Тесты по инфекционным болезням для вступительных экзаменов ординаторов

на 2019-20 гг.

1. Укажите симптомы, свидетельствующие в пользу ВГА при проведении дифференциального диагноза с ВГВ:
2. Улучшение самочувствия с появлениеvжелтухи
3. Наличие артралгического синдрома в преджелтушном периоде
4. Обнаружение анти – HBSAg
5. Ухудшение состояния с появлением желтухи.
6. Обнаружение anti HBcoreAg
7. Укажите, что не характерно для патогенеза вирусного гепатита А:
8. Проникновение возбудителя в печень из кишечника
9. Размножение вируса в гепатоцитах
10. Массивный некроз гепатоцитов
11. Прямое цитопатическое действие вируса
12. Поражение суставов.
13. Улучшение самочувствия с появлением желтухи характерно для:
14. ВГС
15. ВГЕ
16. ВГВ
17. ВГА
18. ВГD
19. Для лечения больного в остром периоде гепатита А, при среднетяжелом течении, используется
20. Антибиотикотерапия
21. Введение донорского иммуноглобулина
22. Базисная терапия
23. Назначение гепатопротекторов
24. Диета стол №15
25. Преимущественный путь передачи при вирусном гепатите Е:
26. Водный
27. Алиментарный
28. Контактно-бытовой
29. Парентеральный
30. Трансмиссивный

6. Профилактика вирусного гепатита Е включает:

1. Стерилизация медицинского инструментария
2. Использование одноразовых шприцев
3. Кипячение воды для питья
4. Отказ от посещения стоматолога
5. Вакцинация животных

7.Кишечныйиерсиниоз передается следующим путем:

1. Алиментарным
2. Контактно-бытовым
3. Воздушно-капельным
4. Трансмиссивным
5. Парентеральным

8. Для кишечногоиерсиниоза характерны следующие клинические симптомы:

1. Мономорфная экзантема с первых дней болезни
2. Менингиальные симптомы
3. Плохой сон с кошмарными сновидениями
4. Охриплость голоса
5. Диарея, боли в животе

9. Возбудителем кишечногоиерсиниоза является

1. Yersiniaenterocolitica
2. Yersiniapestis
3. Yersiniapseudotuberculosis
4. Yersiniaintermedia
5. Yersiniabercovieri

10. Пациент М., 18 лет, обратился к врачу на 4-й день болезни 20.01.18 г с жалобами на высокую температуру (39°С), жидкий стул, рвоту. Объективно: состояние средней тяжести, пятнисто-папулезная сыпь на теле, при пальпации живота болезненность в правой подвздошной области, гепатомегалия. Из анамнеза: часто употребляет в пищу свежие овощи и салаты из свежей капусты. Укажите наиболее вероятный диагноз:

1. Аденовирусная инфекция
2. Амебиаз
3. Кишечный иерсиниоз
4. Инфекционный мононуклеоз
5. Эшерихиоз

11. Синдромы характерные для кишечного иерсиниоза:

1. Гастроинтестинальный
2. Нефротический
3. Неврологический
4. Офтальмоплегический
5. Геморрагический

12. Ведущий путь заражения при ВИЧ-инфекции:

1. Воздушно-капельный
2. Алиментарный
3. Трансмиссивный
4. Перинатальный
5. Половой

13. Для диагностики ВИЧ-инфекции применяют:

1. ИФА
2. РПГА
3. Реакция Райта
4. РСК
5. Реакция Видаля

14. Окончание инкубационного периода при ВИЧ инфекции ассоциируется с:

1. Повышение температуры тела
2. Увеличение лимфатических узлов
3. Появление кандидоза слизистых оболочек и кожных покровов
4. Появление антител к ВИЧ
5. Резким похуданием

15. Окончательный диагноз ВИЧ инфекции можно установить

1. При потере массы тела более 10%
2. При выявлении антител к ВИЧ в ИФА
3. При длительной лихорадке
4. По снижению Т4-лимфоцитов
5. При генерализованнойлимфаденопатии

16. ВИЧ инфицированный человек представляет опасность для окружавших:

1. Только в периодах, выраженных клинически
2. Только в терминальной стадии
3. Только в стадии острой инфекции
4. Пожизненно
5. Только в стадии бессимптомной инфекции

17. Обязательному лабораторному обследованию по ВИЧ подлежат:

1. Домохозяйки
2. Беременные
3. Воспитатели
4. Школьники
5. Студенты

18. В профилактике псевдотуберкулеза большую роль играет борьба с:

1. Грызунами
2. Насекомыми
3. Птицами
4. Домашними животными
5. Вшами

19. Источником инфекции при псевдотуберкулезе являются:

1. Собаки
2. Мышевидные грызуны
3. Насекомые
4. Больной человек
5. Домашние животные

20. Характерная сезонность для псевдотуберкулеза:

1. Не имеет сезонности
2. Летняя
3. Летне-осенняя
4. Зимне-весенняя
5. Весенне-летняя

21. Для псевдотуберкулеза не характерно:

1. Скарлатиноподобная экзантема
2. Частый, жидкий, водянистый стул в виде «болотной тины»
3. Высокая лихорадка и выраженная интоксикация
4. Боли в животе
5. Желтушное окрашивание кожи и слизистых

22. Больной 28 лет, доставлен в инфекционное отделение на 7-день болезни с диагнозом: Вирусный гепатит. Заболел остро с повышения температуры до 39ᵒС, болей в горле, боли в суставах, послабления стула до 3 раз в сутки. На 3-день мелкоточечная сыпь на руках и ногах. На 5-день отмечаются боли в правой подвздошной области, потемнение мочи и желтушность склер. Из анамнеза: за 3 дня до начала заболевания употреблял салат из моркови. О каком заболевании идет речь?

1. Скарлатина
2. Брюшной тиф
3. Псевдотуберкулез
4. Вирусный гепатит
5. Лептоспироз

23. Основной метод диагностики кишечного амебиаза:

1. Бактериологическое исследование кала
2. Серологическое исследование крови
3. Микроскопическое исследование кала
4. Бактериологическое исследование крови
5. Вирусологическое исследование кала

24. При кишечном амебиазе наиболее характерно развитие следующего синдрома:

1. Гастрита
2. Гастроэнтерита
3. Энтероколита
4. Колита
5. Гастроэнтероколита

25. Инкубационный период при амебиазе составляет:

1. 1-6 часов
2. 2-3 дня
3. 3-6 дней
4. От 1 недели до 3 месяцев
5. Более года

26. Возбудителем тропической малярии является:

1. Pl. Ovale
2. Pl. Malariae
3. Pl. Ovis
4. Pl. Falciparum
5. Pl. Vivax

27. Трехдневной малярией не болеют:

1. Лица, страдающие серповидноклеточной анемией
2. Лица, ранее перенесшие трехдневную малярию
3. Лица, страдающие железодефицитной анемией
4. Лица, страдающие аутоиммуннымтиреоидитом
5. Лица, с аномалиями развития печени

28. Какое осложнение не характерно для тропической малярии?

1. Малярийный алгид
2. Гемоглобинурийная лихорадка
3. Церебральный паралич
4. Септический шок
5. Острое поражение почек

29. Для трехдневной малярии характерно:

1. Частое развитие осложнений
2. Четкие периоды параксизмов и апирексии
3. Выраженная анемия
4. Выраженная желтушность кожных покровов с первых дней болезни
5. Петехиальная сыпь

30. Малярию следует дифференцировать с:

1. Чумой
2. Бруцеллезом
3. Сальмонеллезом
4. Клещевым энцефалитом
5. Ботулизмом

31. Экзоэритроцитарая шизогония при малярии соответствует:

1. Малярийному пароксизму
2. Инкубационному периоду
3. Периоду апирексии
4. Периоду инициальной лихорадки
5. Периоду реконвалесценции

32. Фаза спорогонии малярийного плазмодия происходит:

1. В организме человека
2. В теле комара
3. В теле клеща
4. В теле вшей
5. В теле москита

33. Условия выписки пациентов, переболевших трехдневной малярией:

1. Не ранее 21 дня нормальной температуры
2. Не ранее 6 дня после начала терапии
3. Не ранее 18 дня после начала терапии
4. После отмены хлорохина
5. Не ранее 3 дня нормальной температуры

34. Для лечения висцерального лейшманиоза необходимо назначение:

1. Солянокислого эметина
2. Хинина
3. Аминарсона
4. Антибиотиков тетрациклинового ряда
5. Солюсурьмина

35. При лейшманиозе различают:

1. Висцеральную форму
2. Отечную форму
3. Нервную форму
4. Суставную форму
5. Лихорадочную форму

36. При висцеральном лейшманиозе для исследования используют:

1. Пунктат костного мозга
2. Смывы из носоглотки
3. Испражнения больного
4. Пунктат из язвы
5. Мочу

37. У студента 20 лет, приехал из Индии, через полгода повысилась температура тела, появилась вялость, незначительная спленомегалия. Позже на фоне лихорадки выявлено значительное увеличение селезенки (до уровня пупка), боли в животе, увеличение печени. В крови анемия, значительная лейкопения, тромбоцитопения. Ваш предварительный диагноз:

1. Лейшманиоз
2. Малярия
3. Бруцеллез
4. Брюшной тиф
5. Туберкулез

38. Сывороточными маркерами острого гепатита С являются:

1. Анти-HCV igм
2. В. Анти-HAVigm
3. HbsAg
4. Hbeag
5. Е. Анти-hbcigm

39. К базисной терапии oстрого ВГС относится диета:

1. Стол №2
2. Стол №4
3. Стол №2А
4. Стол №5
5. Стол №4А

40. Характерный синдром преджелтушного периода при остром ВГС:

1. Аллергический
2. B .Артралгический
3. Геморрагический
4. Болевой
5. Астеновегетативный

41. Основной фактор передачи инфекции при ВГС:

1. Пот
2. Кровь
3. Мокрота
4. Грудное молоко
5. Слюна

45. Вирус гепатита С оказывает на печень действие:

1. Аутоиммунное
2. Прямое цитопатическое
3. Мезенхиально-воспалительное
4. Интерфероно-опосредованное
5. Иммуноопосредованное

46. Исход хронического гепатита С:

1. Выздоровление
2. Гепатокарцинома
3. Холецистит
4. Острая печеночная энцефалопатия
5. Гемоваскулит

47. Каким методом лабораторной диагностики подтверждается диагноз острого ВГС при наличие клинических симптомов:

1. Биохимическим анализом
2. Анализом мочи
3. ПЦР - диагностикой
4. Эластометрией печени
5. УЗИ - диагностикой

48. Укажите, что не является характерным для преджелтушного периода острого ВГС:

1. Лихорадка
2. Артралгия
3. Диспепсические симптомы
4. Гепатомегалия
5. Астеновегетативные симптомы

49. Какой вирусный гепатит чаще сопровождается хронизацией патологического процесса с исходом в цирроз:

1. Вирусный гепатит А
2. Вирусный гепатит В
3. Вирусный гепатит С
4. Вирусный гепатит Е
5. Вирусный гепатит Д

50. Назовите специфические методы диагностики вирусного гепатита Д:

1. Иммуноферментный анализ
2. Определение активности алт, аст
3. УЗИ печени
4. Определение протромбинового индекса
5. Определение уровня общего билирубина

51. Для вирусного гепатита Д характерно:

1. Двухволновое течение
2. Бессимптомное течение заболевания
3. Легкое течение, без развития осложнений
4. Отсутствие хронических форм
5. Высокая заболеваемость в детском возрасте

52. Профилактика ВГД предполагает:

1. Употребление термически обработанной пищи
2. Вакцинацию против гепатита А
3. Вакцинацию против гепатита В
4. Вакцинацию против кори
5. Применение интерферона

53. Для супер-инфекции ВГД не характерно:

1. Доброкачественное течение
2. Развитие фиброза печени
3. Развитие асцита
4. Развитие цирроза
5. Развитие печеночной энцефалопатии

54. При сальмонеллёзе элективной средой для посева крови является:

1. Мясо-пептонный бульон
2. Сывороточный бульон
3. Желчный бульон
4. Сахарный бульон
5. Печёночный бульон

55. При сальмонеллезе возможен следующий путь передачи:

1. Алиментарный
2. Воздушно-капельный
3. Трансмиссивный
4. Парентеральный
5. Вертикальный

56. Патогенез генерализованной формы сальмонеллеза аналогичен патогенезу

1. Холеры
2. Дизентерии
3. Эшерехиоза
4. Брюшного тифа
5. ПТИ

57. Воспаление слизистой кишечника при сальмонеллезе обусловлено:

1. Термолабильный энтеротоксин
2. Термостабильный энтеротоксин
3. Цитотоксином
4. Эндотоксином
5. Всеми этими факторами

58. Со стороны слизистой тонкого кишечника при гастроинтестинальной формы сальмонеллеза патанатомическими обычно отмечается:

1. Очаговый катаральный энтерит
2. Диффузный катаральный энтерит
3. Эрозивнокатаральный энтерит
4. Катарально- геморрагический энтерит
5. Слизистая не изменена

59. Генерализованную форму сальмонеллеза от локализованной отличают симптомы:

1. Рвота
2. Боль в животе
3. Жидкий стул
4. Гепатоспленомегалия
5. Лихорадка

60. Выберите из перечисленных вариантов, характерный для колитного варианта сальмонеллеза:

1. Обильный непереваренный стул
2. Жидкий водянистый стул
3. Стул со слизью и кровью
4. Кащицеобразныйстул
5. Боли в эпигастральной области
6. Для регидратационной терапии при тяжелой форме сальмонеллеза с выраженным обезвоживанием применяют:
7. 5% раствор глюкозы
8. Реополиглюкин
9. 0,95 % раствор хлорида натрия
10. Гемодез
11. Раствор рингера
12. Для сальмонеллеза характерным симптомом является:
13. Боли внизу живота
14. Боли в эпигастрии и околопупочной области
15. C. Стул типа «рисового отвара»
16. D. Боль в правой подвздошной области
17. E. Стул типа «малинового желе»
18. Дифференциальную диагностику сальмонеллеза проводят с:
19. Пищевые токсикоинфекции
20. Бруцеллез
21. ОРВИ
22. Менингит
23. Гепатит
24. К каким внешним факторам максимально чувствительна сальмонелла:
25. Кипячение
26. Охлаждение
27. Действие солнечного света
28. 10% раствор поваренной соли
29. Действие УФО
30. Хроническоебактерионосительство при сальмонеллезе длится:
31. 15 дней
32. Более 1 мес
33. Более 2 мес
34. Более 3 мес
35. Более 6 мес
36. Больной Е 30 лет, поступает в стационар на 2 день болезни. Началось остро, через 6 часов после обеда в столовой (котлеты из утиного мяса). T тела 38,2, боль в эпигастрии, тошнота рвота 4 раза, стул 5 раз водянистый темно зеленый. Укажите диагноз
37. Дизентерия
38. Ботулизм
39. Сальмонеллез
40. Холера
41. Амебиаз кишечная форма
    * 1. Основное звено патогенеза при гриппе
42. Бактеремия
43. Вирусемия
44. Токсинемия
45. Сосудистая дистония
46. Репликация
    * 1. Осложнениегриппа:
47. Пневмония
48. Менингит
49. Артрит
50. Отит
51. Синусит
    * 1. Меры специфической профилактики гриппа
52. Изоляция больных
53. Введение противогриппозной вакцины
54. Ношение четырехслойной маски
55. Кварцеваниепомещений
56. Антибиотики
    * 1. Симптомы трахеита при гриппе:
57. Саднящие боли за грудиной
58. Лающий кашель
59. Одышка
60. Насморк
61. Конъюнктивит
62. Для аденовирусной инфекции наиболее характерен:
63. Трахеит
64. Фаринготонзиллит
65. Ларингит
66. Трахеобронихит
67. Бронхиолит
68. Увеличение периферических лимфоузлов, печени и селезенки может быть при:
69. Парагриппе
70. Риновирусной инфекции
71. Респитарно- синцитиальной инфекции
72. Реовирусной инфекции
73. Аденовирусной инфекции
74. Поражение конъюнктив глаз наблюдается при следующих острых респираторных инфекциях:
75. Аденовирусной инфекции
76. Риновирусной инфекции
77. Респираторно-синцитиальной
78. Гриппе
79. Парагриппе
80. Для какой ОРВИ характерно относительно длительное волнообразное течение с элементами рецидивирования:
81. Аденовирусной инфекции
82. Респираторно- синцитиальной
83. Гриппе
84. Парагриппе
85. Риновирусной
86. Какой из данных является наиболее типичным проявлением респираторно-синцитиальной инфекции у детей первых месяцев жизни:
87. Ринит
88. Трахеит
89. Бронхиолит
90. Симметричная пневмония
91. E.очаговая пневмония
92. Клинический признак парагриппа:
93. Выраженный синдром интоксикации
94. Ларингит
95. Ангина
96. Бронхиолит
97. Абдоминальный синдром
98. Парагрипп-это острое вирусное заболевание, характеризующееся:
99. Умеренной интоксикацией и поражением гортани
100. Выраженной интоксикацией и поражением легких
101. Выраженной интоксикацией и поражением бронхов
102. Незначительной интоксикацией и поражением бронхиол
103. Умеренной интоксикацией и поражением трахеи
104. Укажите осложнения при аденовирусной инфекции:
105. Миокардит
106. Панкреатит
107. Пневмония
108. Гепатит
109. Шейный лимфаденит
110. Учитель в школе заболел остро, недомогание, заложенность носа, обильная ринорея, температура тела нормальная. Объективно: гиперемия и набухание слизистой носа. Укажите наиболее верный диагноз:
111. Грипп
112. Парагрипп
113. Риновирусная инфекция
114. Аденовирусная инфекция
115. Респираторно-синцитиальная инфекция
116. Каким методом определяется вид возбудителя при бруцеллезе:
117. Паразитологический
118. Бактериологический
119. Имунологический
120. Аллергологический
121. Биологический
122. Клиника септической формы острого бруцеллеза
123. Лихорадка
124. Боли в суставах
125. Тошнота, рвота
126. Нарушение сознания
127. Сыпь на теле
128. Продолжительность подострого бруцеллеза:
129. 10-14 дней
130. 15-30 дней
131. До 3 месяцев
132. От 3 до 6 месяцев
133. От 6 до 12 месяцев
134. Самый патогенный вид бруцелл:
135. B.melitensis
136. B.abortus
137. B.suis
138. B.ovis
139. B.canis
140. Для бактериологической диагностики бруцеллеза используют:
141. Кровь
142. Кал
143. Моча
144. Мазок из зева
145. Ликвор
146. Путь передачи инфекции при бруцеллезе:
147. Половой
148. Контактный
149. Воздушно-капельный
150. Трансмиссивный
151. Вертикальный
152. Какой отдел нервной системы чаще поражается при нейробруцеллезе?
153. Головной мозг
154. Периферический
155. Спинной мозг
156. Вегетативный
157. Психика
158. Суперинфекция бруцеллеза- это:
159. Заражение после выздоровления
160. Заражения на фоне хронического бруцеллеза
161. Заражение несколькими видами бруцелл
162. Заражение на фоне инкубационного периода
163. Заражение на фоне латентного бруцеллеза
164. Фаза патогенеза хронического бруцеллеза:
165. Бактериемия
166. Лимфогенногозаноса
167. Полиочаговыхобсеменений
168. Экзоочаговыхобсеменений
169. Метаморфоза
170. Больная Т., 38 лет, ветврач, поступила в клинику на 8 день болезни с жалобами на головную боль, слабость, лихорадку, ознобы, потливость. Заболевание началось ознобом и высокой температурой. В последующем ежедневно повторялись ознобы, по вечерам температура повышалась до 39-39,5о, ночью обильно потела. Лечилась аспирином, однако состояние не улучшилось. Печень увеличена на 2 см, пальпируется край селезенки. В крови: эр-4,6., Нв-90 г\л, Л-3,4.109\л, СОЭ-21 мм\час.Ваш диагноз?
171. Малярия
172. Острый бруцеллез
173. Грипп
174. ОРВИ
175. Лептоспироз
176. Специфическая профилактика бруцеллеза проводится:
     1. Живой ослабленной вакциной изштаммаBr.melitensis
     2. Убитой вакциной из штамма Br. Melitensis
     3. Живой ослабленной вакциной изштаммаBr.abortusbovis
     4. Убитой вакциной из штамма Br.abortusbovis
     5. Убитой вакциной из штамма Br.suis;
177. Заражение ботулизмом происходит при употреблении:
     1. Яичницы
     2. Консервированных овощей
     3. Непрожаренногомяса
     4. Пирожных
     5. Холодца
178. При всасывании ботулотоксина, поражается:
179. Нервная система
180. Слизистая ЖКТ
181. Печень
182. Легкие
183. Лимфатическая система
184. Характерный синдром при ботулизме:
185. Паралитический
186. Катаральный
187. Менингеальный
188. Лихорадочный
189. Респираторный
190. Симптом типичный для ботулизма в разгаре заболевания:
191. Нарушение глотания твердой и жидкой пищи
192. Высокая лихорадка
193. Нарушение слуха
194. Нарушение двигательной функции
195. Нарушение сознания
196. Что из перечисленного характерно для ботулизма:
197. Частый жидкий стул
198. Боли в правой подвздошной области
199. Птоз, мидриаз, нарушение конвергенции, отсутствие реакции зрачков на свет
200. Психомоторное возбуждение, гиперемия кожи лица, галлюцинации
201. «симптом очков»
202. С каким заболеванием нужно дифференцировать ботулизм:
203. Брюшной тиф
204. Менингит
205. Сальмонеллез
206. Острое нарушение мозгового кровообращения
207. Дизентерия
208. Специфический метод терапии при ботулизме:
209. Дегидратация
210. Вакцинотерапия
211. Серотерапия
212. Дезинтоксикация
213. Десенсибилизация
214. Для высева Cl.botulini используют:
     1. Кровяной агар
     2. Сахарный бульон
     3. Печеночный агар
     4. Среда Китта-Тароцции
     5. Средараппопорт
215. Медиатором передачи нервного возбуждения при ботулизме является:
     1. Гиалуронидаза
     2. Простогландины
     3. Катехоламины
     4. Ацетилхолин
     5. Холинэстераза
216. Симптом ботулизмa:
     1. Гиперсаливация
     2. Тугоподвижностьязыка
     3. Симптомом Говорова-Годелье
     4. Афтозныйстоматит
     5. Сухость слизистой ротовой полости
217. Лечение тяжелой формы ботулизма:
     1. Седативные
     2. Обезболивающие
     3. Противоботулиническая сыворотка
     4. Ферменты
     5. Биопрепараты
218. Для профилактики клещевого энцефалита доза противоклещевого иммуноглобулина составляет:
219. 0,1 мл на 1 кг веса, однократно в/м
220. 1 мл на 1 кг веса, однократно в/м
221. 0,1 мл мл на 1 кг веса, 2 раза в день 3 дня подряд
222. 3 мл однократно в/м
223. 2 мл однократно в/м
224. Нарушение сознания характерно для следующей формы клещевого энцефалита:
225. Лихорадочной
226. Менингеальной
227. Полиемилитичексой
228. Полирадикулоневритической
229. Менингоэнцефалитической
230. К клинической форме клещевого энцефалита относят:
     1. Гастритическая
     2. Менингеальная
     3. Молниеносная
     4. Гипертоксическая
     5. Хроническая
231. При полирадикулоневритической форме клещевого энцефалита избирательно поражаются:
232. Передние рога шейного отдела спинного мозга
233. Передние рога верхнегрудного отдела спинного мозга
234. Корешки периферических нервов
235. Вещество головного мозга
236. Оболочки головного мозга
237. Возбудителем клещевого энцефалита является:
238. Вирус
239. Бактерия
240. Хламидии
241. Простейшие
242. Микобактерии
243. У студента через 7 дней после летних полевых работ появилась головная боль, лихорадка. При нарушении сознания был госпитализирован в неврологическое отделение, где умер через 3 суток. Был поставлен диагноз клещевой энцефалит. Какова причина смерти:
244. Септический шок
245. Анафилактический шок
246. Дыхательная недостаточность
247. Гиповолемическийшок
248. Отек мозга

108. При каком цестодозе возможнааутоинвазия

1. Тениаринхоз
2. Гименолепидоз
3. Тениоз
4. Дифиллоботриоз
5. Цистицеркозе

109. Гименолепидозом чаще болеют

1. Дети
2. Взрослые
3. Пожилые
4. Мужчины
5. Женщины

110. Самостоятельное отхождение члеников паразита характеризует

1. Тениоз
2. Тениаринхоз
3. Гименолепидоз
4. Дифиллоботриоз
5. Эхинококкоз

111. Для инвазии каким гельминтом характерна В12-дефицитная анемия:

1. Эхинококком
2. Широким лентецом-ДФБ
3. Бычьим цепнем
4. Аскаридой
5. Карликовым цепнем

112. Геологи употребляли в пищу мясо медведя в течение недели. Через десять дней все почувствовали себя плохо. Заболевание протекало остро, с высокой температурой, болями в мышцах, отеками век. Какое заболевание можно заподозрить?

1. Тениоз
2. Тениаринхоз
3. Гименолепидоз
4. Дифиллоботриоз
5. Эхинококкоз

113.Кто является промежуточным хозяином при тениозе:

1. Крупный рогатый скот
2. Птицы
3. Рыбы
4. Свиньи
5. Медведи

114.Длина карликового цепня составляет:

1. 0,5-5 сантиметров
2. 15-20 сантиметров
3. До 40 сантиметров
4. 2-3 метра
5. 4-10 метров
6. Описторхоз, фасциолез относятся к классу:
7. Круглых червей
8. Плоских червей
9. Ленточных червей
10. Личиночные гельминтозы
11. Протозоозы
12. Промежуточными хозяевами при описторхозе являются:
13. Птицы
14. Грызуны
15. Мыши
16. Куры
17. Моллюски
18. Клиническая картина описторхоза характеризуется:
19. Боль в области печени, диспепсические явления
20. Боль в эпигастрии, тошнота
21. Изжога, метеоризм
22. Тошнота, запоры
23. Боль в правой подвздошной области
24. Методы обследования при описторхозе включают:
25. Общий анализ мочи
26. Микроскопия кала
27. Кровь на маркеры
28. Гастроскопия
29. Ирригоскопия
30. Клиническая картина фасциолеза включает:
31. Гепатомегалия, холангит, абсцессы печени
32. Артриты, бурситы
33. Кашель, пневмония
34. Диарея,метеоризм
35. Изжога, жидкий стул
36. При глистной инвазии в крови обнаруживается повышение:
37. Эозинофилов
38. Базофилов
39. Тромбоцитов
40. Моноцитов
41. Лимфоцитов
42. У больного увеличенная печень, тошнота, повышенная температура, печеночные колики. В фекалиях обнаружены большие желтые овальные яйца с крышечкой. Какое это заболевание?
43. Фасциолез
44. Описторхоз
45. Аскаридоз
46. Эхинококкоз
47. Дикроцелиоз
48. Наиболее частый симптом энтеробиоза:
49. Кровохарканье
50. Лихорадка
51. Зуд в перианальной области
52. Боль в мышцах
53. Зуд кожных покровов
54. Лечение тениоза проводят:
55. Фенасалом
56. Альбендазолом
57. Декарисом
58. Вермоксом
59. Празиквантелем
60. Основной метод лабораторной диагностики дифиллоботриоза:
61. Копроскопия
62. Серологический
63. Биологический
64. Кожно-аллергическая проба
65. Посев кала
66. Препарат для лечения аскаридоза:
67. Празиквантель
68. Фенасал
69. Пиперазин
70. Альбендазол
71. Мератин
72. Место паразитирования нематод в кишечнике:
73. Толстый кишечник
74. Желудок
75. Тощая кишка
76. Подвздошная кишка
77. Перианальныескладки
78. Клинические признаки ранней стадии стронгилоидоза:
79. Лихорадка, кожная сыпь, миалгии, артралгии
80. Лимфаденопатия
81. Диарея
82. Гепатоспленомегалия
83. Головная боль
84. Пути передачи трихинеллеза:
85. Недостаточно термически обработанное мясо свиньи,кабана
86. Недостаточно термически обработанные молочные продукты;
87. Немытые овощи,фрукты
88. Инфицированная вода
89. Карповые породы рыбы
90. Основнойметодлабораторнойдиагностикидифиллоботриоза:
91. Копроскопия
92. Серологический
93. Биологический
94. УЗИ
95. Кожно-аллергическая проба
96. Kлиническиепроявления миграционной стадии аскаридоза:
97. Поражение легких
98. Спленомегалия
99. Менингеальный синдром
100. Лимфаденопатия
101. Диарея, тенезмы
102. Для стронгилоидоза характерны:
103. Отеки век и лица
104. Кожно-аллергический синдром
105. Лихорадка
106. Острая почечная недостаточность с 2-3 дня болезни
107. Перианальныйзуд
108. Вздутие живота, запоры, симптом Падалки характерны для следующего заболевания:
109. Сальмонеллез
110. Холера
111. Брюшной тиф
112. Дизентерия
113. Амебиаз
114. Пациент К., 39 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головную боль постоянного характера, высокую температуру тела, боли в животе; кашель нечастый и непродуктивный. Увеличена печень и селезенка. Болен в течение 6 дней. Вероятный диагноз?
115. Сыпной тиф
116. Грипп
117. Брюшной тиф
118. Сальмонеллез
119. Пневмония
120. Основной метод диагностики тифопаратифозных заболеваний:
121. Бактериологический
122. Иммунофлюрицентный
123. Биологический
124. Микроскопический
125. Кожно-аллергический
126. Для брюшного тифа характерно поражение
127. Майснероваи ауэрбахова сплетения
128. Оболочек мозга
129. Ретикулярной формации мозга
130. Пейеровыхбляшек и солитарных фолликулов
131. Поджелудочной железы
132. Лихорадка постоянного типа характерна для:
133. Дизентерии
134. Гриппа
135. Туляремии
136. Брюшного тифа
137. Бешенства
138. Перфорация кишечника при брюшном тифе соответствует:
139. Период мозговидного набухания пейеровых бляшек и солитарных фолликулов
140. Период некроза
141. Период заживление
142. Период чистых язв
143. Период заживления ран
144. Наиболее характерным местом локализации сыпи при брюшном тифе является:
145. Лицо
146. Ладони, подошвы
147. Живот и нижняя часть грудной клетки
148. Боковая поверхность туловища
149. Боковая поверхность туловища и сгибательная поверхность конечностей
150. Специфическая профилактика при брюшном тифе и паратифе А и В
151. Антибиотики
152. Пробиотики
153. Личная гигиена
154. Обследование контактных
155. Вакцинация
156. В каком биологическом субстрате чаще обнаруживаются возбудители в первую неделю при паратифе В?
157. Кровь
158. Мокрота
159. Моча
160. Желчь
161. Молоко
162. Из кишечной группы заболеваний увеличение печени и

Селезенки отмечаются при:

1. Брюшном тифе
2. Холере
3. Амебиаз
4. Дизентерии
5. Ботулизме
6. В патогенезе развития хронического бактериовыделения при брюшном тифе играют роль:
7. Присутствие Jg M
8. Дефицит Jg E
9. Дефицит Jg G
10. Завершенный фагоцитоз
11. Способность бактерий к L- трансформации

1. Угнетение ЦНС, заторможенность характерны для:
   1. Брюшного тифа
   2. Сыпного тифа
   3. Парагриппа
   4. Бруцеллеза
   5. Ку-лихорадки
2. После перенесенного ВГВ прививки противопоказаны в течение:
3. 3 месяцев
4. 6 месяцев
5. 12 месяцев
6. 2 лет
7. Пожизненно
8. К лечение острых вирусных гепатитов относится:
9. Антибиотики
10. Глюкокортикостероиды
11. Спазмолитики
12. Базисная терапия
13. Противовирусная терапия
14. Выберите эпидемиологические особенности гепатита В:
15. Отсутствие сезонности заболевания
16. Короткий инкубационный период
17. Семейная очаговость
18. Контакт с животными
19. Нарушение санитарно-гигиенического режима
20. Назовите характерные для вирусного гепатита изменения мочи:
21. Появление желчных пигментов
22. Увеличение количества белка
23. Лейкоцитурия
24. Эритроцитурия
25. Повышение удельного веса мочи
26. У больного типичной формой вирусного гепатита Вв желтушном периоде наблюдается:
27. Нарастание интоксикации
28. Улучшение общего самочувствие
29. Размеры печени сокращаются
30. В клиническом анализе крови регистрируется лейкоцитоз, нейтрофилез
31. Нормализуется пигментный обмен
32. Специфическая профилактика вирусного гепатита В предполагает
33. Использование одноразовых медицинских инструментов
34. Стерилизацию изделий медицинского назначения
35. Обследование донорской крови
36. Вакцинацию
37. Санитарно-просветительная работа

1. Наиболее значимым при злокачественной форме вирусного гепатита является

Синдром

1. Почечной недостаточности
2. Дыхательной недостаточности
3. Гепатоцеребральный
4. Диспепсический
5. Сердечно-сосудистой недостаточности
6. Правильное утверждение в отношении вирусных гепатитов:
7. В некоторых случаях при ВГ источником инфекции могут быть животные
8. При ВГ единственным источником инфекции является человек
9. Естественным путем передачи гепатитов А, Е является половой
10. Источником гепатита А являются больные острой формой болезни и хронические вирусоносители
11. Лица, переболевшие гепатитами В и С, сохраняют заразительность не более 1 года
12. Холестатический синдром при вирусных гепатитах характеризуется:
13. Изменением сулемовой пробы
14. Гиперферментемией (АЛТ, АСТ)
15. Диспротеинемией
16. Повышением щелочнойфосфотазы
17. Повышением фракции свободного билирубина
18. Больная Н. 50 лет поступила на 14-й день болезни с жалобами на слабость, желтуху, лихорадку, диспептические явления, артралгии. Печень увеличена на 2,5 см. За два месяца до поступления в стационар оперирована по поводу кисты яичника.
19. Острый вирусный гепатит В
20. Висцеральный токсокароз
21. Лептаспироз
22. Тропическая малярия
23. Висцеральный лейшманиоз
24. Больной С. Обратился в поликлинику по поводу желтушности кожных покровов и симптомов интоксикации. Из анамнеза: болен 10 дней. 2 месяца назад перенесла операцию, после операции была гемотрансфузия
25. Вирусный гепатит В
26. Лептоспироз
27. Острый орнитоз
28. Брюшной тиф
29. Тропическая малярия
30. Возбудителем сыпного тифа является риккетсия
    1. Провачека
    2. Музера
    3. Акари
    4. Бернета
    5. Киари
31. Источником сыпного тифа является:
    1. Больной человек
    2. Клещи
    3. Домашние животные
    4. Грызуны
    5. Дикие животные
32. Для диагностики сыпного тифа используют:
33. Реакцию связывания комплемента
34. Выделение гемокультуры возбудителя
35. Реакцию Видаля
36. Реакцию Райта
37. Реакцию Хедельсона
38. Этиотропные средства лечения сыпного тифа:
39. Пенициллин
40. Стрептомицин
41. Клафоран
42. Тетрациклин
43. Оксациллин

## Диагноз сыпного тифа подтверждаютрезультаты:

1. Посев крови на желчный и сахарный бульон
2. Реакция Видаля
3. РСК и РНГА
4. Кожно-аллергическая проба
5. Реакция Райта
6. Этиотропная терапия больных сыпным тифом должна продолжаться:
7. До 2 дня нормальной температуры
8. До нормализации размеров селезенки
9. До исчезновения клинических симптомов
10. До получения отрицательных результатов бактериологических исследований
11. До нормализации картины крови и биохимических показателей
12. При сыпном тифе характерен симптом:
13. Симптом Падалки
14. Симптом Говорова-Годелье
15. Симптом Уоторхауза-Фридерикса
16. Симптом Манденезии
17. Симптом Филипса
18. Общая продолжительность инкубационного периода при сыпной тифе:
19. От 1 до 5 дней
20. От 6 до 25 дней
21. От 25 до 45 дней
22. От 50 до 90 дней
23. До 120 дней
24. В начальном периоде сыпной тиф следует дифференцировать с:
25. Гриппом
26. Лептоспирозом
27. Рожей
28. Сибирской язвой
29. Сальмонеллезом
30. При обходе подвального помещения в кирпичном доме задержаны и доставлены в спецприемник 3-е лиц без определенного места жительства. При осмотре: у всех имеются жалобы на чувство жара, головную боль, слабость. Все больные пониженного питания, кожные покровы грязные, со следами расчесов и наличием высыпаний от розеол до точечных геморрагий. Кожа лица гиперемирована, склеры инъецированы. У всех высокая температура тела 390°С, увеличена печень и селезенка. Предполагаемый диагноз:
31. Сыпной тиф
32. Брюшной тиф
33. Паратиф А
34. Паратиф В
35. Клещевой риккетсиоз
36. Больной Д., 42 лет, 7-й день болезни при осмотре лихорадка постоянного типа, интенсивная головная боль диффузного характера, бессонница, шум в ушах, потеря аппетита, на боковых стенках живота появилась обильная полиморфная розеолезно-петехиальная сыпь, тахикардия, гипотония, гепатоспленомегалия, тремор кончика языка. РСК с антигеном Провачека – 1:160-1:640. Диагноз:
37. Орнитоз
38. Лейшманиоз
39. Малярия
40. Бруцеллез
41. Сыпной тиф
42. Гиперемия кожи лица и шеи наблюдается при:
43. Дизентерия
44. Вирусный гепатит
45. Сыпном тифе
46. Бруцеллезе
47. Ботулизм
48. Факторы, влияющие на заболеваемость сыпным тифом:
49. Скученность в жилищах
50. Мирное время
51. Стихийные бедствия
52. Асоциальное поведение
53. Присутствие коммунального благоустройства
54. В клинической картине бешенства отмечается:
55. Опистотонус
56. Тризм
57. “Сардоническая улыбка”
58. Гидрофобия
59. Дизартрия
60. Специфическая антирабическая вакцина применяется с целью профилактических мероприятий при :
61. Бруцеллезе
62. Псевдотуберкулезе
63. Столбняке
64. Сибирской язве
65. Бешенстве
66. Какой период болезни не характерен для бешенства:
67. Инкубационный
68. Период выздоровления
69. Период разгара (возбуждения)
70. Паралитический период
71. Период предвестников
72. Паралитический период бешенства характеризуется:
73. Гипотермией;
74. Прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии;
75. Нарастанием мышечного тонуса;
76. Появление самостоятельного стула
77. Интоксикацией
78. Радикальными профилактическими мероприятиями при бешенстве являются:
79. Борьба с клещами
80. Не употреблять сырое мясо
81. Соблюдение личной гигиены
82. Истребление бродячих собак и кошек
83. Вакцинация людей
84. Самым ранним симптомом бешенства является:
85. Повышенная чувствительность к зрительным и слуховым раздражителям
86. Гиперестезия
87. Нарушение сна
88. Беспричинный страх
89. "симптом рубца"-зуд,припухание и болезненность в месте укуса

174. При диагностике чумы не используют:

1. Бактериологический метод
2. Бактериоскопический метод
3. Серологические реакции
4. Кожно-аллергическую пробу
5. Биологические пробы

175. Характеристика язвы при кожной форме чумы:

1. Кратерообразной формы, умеренно болезненная
2. Покрыта черным струпом, безболезненная
3. Покрыта черным струпом, резко болезненная
4. Глубокая язва со слизисто-гнойным налетом, умеренно болезненная
5. Язва с грязно-серым дном и подрытыми краями, болезненная

176. Источниками инфекции при чуме являются:

1. Волки
2. Полевые птицы
3. Суслики
4. Козы
5. Коровы

177. Колонии возбудителя чумы:

1. В виде «цветной капусты»
2. В виде «львиной гривы»
3. Прозрачные, S-формы
4. В виде «кружева»
5. Слизистые, выпуклые

178. Максимальный инкубационный период при чуме у вакцинированных лиц:

1. До 4 дней
2. До 6 дней
3. До 9 дней
4. До 12 дней
5. До 15 дней

179. В одной из воинских частей на юго-востоке Азии появилось групповое однотипное заболевание, сопровождающееся высокой температурой в пределах 39,5-40ᵒС, с резчайшей слабостью, одышкой и кашлем с кровянистой мокротой. Объективный осмотр у одного из больных: состояние крайне тяжелое, акроцианоз, ЧСС-140 в мин., ЧД-38 в мин., в легких приглушение перкуторного звука и незначительные хрипы, язык «меловый». Больной умер на 3-день болезни. Поставьте диагноз.

