Повышения уровня холестерина в крови.

К признакам злокачественного течения гепатита В относятся все перечисленные, кроме
Увеличения размеров печени
Уменьшения размеров печени
Геморрагического синдрома
Усиления желтухи

Сезонность характерна:
Для гепатита А
Для гепатита В
Для гепатита С

Полное выздоровление больного гепатитом В подтверждается наличием в крови
анти-НВs
НВsAg
анти-НВс IgM

Наиболее достоверными признаками цирроза печени являются все перечисленные, кроме
лихорадки
гиперспленизма
асцита
Наиболее информативными методами диагностики хронического гепатита являются все
перечисленные, кроме
обзорной рентгенографии органов брюшной полости
УЗИ органов брюшной полости
определение серологических маркеров гепатитов
определение активности печеночноклеточных ферментов

К ведущим симптомам хронического гепатита В относятся все перечисленные, кроме
уменьшение размеров печени
увеличение размеров печени
увеличение селезенки
телеангиэктазии
астеновегетативного синдрома

Исключите неправильное утверждение: гепатолиенальный синдром характерен для
следующих инфекций
гриппа
лептоспироза
инфекционного мононуклеоза
сыпного тифа
возвратного эпидемического тифа

Вакцинопрофилактика гепатита А проводится следующими препаратами, кроме
иммуноглобулина
вакцины "Геп А инвак"
вакцины "Хаврикс 1440"

Для клиники цирроза печени не характерны
катаральный синдром

диспептические расстройства
астеновегетативные нарушения
синдром портальной гипертензии
гиперспленизм

После вакцинации против гепатита В в крови определяются
анти-НВs
НВsАg
НbeАg
анти-Нbe

При чуме имеют место все следующие пути передачи, кроме:
Парентерального
Трансмиссивного
Контактного
Алиментарного
Воздушно- капельного

Для чумы характерны все следующие эпидемиологические закономерности, кроме:
Тяжесть заболевания не связана со штаммом возбудителя чумы
Эпидемии чумы следуют за эпизоотиями ее среди грызунов;
Заболеваемость имеет сезонный характер;
Возникновение эпидемий чумы обусловлено не только биологическими, но социально -
бытовыми факторами;
К особо опасным инфекциям чума относится вследствие высокой летальности и
склонности к пандемическому распространению

Наиболее важным в характеристике первичного бубона при чуме является:
Отек болезненный и равномерный
Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка
Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвет
Первичный бубон чаще единичный
Локализуется в паховой, подмышечной, шейной, околоушной области

По классификации ВОЗ различают следующие клинические формы чумы, кроме:
Гриппоподобную
Кожную
Бубонную
Легочную
Септическую

В отличие от сибирязвенного карбункула при чуме:
Определяется резкая болезненность при пальпации
Нет стекловидного отека подлежащих тканей
Нет дополнительных пузырьчатых высыпаний вокруг черного струпа
Содержимое пустулы кровянисто - гнойное с обилием возбудителя чумы

Для антибактериального лечения чумы не применяют:
Азитромицин
Стрептомицин
Тетрациклины
Левомецетин

Гентамицин

Мероприятия, направленные на предупреждение завоза чумы:

Врачебный осмотр пассажиров

Санитарный осмотр грузов, багажа, транспортных средств, следующих через портовые города

Выявление и изоляция больных, подозрительных на заражение чумой

Обследование и врачебное наблюдение в течение 6 дней за лицами, прибывающими из зон, неблагоприятных по чуме

Факторами передачи возбудителей сибирской язвы служат:

Выделения больных животных и их трупы

Пищевые продукты, приготовленные из мяса и молока больных животных

Почва, вода и воздух, обсемененные сибирезвеными спорами

Предметы, изготовленные из инфицированного животного сырья: головные уборы, рукавицы, чулки, одеяла, щетки и др.

Для сибирской язвы характерны эпидемиологические закономерности:

Высокая устойчивость возбудителя во внешней среде

Летне-осенняя сезонность заболевания

Наибольшая заболеваемость среди мужчин

Развитие болезни обусловлено характером трудовой деятельности и особенностями быта

В патогенезе сибирской язвы имеет значение:

Внедрение возбудителя через кожу, слизистые оболочки дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта

Поражение регионарных лимфатических узлов

Генерализация процесса при лимфогенном и гематогенном распространении возбудителя

Токсемия, приводящая к развитию токсико-инфекционного шока

Различают следующие клинические варианты сибирской язвы:

Локализованную (кожную и висцеральную)

Генерализованную вторичную

Сибирезвены сепсис

Типичными симптомами сибирезвеного карбункула являются все перечисленные, кроме:

Наличие болезненности в зоне некроза

Наличия язвы с темным дном

Выраженного воспалительного отека по краям язвы

Обильного отделения серозной или геморрагической жидкости

Появления «дочерних» пузырьков по периферии язвы

Профилактические ветеринарно-санитарные мероприятия при сибирской язве:

Изоляция и лечение больных животных

Дезинфекция в очаге с соблюдением необходимых правил при захоронении трупов в скотомогильниках

Контроль за выпуском и реализацией животного сырья

Вакцинация животных и людей

В патогенезе желтой лихорадки наибольшее значение имеют все перечисленные фазы, кроме:

Токсинемии

Внедрения вируса при укусе комара через кожу

Лимфогенного заноса вируса в регионарные лимфоузлы

Вирусемии

Поражения эндотелия капилляров внутренних органов и раз вития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

Профилактика желтой лихорадки включает следующие меры:

Изоляция больного в боксе на первые 5 дней болезни

Работа медицинского персонала в спецодежде

Уничтожение комаров - переносчиков в эпидемических очагах

Вакцинация населения вакциной 17Д «Дакар»

Сибирская язва - острая инфекционная болезнь из группы

зоонозов

сапронозов

антропонозов

Основным местом локализации возбудителя сибирской язвы являются

лимфатические узлы, место внедрения

кишечник

легкие

Для сибирязвенного карбункула характерно все перечисленное, кроме

расположен на неинфильтрированном основании

расположен на плотном инфильтрированном основании

окружен венчиком яркой гиперемии

вокруг развивается обширный желеобразный отек мягких тканей

отсутствие болевой чувствительности в области карбункула и в зоне отека

Средствами специфической профилактики желтой лихорадки являются

иммунизация

ношение спецодежды

дезинсекция

Основными симптомами холеры являются все перечисленные, кроме

Гипертермии

Жидкого водянистого стула

Жажды

Рвоты

Ведущим звеном патогенеза при холере является:

