001.Характер стула при кишечном амебиазе

в виде "ректального плевка"

зеленый, обильный, пенистый

в виде "малинового желе"

в виде "горохового супа"

002. Возбудитель амебиаза относится к

бактериям

микоплазмам

простейшим

003.Возбудитель амебиаза

паразитирует в толстом кишечнике

вызывает фибринозно-геморрагическое воспаление толстой кишки

образует эндотоксин

004. Первичной локализации патологического процесса в кишечнике при амебиазе соответствует

прямая кишка

слепая и восходящая кишка

поперечно-ободочная кишка

005. Типичным морфологическим признаком амебиаза является

язвенное поражение слепой кишки

катарально-эрозивный проктосигмоидит

язвенное поражение дистального отдела подвздошной кишки

006. Для амебиаза эпидемиологически значимым является

паразитирует в толстом кишечнике

вызывает фибринозно-геморрагическое воспаление толстой кишки

образует эндотоксин

007. При микроскопическом исследовании испражнений диагностически значимым для острого кишечного амебиаза является

обнаружение просветных форм амеб

обнаружение крупных вегетативных и тканевых форм амеб

обнаружение цист амеб

008. При внекишечном амебиазе чаще всего наблюдаются абсцессы

печени

головного мозга

селезенки

009. Возможным осложнением аскаридоза является

инфекционно-токсический шок

кишечная непроходимость

эмпиема желчного пузыря

010. При аскаридозе

продолжительность инвазии не превышает 1 года

продолжительность гельминтоза – 10 лет

миграция личинок не сопровождается клиническими проявлениями

011. В патогенезе гельминтозов преимущественное значение имеют

действие экзотоксинов гельминтов

токсико-аллергические реакции на антигены и метаболиты гельминтов

иммунный дисбаланс макроорганизма

012. К наиболее характерным клиническим симптомам энтеробиоза относят

схваткообразные боли в животе

повышение аппетита

перианальный зуд

013. Основным методом диагностики энтеробиоза является

исследование соскоба с перианальных складок

копроовоскопия

ИФА крови

014. При аскаридозе

источник инвазии – человек и крупный рогатый скот

заражение возможно только при попадании в организм яиц гельминта, достигших в почве инвазионной стадии

личинки гельминта достигают половой зрелости в толстой кишке

015. Промежуточным хозяином при описторхозе является

пресноводный рачок-циклоп

пресноводный рак

пресноводный моллюск

016. Заражение дифиллоботриозом происходит при употреблении в пищу

свежей икры и сырой рыбы

сырого свиного мяса

сырого мяса крупного рогатого скота

017. К основным клиническим проявлениям трихинеллеза относятся

кашель, одышка и менингизм

лихорадка, отечный синдром и выраженные миалгии в мышцах конечностей и других группах

желтуха, гепато- и спленомегалия

018. Для аскаридоза характерно осложнение

В12-фолиеводефицитная анемия

хроническая пневмония

непроходимость кишечника

механическая желтуха

асфиксия

019.Источник инфекции при аскаридозе

собаки

человек

свиньи

крупный рогатый скот

голуби

020.В организме человека взрослые аскариды преимущественно обитают в

толстый кишечник

тонкий кишечник

печень

желчный пузырь

правые отделы сердца

легкие

021. Куда проникают личинки аскарид из альвеол по воздухоносным путям

печень

легкие

ротоглотка

головной мозг

022. Синдром Леффлера характеризуется

поражением почек

поражением сердца

поражением легких

023. В гемограмме при аскаридозе отмечается

агранулоцитоз

нейтрофиллез

эозинофилия

лимфопения

024. Бешенство относится к

антропонозам

зоонозам

зооантропонозам

025. Прогноз при бешенстве:

неблагоприятный - смерть

благоприятный - выздоровление

переход в хроническую форму после проведения ИВЛ

026.Укажите не характерный симптом для стадии возбуждения при бешенстве

гидрофобия

аэрофобия

фотофобия

акустикофобия

танатофобия

сиалоррея

027. Наиболее опасны укусы животных больных бешенством в область

нижних конечностей

живота

лица и кистей рук

028. Основным резервуаром возбудителя бешенства в природе являются

дикие млекопитающие

домашние животные

птицы

029. Возбудитель бешенства относится к семейству

Picornaviridae

Rhabdoviridae

Bacillaceae

030. При бешенстве заражение человека происходит при

употреблении продуктов и воды, загрязненных фекалиями и мочой больных животных

укусе или ослюнении больным животным поврежденных кожных покровов

купании в водоемах, загрязненных фекалиями и мочой больных животных

031. Паралитический период бешенства характеризуется

гипотермией

нарастанием мышечного тонуса

прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии

032. Сознание при бешенстве

отсутствует

спутанное, с галлюцинациями и бредом

не изменяется

033. Наиболее характерным симптомом бешенства в стадии возбуждния является

паралич дыхания

гидрофобия

клаустрофобия

034. Что не характерно для острого бруцеллеза

Высокая лихорадка

Проливные поты

Артриты

Гепатолиенальный синдром

035. Инкубационному периоду при бруцеллезе соответствует фаза

гематогенного заноса

лимфогенная

полиочаговых локализаций

формирования метастатических гематогенных очагов

036. Основные хозяева Brucella melitensis

свиньи

овцы и козы

крупный рогатый скот

037.Характерные изменения в крови при остром бруцеллезе

Лейкоцитоз, нейтрофилез, тромбоцитоз

Лейкопения, лимфомоноцитоз, ускоренное СОЭ

Лейкоцитоз, эозинофилия, ускоренное СОЭ

Лейкопения, анэозинофилия, тромбоцитопения

038. Бруцеллы – это

грамположительные микроорганизмы

грамотрицательные неспорообразующие микроорганизмы

грамотрицательные спорообразующие микроорганизмы

039. Возбудитель бруцеллеза во внешней среде характеризуется

высокой устойчивостью к воздействию физических и химических факторов

мгновенной гибелью при кипячении, чувствительностью к дезинфицирующим средствам и антибактериальным препаратам

резистентностью к антибактериальным препаратам

040. Источник инфекции при бруцеллезе

крупный и мелкий рогатый скот

человек

грызуны

041. При бруцеллезе

основные пути передачи инфекции – контактный, алиментарный, аэрогенный

возможен трансмиссивный путь передачи инфекции

постинфекционный иммунитет напряженный

042. Поражение нервной системы при хроническом бруцеллёзе проявляется чаще

невритом, радикулитом

менингитом, энцефалитом

парезы, параличи

043. В патогенезе острого бруцеллеза преимущественное значение имеют

бактериемия и эндотоксинемия

гиперчувствительность замедленного типа

аутоиммунные реакции

044. Классическим типом температурной кривой при остром бруцеллезе является

интермиттирующий

волнообразный

постоянный

045. При хроническом бруцеллезе наиболее часто поражаются

органы дыхания

почки

опорно-двигательный аппарат и нервная система

046. Укажите возбудитель брюшного тиф

риккетсии

вирусы

Salmonellatyphimurium

Shigellasonnei

Salmonella typhi

047. К какой группе по механизму передачи болезней относится брюшной тиф

трансмиссивный

воздушно-капельный

фекально-оральный

048.Для брюшного тифа в нашей стране характерна сезонность

весенне-летняя

летне-осенняя

зимняя

зимне-весенняя

не имеет четких характеристик

049.Антигенная структура возбудителя брюшного тифа

О-антиген, Н-антиген

нейраминидаза, гемагглютинин

Инаба, Огава, Гикошима

Н-антиген, Vi-антиген, О-антиген

О-антиген, К-капсульный антиген

050. Основные патоморфологические изменения при брюшном тифе локализуются

в сигмовидной кишке

в прямой кишке

в тонкой кишке

в поперечно-ободочной кишке

051.Какой патоморфологический период наиболее опасен для развития специфических осложнений брюшного тифа