1. Сибирская язва
2. Чума
3. Туляремия
4. Ку-лихорадка
5. Брюшной тиф

180. Для лечения пищевой бактериальной интоксикации не применяют:

1. Антибиотики
2. Промывание желудка
3. Энтеросорбенты
4. Оральные глюкозо-солевые растворы
5. Спазмолитики

181. К возбудителям пищевой бактериальной интоксикации не относится:

1. Кокки
2. Клебсиеллы
3. Клостридии
4. Эшерихии
5. Простейшие
6. Возбудителем лептоспироза является:
7. Вирусы
8. Бактерии
9. Простейшие
10. Гельминты
11. Спирохеты
12. Механизм передачи лептоспироза:
13. Фекально-оральный
14. Воздушно-капельный
15. Парентеральный
16. Алиментарный
17. Трансмиссивный
18. Осложнение при тяжелом течении лептоспироза:
19. Серозный менингит
20. Острая дыхательная недостаточность
21. Кишечное кровотечение
22. Печеночная недостаточность
23. Сердечно-сосудистая недостаточность
24. Путь передачи лептоспироза:
25. Половой
26. Парентеральный
27. Водный
28. Аэрогенным
29. Вертикальный

186. Возбудителем геморрагической лихорадки с почечным синдромом является:

1. Вирус
2. Бактерия
3. Простейшие
4. Хламидия
5. Микоплазма

187. Какое утверждение для геморрагической лихорадки с почечным синдромом неверное:

1. Распространенапреимущественно в сельской местности
2. Встречается на территории России от западных регионов до Дальнего Востока
3. Характеризуется преимущественным поражением сосудов
4. Сопровождается тяжелым поражением почек
5. Сопровождается тяжелым поражением печени

188. Характерный болевой синдром при геморрагической лихорадке с почечным синдромом наблюдается:

1. Пояснице
2. Эпигастрии
3. В костях
4. В суставах
5. В правом подреберье

189. В клинике геморрагической лихорадки с почечным синдромом отсутствует следующий симптом:

1. Лихорадка, продолжительностью около недели
2. Кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки
3. Полиаденопатия
4. Олигурия, сменяющейся полиурией
5. Выраженные боли в пояснице

190. Относительно благоприятное течение характерно для:

1. Крымской геморрагической лихорадки
2. Омской геморрагической лихорадки
3. Лихорадки Денге
4. Геморрагической лихорадки с почечным синдром
5. Желтой лихорадке

191. Каких профилактических мероприятий нельзя использовать при Крымской геморрагической лихорадке:

1. Санпросветработа
2. Вакцинация
3. Дезинфекция
4. Борьба с клещами
5. Соблюдение асептики, антисептики

192. От человека к человеку могут передаваться следующие геморрагические лихорадки

1. Денге
2. Омская геморрагическая лихорадка
3. Крымская геморрагическая лихорадка
4. ГЛПС
5. Ласса

193При холере источниками заражения являются:

1. Человек

2. Животные

3. Комары

4. Птицы

5. Москиты

194. Основным звеном патогенеза холеры является:

1. А. Высокая бактериемия
2. Значительная токсинемия
3. Активация аденилатциклазы
4. Воспаление кишечника
5. Е. Потери белков плазмы

195. Развитие диарейного синдрома при холере обусловлено:

1. Воспалением слизистой тонкого кишечника

2. Активацией ферментов тонкого кишечника

3. Повышенной проницаемостью сосудов кишечника

4. Усилением синтеза циклического 3-5 АМФ

5. Значительной выработкой эндотоксина

196. Основной принцип при лечении больных холерой

1. Регидратация

2. Дезинтоксикация

3. Дегидратация

4. Спазмолитики

5. Этиотропная

197. Для лечения холеры патогенетически обоснованным является в/венное введение:

1. Физиологического раствора

2. Реополиглюкина

3. Трисоли

4. 5% раствора глюкозы

5. Ресорбилакт

198.Перед выпиской больных холерой необходимо провести

1. Трехкратное исследование кала и однократное исследование желчи

2. Однократное исследование кала и однократное исследование желчи

3. Двукратное исследование кала и однократное исследование желчи

4. Пятикратное исследование кала и однократное исследование желчи

5. Трехкратное исследование желчи и однократное исследование кала

199. Рвота без предварительной тошноты характерна для:

1. А. Сальмонеллеза
2. В. Холеры
3. С. ПТИ
4. D. Дизентерии
5. Е. Брюшного тифа

200. Понос без боли в животе характерен для:

1. А. Сальмонеллеза
2. В. Холеры
3. С. Кишечного иерсиниоза
4. D. Дизентерии
5. Е. Ботулизма

201. Для возбудителя холеры характерны следующие свойства:

1. А. Выделяет эндотоксин
2. В. Быстро гибнет в воде
3. . Чувствителен к действию дезинфицирующих средств
4. Д. Неподвижен
5. Е. Является вирусом

202. Какое утверждение для возбудителя холеры верно:

1. А. Длительно сохраняется в воде
2. В. Не устойчив в окружающей среде
3. С. Содержит только эндотоксин
4. Д. Устойчив в кислой среде
5. Е. Не размножается в слабощелочной среде

203. Какая из эпидемиологических характеристик при холере верная:

1. . Источником инфекции могут быть домашние животные
2. . Возбудитель выделяется в окружающую среду с испражнениями и мочой
3. . Основным фактором передачи является вода
4. . Сезонность осенне-весенняя

5Повторные случаи заболевания часты

204. Основным симптомом при холере является:

1. . Гипертермия
2. . Боли в животе
3. . Диарея
4. . Рвота
5. Тошнота

205. В клинике холеры характерно

1. . Стул со слизью и кровью
2. . Боли в эпигастральной области
3. . Общая интоксикация и лихорадка
4. . Диарея и катаральные явления
5. . Отсутствие болей в животе

206. Для оральной регидратации больных легкими формами холеры используется

1. . Дисоль
2. . Лактасоль
3. . Цитроглюкосолан
4. . Трисоль
5. . Квартасоль

207.Энтеровирусы ЕСНО и Коксаки поражают:

1. Костно-суставной аппарат
2. Уро-генитальный аппарат
3. Кожу, слизистые, мышцы, лимфоузлы
4. Глаза и уши
5. Печень и селезенку

208.Какие возрастные группы чаще болеют энтеровирусами:

1. Новорожденные дети
2. Дети и молодые лица
3. Лица среднего возраста
4. Лица пожилого возраста
5. Подвержены все возрасты

209.Что не служит материалом для лабораторного исследования энтеровирусной инфекции:

1. Слизь и смывы из зева
2. Спинномозговая жидкость
3. Испражнения больного
4. Парные сыворотки
5. Промывные воды

210. Какая локализация сыпи при энтеровирусной экзантеме неверная:

1. На коже туловища
2. На коже конечностей
3. На волосистой части головы
4. На коже лица
5. На коже стоп

211. Срок изоляции в очаге инфекции при энтеровирусах составляет:

1. 5 дней
2. 10 дней
3. 14 дней
4. 20 дней
5. 1 месяц

212. Возбудителем дизентерии является:

1. Yersiniacoli
2. Clostridiumperfringes
3. Chlamidiapsittaci
4. Shigellaflexnera
5. Bacilluscereus

213. Преимущественный путь передачи инфекции при дизентерии:

1. Водный
2. Контактно-бытовой
3. Воздушно-капельный
4. Парентеральный
5. Посредством мух

214. Основной клинический синдром типичной форме дизентерии:

1. Гастрит
2. Энтерит
3. Гастроэнтерит
4. Энтероколит
5. Колит

215. Наиболее характерные испражнения при острой дизентерии:

1. По типу малинового «желе»
2. По типу” ректального плевка”
3. Стул черный по типу “мелена”
4. Водянистые по типу “рисового отвара”
5. Водянистые по типу” болотной тины”

216. При дизентерии воспалительный процесс локализуется в:

* + 1. Тонком кишечнике

1. В. Илеоцекальной области
2. С. Эпигастрии
3. D. Правой подвздошной области
4. Е. Левой подвздошной области

217. Легкое течение дизентерии характеризуется следующими клиническими признаками:

1. Лихорадкой до 38°С, частотой стула до 10 раз в сутки

2. Лихорадкой 39-40С, частотой стула более 10 раз в сутки

3. Дегидратацией 2-3 степени

4. Тошнотой, рвотой, анорексией

5. Лихорадкой, длительностью более 7 дней

218. Сочетание симптомов, характерное для колитического варианта дизентерии:

1. А. Лихорадка, тошнота, рвота повторная, боли в эпигастрии, водянистый стул
2. В. Лихорадка, боли в левой подвздошной области, стул со слизью и прожилками крови
3. С. Нормальная температура, боли в правой подвздошной области, жидкий стул с кровью
4. Д. Лихорадка, диффузные боли в животе, обильный водянистый стул со слизью
5. Е. Нормальная температура, многократная рвота, обильный водянистый стул

219. Схваткообразные боли в левой подвздошной области характерны для:

1. Сальмонеллеза

2. Холеры

3. Дизентерии

4. Аппендицита

5. Брюшного тифа

220. Больной 25 лет, обратился к врачу на 2-й день болезни с жалобами на боли внизу живота, скудный стул до 5-6 раз в сутки. Состояние удовлетворительное. Температура 37,8С. Спазмированная болезненная сигма. Стул со слизью и прожилками крови.

Ваш предположительный диагноз:

1. Сальмонеллез
2. Аппендицит
3. Дизентерия
4. Паратиф В
5. Холера

221. Условия выписки декретированных лиц после перенесенной дизентерии:

1. А. После однократного отрицательного результата бактериологического исследования крови
2. В. После однократного отрицательного результата бактериологического исследования кала
3. С. После 3-х кратного отрицательного результата бактериологического исследования кала
4. D. После однократного отрицательного результата бактериологического исследования мочи
5. Е. После однократного отрицательного результата бактериологического исследования желчи

222. Больной Ш., 6 месяцев назад лечился в больнице по поводу острой дизентерии. Из кала выделена палочка Флекснера. После выписки из стационара больного беспокоят боли в животе и периодически жидкий стул со слизью. Повторно выделена из кала палочка Флекснера.

Ректороманоскопия—катаральный проктосигмоидит.

Копрограмма: консистенция—кал неоформлен, эритроцитов—нет, слизи ++

Какая форма дизентерии у данного больного:

1. А. Острая дизентерия
2. В. Бактерионосительство
3. С. Хроническая дизентерия
4. D. Субклиническая
5. Е. Стертая дизентерия

223. Ведущими в патогенезе диареи при дизентерии являются:

1. А. Гиперсекреторные процессы
2. В. Нарушение ферментной системы кишечника
3. С. Способность к внутриклеточной инвазии
4. D. Воспалительная реакция
5. E. Увеличение проницаемости сосудистой стенки

224. К генерализованным формам сибирской язвы относится:

1. Висцеральная

2. Абдоминальная

3. Карбункулезная

4. Септическая

5. Септико-метастатическая

225. Химиопрофилактика контактным лицам по сибирской язве осуществляется следующим антибиотиком:

1. Гентамицин

2. Метронидазол

3. Азитромицин

4. Доксициклин

5. Стрептомицин

226. Патогенность сибиреязвенной бактерии зависит от:

1. Образования устойчивых спор
2. Наличия капсулы и образования токсина
3. Наличия соматического антигена
4. Наличия липопротеидов
5. Наличия отечного фактора

227. Резервуаром возбудителя сибирской язвы в природе является:

1. Вода
2. Почва
3. Человек
4. Грызуны
5. Птицы

228. Для кожной формы сибирской язвы характерно:

1. Язва с черной корочкой, окруженная гиперемированным валом, с серозно-геморрагическим содержимым, резко болезненная
2. Язва с черным струпом, с серозно-геморрагическим содержимым, со студневидным отеком окружающих тканей, безболезненная
3. Язва с коричневой корочкой, с гнойным содержимым,с отрубевидным шелушением вокруг, умеренно болезненная
4. Язва красно-багрового цвета, с гнойным содержимым, покрыта черной коркой, с окружающим отеком, резко болезненная
5. Язва с подрытыми краями с гнойным содержимым, с зоной гиперемии, безболезненная

229. Сибирская язва относится к следующим инфекциям:

1. Сапронозным
2. Антропонозным
3. Зоонозным
4. Сапрозоонозным
5. Антропозоонозным

230.Какие меры применяют в очаге сибирской язвы в отношение контактных лиц:

1. Наблюдение за контактными лицами в течение 14 дней
2. Бактериологическое исследование крови у контактных лиц
3. Обязательная госпитализация контактных лиц
4. Обязательная вакцинация контактных лиц
5. Санитарно-просветительная работа

231. Какое утверждение в отношении патогенеза сибирской язвы является верным:

1. Бактерия продуцирует экзотоксин, который повреждает эндотелий сосудов, повышает их проницаемость, что приводит к серозно-геморрагическому воспалению
2. Капсула бактерии содержит гиалуроновую кислоту, которая защищает от фагоцитоза, и облегчает адгезию к эпителию
3. Бактерия выделяет экзо- и эндотоксин, которые способствуют развитию серозно-геморрагического воспаления
4. Вследствие незавершенного фагоцитоза в месте входных ворот развиваются гранулемы, которые некротизируются и нагнаиваются
5. Бактерия продуцирует коагулазу, воспалительная местная реакция протекает с участием лейкоцитов и носит гнойный характер

232. Для эризипелоидной формы сибирской язвы характерно:

1. Образование карбункула с черным струпом
2. Образование пузырей с серозным содержимым
3. Отек кожи без видимого карбункула
4. Наличие карбункула на гиперемированном фоне кожи
5. Желтушное окрашивание ладоней и подошв

233. Самая распространенная локализация сибиреязвенного карбункула:

1. Голова
2. Шея
3. Туловище
4. Верхние конечности
5. Нижние конечности

234. Сибиреязвенный карбункул отличается от чумного нижеследующими признаками:

1. Наличием в центре карбункула некротического струпа

2. Наличием регионарного лимфаденита

3. Наличием отека вокруг струпа

4. Безболезненностью

5. Наличием регионарного бубона

235. Какое утверждение является неверным в отношении признаков сибиреязвенного карбункула:

1. Локализация на открытых участках тела
2. Трехцветный переход от центра к периферии
3. Гнойное отделяемое
4. Безболезненность
5. Наличие дочерних везикул

236. Минимальным диагностическим титром РСК с орнитозным антигеном является:

1. 1:16

2. 1:32

3. 1:64

4. 1:128

5. 1:256

237. Источник возбудителя орнитоза:

1. Человек
2. Птицы
3. Грызуны
4. Животные
5. Хламидии

238. Атипичная клиническая форма орнитоза:

1. Пневмоническая
2. Артралгическая
3. Тифоподобная
4. Менингеальная
5. Желтушная

239. Входными воротами инфекции при орнитозе являются:

1. Кожные покровы
2. Желудочно-кишечный тракт
3. Верхнии дыхательные пути
4. Кровь
5. Слизистые полости рта

240. Больной К. 35 лет обратился с жалобами на субфебрильную температуру, мышечные боли, слабость, головную боль, потливость, бессонницу. Болеет в течение 3 месяцев. При осмотре: кожа бледная и влажная, язык обложен белым налетом, брадикардия, умеренная гепатомегалия. В общем анализе крови: лейкопения, анэзинофилия, ускоренное СОЭ.