Потеря воды и электролитов

Интоксикация

Потеря белков

Особенности испражнений при холере:

Типа "рисового отвара", без запаха

Жидкие, калового характера, с примесью слизи, крови

Сохраняют каловый запах

Основные клинические симптомы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:

Лихорадка, сухость во рту, жажда, рвота

Боли в поясничной области, светобоязнь одутловатость лица, век

Кровоизлияния в склеры, в места инъекций, желудочные, маточные кровотечения

Снижение диуреза, упорная бессонница, неадекватное поведение больного, наличие менингеальных знаков

Основные клинические синдромы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:

Менингоэнцефалитический

Абдоминальный

Геморрагический

Интоксикационный

Из серологических реакций для диагностики хронического бруцеллеза применяют реакцию:

Агглютинации (Райта)

Непрямой гемагглютинации (РНГА)

Хеддельсона

Кумбса

Основные принципы профилактики бруцеллеза:

Ликвидация инфекции среди с/х животных

Обеззараживание продуктов и сырья животного происхождения

Создание устойчивости к бруцеллезу у людей

При туляремии возможны все перечисленные пути заражения, кроме:

Парентерального

Контактного

Алиментарного

Аспирационного

Трансмиссивного

К основным клиническим симптомам при туляремии относятся все перечисленные, кроме:

Анурии

Лихорадки, головной боли, потливости

Лимфаденопатии, полиморфной сыпи

Гепатолиенального синдрома

Болей в мышцах ног, спины, поясницы

Для генерализованной формы туляремии характерны следующие признаки:

Длительная лихорадка, выраженная интоксикация

Генерализованная лимфаденопатия, отсутствие первичного аффекта и регионарного лимфаденита

Увеличение печени, селезенки

Высыпания на коже

Для диагностики туляремии применяют:

Серологические реакции

Кожно - аллергическую пробу

Биологический метод

Дифференциальную диагностику туляремии следует прежде проводить с:
Сибирской язвой, бруцеллезом, чумой
Неспецифическим или туберкулезным лимфаденитом
Дифтерией, ангиной
Тифо - паратифозными заболеваниями, пневмонией

Для лечения туляремии не применяют:
Азитромицин
Рифампицин
Гентамицин
Тетрациклин
Левомецетин

К общим методам профилактики при туляремии относятся:
Гидромелиоративные работы и усовершенствование системы агротехнических мероприятий
Истребление грызунов, соблюдение техники безопасности при работе с культурой
Санитарно-просветительная работа
Проведение плановой вакцинации в очагах туляремии
Основные фазы патогенеза лептоспироза:
Первичная лептоспиремия
Размножение лептоспир в органах и тканях
Генерализация инфекции, лептоспиремия
Органые поражения, токсемия, универсальный капилляротоксикоз

Ведущие клинические признаки лептоспироза:
Лихорадка, интоксикация, головная боль
Боли в затылочных, икроножных мышцах, мышцах спины и живота
Геморрагический синдром, высыпания на коже
Увеличение печени и селезенки, олигоанурия, желтуха

Для лептоспироза характерны:
Гиперемия лица, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктив
Увеличение печени со 2-3 дня заболевай
Увеличение селезенки менее чем у 50% больных
Нейротоксикоз

Проявления геморрагического синдрома при лептоспирозе:
Петехиальная сыпь на коже
Кровоизлияния под конъюнктиву, в склере
Носовые, желудочные, маточные, кишечные кровотечения
Кровоизлияния в мозг, миокард и друг органы

Основная причина смерти при лептоспирозе:
Острая почечная недостаточность
Токсико - инфекционный шок
Менингит
Острая печеночная недостаточность
Острая недостаточность надпочечников

Для диагностики лептоспироза применяют следующие лабораторные исследования, кроме:

- Определения клиренса креатина
- Обнаружения лептоспир в крови и моче при микроскопии
- Заражения лабораторных животных
- Серологических реакций
- Посева крови, мочи, ликвора

В качестве этиотропной терапии при лептоспирозе чаще применяют:

- Пенициллин
- Левомецетин
- Ампициллин
- Гентамицин
- Ванкомицин

Возбудитель токсоплазмоза относится к:

- Простейшим
- Вирусам
- Бактериям
- Грибам
- Прионам

Для острого токсоплазмоза не характерны следующие клинические проявления:

- Нейротоксикоз
- Увеличение лимфатических узлов
- Повышение температуры тела
- Ухудшение самочувствия
- Летучие боли в мышцах, суставах

Основной резервуар и источник инфекции псевдотуберкулеза:

- Мышевидные грызуны
- Свиньи
- Собаки
- Кошки
- Коровы

Ведущий путь передачи псевдотуберкулеза:

- Пищевой
- Контактный
- Воздушно - капельный
- Трансмиссивный
- Парентеральный

При псевдотуберкулезе сыпь:

- Наблюдается во всех случаях заболевания
- Мелкопятнистая или точечная, иногда с наличием геморрагии или петехий
- Появляется на 1-6 день болезни
- После исчезновения сыпи часто проявляется пластинчатое шелушение

При обострении псевдотуберкулеза наблюдают:

- Ухудшение общего состояния
- Повышение температуры тела

Появление новых органических поражений

Симптомы поражения печени при псевдотуберкулезе:

Боли в правом подреберье

Гепатомегалия

Желтуха

Повышенная активность трансфераз

Для лабораторной диагностики псевдотуберкулеза применяют все перечисленное, кроме:

Обнаружение иерсиний в моче при микроскопии

Посева кала, мочи и смывов из зева

Посева крови

Реакции агглютинации

Реакции непрямой гемагглютинации

Возбудитель псевдотуберкулеза не чувствителен к:

Азитромицину

Левомецетину

Цефамезину

Ципрофлоксацину

Гентамицину, нетромицину

Длительность курса лечения псевдотуберкулеза левомецетином:

14 дней

7 дней

10 дней

21 день

40 дней

Патогенетическая терапия псевдотуберкулеза включает:

Дезинтоксикацию

Дезинтоксикацию и десенсибилизацию

Хирургическое лечение

Фототерапию

Основными эпидемиологическими характеристиками иерсиниоза являются все перечисленные, исключая:

Возбудитель образует споры

Зооноз

Основной путь передачи - алиментарный

Заболеваемость выше в холодное время года

Возбудитель может размножаться при 0-9 гр С

Инкубационный период при иерсиниозе составляет:

1-6 дней

7-14 дней

15-21 день

22-35 дней

Более 35 дней

Основные клинические симптомы гастроэнтероколитической формы иерсиниоза:

Острое начало, лихорадка, интоксикация

Озноб, бессонница, головная боль
Боли в животе, жидкий стул, возможна рвота
Локальная болезненность при пальпации в правой подвздошной области

Основные характеристики гастроэнтероколитической формы иерсиниоза:
Встречается чаще, чем другие клинические формы (70%)
Тяжелое течение редко
Температура обычно субфебрильная, интоксикация выражена слабо
Стул от 2 до 15 раз в сутки, примесь крови редко

При иерсиниозе могут наблюдаться все следующие симп-томы, кроме:
Бульбарных расстройств
Желтухи
Высыпаний на коже, артралгий
Лимфаденопатии, узловатой эритемы

Увеличения печени и селезенки

Иерсиниоз может протекать в виде:
Мезентериального лимфаденита
Паренхиматозного гепатита
Аппендицита, терминального илеита
Поражения суставов, лакунарной ангины

Фазы патогенеза орнитоза:
Проникновение возбудителя в клетки эпителия бронхов, бронхоиол и альвеол
Размножение возбудителя внутри клетки
Проникновение возбудителя в кровь, токсемия
Гематогенное поражение органов с формированием вторичных очагов

Клинические формы течения орнитоза:
Пневмоническая
Менингопневмония
Менингит
Орнитоз без поражения легких

Инкубационный период при орнитозе:
6-17 дней
1-5 дней
18-21 день
22-28 дней
29-35 дней

Симптомы поражения органов дыхания при орнитозе:
Чаще появляются на 2-4 день болезни.
Умеренный кашель, сухой или с отделением мокроты.
Боли в груди плеврального характер
Физикальные признаки пневмонии

Доброкачественный лимфоретикулез вызывается:
Бактериями
Вирусами

Хламидиями
Простейшими
Грибами

Источник и резервуар инфекции при доброкачественном лимфоретикулезе:

Кошки
Собаки
Домашние птицы
Больной человек
Крупный рогатый скот

Основными клиническими симптомами при доброкаче-ственном лимфоретикулезе являются:

Первичный аффект, лихорадка
Регионарный лимфаденит
Общая интоксикация
Гепатоспленомегалия

При болезни кошачьей царапины не могут наблюдаться:

Радикулит
Глазные формы болезни
Миокардит
Полиаденопатия
Энцефаломиелит

Основной путь передачи инфекции при геморрагической лихорадке с почечным синдромом

воздушно-капельный
контактно-бытовой
парентеральный
фекально-оральный

В основе патогенеза ГЛПС лежит

системное деструктивное поражение стенки мелких сосудов
эндотоксемия
сосудистый гранулематоз

Из перечисленных утверждений, касающихся ГЛПС, выберите неверное

гепатолиенальный синдром
избирательное поражение эндотелия мелких сосудов капилляров
цикличность
интоксикация
почечный синдром
геморрагический синдром

Среди утверждений о крымской геморрагической лихорадке укажите неверное
склонная к пандемическому распространению

природно-очаговая вирусная болезнь
передается иксодовыми клещами
возбудителем является арбовирус
характерна весенне-летняя сезонность

Основными клиническими симптомами крымской геморрагической лихорадки являются все перечисленные, кроме
постепенного начала заболевания
острого начала заболевания
болей в животе и пояснице
геморрагического диатеза
тахикардии, снижения АД
альбуминурии, микрогематурии

Все перечисленные методы диагностики ГЛПС верны, кроме
микроскопического
клинического
реакции иммунофлюоресценции
реакции гемолиза куриных эритроцитов
Основными клиническими симптомами иерсиниоза являются все перечисленные, кроме
Полиурия
Боли в животе
Жидкий стул
Гепатоспленомегалия
Экзантема

Грызуны являются основным источником инфекции при:
кишечном иерсиниозе
энтерогеморрагическом эшерихиозе
клостридиозе иффрингенс типа А и С
паратифе С
кампилобактериозе
сальмонеллезе

Какие симптомы не характерны для псевдотуберкулеза
Поражение ЦНС
Интоксикация
Поражение органов брюшной полости
Поражение печени
Экзантема

Какие симптомы не характерны для туляремии
Поражение почек
Лихорадка
Гепатолиенальный синдром
Пятнисто-папулезная сыпь
Лимфаденит
Боли в горле

Какой симптом не характерен для приобретенного токсоплазмоза?
Выраженный катар верхних дыхательных путей
Увеличение размеров печени
Увеличение селезенки
Увеличение периферических лимфоузлов
Пятнисто-папулезная сыпь

Сыпь при иерсиниозе чаще:

Мелкопапулезная
Крупнопятнистая
Эритематозная
Геморрагическая

Основными симптомами лептоспироза являются все перечисленные, кроме:

Кашля, насморка
Лихорадки
Головной боли
Болей в мышцах
Гиперемии лица

Для лептоспироза характерно все перечисленное, кроме:

Ангины
Острого начала
Сезонности
Озноба
Желтухи

Характерными данными эпиданамнеза при лептоспирозе являются все перечисленные, кроме:

Контакта с больным лептоспирозом
Купания в закрытых водоемах
Наличия грызунов в доме, на приусадебном участке
Работы в животноводческих комплексах

Среди утверждений о лептоспирозе укажите неверное

микроб тропен к легким, миокарду
эндотоксин лептоспироза нарушает целостность эндотелия капилляров
эндотоксин повышает агрегационную активность тромбоцитов
микроб тропен к почкам, печени, надпочечникам, ЦНС