период заживления язв

период мозговидного набухания

период чистых язв

период образования язв

период некроза

052. Период разгара заболевания при брюшном тифе наступает

На 1-4-й день

На 15-20-й день

На 5 – 7-й день

053. Какие образования характерны для брюшного тифа

липомы

гранулемы

туберкулемы

фиброзиты

целлюлиты

054. Какие образования поражаются в первую очередь при брюшном тифе

майснерово и ауэрбахово сплетение

спинной, продолговатый мозг

ретикулярная формация ствола мозга

пейеровы бляшки, солитарные фолликулы

поджелудочная железа

055. К неспецифическим осложнениям брюшного тифа относится

инфекционно-токсический шок

кишечное кровотечение

пневмония

перфорация кишечника

056. Сроки появления сыпи на коже больного брюшным тифом

2 - 7 день болезни

8 - 10 день болезни

11 - 15 день болезни

16 - 20 день болезни

21 - 30 день болезни

057. Изменения языка при брюшном тифе

язык отечный, сухой, дрожащий

«меловой» язык

«географический» язык

«фулигинозный» язык

сухость языка, сухость слизистых оболочек

девиация языка

«малиновый» язык

058. С какого дня болезни перкуторно выявляется увеличение селезенки у больных брюшным тифом

с 5 - 7 дня

с 10 - 14 дня

с 15 - 20 дня

после 21 дня болезни

059.В какие сроки происходит увеличение печени у больных брюшным тифом

со 2 по 4 день

с 5 по 7

с 8 по 10

с 11 по 14

после 15 дня

060.Элементы сыпи при брюшном тифе

везикула

пустула

розеола

корочки

061.Какая картина периферической крови характерна для брюшного тифа

лейкопения, нейтрофилез, замедленная СОЭ

лейкопения, выраженный палочкоядерный сдвиг

лейкопения, лимфоцитоз, анэозинофилия, ускорение СОЭ

лейкоцитоз, нейтропения, СОЭ замедлена

лейкоцитоз, моноцитоз, повышение СОЭ

062. Причина развития симптома Падалки при брюшном тифе

поражение лимфатического аппарата языка

депонирование крови в сосудах брюшной полости

бактериемия

спленомегалия

интоксикация

гиперплазия лимфатических узлов брыжейки

063. Укажите наиболее достоверный метод лабораторной диагностики брюшного тифа на первой неделе болезни

клинический анализ крови

серологический анализ крови

бактериологическое исследование крови

бактериологическое исследование мочи

бактериологическое исследование кала

064. Какое соотношение между кровью и питательной средой необходимо при посеве на возбудитель брюшного тифа на первой неделе заболевания

1:10

1:20

1:30

1:40

1:50

065. Укажите специфическое осложнение брюшного тифа

пневмония

менингит

инфекционный психоз

перфорация кишечника

абсцессы

066. За переболевшими брюшным тифом устанавливается диспансерное наблюдение сроком на

год

три месяца

шесть месяцев

один месяц

067.Показания к госпитализации больного брюшным тифом

тяжесть заболевания

возраст /дети и лица пожилого возраста/

принадлежность больного к декретированной группе

проживание в коммунальной квартире

все больные подлежат обязательной госпитализации

068.До какого дня нормальной температуры необходимо соблюдать постельный режим больным тифо-паратифами

до 5-го

до 6-7-го

до 10-го

до 11-12

до 13-14 дня

069.Последствиями брюшного тифа при неосложненном течении

запоры, диарея, нарушения пищеварения и всасывания

слабость, тошнота, рвота

слабость, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность

070.Споры Klostridium botulinum выдерживают кипячение в течение

1-2 часов

4-5 часов

6-8 часов

071.Признаком, свидетельствующем о неблагоприятном течении ботулизма является

нарушение дыхания

астения

выраженная головная боль

выраженная интоксикация

072. Вакцинация против ботулизма проводится

ботулиническим полианатоксином

лошадиной сывороткой

человеческим гамма-глобулином

073. Продолжительность диспансерного наблюдения после перенесенного ботулизма

в течение месяца

в течение трех месяцев

в течение не менее полугода

074. Возбудитель ботулизма выделяет

энтеротоксин

экзотоксин

эндотоксин

075. Ботулотоксин нейтрализуется кипячением при Т-ре 100 С.