Укажите клиническую форму орнитоза:

1. Острый орнитоз, пневмоническая форма
2. Острый орнитоз без поражения легких
3. Подострый орнитоз менингеальная форма
4. Хронический орнитоз гриппоподобная форма
5. . Хронический орнитоз без поражения легких

241. Характерная картина крови при орнитозе:

1. Пойкилоцитоз, анемия, ускоренное СОЭ
2. Лейкопения, лимфоцитоз, ускоренное СОЭ
3. Тромбоцитопения, анемия, ускоренное СОЭ
4. Лейкоцитоз, нейтрофиллез, ускоренное СОЭ
5. Токсическая зернистость нейтрофилов

242. Больную А. 15 лет в течение месяца беспокоит температура 37,6 -38С, кашель. Врач предположил у нее орнитоз.

Какие эпидемиологические данные являются верными для орнитоза:

1. Употребление воды из родника
2. Употребление немытого яблока
3. Уход за больным попугаем
4. Контакт с больным другом
5. Укус клеща

243. Кожные симптомы характерные для орнитоза:

1. Гиперемия лица, зева, склерит
2. Кожа сухая, бледная
3. Симптом капюшона, носков и перчаток
4. Полиморфная сыпь на коже
5. Конъюнктивальная сыпь

244. Источник инфекции при Ку-лихорадке:

1Риккетсии

1. Домашние животные
2. *Больной* человек
3. Домашние птицы
4. Грызуны

245. Преимущественный путь заражения человека Ку- лихорадкой:

1. Воздушно-капельный
2. Водный
3. Трансмиссивный
4. Контакный
5. Раневой

246. Экстренная профилактика лицам из очага Ку-лихорадки включает назначение:

1. . Пеницилллина
2. . Иммуноглобулина
3. . Доксициклина
4. . Азитромицина
5. . Амоксицилина

247. Часто встречающаяся клиническая форма Ку лихорадки:

1. Лихорадочная
2. Пневмоническая
3. Нервная
4. Артритическая
5. Тифоподобная

248. Что характерно для патогенеза Ку-лихорадки:

1. Поражение эндотелия мелких сосудов
2. Размножение возбудителя в макрофагах
3. Образование в органах гранулем
4. Развитие в тканях серозного воспаления
5. Размножение возбудителя в гепатоцитах

249. Возможный симптом со стороны нервной системы при Ку-лихорадке:

1. Гнойный менингит
2. Гемопарезы
3. Радикулит
4. Парезы черепно-мозговых нервов
5. Серозный менингит

250. Длительность инкубационного периода при Ку-лихорадки:

1. 1-2 дня

2. 3-30 дней

3. 14-50 дней

4. 18-60 дней

5. 20-90 дней

251. Какие эпидемиологические данные являются верными для Ку-лихорадки:

1. Употребление некипяченого молока
2. Употребление немытых фруктов
3. Работа на птицефабрике
4. Контакт с больным
5. Парентеральное вмешательство

252. У больной Ж..45 лет жалобы на повышение температуры до 39,6Спо утрам, выраженный озноб, упорную головную боль, особенно в орбитальной области, повышенную потливость. При осмотре: лицо гиперемировано, склерит, зев ярко гиперемирован, на мягком небе энантема, брадикардия, гипотония, гепатомегалия. Из эпиданамнеза: имеет домашний скот, употребляет не кипяченное молоко.

Ваш предположительный диагноз:

1. Грипп
2. Ку-лихорадка
3. Орнитоз
4. Брюшной тиф
5. Сыпной тиф

253. Генерализованная форма менингококковой инфекции

1. Менингококцемия
2. Назофарингит
3. Ринит
4. Паротит
5. Орхит

254. Для менингококкового менингита характерны:

1. Озноб, головная боль, рвота
2. Птоз, миоз, диплопия
3. Нарушение водно - солевого баланса
4. Анурия
5. Очаговые нарушения

255. При менингококковом менингите дифференциальный диагноз проводится с:

1. Вторичными гнойными менингитами,
2. Вирусными гепатитами
3. Ботулизмом
4. Туляремией
5. Инсультом

256. Основным компонентом патогенетической терапии при менингококковом менингите является:

1. Регидратация
2. Дезинтоксикация
3. Бактериофагия
4. Вакцинотерапия
5. Пенициллинотерапия

257. Факторы патогенности менингококков:

1. Наличие липополисахарида (ЛПС)
2. Подвижность
3. Продукция экзотоксина
4. Устойчивость
5. Наличие эндотоксина

258. Клинико-лабораторные признаки менингококкового менингита:

1. Гнойно-воспалительные изменения ликвора
2. Появление парезов и параличей
3. «Звездчатая» геморрагическая сыпь
4. Симптомы обезвоживания
5. Мелкоточечная сыпь

259. Для профилактики менингококковой инфекции используют:

1. Живую менингококковую вакцину
2. Полисахаридную менингококковую вакцину
3. Инактивированную менингококковую вакцину
4. Менингококковый анатоксин
5. Антибиотикотерапия

260. Для подтверждения диагноза менингококкового назофарингита посев слизи из носоглотки проводят на:

1. Мясо-пептонныйагар
2. Кровяной агар
3. Печеночный агар
4. Сывороточный агар
5. Пептонныйагар

261. Для менингококкцемии характерен следующий симптом:

1. Не выраженная интоксикация
2. Петехиальная сыпь
3. Птоз
4. Менингеальные симптомы
5. Иктеричность склер

262. Менингококковый менингит дифференцируется от вторичного гнойного менингита:

1. По выраженности менингеальных симптомов
2. По характеру изменений периферической крови
3. По биохимическому характеру СМЖ
4. По бактериологическому исследованию ликвора
5. По общему анализу крови

263. Наиболее эффективный антибиотик из нижеперечисленных для лечения генерализованных форм менингококковой инфекции:

1. Тетрациклин
2. Цефтриаксон
3. Стрептомицин
4. Эритромицин
5. Ципрофлаксацин

264. Клинические симптомы менингококкемии:

1. Острое начало с интоксикации, обильная мелкоточечная сыпь со сгущением в естественных складках
2. Острое начало с интоксикации, обильная крупнопятнистая сыпь в области лица
3. Острое начало с интоксикации, папулезно-везикулезная сыпь на волосистой части головы
4. Острое начало с интоксикацией, геморрагическая сыпь на дистальных участках конечностей
5. Постепенное начало с появлением геморрагической сыпи сверху вниз

265. Для менингококковогоназофарингита характерен следующий симптом:

1. Многократная рвота
2. Головокружение
3. Гиперемия и зернистость задней стенки глотки
4. Гиперемия лица и шеи
5. Снижение аппетита
6. Чаще всего рожа развивается у лиц:
7. Старше 40 лет
8. Старше 5 лет
9. Старше 15 лет
10. Детей
11. С иммунодефицитным состоянием
12. При роже воспалительный процесс развивается преимущественно:
13. На коже
14. В подкожной клетчатке
15. В костях
16. Во внутренних органах
17. Субфасциально
18. Возбудителем рожи является:
19. Стафилококки
20. Кишечная палочка
21. Простейшие
22. Протеи
23. Стрептококки

269. Рожа относится к следующей группе инфекций:

1. Кишечные инфекции,
2. Кровяные,
3. Воздушно-капельные инфекции,
4. С различными путями передач,
5. Наружных покровов.

270. Наиболее частая локализация рожи:

1. Спина,
2. Живот,
3. Грудная клетка,
4. Верхние конечности,
5. Нижние конечности.

271. Больной Г., 57 лет, заболел остро с подъема температуры до 39,5С и озноба. На второй день болезни в правой голени появились боль, гиперемия и утолщение кожи в средней ее трети с четкими границами, образовались пузыри с прозрачным содержимым. Заболеванию предшествовал ушиб голени. Ранее подобным заболеванием не страдал, но часто болел ангинами, тромбофлебитом глубоких вен правой голени.

1. Рожа,
2. Флегмона,
3. Сибирская язва,
4. Эризипелона,
5. Тромбофлебит глубоких вен.

272. Каким антибиотиком необходимо проводить профилактику рецидивов рожи?

1. Цефтриаксон
2. Пенициллин
3. Ципрофлаксацин
4. Тазобактамы
5. Бициллин

273. Неправильное утверждение в отношении столбнячного токсина

1. Представляет собой липополисахарид
2. Относится к экзотоксинам
3. Быстро инактивируется при нагревании
4. Не всасывается в желудочно-кишечном тракте
5. Обладает нейротоксическими свойствами

274. Заражение человека клостридиями происходит при:

1. Контакте с больным человеком
2. Употребление инфицированных продуктов
3. Загрязнение ран почвой
4. Внутривенноевведении наркотиков
5. Переливанииинфицированной крови

275. Для активной специфической профилактики инфекции, вызванных столбняком используют:

1. Анатоксины
2. Антитоксические сыворотки и иммуноглобулины
3. Антимикробные сыворотки и иммуноглобулины
4. Антибиотики
5. Вакцинопрофилактика

276. Основная причина смерти при столбняке:

1. Асфиксия,
2. Отек мозга,
3. Инфекционно-токсический шок,
4. Пневмония
5. Сепсис.

277. Характерным симптомом при столбняке является:

1. Опистотонус
2. Гидрофобия
3. Возбуждение
4. Изменение сознания
5. Дизартрия

278. Чаще всего смерть при столбняке наступает от:

1. Острой дыхательной недостаточности
2. Острой сердечной недостаточности
3. Острой сосудистой недостаточности
4. Мозговой комы
5. Компрессионных переломов позвоночника

279. С каким заболеванием необходимо дифференцировать столбняк:

1. Рожа
2. Чума
3. Сибирская язва
4. Бешенство
5. Туляремия

280. В качестве этиотропной терапии столбняка применяется:

1. Доксициклин
2. Тетрациклин
3. Цефалоспорины
4. Гентамицин
5. Азитромицин

281. В терминальный период бешенства температура чаще всего:

1. Субнормальная
2. Нормальная
3. Гиперпиретическая
4. Субфебрильная
5. Фебрильная

282. К атипичным формам бешенства относятся:

1. Паралитическая
2. Внелегочная
3. Септическая
4. Легочная
5. Кишечная

283. В клинической картине бешенства отмечается:

1. Опистотонус
2. Тризм
3. Птоз
4. Гидрофобия
5. Дизартрия

284. Минимальный инкубационный период при бешенстве:

1. 10 дн.
2. 30 дн.
3. 2 мес.
4. 6 мес.
5. 3 нед

285. К кожной форме сибирской язвы относится:

1. Кожно-бубонная
2. Язвенная-бубонная
3. Буллезно - геморрагическая
4. Карбункулёзная
5. Ангинозно-бубонная

286. При кожной форме сибирской язвы предпочтительно назначение:

1. Доксициклин
2. Левомицетин
3. Гентамицин
4. Цефалоспорины
5. Азитромицин

287. К генерализованным формам сибирской язвы относится:

1. Висцеральная
2. Абдоминальная
3. Вторично - очаговая
4. Септическая
5. Септико-метастатическая

288. Дифференциальный диагноз сибирской язвы проводят :

1. Лейшманиоз
2. Фурункул
3. Столбняк
4. ВИЧ- инфекция
5. Брюшной тиф

289. Патоморфологически для сибирской язвы характерно воспаление:

1. Серозное
2. Серозно-гнойное
3. Гнойно-геморрагическое
4. Серозно-геморрагическое
5. Гнойно-некротическое

290. Для глазо-бубонной формы туляремии характерен:

1. Блефарит
2. Двусторонний кератит
3. Односторонний кератоконъюнктивит
4. Односторонний кератит
5. Двусторонний конъюнктивит

291. Путь передачи при орнитозе:

1. Контактный
2. Алиментарный
3. Аэрогенный
4. Трансмиссивный
5. Парентеральный

292. Возбудителем орнитоза являются:

1. Хламидии
2. Простейшие
3. Бактерии
4. Вирусы
5. Риккетсии

293. При типичных формах орнитоза рентгенологически чаще всего определяется:

1. Интерстициальная пневмония
2. Очаговая пневмония
3. Сегментарная пневмония
4. Лобарная пневмония
5. Плевропневмония

294. К генерализованным формам псевдотуберкулеза относится:

1. Клиническая
2. Легочная
3. Скарлатиноподобная
4. Септико-метастатическая
5. Кишечная

295. Для псевдотуберкулеза характерен следующий вид высыпаний:

1. Мелкоточечный
2. Розеолезный
3. Розеолезно-петехиальный
4. Везикулезно-пустулезный
5. Геморрагический

296. Наиболее эффективным этиотропным препаратом при псевдотуберкулезе является:

1. Левомицетин
2. Пенициллин
3. Эритромицин
4. Метронидазол
5. Азитромицин

297. В профилактике псевдотуберкулеза большую роль играет борьба с:

1. Грызунами
2. Насекомыми
3. Птицами
4. Сельхоз животными
5. E)вшами

298. Возбудителем псевдотуберкулеза является:

1. Иерсинии
2. Хламидии
3. Энтеровирусы
4. Микобактерии
5. Риккетсии Бернета

299. Минимальным диагностический титром РСК с орнитозным антигеном является:

1. 1:16
2. 1:32
3. 1:64
4. 1:120
5. 1:250

300. Вирус бешенства достигает ЦНС:

1. Через решетчатую кость
2. Лимфогеннымпутем
3. Гематогенным путем
4. Периневральным путем
5. Через мозговые оболочки

301. Курсовая доза ПСС при столбняке вводится в течении:

1. Первых суток
2. Вторых суток
3. Третьих суток
4. Четвертых суток
5. Пятых суток

302. Больная П. 22г., заболела 4 дня назад. Вначале появились боли при жевании, постепенно стало трудно открывать рот и жевать пищу. Присоединились боли в мышцах шеи, спины, стало трудно сидеть. Из анамнеза: за 14 дней до заболевания в саду поранила руку. Ваш диагноз?