Какие изменения в гемограмме не характерны для лептоспироза

лейкопения
лейкоцитоз
нейтрофиллез
лимфопения
ускоренное СОЭ

Осложнениями при лептоспирозе могут быть все перечисленные, кроме

гиповолемического шока
инфекционно-токсического шока
острой почечной недостаточности
острой почечно-печеночной недостаточности

Источниками инфекции при токсоплазмозе могут быть все перечисленные, кроме человека

кошек
собак
сельскохозяйственных животных
домашних птиц

Для острого токсоплазмоза не характерно
поражение почек
продромальный период
лимфаденопатия
розеолезно-папулезная сыпь
увеличение печени и селезенки
поражение ЦНС

Для хронического токсоплазмоза не характерно
манифестное течение
носительство
субклинические формы

Для диагностики токсоплазмоза применяются все перечисленные методы, кроме
бактериоскопического метода
паразитологического
серологического

Для туляремии характерны следующие формы, кроме
Менингеальной
бубонной
язвенно-бубонной
глазобубонной
ангинозно-бубонной
абдоминальной
легочной
генерализованной

Среди клинических форм, характерных для иерсиниоза, укажите неверное
легочная форма
желудочно-кишечная форма
генерализованная форма
суставная форма
иерсиниозный гепатит
псевдоаппендикулярная форма

Какие симптомы не характерны для острого бруцеллеза
лакунарная ангина
неправильный или волнообразный тип лихорадки
лимфополиадения
поражение желудочно-кишечного тракта

Для острого рецидивирующего бруцеллеза не характерны
менингеальный синдром
устойчивый субфебрилитет
астеновегетативный синдром
гепатолиенальный синдром
артриты, бурситы, синовиты

При бруцеллезе не характерно поражение нервной системы в виде
параличей
менингита и менингоэнцефалита

невритов
радикулитов

Орнитоз - это заболевание вызываемое
хламидиями
риккетсиями
микоплазмами

После перенесенного орнитоза формируется иммунитет
ненапряженный
напряженный

Основной путь передачи орнитоза
воздушно-капельный
алиментарный
трансмиссивный

Среди клинических симптомов, характерных для орнитоза, укажите неверное
поражение кроветворной системы
поражение легких и бронхов
нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы
поражение нервной системы
поражение печени и селезенки

Лечение орнитоза наиболее эффективно при использовании
макролидов
аминогликозидов
нитрофуранов
цефалоспоринов

Наиболее оптимальным экспресс-методом диагностики хламидиоза является
иммуноферментный анализ
посев материала на питательные среды
реакция непрямой гемагглютинации
реакция связывания комплемента

Возбудителем сыпного тифа является риккетсия
Провачека
Музера
Акари
Бернета
Киари

Источником сыпного тифа является:
Больной человек
Клещи
Домашние животные
Грызуны

Передача возбудителя при сыпном тифе осуществляется:
Вшами
Комарами

Клещами
Грызунами

Передача инфекции при сыпном тифе осуществляется всеми перечисленными путями, кроме:

Фекально-орального
Через поврежденную кожу
Через слизистые
Аспирационного
Трансмиссивного

В начале заболевания сыпным тифом характерны все перечисленные симптомы, кроме:

Нейротоксикоза
Гиперемии лица
Инъекции сосудов склер
Энантемы на мягком небе
Высыпания на конъюнктиве

Для сыпи при сыпном тифе характерны:

Относительно обильная
Розеолезно-петехиальная
Полиморфизм элементов
Фестончатость краев розеол

К особенностям сыпи при сыпном тифе относятся:

Розеола могут превратиться в папулу
Сыпь редко располагается на лице
Сыпь может располагаться на ладонных и стопных поверхностях
Возможно полное отсутствие элементов сыпи

Поражения сердечно-сосудистой системы при сыпном тифе проявляется всеми следующими симптомами, кроме:

Повышения цифр АД
Тахикардии
Глухости сердечных тонов
Расширения границ сердечной тупости
Изменений на ЭКГ

Для поражения нервной системы при сыпном тифе характерно:

Развитие менингита
Бульбарные расстройства
Развитие энцефалита
Развитие полирадикулоневрита

К неблагоприятным прогностическим признакам при сыпном тифе относят все перечисленные симптомы, кроме:

Обильной розеолезной сыпи
Статического тремора
Менингеального синдрома
Лейкоцитоза
Снижения цифр АД

К осложнениям сыпного тифа относятся:
Острая сердечно-сосудистая недостаточность
Миокардит
Психоз
Тромбофлебиты

Путь передачи Ку-лихорадки:
Алиментарный
Воздушно-капельный
Трансмиссивный
Контактный

Переносчиками лейшманиоза являются:
Москиты
Комары
Мухи
Клещи

Основными звеньями патогенеза кожных форм лейшманиоза является:
Проникновение и размножение возбудителя в месте входных ворот
Образование специфической гранулемы
Развитие некротических процессов в гранулеме
Образование и рубцевание язв

Характеристика эритемы при роже:
Яркая равномерная окраска
Четкие границы, тенденция к периферическому распространению
Возвышается над интактной кожей
Края неправильной формы

Для отека при роже не характерны:
Отслойка эпителия
Образование пузырей различных размеров, заполненных серозным или геморрагическим содержимым
Наличие сопутствующих лимфангитов

Основными клиническими симптомами столбняка являются все перечисленные, кроме:
Повышения температуры тела
Тризма
Тонического напряжения мышц лица, затылка, спины, живота и конечностей, межреберных мышц
Дисфагии

Для больных столбняком характерно:
Ясное сознание
Спутанное сознание
Полная потеря сознания

Среди клинических форм малярии укажите неверное
инаппарантная малярия
трехдневная малярия
малярия овале

четырёхдневная малярия
тропическая малярия

Какие клинические симптомы не характерны для малярии?

Резко выраженные катаральные явления
Периодические приступы лихорадки
Увеличение печени
Увеличение селезенки
Прогрессирующая анемия

Какие симптомы не характерны для больных сыпным тифом?