только через 3 мин

только через 5 мин

только через 10 мин

только через 30 мин

076. Для ботулизма характерно

только бактериемия

только токсинемия

характерно и то, и другое одновременно

077.Какой из перечисленных синдромов не характерен для ботулизма

офтальмоплегический

глоссоназофарингеальный

ОДН

мионейроплегический

менингеальный синдром

078. Из перечисленных синдромов для ботулизма характерен только

гепатолиенальный

гематологический

мионейроплегический

дегидратационный

галлюцинаторный

079. Какие из указанных типов анатоксина содержит поливалентная противоботулиническая сыворотка

типы А, В

типы В, С, Е

типы А, В, Е

типы А, С, Д

080. Какой из указанных материалов не следует направлять в лабораторию для исследования на ботулизм

промывные воды желудка

остатки съеденной накануне болезни пищи

кровь

кал

мочу

ликвор

081. Ведущим синдромом при ботулизме являются

менингеальный

гастроинтестинальный

паралитический

082. К внепечёночным осложнениям гепатита Е относятся

синдром Гийена-Барре, гломерулонефрит, острый поперечный миелит

дискинезия, постгепатитнаягепатомегалия

желтуха, кожный зуд, чувство горечи во рту

печёночная энцефалопатия, геморрагический синдром

083. К истинным (печёночным) осложнениям гепатита Е относится

синдром Гийена-Барре, гломерулонефрит, острый поперечный миелит

дискинезия, постгепатитнаягепатомегалия

острая печёночная недостаточность, холестаз

084. Какие маркеры определяются в остром периоде вирусного гепатита С

анти HCVIgM

анти HCVIgG

анти HCVIgA

анти HCV суммарные

085. Суперинфекция при Вирусном гепатите «Д» приводит к развитию

быстрого выздоровления

затяжного течения

фульминантного гепатита

хронического гепатита

086. Вирусному гепатиту А характерен механизм передачи

фекально-оральный

парентеральный

половой

трансмиссивный

087. Выберите маркер, подтверждающий вирусный гепатит А

HBsAg

Anti-HCV

HBeAg

Anti-HAV IgM

Anti-HBcorIgM

Anti-HBs

088. Укажите последовательность появления симптомов в желтушный период при гепатите В

потемнение мочи, желтизна склер и слизистых оболочек рта

тошнота, головная боль, повышение температуры тела

болезненность мышц и суставов, насморк, кашель, боль в горле

089.Какой из перечисленных субстратов содержит HbcorAg при вирусном гепатите В

кровь

пунктат костного мозга

ликвоp

биоптат печени

моча

090. Ведущим синдромом при острых вирусных гепатитах является

мезенхимально-воспалительный

цитолиз

холестаз

091. Синдрому цитолиза при вирусных гепатитах соответствует

повышение активности АЛТ

повышение активности щелочной фосфатазы

повышение показателя тимоловой пробы

092. Синдрому холестаза при вирусных гепатитах соответствует

повышение активности АЛТ

повышение уровня связанного билирубина

повышение показателя тимоловой пробы

093. Репликация вируса гепатита D возможна только при наличии в организме человека

HbsAg

HDAg

HbeAg

094. Препарат, для лечения хронического гепатита В

Софосбувир+Даклктосвир

Энтекавир

Булевертид

095. Для острого вирусного гепатита А характерно

улучшение состояния больных в начале желтушного периода

тяжелое течение болезни

частое формирование хронизации инфекционного процесса

096. Для вирусного гепатита Е характерно

тяжелое течение у пожилых

тяжелое течение у беременных

хроническое течение

097. Для лечения хронического гепатита D применяется

Энтекавир

Софосбувир+Ледипасвир

Булевертид

098. Маркером перенесенного в прошлом острого вирусного гепатита В является

анти-HBc IgM

анти-HBc IgG

анти-HBe

099. Длительная циркуляция HBsAg после перенесенного острого вирусного гепатита В является критерием

хронизации процесса

активной репликации вируса

развития цирроза печени

100. Показанием для назначения глюкокортикостероидов при вирусных гепатитах является