1. Бешенство
2. Столбняк
3. Ботулизм
4. Энцефалит
5. Истероиднаяреакция

303. Больная К. 38 лет домохозяйка, поступила на 4й день болезни с жалобами на повышение t0 тела до 390С, артралгии, снижение аппетита, кашель, рвоту, сыпь на теле в виде «капюшона» «перчаток», «носков» , увеличение лимфоузлов, гепатоспленомегалия. Из эпид. Анамнеза: живет в частном доме, имеется погреб. Ваш диагноз?

1. Лептоспироз
2. Псевдотуберкулез
3. Орнитоз
4. Иерсиниоз
5. Скарлатина

304. Больной К. Работает в мясном павильоне . Заболел остро с повышения t0 до 39-400С, озноба, головной боли. При осмотре в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 2мм, покрытая черной коркой. Область язвы при пальпации безболезненна. Ваш предполагаемый диагноз?

1. Сибирская язва
2. Туляремия
3. Чума
4. Фурункул
5. Рожа

305. К классу нематодозов относятся:

1. Аскаридоз
2. Геминолипидоз
3. Тениоз
4. Эхинококкоз
5. Тениаринхоз

306. Для лечения аскаридоза применяется:

1. Празиквантель
2. Фенасал
3. Альбендазол
4. Мератин
5. Тинидазол

307. Наиболее частый симптом энтеробиоза:

1. Кровохарканье
2. Лихорадка
3. Зуд в перианальной области
4. Боль в мышцах
5. Зуд кожных покровов

308. Для эритематозной формы рожи характерны:

1. Высокая температура
2. Головная боль
3. Гиперемия, отечность с четкими границами в месте воспалительного очага
4. Геморрагии в месте воспалительного очага
5. Увеличение лимфатических узлов

309. Основной клинический синдром при тениаринхозе:

1. Диспептический
2. Холестатический
3. Менингеальный
4. Респираторный
5. Интоксикационный

310. Лечение тениоза проводят:

1. Фенасалом
2. Альбендазолом
3. Декарисом
4. Вермоксом
5. Празиквантелем

311. Основные клинические признаки трихинеллеза:

1. Лихорадка, миалгия
2. Зуд кожных покровов
3. Лимфаденопатия
4. Значительный лимфоцитоз
5. Увеличение селезёнки

312. Этиотропное лечение трихинеллеза:

1. Альбендазол
2. Стрептомицин
3. Делагилпо схеме
4. Нитрофураны
5. Цефтриаксон

313. Основной метод лабораторной диагностики дифиллоботриоза:

1. Копроскопия
2. Серологический
3. Биологический
4. Кожно-аллергическая проба
5. Посев кала

314. Больной К. 45 лет, поступил с жалобами: на быструю утомляемость, зуд кожи, сухой кашель, тошнота, рвота, боли в животе. Объективно: на кожных покровах пятнистая сыпь, в легких сухие хрипы. В ОАК-эозинофилия 40%. Ваш диагноз?

1. Описторхоз
2. Энтеробиоз
3. Аскаридоз
4. Тиниоз
5. Тениаринхоз

315. Патогномоничный симптом в начальный период лептоспироза:

1. Сильные боли в икроножных мышцах
2. Сильные головные боли
3. Боли в суставах
4. Геморрагическая сыпь
5. Жидкий стул

316. Для бактериоскопической диагностики лептоспироза используют:

1. Мокроту
2. Кровь
3. Носоглоточную слизь.
4. Желчь
5. Кал

317. Характерным осложнением лептоспироза является:

1. Острое поражение почек
2. Перитонит
3. Дегидратационный шок
4. Отек легких
5. Анафилактический шок

318. В качестве этиотропной терапии при лептоспирозе применяют:

1. Пенициллин;
2. Гентамицин;
3. Ванкомицин.
4. Ципрофлоксацин
5. Азитромицин

319. Признаки поражения ЦНС при лептоспирозе:

1. Серозный менингит
2. Энцефалит
3. Радикулоневрит
4. Менингоэнцефалит
5. Инсульт

320. Больной Н., 65 лет – сторож продуктового склада, где много крыс. Заболел остро с озноба, повышения температуры, боли в икроножных мышцах. На 3-й день болезни появилась желтушность кожи и слизистых ,носовые кровотечения, увеличилась печень и селезенка, моча приобрела темный цвет, за сутки выделил всего 50 мл мочи. Остаточный азот 280 ммоль/л, мочевина 28 ммоль/л. Bаш диагноз?

1. Лептоспироз
2. Вирусный гепатит
3. Геморрагическая лихорадка
4. Бруцеллез
5. Брюшной тиф

321. Синдром характерный для тяжелого течения гриппа:

1. Интоксикационный
2. Геморрагический
3. Диспептический
4. Паралитический
5. Катаральный

322.Средства этиотропной терапии при гриппе

1. Рибаверин
2. Азитромицин
3. Осельтамивир
4. Интерферон
5. Парацетамол

323. Для гриппа наиболее характерен:

1. Трахеит
2. Фарингит
3. Ларингит
4. Бронхит
5. Ринит

324. Инкубационный период гриппа

1. От 10-12 часов до 2 дней
2. От 5 до 7дней
3. От 7 до 10 дней
4. От 10 до 14 дней
5. От 14 до 30 дней

325. Основное звено патогенеза при гриппе

1. Бактеремия
2. Вирусемия
3. Токсинемия
4. Сосудистая дистония
5. Репликация

326. Больной 18 лет, студент, заболел остро, температура поднялась до 39,5°C, головная боль, боли в мышцах, чувство саднения за грудиной , сухой болезненный кашель, затрудненное носовое дыхание . При осмотре : инъекция сосудов склер, слизистая оболочка мягкого и твердого неба гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Ваш диагноз?

1. Ку-лихорадка
2. Парагрипп
3. РС-инфекция
4. Грипп
5. Назофарингит

327. Каким методом определяется вид возбудителя при бруцеллезе

1. Паразитологическим
2. Бактериологическим
3. Имунологическим
4. Аллергологическим
5. Биологическим

328. Госпитализация больных бруцеллезом осуществляется при:

1. Острой форме
2. Подострой форме
3. Хронической форме ст. Компенсации
4. Латентной форме
5. Резидуальной форме

329. Основной симптом септической формы острого бруцеллеза

1. Лихорадка
2. Боли в суставах
3. Тошнота, рвота
4. Нарушение сознания
5. Сыпь на теле

330. Наиболее частая локализация воспалительного очага при первичной роже:

1. Лицо
2. Нижние конечности
3. Туловище
4. Верхние конечности
5. Голова

331. Антибактериальная терапия при остром бруцеллезе:

1. Доксициклин+гентамицин
2. Азитромицин+цефтриаксон
3. Ампициллин+пенициллин
4. Метрид+амоксиклав.
5. Канамицин+амикацин

332. Больная К., 42 лет, работает дояркой. Поступила в клинику на 41 день болезни. Заболела с повышение температуры тела до 38-39°С, головную боль, слабость и повышенную потливость. Затем появились боли в коленных суставах. Объективно: увеличение подчелюстных, подмышечных и паховых лимфатических узлов до размера боба; увеличение печени и селезенки. Ваш диагноз?

1. Острый бруцелллез
2. Подострый бруцеллез
3. Полиартрит
4. Сепсис
5. Псевдотуберкулез

333. Характерная сыпь у больных брюшным тифом:

1. Розеолезная
2. Папулезная
3. Везикулезная
4. Петехиальная
5. Мелкоточечная

334. Основным препаратом для этиотропного лечения брюшного тифа и паратифов

Является:

1. Ципрофлоксацин
2. Пенициллин
3. Левомицетин
4. Тетрациклин
5. Эритромицин

335. Специфическое осложнение брюшного тифа:

1. Отек головного мозга
2. Кишечное кровотечение
3. Пневмония
4. Инвагинация кишечника
5. Гломерулонефрит

336. Симптом Падалки характерен для следующего заболевания:

1. Сальмонеллез
2. Холера
3. Брюшной тиф
4. Дизентерия
5. Амебиаз

337. Наиболее характерные начальные симптомы паратифа В:

1. Рвота, водянистый стул
2. Боли в горле, кашель
3. Слабость, головная боль
4. Вздутие живота, запоры
5. Головная боль, сыпь

338. Наиболее характерные начальные симптомы паратифа А:

1. Рвота, водянистый стул
2. Боли в горле, кашель
3. Слабость, головная боль
4. Вздутие живота, запоры
5. Головная боль, сыпь

339. Основной метод диагностики тифопаратифозных заболеваний:

1. Бактериологический
2. Серологический
3. Иммуноферментный
4. Микроскопический
5. Кожно-аллергический

340. Для брюшного тифа в период разгара болезни наиболее характерным типом

Лихорадки является:

1. Гектическая
2. Ремиттирующая
3. Постоянная
4. Неправильная
5. Перемежающаяся

341. Для больных брюшным тифом наиболее частой жалобой является:

1. Головная боль
2. Боль в пояснице
3. Боль в мышцах
4. Боль в животе
5. Боль в суставах

342. Для ранней диагностики тифопаратифозных заболеваний применяют:

* 1. Посев крови
  2. Посев желчи
  3. Посев мочи
  4. Реакцию Видаля
  5. ИФА

343. Больной 40 лет обратился к врачу с жалобами на температуру до 39-40⁰, бессонницу, сильную головную боль, вздутие живота, боли в правой подвздошной области. При осмотре больной бледный, язык утолщен, живот вздут, розеолезная сыпь на животе, печень и селезенка увеличены. О каком заболевание можно думать:

1. Сыпной тиф
2. Кишечный иерсиниоз
3. Аппендицит
4. Дизентерия
5. Брюшной тиф

344. Характер стула при типичной форме дизентерии:

1. Стекловидная слизь с примесью крови по типу “ малинового желе”
2. Скудный со слизью и с прожилками крови
3. Водянистый, пенистый без патологических примесей
4. Водянистый, зеленоватый, со слизью и прожилками крови
5. Жидкий, с гнилостным запахом, со слизью и прожилками крови

345. Препаратом выбора для этиотропной терапии дизентерии является:

1. Тетрациклин
2. Ципрофлоксацин
3. Хлорамфеникол
4. Ампициллин
5. Котримаксазол

346. Материалом для бактериологического подтверждения дизентерии является:

1. Кровь
2. Моча
3. Кал
4. Желчь
5. Слюна

348. Схваткообразные боли в левой подвздошной области характерны для:

1. Сальмонеллеза
2. Холеры
3. Дизентерии
4. Аппендицита
5. Брюшном тифе

349. В ЦСМ обратилась пациентка 23 лет с жалобами на схваткообразные боли в нижней части живота, больше в левой подвздошной области, частый скудный стул с примесью слизи и крови, ложные позывы на низ, тенезмы, повышение температуры до 39⁰. О каком заболевание можно думать:

1. Брюшной тиф
2. Дизентерия
3. Сальмонеллез
4. Амебиаз
5. Холера

350. Возбудителем амебиаза является:

1. Простейшие
2. Бактерии
3. Вирусы
4. Рикеттсии
5. Хламидии

351. Основной метод диагностики кишечного амебиаза:

1. Бактериологическое исследование кала
2. Серологическое исследование крови
3. Микроскопическое исследование кала
4. Бактериологическое исследование крови
5. Вирусологическое исследование кала

352. Препаратом выбора для лечения инвазивного амебиаза является:

1. Метронидазол
2. Доксициклин
3. Амфотероцин
4. Хлорохин
5. Паромомицин

353. В инфекционную больницу обратилась пациентка 25 лет, вернувшаяся из Индии, с жалобами на боли в нижней части живота, больше слева, жидкий стул со слизью и кровью, ложные позывы на низ, снижение аппетита. При осмотре стул с большим количеством стекловидной слизи и с кровью по типу “малинового желе “. О каком заболевание можно думать:

* 1. Брюшной тиф
  2. Дизентерия
  3. Сальмонеллез
  4. Амебиаз
  5. Холера

355. При кишечном амебиазе наиболее характерно развитие следующего синдрома поражения желудочно-кишечного тракта:

* 1. Гастрита
  2. Гастроэнтерита
  3. Энтероколита
  4. Колита
  5. Гастроэнтероколита