Жидкий стул
Лихорадка
Головная боль, раздражительность, бессонница
Головокружение
Озноб

Заражение малярией происходит в результате укуса

комара рода анофелес
комара рода куликс
иксодового клеща
блохи
платяной вши

Возбудителем малярии являются

Простейшие
бактерии
рикетсии

Лейшманиоз может протекать в следующих формах, кроме

легочной
висцеральной
кожной

Возбудителем рожи является

бета-гемолитический стрептококк группы А
бета-гемолитический стрептококк группы В
стафилококк

Среди клинических форм, характерных для рожи, укажите неверное

катаральная
эритематозная
эритематозно-буллезная
эритематозно-геморрагическая
буллезно-геморрагическая

Укажите наиболее частую локализацию рожи

нижние конечности
половые органы
туловище

Основными элементами рожи являются все перечисленные, кроме

абсцесса
эритемы
лимфостаза
регионарного лимфаденита

Возбудителями гнойных бактериальных менингитов могут быть:

Менингококк, пневмококк
Клебсиелла, гемофильная палочка
Стрептококк, стафилококк
Синегнойная палочка, протей

Для пневмококкового менингита характерны все следующие признаки, кроме:

Серозного характера ликвора
Острого начала
Ранних признаков менингоэнцефалита
Высокой летальности
Гнойного характера ликвора

Для инфлюэнц менингита характерны все следующие признаки, кроме:

Заболевание протекает в легкой форме
Чаще болеют дети от 2-х месяцев до 3-х лет
Возбудителем является грамотрицательная гемофильная палочка гемофильнос инфлюэнца
Ликвор гнойный с большим количество возбудителя
Часто в исходе заболевания наблюдается, продуктивный лептопахименингит,
эпендиматит

Возбудителями серозных бактериальных менингитов являются все перечисленные, кроме:

Энтеровирусов
Бруцелл
Лептоспир
Микобактерий туберкулеза
Листерий

Серозные изменения в ликворе при гнойном менингите:

Характерны для начальной стадии процесса
Не бывают
Бывают при менингите вирусно-бактериальной этиологии
Характерны для менингококковой и пневмококковой этиологии
Отмечены в запущенных случаях

К первичным серозным вирусным менингитам относятся все перечисленные, кроме:

Брюшнотифозного менингита
Острого лимфоцитарного хориоменингита
Туберкулезного менингита
Герпетического менингита
Энтеровирусных менингитов

Для энтеровирусных менингитов характерно все перечисленное, кроме:

Гнойный характер ликвора
Летне-осенняя сезонность
Острый характер заболевания
Двух-, трехволновая лихорадка

Коревой энцефалит может протекать со следующими симптомами:

- Сонливость, заторможенность
- Поражение зрительного и слухового нервов
- Параличи конечностей
- Отсутствие брюшных рефлексов

Краснуха (энцефалитическая форма) имеет следующие особенности:

- Развивается редко
- Признаки энцефалита появляются вскоре после исчезновения сыпи или на фоне экзантемы
- Отмечается тяжелое течение и высокая летальность
- Проявляется очаговыми поражениями, развитием гемипарезов

Для препаралитической стадии полиомиелита характерны все следующие симптомы, кроме

- Развитие судорог
- Вялость, сонливость
- Появление болей в позвоночнике и конечностях
- Появление менингеального синдрома
- Повышение температуры тела

Для паралитической стадии полиомиелита характерны:

- Улучшение самочувствия больного, уменьшения интоксикации
- Снижение тонуса мышц и сухожильных рефлексов
- Развитие вялых параличей
- Поражения черепно-мозговых нервов

Серьезные менингиты при энтеровирусной инфекции характеризуются всем перечисленным, кроме:

- Гнойным цитозом в разгар болезни, повышенным содержанием белка в ликворе
- Острого начала заболевания, длительности лихорадочного периода 4-7 дней, иногда двухволнового течения лихорадки
- Наличия менингеального синдрома
- Гиперемией лица, конъюнктив, склер, иногда наличием экзантемы
- Лимфоцитарным цитозом, нормальным содержанием белка в ликворе

Основные причины поствакцинальных поражений нервной системы связаны с:

- Нарушением условий и техники прививок
- Проведением прививок в момент заболевания острыми инфекционными заболеваниями
- Проведением прививок на фоне тяжелых соматических заболеваний
- Проведением прививок у больных с тяжелыми аллергическими заболеваниями, у больных с иммунодефицитами

Поствакцинальные поражения нервной системы могут протекать в виде

- Поствакцинальных энцефалитов
- Менингоэнцефалитов
- Энцефаломиелитов
- Энцефалопатии

Поствакцинальный энцефалит и менингоэнцефалит характеризуется следующими клиническими проявлениями:

Чаще всего развивается через 10 - 12 дней после прививки
Начало острое, высокая температура
Отек и набухание головного мозга
Моно и гемипарезы

Для лечения поствакцинальных осложнений со стороны ЦНС применяют:
Кортикостероидную терапию
Дезинтоксикационную терапию
Борьбу с диссеминацией вируса вакцины (введение специфического γ -глобулина)
Антибактериальную терапию

Основными источниками инфекции при бешенстве являются:
Собаки
Лисы
Волки
Сельскохозяйственные животные

Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни

1. Дайте характеристику первичных и вторичных элементов сыпи, встречающихся в клинике инфекционных заболеваний.
2. Понятие «лихорадка» в практике врача-инфекциониста. Характеристика основных типов лихорадок, встречающихся в инфектологии.
3. Опишите основные изменения состояния периферических лимфатических узлов, встречающихся в инфектологии.
4. Опишите изменения кожных покровов у инфекционных больных.
5. Провести дифференциальную диагностику сыпи у больных корью и краснухой.
6. Основные дифференциально-диагностические критерии элементов сыпи, встречающихся у больных скарлатиной, псевдотуберкулезом и иерсиниозом.
7. Дать характеристику кожных проявлений при клещевом системном боррелиозе.
8. Провести дифференциальную диагностику первичных аффектов, встречающихся при сибирской язве, туляремии, чуме.
9. Дать характеристику кожных проявлений при эритематозной и эритематозно-геморрагической форме рожи.
10. Дать характеристику кожным проявлениям при эритематозно-буллезной и буллезно-геморрагической форме рожи.
11. Дайте характеристику геморрагической сыпи, встречающейся в инфектологии.
12. Дайте характеристику элементам геморрагической сыпи при менингококкцемии.
13. Назовите основные дифференциально-диагностические критерии сыпи при простом и опоясывающем герпесе. Оценка степени тяжести.
14. Дайте характеристику основным симптомам поражения слизистых оболочек полости рта, встречающихся в инфектологии.
15. Провести дифференциальную диагностику (клинико-лабораторную) основных типов желтух.
16. Понятие «диарея». Перечислите основные виды диарей, встречающиеся в практике инфекциониста, и назовите механизмы их развития.
17. Оцените степени дегидратации у больных холерой. Проведите расчет жидкости по формуле Филлипса для проведения регидратации больным холерой.
18. Назовите основные критерии первичной регидратации больным холерой (объем, длительность введения, характеристика растворов).