развитие острой печеночной недостаточности

микст-гепатит

затяжное течение

101. Для купирования симптомов холестаза при вирусных гепатитах применяют

кларитин

ферментные препараты

препараты урсодезоксихолевой кислоты

102. Наиболее частым исходом при остром вирусном гепатите А является

повышение активности АЛТ

повышение активности щелочной фосфатазы

повышение показателя тимоловой пробы

103. Классификация гриппа по клинической форме

осложенная, неосложненная

типичная, атипичная

легкая, средняя, тяжелая, крайне тяжелая

104. Возбудитель гриппа относится к семейству

Flaviviridae

Orthomyxoviridae

Reoviridae

105. Укажите основной путь передачи инфекции при гриппе

контактно-бытовой

трансмиссивный

фекально-оральный

воздушно-капельный

106. Укажите наиболее вероятный источник инфекции при гриппе

человек, находящийся в инкубационном периоде

больной в периоде разгара

реконвалесцент

вирусоноситель

107. Укажите характерный тип лихорадки при гриппе

ремиттирующий

волнообразный

постоянный, продолжительностью 2-5 дней с критическим снижением

гектический

108. Укажите признак, обязательный для больных гриппом

постепенное начало заболевания

гепато-лиенальный синдром

выраженные катаральные явления

интоксикация

109. Укажите характерную для неосложненного гриппа формулу крови

лейкоцитоз, нейтрофилез

лейкоцитоз, лимфоцитоз

лейкопения, относительный лимфоцитоз

лейкопения, лимфопения

отклонения от нормы не характерны

110.Какой уровень респираторного тракта наиболее часто поражается при парагриппе

носоглотка

гортань

трахея

111. Для парагриппа характерен

назофарингит

ларингит

трахеит

112. Для гриппа не характерно

геморрагический синдром

острое начало заболевания

преобладание общетоксического синдрома над респираторным

113. Для респираторного синдрома при типичном гриппе А характерно все, кроме

сухого кашля

"саднения" за грудиной

першения в горле

заложенности носа

выраженного насморка

114.Этиотропными средствами лечения гриппа являются все, кроме

осельтамивира

«Терафлю»

римантадина

занамивира

115. Антибиотики при гриппе назначают

в любом случае

при легком и средней тяжести течении болезни

при тяжелом течении

при возникновении осложнений

116. Основным методом диагностики гриппа A/H1N1является

ПЦР-анализ респираторных образцов

Вирусологическое исследование респираторных образцов

Серологическое тестирование

117. Из перечисленных симптомов при гриппе имеет место

сыпь

гиперемия и зернистость мягкого неба

лимфаденопатия

118. К основным клиническим проявлениям риновирусной инфекции относятся

высокая лихорадка

обильные водянистые выделения из носа

выраженные воспалительные изменения в ротоглотке

119. Наиболее частым осложнением парагриппа у взрослых является

синусит

миокардит

пневмония

120. Пленчатый конъюнктивит развивается при

парагриппе

аденовирусной инфекции

РС-инфекции

121. Бронхи, бронхиолы и альвеолы поражаются чаще при

парагриппе

аденовирусной инфекции

РС-инфекции

122. Аденовирусная инфекция отличается от других ОРВИ

поражением лимфоидной ткани

поражением легких

лихорадкой

123. Механизм передачи инфекции при дизентерии

через укусы насекомых

парентеральный

фекально-оральный

124. Сезонность шигеллезов

зимне-весенняя

весенне-летняя

летне-осенняя

летняя

не выражена

125.Начало болезни при дизентерии

постепенное

подострое

острое

126. Какая из указанных форм редко встречается при современном течении дизентерии

стертая

субклиническая

хроническая

127. При какой клинической форме дизентерии наблюдается обезвоживание организма

при гастроэнтеритической

приколитической

при гастроэнтероколитической

128. При пальпации живота у больных острой дизентерией отмечается

болезненная, плотная, урчащая слепая кишка

болезненная, спазмированная сигмовидная кишка

болезненный, плотно-эластичный край печени

129. Копрограмма, характерная для стертой формы острой дизентерии

копрограмма нормальная

в копрограмме лейкоцитов до 10, эритроцитов нет

в копрограмме лейкоциты и наличие эритроцитов до 10

130. Материал, подлежащий бактериологическому исследованию при дизентерии

кровь

моча

испражнения

131.Наиболее частая локализация болей при острой дизентерии

в области пупка

в илеоцекальной области

в эпигастрии

в правой подвздошной области

в левой подвздошной области

по всему животу разлитого характера

132. Характеристика болей при дизентерии

боли тупые постоянные без иррадиации

боли схваткообразные

боли острые с иррадиацией

133. Для диагностики дизентерии используются методы, кроме

клинико-эпидемиологический

копрологический

бактериологический

серологический

биологический

ИФА

реакция иммунофлюоресценции

134. Выберите диету для больных острой дизентерией

с повышенным содержанием белка

с пониженным содержанием белка

механически, термически, химически щадящая

бессолевая

общий стол

135. Дизентерийный бактериофаг назначают

преимущественно детям

преимущественно взрослым

при шигеллезе Флекснера и Зонне независимо от возраста

136. Больные дизентерией декретированных профессий при отрицательном бак. анализе в начале заболевания выписываются после