356. При сальмонеллезе источниками заражения являются:

1. Только люди
2. Только животные
3. Люди и животные
4. Птицы
5. Рыба

357. При ботулизме источниками заражения являются:

1. Люди
2. Крупно рогаты и мелко рогатый скот
3. Консервированные продукты питания
4. Вода
5. Птицы

358. При сальмонеллезе элективной средой для посева крови является:

1. Мясо-пептонный бульон
2. Сывороточный бульон
3. Желчный бульон
4. Сахарный бульон
5. Печеночный бульон

359. Ведущий путь передачи при холере Эль-Тор:

1. Аэрогенный
2. Трансмиссивный
3. Контактно-бытовой
4. Алиментарный
5. Водный

360. Со стороны слизистой тонкого кишечника при холере отмечается:

1. Слизистая не изменена
2. Очаговый катаральный энтерит
3. Диффузный катаральный энтерит
4. Эрозивно-катаральный энтерит
5. Эрозивно-геморрагический энтерит

361. Элективной средой для холерных вибрионов из нижеперечисленных является:

1. Мясо-пептонный бульон
2. 1 % пептонная вода
3. Сахарный бульон
4. Сывороточный агар
5. СредаЭндо

362. Симптомы обезвоживания характерны для:

1Холеры

2Дизентерии

3Амебиаза

4Балантидиаза

5Ботулизма

363. Для холеры характерен следующий вид испражнений:

1. Жидкий с примесью стекловидной слизи равномерно перемешанной с кровью
2. Жидкий,обильный,водянистый
3. Жидкий,скудный в виде комочка слизи спрожилками крови
4. Жидкий,обильный с примесью гноя,крови,резким гнилостным запахом
5. Жидкий,с примесью свежей алой крови;

364. Ботулотоксин избирательно поражает:

* 1. Чувствительные нейроны
  2. Двигательные нейроны
  3. Вставочные нейроны
  4. Нервные волокна
  5. Нервные окончания

365. Смерть больных ботулизмом наступает чаще всего от:

1. Острой дыхательной недостаточности
2. Острой сердечной недостаточности
3. Циркуляторного шока
4. Острой почечной недостаточности
5. Отека и набухания головного мозга

366. При типичном течении ботулизма отсутствует следующий синдром:

1. Гастроинтестинальный
2. Лихорадочный
3. Офтальмоплегический
4. Глоссофарингеальный
5. Миастенический

367. Основной возбудитель, вызывающий рожу:

1. Cальмонелла
2. Cтрептококк
3. Менингококк
4. Стафилококк
5. Хламидии

368. Птоз характерен для:

1. Ботулизма
2. Отравления атропином
3. Пищевой токсико инфекции
4. Столбняка
5. Бешенства

369. Одна терапевтическая доза противоботулинической сыворотки содержит в себе:

1. 1000 М.Е.
2. 2500 М.Е.
3. 5000 М.Е.
4. 10000 М.Е.
5. 25000 М.Е.

370. Курсовую дозу ПБС при тяжелой форме ботулизма рекомендуется ввести в течение:

* 1. 1-х суток поступления
  2. 2-х суток поступления
  3. 3-х суток поступления
  4. 4-х суток поступления
  5. 5-и суток поступления

371. Развитие диарейного синдрома при сальмонеллезе связано в основном с действием:

1. Термолабильного энтеротоксина сальмонелл
2. Инвазионными способностями возбудителейцитотоксина
3. Действием эндотоксина
4. Действием цитотоксина
5. Нарушением реабсорбции воды и электролитов в кишечнике

377. Патогенез генерализованной формы сальмонеллеза аналогичен патогенезу:

1. Холеры
2. Дизентерии
3. Эшерихиоза
4. Брюшного тифа
5. ПТИ

378. Сыпной тиф передается следующим путем:

1. Контактным
2. Алиментарным
3. Водным
4. Аэрогенным
5. Трансмиссивным

379. В разгар болезни при сыпном тифе характерна следующая лихорадка:

1. Постоянная
2. Ремиттирующая
3. Интермиттирующая
4. Возвратная
5. Гектическая

380. Возбудитель лихорадки Ку относится к:

1. Вирусам
2. Риккетсиям
3. Хламидиям
4. Микрококкам
5. Микобактериям

381. При поражении легких при Ку-лихорадке характерны клинико-рентгенологические признаки:

1. Очаговой пневмонии
2. Сегментарной пневмонии
3. Лобулярной пневмонии
4. Плевропневмонии
5. Интерстициальной пневмонии

388. Для менингококцемии наиболее характерен следующий вид высыпаний:

* 1. Розеолезный
  2. Розеолезно-петехиальный
  3. Везикулезно-пустулезный
  4. Геморрагический
  5. Мелкоточечный

389. Для менингококковой инфекции характерны следующие процессы в пораженных органах:

1. Пролиферативные процессы
2. Серозное воспаление
3. Гнойное воспаление
4. Геморрагическо-некротическое воспаление
5. Некротические процессы

390. Менингококковый менингит дифференцируется от вторичного гнойного менингита:

1. По выраженности менингеальных симптомов
2. По характеру изменений периферической крови
3. По биохимическому характеру СМЖ
4. По клеточному составу СМЖ
5. По бактериологическому исследованию ликвора

391. Комар становится заразным, если в его организм попадают следующие формы малярийных плазмодиев:

1. Преэритроцитарныешизонты
2. Параэритроцитарныешизонты
3. Эритроцитарныемерозоиты
4. Гаметоциты
5. Экзаэритроцитарныйшизонт

392. Лихорадочные приступы при 3-х дневной малярии повторяются от начала предыдущего через:

* 1. 24 часа
  2. 36 часов
  3. 48 часов
  4. 72 часа
  5. 96 часов

393. Для профилактики поздних рецидивов при 3-х дневной малярии назначают:

* 1. Хинин
  2. Делагил
  3. Примахин
  4. Пириметамин
  5. Прогуанил

394. Малярийная кома чаще всего развивается при:

1. 3-х дневной малярии
2. 4-х дневной малярии
3. Ovale– малярии
4. Тропической малярии
5. Паразитоносительстве

395. Висцеральный и кожный лейшманиоз передается:

1. Комарами
2. Москитами
3. Блохами
4. Клещами
5. Вшами

396. При висцеральном лейшманиозе возбудитель размножается в:

* 1. Клеткахсоединительной ткани
  2. Гепатоцитах
  3. Мононуклеарныхфагоцитах
  4. Клеткахэндотелия сосудов
  5. Эритроцитах

397. Для лечения висцерального лейшманиоза необходимо назначение:

* 1. Солянокислого эметина
  2. Хинина
  3. Аминарсона
  4. Антибиотиков тетрациклинового ряда
  5. Солюсурьмина

398. Возбудитель ВГА относится к роду:

1. Гепадновирусов
2. Энтеровирусов
3. Миксовирусов
4. Калицивирусов
5. Флавивирусов

399. Возбудитель ВГВ относится к роду:

1. Гепадновирусов
2. Энтеровирусов
3. Миксовирусов
4. Калицивирусов
5. Флавивирусов

400. Входные ворота при роже:

1. Поврежденные кожа и слизистые оболочки
2. Неповрежденная кожа
3. Ротовая полость
4. Верхние дыхательные пути
5. Слизистая глаз

401. Основной путь передачи при ВГЕ:

1. Алиментарный
2. Контактно-бытовой
3. Водный
4. Парентеральный
5. Воздушно-капельный

402. Для репликации вируса «Д» необходимы:

1. Энтеровирусы
2. Гепадновирусы
3. Миксовирусы
4. Калицивирусы
5. Флавивирусы

403. Постинфекционный иммунитет при клещевом энцефалите:

1. Напряжённый
2. Ненапряжённый
3. Отсутствует
4. Длительный
5. Короткий

404. Тяжелое течение ВГЕ обычно бывает у:

1. Детей младшего возраста
2. Детей подросткового возраста
3. Людей занимающихся физическим трудом
4. Беременных
5. Лиц пожилого возраста

405. Инкубационный период при ВГЕ составляет:

1. 5-10 дней
2. 10-15 дней
3. 15-20 дней
4. 20-30 дней
5. 30-40 дней

406. Серологические маркеры ВГЕ:

1. Aнти-HAV
2. Aнти-HCV
3. Анти-HDV
4. Анти-HEV
5. Анти-hbcor

407. Назовите специфические методы диагностики вирусного гепатита С:

1. Определение анти-HCV
2. Определение активности алт, аст
3. Определение активности ферментов
4. Определение протромбинового индекса
5. Определение уровня общего билирубина

408. Назовите наиболее частые исходы при вирусном гепатите С:

1. Цирроз
2. Холангит
3. Печеночная энцефалопатия
4. Панкреатит
5. Дискинезия

409. Назовите маркеры вирусного гепатита Д:

1. Анти-HDVigm
2. Анти-hbsagigm
3. Анти-HAVigm
4. Анти-HCVigm
5. Aнти-hbcorigm

410. Для вирусного гепатита «Д» характерно:

1. Двухволновоетечение
2. Преимущественно фекально-оральный механизм передачи
3. Хорошо поддается лечению кортикостероидами
4. В основном заканчивается выздоровлением
5. Относится к наиболее частой форме ВГ

411. Лабораторными признаками холестатической формы гепатита В является:

1. Повышение билирубина
2. Повышение сулемового титра
3. Повышение тимоловой пробы
4. Снижение холестерина
5. Повышение АЛТ

412. Основным методом лечения острых вирусных гепатитов относится :

1. Антибиотикотерапия
2. Глюкокортикостероиды
3. Спазмолитики
4. Базисная терапия
5. Жаропонижающая терапия

413. К базисной терапии вирусных гепатитов относится:

1. Стол №13
2. Стол №15
3. Стол №2
4. Стол №5
5. Стол №4

414. У молодого человека невыраженная желтушность кожных покровов и склер, повышение уровня непрямого билирубина при нормальных показателях общего анализа крови и активности трансаминаз. Наиболее вероятный диагноз:

* 1. Механическая желтуха
  2. Вирусный гепатит
  3. Гемолитическая желтуха
  4. Синдром Жильбера
  5. Синдром Ротора

415. После перенесенного ВГВ профилактические прививки противопоказаны:

1. В течение 3 месяцев
2. В течение 6 месяцев
3. В течение 12 месяцев
4. В течение 2 лет
5. Пожизненно

416. Характерный синдром преджелтушного периода при ВГВ:

1. Лихорадочный
2. Артралгический
3. Гриппоподобный
4. Геморрагический
5. Холестатический

417. Основной фактор передачи инфекции при ВГВ и ВГД:

1. Вода
2. Кровь и ее компоненты
3. Грязные руки и предметы
4. Продукты питания
5. Клещи

418. Лабораторный тест, подтверждающий диагноз ВГВ:

1. Гипербилирубинемия
2. Анти - нвсigm
3. Анти - НСV
4. Увеличение активности аминотрансфераз
5. Повышение тимоловой пробы

419. Переносчик клещевого энцефалита:

1. Иксодовые клещи
2. Москиты
3. Блохи
4. Вши
5. Комары

420. Метод исследования, используемый для подтверждения диагноза при ОВГ Д:

1. УЗИ печени
2. Пункционная биопсия печени
3. Сцинтиограммапечени
4. Биохимический анализ крови (билирубин, алат)
5. ИФА

421. Выберите препараты для лечения клещевого энцефалита:

1. Пенициллин.
2. Специфический гамма — глобулин
3. Доксициклин
4. Ацикловир
5. Рибавирин

422. Какие симптомы не характерны для больных сыпным тифом:

1. Лихорадка
2. Головная боль, бессонница
3. Головокружение
4. Жидкий стул
5. Раздражительность,

423. Диспансерное наблюдение за пациентами перенесшими парентеральные ВГ

1. 1 месяц
2. 3 месяца
3. 6 месяцев
4. 12 месяцев
5. 24 месяца.