19. Назовите основные изменения в общем анализе кала, характерные для инфекционных больных с поражением желудочно-кишечного тракта.
20. Правила проведения RRS исследования. Интерпретация результатов. Дифференциальные признаки при RRS у больных.
21. Проведите неврологическое обследование больного при подозрении на нейроинфекцию.
22. Правила и техника проведения люмбальной пункции у больных с менингеальным синдромом.
23. Выявление глазных симптомов, характерных для диагностики нейроинфекции.
24. Перечислите основные изменения со стороны органов зрения у инфекционных больных.
25. Диагностика и дифференциальная диагностика неврологических симптомов, встречающихся при ботулизме.
26. Выявите и опишите симптомы поражения верхних дыхательных путей (фарингит, ларингит, трахеит, бронхит).
27. Опишите симптомы стеноза гортани в зависимости от степени поражения. Неотложная помощь при различных степенях стеноза гортани. Основные показания для госпитализации больных в инфекционный стационар.
28. Причины развития истинного и ложного крупа, дифференциальный диагноз.
29. Какие изменения при микроскопии толстой капли и в мазках крови должны быть у больного тропической малярией.
30. Какие изменения должны быть при микроскопии толстой капли и в мазках крови должны быть у больного трехдневной малярией, вызванной *Pl. vivax*.
31. Проведите трактовку результатов исследования спинномозговой жидкости (по результатам анализов).
32. Принципы проведения этиотропной терапии инфекционным больным. Подход к назначению антибактериальных препаратов (дозы, способы введения, выбор препаратов).
33. Принципы проведения этиотропной терапии инфекционным больным. Подход к назначению противовирусных препаратов (основные группы, механизмы действия, способы введения).
34. Основные клинические признаки инфекционно-токсического шока (классификация). Основные принципы лечения ИТШ, в зависимости от степени.
35. Определите клинические признаки анафилактического шока. Основные принципы лечения анафилактического шока.
36. Правила проведения пероральной регидратации (название растворов, принципы и способы введения).
37. Основные принципы лечения токсической энцефалопатии (ОНГМ) в зависимости от степени.
38. Основы рационального питания инфекционных больных, диетотерапия.
39. Перечислите показания для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.
40. Дифференциальная диагностика комы (диабетическая, гипогликемическая, гиперосмолярная, мозговая). Неотложная терапия.
41. Техника промывания желудка и кишечника. Неотложная помощь при острых отравлениях.
42. Организация прививочного дела. Календарь прививок для детей и взрослых.
43. Организация и проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции. Основная документация.
44. Организация и проведение противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций. Основная документация.
45. Варианты противочумного костюма (ПЧК). Техника одевания и снятия ПЧК.
46. Острая почечная недостаточность в практике инфекциониста. Принципы лечения.

47. Нормальные показатели результатов УЗИ органов брюшной полости. Трактовка возможных изменений у инфекционных больных.
48. Назовите изменения в общем анализе крови больных бактериальной и вирусной инфекцией.
49. Назовите изменение в общем анализе мочи инфекционных больных. Критерии проведения дифференциально-диагностических проб мочи и их результаты.
50. Назовите основные изменения в биохимическом анализе крови у инфекционных больных.
51. Назовите основные изменения в лабораторных анализах крови больных ОВГ, лабораторные критерии оценки степени тяжести процесса.
52. Назовите основные изменения в лабораторных анализах крови больных ХВГ, лабораторные критерии оценки степени тяжести процесса.
53. Правила и техника приготовления мазков и толстой капли для исследования крови при паразитарных заболеваниях.
54. Определение показаний, выбор доз и способы введения препаратов для серотерапии.
55. Правила и техника взятия анализа крови для проведения иммунологических исследований.
56. Опишите изменения в ротоглотке, характерные для инфекционных больных. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита.
57. Перечислите основные требования, предъявляемые к отбору и транспортировке материала для бактериологического исследования
58. Назначение противопаразитарных препаратов. Способы лечения малярии, в зависимости от формы
59. Техника проведения искусственного дыхания.
60. Назовите основные показания для госпитализации больных в инфекционный стационар.

Перечень вопросов для III этапа ГИА по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни.

1. Эпидемиологическая характеристика группы воздушно-капельных инфекций.
2. Эпидемиологическая характеристика группы инфекций наружных покровов.
3. Эпидемиологическая характеристика инфекций кишечной группы.
4. Эпидемиологическая характеристика группы кровяных инфекций (чума, сыпной тиф).
5. Определение понятие источник инфекции. Источник инфекции при антропонозах и зоонозах, сапронозах.
6. Восприимчивость к инфекционным болезням. Влияние иммунитета населения на развитие эпидемиологического процесса. Пути приобретения иммунитета.
7. Роль и значение профилактических прививок.
8. Антибактериальная терапия инфекционных заболеваний. Лекарственная болезнь, её профилактика и лечение.
9. Иммунные препараты, используемые для лечения и профилактики инфекционных заболеваний.
10. Специфические лабораторные методы диагностики инфекционных заболеваний: микроскопический, бактериологический, вирусологический, биологический, иммунологический, молекулярно-генетический.
11. Организационная работа кабинета инфекционных болезней при поликлиниках /КИЗы/.
12. ВИЧ – инфекция: специфическая и неспецифическая лабораторная диагностика. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на СПИД по эпидемиологическим и клиническим показаниям.
13. ВИЧ – инфекция: осложнения ВИЧ-инфекции. Клинические состояния, возникающие на стадии 4В.