однократного отрицательного бак. исследования

двукратного отрицательного бак. исследования

трехкратного отрицательного бак. исследования

без бактериологического контроля

137.Исключает ли диагноз острой дизентерии отрицательный бак. анализ

да

нет

138. Обязательно ли указание результатов бак. исследования в выписке из историй болезни больного острой дизентерией

да

нет

139. Шигеллезы относятся к

антропонозам

зооантропонозам

зоонозам

сапронозам

140. Продолжительность инкубационного периода при шигеллезах

2-5 дней

5 дней

7 дней

10 дней

14 дней

141. Иммунитет при шигеллезах

кратковременный и типоспецифичный

кратковременный, но развивается ко всем шигеллам

длительный, но типоспецифический

длительный и перекрестный

иммунитет практически не развивается

142. Механизм передачи инфекции при шигеллезах

фекально-оральный

воздушно-капельный

трансмиссивный

вертикальный

143. Выписка из стационара больных после перенесенной дизентерии с бак. подтверждением, не относящихся к декретированным группам проводится

на 10 день от начала выздоровления

после клинического выздоровления

после клинического выздоровления и 1-кратного бак. обследования

после клинического выздоровления и 2-кратного бак. обследования

после клинического выздоровления и 3-кратного бак. обследования

144. Диспансерное наблюдение за переболевшими шигеллезом проводится

за всеми переболевшими в течение 1 месяца

за всеми переболевшими в течение 3 месяцев

только за работниками пищевых объектов в течение 3 месяцев

за декретированными контингентами в течение 1 месяца

за декретированными - в течение 3 мес., за остальными - 1 мес

145. Основными продуктами, обусловившими пищевую вспышку дизентерии Зонне, чаще являются

мясные продукты

молочные продукты

овощи

фрукты

146. Выделение возбудителя шигеллеза из организма происходит с

мочой

калом

отделяемым слизистых верхних дыхательных путей

147.Для экстренной профилактики шигеллезов могут применяться

вакцины

сыворотки

бактериофаги

антибиотики

сульфаниламиды

148. Выписка декретированных лиц, переболевших шигеллезом с бак. подтверждением, проводится

после клинического выздоровления

после клинического выздоровления и 1 отриц. бак. анализа

после клинического выздоровления и 2 отриц. бак. анализов

после клинического выздоровления и 3 отриц. бак. анализов

после клинического выздоровления и 5 отриц. бак. анализов

149. К какому роду бактерий относится возбудитель дифтерии

диплококки

коринебактерии

бактероиды

микрококки

150. Какой фрагмент дифтерийного токсина определяет его ферментативную активность

фрагмент А

фрагмент В

151. Чем определяется восприимчивость людей к дифтерии

антибактериальным иммунитетом

антитоксическим иммунитетом

неспецифическим иммунитетом

152. Препятствует ли антитоксический иммунитет формированию носительства токсигенныхкоринебактерий

нет

да

153. Укажите какая фракция дифтерийного токсина способствует образованию дифтерийной пленки

гиалуронидаза

нейраминидаза

некротоксин

истинный токсин

154. Распространяется ли дифтерийная палочка за пределы входных ворот

нет

да

155. Инкубационный период при дифтерии

3-17 дней

2-5 дней, редко 7 дней

5-20 дней

более 1 мес.