424. Путь передачи бубонной формы чумы

1. Трансмиссивный
2. Воздушно — капельный
3. Пищевой
4. Водный
5. Парентеральный

425. Чумной бубон характеризуется:

1. Четкостью контуров
2. Отсутствием изменений кожи
3. Резкой болезненностью
4. Отсутствием склонности к нагноению
5. Не выраженной болезненностью

426. Возбудителемчумыявляется:

1. Listeria monocytogenes
2. Salm. Ententidis
3. Yersinia enterocolitica
4. Clostridium perfringens
5. Yersinia pestis

427. Одним из препаратов этиотропного лечение больных чумой является:

1. Азитромицин
2. Пенициллин
3. Стрептомицин
4. Имипенем
5. Амоксициллин

428. При чуме патанатомически преобладают следующие воспалительные процессы:

1. Серозные
2. Гнойные
3. Серозно-геморрагические
4. Гнойно-некротические
5. Серозно-гнойные

429. Максимальный инкубационный период при чуме у невакцинированных лиц:

1До 4-х дней

2До 6-ти дней

3До 8-и дней

4До 10-и дней

* + 1. До 12-и дней

430. Какой отдел желудочно-кишечного тракта всегда поражается при иерсиниозах:

1. Гастродуоденальная область
2. Дистальный отдел толстого кишечника
3. Илеоцекальная область
4. Поперечно – ободочный отдел
5. Тонкий кишечник

431. Возбудитель крымская геморрагическая лихорадка это

1. Вирус
2. Бактерия
3. Простейшие
4. Хламидия
5. Микоплазма

432. Не показано лечение больных токсоплазмозом при:

1. Остром течение заболевания
2. Обострение хронического токсоплазмоза
3. Манифестном течении ранней фазы
4. Латентном течение
5. Врожденном токсоплазмозе

433. Причина летального исхода при крымской геморрагической лихорадке:

1. Острая почечная недостаточность
2. Острая дыхательная недостаточность
3. Разрыв почки
4. Кровоизлияния и кровотечения
5. Отек мозга

434. Для этиотропного лечения крымской ГЛ применяют:

1. Ацикловир
2. Интерферон
3. Рибавирин
4. Доксоциклин
5. Тенофовир

435. Ведущим синдромом при лямблиозе является:

1. Гастроэнтерит
2. Холецистодуоденит
3. Энтероколит
4. Гастроэнтероколит
5. Энтерит

436. Одним из опасных специфических осложнений геморрагической лихорадки с почечным синдромом является:

1. Острая печеночная недостаточность
2. Гнойный менингит
3. Острое поражение почек
4. Прободение язв кишечника
5. Парез и паралич

437. Какое заболевание не относится к группе «оппортунистических»:

* 1. Токсоплазмоз
  2. Описторхоз
  3. Герпесвирусные заболевания
  4. Цитомегаловирусная инфекция
  5. Амебиаз

438. Для ВИЧ- инфекции характерно поражение легких обусловленное:

1. Микобактериями Коха
2. Легионеллами
3. Грибами Кандида
4. Пневмоцистами
5. Пневмококками

439. Нарушение сознания характерно для следующей формы клещевого энцефалита:

1. Лихорадочной
2. Менингиальной
3. Менингоэнцефалитической
4. Полирадикулоневрической
5. Артралгический

440. Инкубационный период при кишечномиерсиниозе составляет:

1. 1-3 дней
2. 5-22 дней
3. 30-45 дней
4. 60-120 дней
5. 180 дней

441. К первично-очаговым формам кишечногоиерсиниоза относятся:

1. Вторично-генерализованная
2. Абдоминальная
3. Бруцеллезоподобная
4. Гепатитная
5. Септикометастатическая

442. Клинические признаки, при которых показано обследование на ВИЧ:

1. Слабость, вялость
2. Сухой кашель
3. Необъяснимая потеря массы тела
4. Крапивница
5. Боли в суставах

443. Иммунодефицит при ВИЧ инфекции сопровождается:

1. Снижением уровня Т4-лимфоцитов
2. Высоким уровнем ЦИК
3. Снижением количества ЦИК
4. Высоким уровнем иммуноглобулина всех классов
5. Снижением уровней иммуноглобулинов

444. СПИД определяется как:

1. Начальная стадия ВИЧ-инфекции
2. Конечная стадия ВИЧ с глубоким иммунодефицитом
3. Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции
4. Стадия вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции
5. Период «окна»

445. Для псевдотуберкулеза характерен следующий вид высыпаний:

1. Мелкоточечный
2. Розеолезный
3. Розеолезно-петехиальный
4. Везикулезно-пустулезный
5. Геморрагический

446. Кожные проявления при псевдотуберкулезе:

1. Полиморфная сыпь, сильный зуд элементов
2. Пятнисто-папулезная сыпь с характернойэтапностью
3. Единичные, мономорфные, розеолезные элементы на животе
4. Геморрагическая сыпь, положительный симптом «щипка»
5. Мелкоточечная сыпь на фоне гиперемированной кожи в виде «перчаток и носков»

447. Кишечный амебиаз следует дифференцировать с:

1. Брюшным тифом
2. Псевдотуберкулезом
3. Балантидиазом
4. ПТИ
5. Холерой

448. Преимущественный путь передачи при амебиазе:

1. Водный
2. Воздушно-капельный
3. Контактно-бытовой
4. Алиментарный
5. Воздушно-пылевой

449. Переносчиками малярии являются:

1. Комары
2. Блохи
3. Иксодовые клещи
4. Головные вши
5. Москиты

450. Инкубационный период при тропической малярии составляет:

1. 48-72 часа
2. 1-5 дней
3. 7-16 дней
4. 30-60 дней
5. 6-36 месяцев

451. Антропонозный кожный лейшманиоз вызывается:

1. L. Donovani
2. L. Mexicana
3. L. Tropicaminor
4. L. Tropicamajor
5. L. Brasilica

452. Для лечения хронического вирусного

ГепатитаД применяют:

1. Тенофавир
2. Ацикловир
3. Интерферон
4. Софосбувир
5. Ремантадин

453.Остроебактерионосительство при сальмонеллезе диагностируется при продолжающемся бактериовыделении:

1. До 1 месяца
2. До 1,5 месяца
3. До 2 месяцев
4. До 3 месяцев
5. До 6 месяцев

454.Какой клинический симптом характерен для сальмонеллеза:

1. Отсутствие боли в животе
2. Желтуха
3. Жидкий стул с примесью крови
4. Боли в левой подвздошной области
5. Зловонный обильный стул

455.Средства этиотропной терапии при гриппе

1. Рибавирин
2. Азитромицин
3. Осельтамивир
4. Интерферон
5. Парацетамол

456. Инкубационный период гриппа:

1. 12-48часов
2. От 5 до 7дней
3. От 7 до 10 дней
4. От 10 до 14 дней
5. От 14 до 30 дней

457. Ведущий в клинике синдром гриппа:

1. Интоксикационный
2. Синдром круппа
3. Абдоминальный
4. Артралгический
5. Гепатолиенальный

458. Атипичная форма гриппа:

1. Молниеносная
2. Тифоподобная
3. Менингеальная
4. Артралгическая
5. Геморрагическая

459. Диарейный синдром встречается при:

1. Гриппе
2. Парагиппе
3. Аденовирусной инфекции
4. Респираторно-синцитиальной
5. Риновирусной инфекции

460. Клиника септико-метастатической формы острого бруцеллеза

1. Боли в крупных суставах, лихорадка
2. Нарушение сознания
3. Кашель, одышка
4. Диспептическиенарушения
5. Дизурическиеявления

461. Продолжительность острого бруцеллеза:

1. 10-14 дней
2. 15-30 дней
3. До 3 месяцев
4. От 3 до 6 месяцев
5. От 6 до 12 месяцев

462. Для какого вида бруцелл характерен феномен миграции:

1. B.melitensis
2. B.abortus
3. B.suis
4. B.ovis
5. B.canis

463.Реинфекция бруцеллеза-это:

1. Заражение после выздоровления
2. Заражения на фоне хронического бруцеллеза
3. Заражение несколькими видами бруцелл
4. Заражение на фоне инкубационного периода
5. Заражение на фоне латентного бруцеллеза

464. Фаза патогенеза подострого бруцеллеза:

1. Бактериемия
2. Лимфогенногозаноса
3. Полиочаговыхобсеменений
4. Экзоочаговыхобсеменений
5. Метаморфоза

465. Источник инфекции при бруцеллезе:

1. Человек
2. Крупный и мелкий рогатый скот
3. Грызуны
4. Птицы
5. Кровососущие насекомые

466. Какой синдром характерен для ботулизма:

* 1. Судорожный
  2. Артралгический
  3. Желтушный
  4. Офтальмоплегический
  5. Астеновегетативный

467. Какой симптом говорит о тяжести ботулизма:

1. Саливация
2. Высокая температура
3. Затрудненное дыхание
4. Ослабление зрения
5. Поперхивание

468. Синдром течения ботулизма в начальном периоде:

1. Гепатолиенальный
2. Гастроинтестинальный
3. Абдоминальный
4. Бронхопульмональный
5. Геморрагический

469. Языкоглоточныйсимптомокомплекс при ботулизме:

1. Нарушение глотания
2. Гиперсаливация
3. Тошнота
4. Ангина
5. Западение языка

470.Наибольшая заболеваемость при клещевом энцефалите приходится на следующие месяцы:

1. Март- апрель
2. Май- июнь
3. Июль- август
4. Сентябрь- октябрь
5. Ноябрь

471. Менингит при клещевом энцефалите нижеследующего характера:

1. Серозный
2. Гнойный
3. Геморрагический
4. Гнойно- геморрагический
5. Серозно- геморрагический

472.Осложнения аскаридоза:

1. Кишечное кровотечение
2. Кровохарканье
3. Иридоциклит
4. Кишечная непроходимость
5. Дегидратационныйшок

473. Пути заражения при анкилостомидозе:

1. Парентеральный
2. Перкутанный
3. Плацентарный
4. Трансмиссивный
5. Воздушно-капельный

474.Основным препаратом для этиотропного лечения брюшного тифа и паратифов является:

1. Ципрофлоксацин
2. Пенициллин
3. Меропинем
4. Тетрациклин
5. Эритромицин

475. Продолжительность инкубационного периода при паратифе В чаще всего:

1. 1 - 3 дней
2. 5 - 10 дней
3. 15-30 дней
4. 35- 50 дней
5. 45-60 дней

476. Укажите сроки плановой вакцинация у взрослых против гепатита В

1. 0 , 1 мес., 6 мес.
2. 0, 4,5 мес., 6 мес.
3. 0, 5 мес, 12 мес
4. 0, 1 мес., 3 мес.
5. 0, 4 мес., 6 мес.

477. Гепатит В вызывается:

1. Дельта-вирусом
2. Энтеровирусом
3. Гепаднавирусом
4. Флавивирусом
5. Альфавирусом

478.В разгар болезни при сыпном тифе характерна следующая лихорадка:

1. Постоянная
2. Ремиттирующая
3. Интермиттирующая
4. Возвратная
5. Гектическая

479. Передача возбудителя при сыпном тифе осуществляется:

1. Вшами
2. Комарами
3. Клещами
4. Грызунами
5. Всем перечисленным

480. При сыпном тифе на 3-4 день болезни появляется энантема на слизистой оболочке мягкого неба и язычка:

1. Симптом Кернига
2. Симптом Падалки
3. Симптом Стефанского
4. Симптом Розенберга
5. Симптом Киари-Авцина

481. При сыпном тифе на 3-4 день болезни появляются петехии на конъюнктиве:

* 1. Симптом Розенберга
  2. Симптом Говорова-Годелье
  3. Симптом Манденезии
  4. Симптом Киари-Авцына
  5. Симптом Уоторхауза-Фридерикса

482. Специфическим осложнением при сыпном тифе является:

1. Острое повреждение почек
2. Тромбоэмболия
3. Печеночная энцефалопатия
4. Отек мозга
5. Кровоизлияние в надпочечники

483.Наиболее характерные симптомы бешенства в стадии возбуждения:

1. Гидрофобия, аэрофобия
2. Олигоурия
3. Паралич дыхания
4. Розеолезнаясыпь
5. Дизартрия

484. Бульбарные формы бешенство следует дифференцировать с:

1. Сыпным тифом
2. Ку-лихорадкой
3. Ботулизмом
4. Клещевым энцефалитом
5. Малярией

485. Выберите клиническую форму, встречающуюся при чуме:

1. Нервная
2. Урогенитальная
3. Локомоторная
4. Легочная
5. Висцеральная

486. Пищевые бактериальные интоксикации чаще протекают по типу:

1. Энтерита
2. Гастроэнтерита
3. Колита
4. Энтероколита
5. Гастроэнтероколита

487.Признаки поражения ЦНС при лептоспирозе:

* 1. Серозный менингит
  2. Энцефалит
  3. Радикулоневрит
  4. Менингоэнцефалит
  5. Инсульт

488. Препарат для лечения лептоспироза:

1. Бисептол
2. Фурагин
3. Гентамицин
4. Пенициллин
5. Эритромицин

489. Для диагностики ВИЧ-инфекции применяют:

1. ИФА
2. РПГА
3. Реакция Райта
4. РСК
5. Реакция Видаля

490. При лейшманиозе различают:

1. Висцеральную форму
2. Отечную форму
3. Нервную форму
4. Суставную форму
5. Лихорадочную форму

491.Продолжительность подострого бруцеллеза:

1. 10-14 дней
2. 15-30 дней
3. До 3 месяцев
4. От 3 до 6 месяцев
5. От 6 до 12 месяцев

492. Общая продолжительность инкубационного периода при сыпной тифе:

1. От 1 до 5 дней
2. От 6 до 25 дней
3. От 25 до 45 дней
4. От 50 до 90 дней
5. До 120 дней

493. Элективная среда для менингококка:

1. Среда, содержащая желчный бульон
2. Среда, содержащая сахарный бульон
3. Среда, содержащая мясо-пептонный бульон
4. Среда, содержащая человеческий или животный белок
5. Среда, содержащая висмут-сульфит агар

494. Для подтверждения дизентерии используют следующие методы кроме:

1Бактериологический

2Инструментальный

3Копрологический

4Рентгенография ЖКТ

5Аллергическая проба

495. Для менингококковогоназофарингита характерны следующие симптомы, кроме:

1. Повышение температуры тела
2. Головные боли и головокружение
3. Гиперемия и зернистость задней стенки глотки
4. Гиперемия лица и шеи
5. Скудные серозно-гнойные выделения из носа

496. При типичном течении ботулизма развиваются нижеследующие синдромы за исключением:

1. Гастроинтестинального
2. Лихорадочного
3. Офтальмоплегического
4. Глоссофарингеального
5. Фоноларингологический

497.Офтальмоплегический синдром при ботулизме включает нижеследующие симптомы за исключением:

* 1. Нарушения зрения
  2. Птоза
  3. Нистагма
  4. Миоза
  5. Мидриаза

498. Из нижеперечисленных клинических форм туляремии наиболее часто встречается:

1. Абдоминальная
2. Язвенно-бубонная
3. Ангинозно-бубонная
4. Бубонная
5. Глазо-бубонная

499. Какие симптомы не характерны для больных сыпным тифом:

1. Лихорадка
2. Головная боль, бессонница
3. Головокружение
4. Жидкий стул
5. Раздражительность,

500. Какое заболевание не относится к группе «оппортунистических»:

1. Токсоплазмоз
2. Описторхоз
3. Герпесвирусные заболевания
4. Цитомегаловируснаядикоинфекция
5. Амебиаз