14. ВИЧ – инфекция: медикаментозная терапия (этиотропная, патогенетическая). Схемы вторичных заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов.
15. ВИЧ-инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, классификация.
16. Профилактика ВИЧ-инфекции среди медперсонала. Организация обслуживания больных с ВИЧ – инфекцией. Вопросы этики и деонтологии.
17. Бруцеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация клинические формы, лечение
18. Диагностический поиск при бактериальных пищевых отравлениях и сальмонеллезе. Лечебно-профилактические мероприятий на догоспитальном этапе и при лечении больных в условиях клиники и на дому.
19. Диареи вирусной этиологии: этиология, эпидемиология, клиника диагностика и лечение.
20. Сальмонеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
21. Брюшной тиф: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
22. Энтеровирусные инфекции: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
23. Кампилобактериоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
24. Гепатиты А и Е. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
25. Холера. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
26. Шигеллез. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика
27. Иерсиниоз: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
28. Псевдотуберкулез: этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
29. Эшерихиозы: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Менингококковая инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника.
31. Дифтерия: этиология, эпидемиология, классификация клиника, лечение, профилактика.
32. Корь: этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, лечение. Особенности течения кори у взрослых.
33. Краснуха: этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
34. Стрептококковая инфекция (рожа, скарлатина). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика.
35. Сыпной тиф: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Болезнь Брилля.
36. Тениоз и тениаринхоз, дифиллоботриоз: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
37. Нематодозы (аскаридоз, энтеробиоз, токсокароз). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
38. Трематодозы (описторхоз). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
39. Трихинеллез: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
40. Сибирская язва: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

41. Вирусные гепатиты: исходы, осложнения, лечение печеночной комы.
42. Карантинные инфекции. Тактика врача при подозрении на карантинную инфекцию.
43. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: инфекционно-токсический шок, гиповолемический шок. Патофизиологические механизмы развития, клиника, лечение.
44. Диагностика и терапия острой печеночной энцефалопатии в клинике инфекционных болезней.
45. Малярия: этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика, лечение.
46. Малярия: особенности течения тропической малярии, осложнения. Лечение больных тропической малярией. Лечение малярийной комы.
47. Малярия: особенности клиники, лечения и диагностики трех, 4-х дневной и тропической малярии.
48. Диагностический поиск при гриппе и ОРВИ. Ранние критерии оценки степени тяжести гриппа. Лечение, диагностика, профилактика.
49. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка: этиология, эпидемиология, диагностика, клиника, лечение и профилактика.
50. Отек набухания головного мозга в клинике инфекционных болезней. Патофизиологические механизмы развития, клиника, лечение.
51. Лептоспирозы: этиология, эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
52. Герпетическая инфекция (простой герпес, опоясывающий лишай). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
53. Клещевой энцефалит: этиология, эпидемиология, клиника, диагноз, лечение и профилактика.
54. Аденовирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
55. Орнитоз: этиология, эпидемиология, клиника, классификация, диагностика, лечение, профилактика.
56. Токсоплазмоз: Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, лечение и профилактика.
57. Гепатит В: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика.
58. Геморрагические лихорадки Эбола, Марбург и Ласса. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
59. Неотложные мероприятия при гиповолемическом шоке в практике врача инфекциониста.
60. Гепатит С: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Критерии назначения противовирусной терапии.
61. Медленные инфекции (инфекции, вызванные вирусами, прионные болезни). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
62. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
63. Бешенство. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
64. Столбняк: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
65. Фелиноз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
66. Патогенез гельминтозов, основные факторы патогенного воздействия гельминтов. Эхинококкоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
67. Туляремия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, осложнение и лечение.
68. Амебиаз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.

69. Чума: история, этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
70. Легионеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика.
71. Особенности клинического течения кишечных инфекций у детей.
72. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: этиология, эпидемиология, диагностика, клиника, лечение и профилактика.
73. Грипп: классификация, клиника, лечение неосложненных и осложненных форм гриппа.
74. Полиомиелит: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника.
75. Ку-лихорадка: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
76. Инфекционный мононуклеоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
77. Натуральная оспа: этиология, клиническая характеристика и диагностика. Основные отличия от ветряной оспы.
78. Цитомегаловирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
79. Микоплазмозы: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
80. Лихорадка Западного Нила: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
81. Дифференциальная диагностика заболеваний протекающих с длительной и высокой лихорадкой в клинике инфекционных болезней.
82. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом диареи в клинике инфекционных болезней.
83. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом желтухи в клинике инфекционных болезней.
84. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с менингеальным синдромом в клинике инфекционных болезней.
85. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с катарально-респираторным синдромом в клинике инфекционных болезней.
86. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с поражением ротоглотки в клинике инфекционных болезней.
87. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с экзантемами, энантемами и первичным аффектом в клинике инфекционных болезней.
88. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с лимфаденопатии в клинике инфекционных, заболеваний.
89. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с гепатолиенальным синдромом в клинике инфекционных, заболеваний
90. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом поражения желудочно-кишечного тракта в клинике инфекционных болезней.

Типовые ситуационные задачи, выносимые на III этап ГИА по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни

Задача №1

Больной А., 14 лет. Заболевание началось с озноба, общей слабости, повышения температуры тела до 39°C, головной боли. Через 3 часа от начала заболевания появились схваткообразные боли в животе, жидкий стул, который сначала был обильный каловый, а затем стал скудный с прожилками слизи и крови. Частота стула до 25 раз в сутки.

Объективные данные: 4-й день болезни. Состояние тяжелое. Температура тела - 40°C. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 144 в мин, Язык покрыт бурым налетом, сухой. При пальпации живота отмечается болезненность и урчание толстого отдела кишечника, преимущественно в области сигмовидной кишки. Стул скудный, без каловых масс, слизисто-кровянистый, по типу «ректального плевка». Диурез снижен.

Эпиданамнез: употребляет некипяченую воду. Накануне ел немытые фрукты, ягоды.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
 2. Специфическая диагностика
 3. Лечение
- Задача №2

Больная И., 15 лет. Заболевание началось с озноба, резкой общей слабости, повышения температуры тела до 38°C, головной боли, схваткообразных болей в животе, тошноты, рвоты, затем присоединился жидкий обильный водянистый стул до 6 раз за 1-е сутки болезни. На 2-й и 3-й день болезни рвота не повторялась, стул стал скудный с прожилками слизи и крови. Частота стула до 20 раз за сутки.

Объективные данные на 5-й день болезни: Состояние тяжелое. Температура тела 39°C. Дыхание в легких жесткое, ЧДД 29 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 128 в мин. При пальпации живота - болезненность, урчание, спазмированность толстого отдела кишечника, преимущественно в области сигмовидной кишки. Стул скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый, по типу «ректального плевка». Диурез снижен.

Эпиданамнез: накануне заболевания ела домашнюю сметану, купленную на рынке.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
 2. Специфическая диагностика
 3. Лечение
- Задача №3

Больной Ю., 16 лет. Заболел остро: озноб, общая слабость, головная боль, головокружение, ломота в мышцах и боли в суставах, повышение температуры тела до 38°C. Через 6 часов присоединилась тошнота, повторная, обильная рвота пищей, съеденной накануне вечером. Стул вначале был оформленный, а затем стал жидким и обильным со зловонным запахом, пенистый, темно-зеленого цвета с примесью слизи до 15 раз в сутки. Рвота до 5 раз в сутки. Температура тела все дни до 39,7°C.

Объективные данные: 3-й день болезни. Состояние тяжелое. Тургор кожи несколько снижен. Слизистая оболочка полости рта сухая. Кратковременные периодические судороги икроножных мышц. Температура тела - 39°C. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 27 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 119/мин. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастриальной, околопупочной и правой подвздошной областях.

Эпиданамнез: за 12 часов до заболевания употреблял в пищу жареную курицу и «хот-дог», купленные в трейлере быстрого питания.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
 2. Специфическая диагностика
 3. Лечение
- Задача №4

Больной Р., 20 лет. Заболел остро, в начале появился озноб, общая слабость, головная боль, головокружение, повышение температуры тела до 38°C. Несколько позже присоединились тошнота, 3-кратная рвота и жидкий обильный, водянистый, зловонный, пенистый, зеленого цвета с примесью слизи стул. В последующие дни сохранялся жидкий стул по 4 раза в сутки. Все дни температура тела держится на уровне 38,5-39,5°C.

Объективные данные: 4-й день болезни. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. На коже живота - немногочисленные элементы полиморфной не обильной сыпи. Температура тела 39,0°C. Дыхание в легких жесткое. ЧДД 29 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 155 в мин. Живот вздут, отмечается умеренная болезненность при пальпации. Печень и селезенка увеличены в размерах. Диурез снижен.

Эпиданамнез: вчера съел 2 сырых куриных яйца.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

Задача №5

Специальным рейсом в город Н. прибыл самолет из неблагополучной по особо опасным инфекциям. Обсервацию пассажиры самолета проходили в течение 6 суток в колонии русских геологов до прибытия в город. При осмотре на санитарно-контрольном пункте аэропорта у прибывших никаких признаков заболевания не установлено.

На следующий день у одного из детей, размещенных в общежитии, начался понос, затем однократная рвота, общая слабость, головокружение. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось: отмечалось спутанное сознание, рвота стала неукротимой, многократный водянистый стул. Соседями по комнате через дежурного по общежитию к больному вызван врач.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

Больная А., 35 лет, обратилась на приём в участковую поликлинику.

Заболела остро, появились озноб, чувство жара, умеренные боли в поясничной области, снизился аппетит, беспокоили схваткообразные боли в животе разлитого характера с последующим перемещением в левую подвздошную область. Спустя 4 часа от начала заболевания, отмечает жидкий стул с примесью слизи, который повторился 6 раз в течение суток. Температура тела повышалась до 37,40°C. Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. Язык влажный, чистый. Сигмовидная кишка уплотнена, умеренно болезненная. Больная работает воспитателем в детском саду.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Клиническая форма заболевания.
3. Лечебная и диагностическая тактика.
4. Показания к госпитализации.

Больной Б., 18 лет, студент кулинарного техникума. Проживает в секционном общежитии, в комнате 5 человек. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39,0°C, схваткообразные боли в левой подвздошной области, болезненные позывы на дефекацию, жидкий стул калового характера с примесью слизи и крови, который повторился в течение суток 18 раз, частые тенезмы. Объективно: бледность кожных покровов, температура 38,70°C, тахикардия, снижение артериального давления до 100/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Сигмовидная кишка плотная, урчащая, болезненная при пальпации. В периферической крови – умеренный лейкоцитоз с относительным нейтрофиллезом. В копрограмме: лейкоциты – сплошь в поле зрения, эритроциты до 40.

Эпиданамнез: за 6 дней до начала заболевания жил в деревне у родственников, пил воду из открытого водоёма.

1. Предварительный диагноз, клиническая форма заболевания.
2. План обследования.
3. Лечение.
4. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

При обследовании по эпидемиологическим показаниям в ДООУ № 36 у ребёнка К., 5 лет, из кала выделена шигелла Флекснера 2«а». Опросом у родителей установлено, что неделю назад ребёнок жаловался на непродолжительные, слабовыраженные боли в животе, а также трижды жидкий стул без патологических примесей.

1. Клинический диагноз, форма заболевания.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Больная Ю. 28 лет, вызвала бригаду СМП. В анамнезе: заболевание началось остро с тошноты, часто повторяющейся рвоты после еды, питья; после рвоты отмечает некоторое улучшение самочувствия, постоянных и интенсивных болей в эпигастральной области, повышение температуры тела до 39,70С. Объективно: пульс 130 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Кожный покров бледный. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, гипотония до 90 и 40 мм рт. ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул был однократный, нормальный. В эпидемиологическом анамнезе: за 8 часов до заболевания была на дне рождении, ела торт со сливочным кремом, бутерброды с майонезом и колбасой.

1. Предварительный диагноз.
2. Клиническая форма заболевания.
3. План обследования и лечебная тактика

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:23 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C