156. Отек при токсической дифтерии I степени

только в ротоглотке

до середины шеи

до ключицы

ниже ключицы

157. Отек при токсической дифтерии II степени

только в ротоглотке

до середины шеи

до ключицы

ниже ключицы

158. Отек при токсической дифтерии III степени

только в ротоглотке

до середины шеи

до ключицы

ниже ключицы

159. В защите организма при дифтерии наибольшее значение имеют

антитоксические антитела

цитотоксические лимфоциты и фагоциты

иммуноглобулины класса А

лизоцим

интерферон

160. От проникновения возбудителя в организм при дифтерии предохраняет иммунитет

антитоксический

антимикробный

161. Какая мера является ведущей в профилактике дифтерии

вакцинация

своевременное выявление больных и их госпитализация

широкое выявление носителей

экстренная профилактика антибиотиками в очагах

пассивная иммунизация лиц, общавшихся с больным

162. Дифтерия относится к группе

зооантропонозов

сапронозов

антропонозов

зоонозов

163. Возможно ли хроническое течение клещевого энцефалита

да

нет

164. Вирус клещевого энцефалита поражает

белое вещество головного мозга

серое вещество головного мозга

только сосуды головного мозга

165. При какой форме клещевого энцефалита наблюдается симптом "свисающей головы"

менингеальной

менингоэнцефалитической

полиомиелитической

полирадикулоневритической

166. С какой целью вводят противоклещевой иммуноглобулин

с целью профилактики

с лечебной целью

167.Что не характерно для лихорадочной формы клещевого энцефалита

интоксикация

лихорадка

менингеальный синдром

миалгии и парестезии

168. Укажите характер начала при клещевом энцефалите

острое

постепенное

169. Назовите не характерную форму для клещевого энцефалита

менингеальная

менингоэнцефалитическая

полиомиелитическая

катаральная

170. Назовите уровень белка в ликворе при менингеальной форме клещевого энцефалита

0.1-0.33 г/л.

0.33-1 г/л.

1-2 г/л.

171. Характерный внешний вид больного клещевым энцефалитом

бледность кожных покровов

гиперемия лица и верхней трети туловища

одутловатость лица и шеи

172. Ликворное давление при менингеальной форме клещевого энцефалита

нормальное

повышено

понижено

173.Доза противоклещевого иммуноглобулина, вводимая взрослому с профилактической целью, составляет

1 мл на 10 кг массы тела

3 мл

5 мл

10 мл

174. Какие антибактериальные средства целесообразнее назначать при клещевом риккетсиозе

полусинтетические пенициллины

тетрациклиновый ряд

макролиды

цефалоспорины

стрептомицин

175. Что характерно на месте укуса клеща при клещевом риккетсиозе

нет изменений

первичный аффект

кольцевидная эритема

176. Для какого заболевания характерен первичный аффект на месте укуса клеща

Клещевой энцефалит

Лайм-боррелиоз

Клещевой риккетсиоз

Калифорнийский энцефалит

177. Продолжительность инкубационного периода при клещевом энцефалите составляет

6-24 часа

1 – 2 дня

10 – 14 дней

178. При клещевом энцефалите возможны отдаленные последствия в виде

гидроцефалия

атрофических параличей мышц плечевого пояса, шеи и верхних конечностей

слепоты

179. Наиболее вероятным осложнением клещевого энцефалита является

отек – набухание головного мозга

инфекционно-токсический шок

острая сердечная недостаточность

180. Основным препаратом для лечения клещевого энцефалита является

специфический иммуноглобулин человека

ацикловир

рибавирин

181. Инкубационный период при лептоспирозе

3-7 дней

7-10 дней

6-14 дней

182.Укажите источник инфекции при лептоспирозе

больной человек или носитель

больные и переболевшие дикие и домашние животные

только дикие животные

домашние животные

183.Лептоспироз - это

антропоноз

зооноз

184.Возможна ли реинфекция при лептоспирозе

да

нет

185.Характерны ли геморрагические проявления при лептоспирозе

да

нет

186.Какая сыпь характерна для лептоспироза

геморрагическая

розеолезная

мелкоточечная

папулезная

187. Какая система наиболее постоянно поражается при лептоспирозе

дыхательная

сердечно-сосудистая

мочевыделительная

костно-суставная

188. Основными симптомами лептоспироза являются все, кроме

лихорадки

головной боли

болей в мышцах

кашля, насморка

гиперемии лица

189. Для лептоспироза характерно все перечисленное, кроме

острого начала

сезонности

озноба

желтухи

ангины

190. Характерным в эпиданамнезе при лептоспирозе является все, кроме

купания в закрытых водоемах

наличия грызунов в доме, на приусадебном участке

работы в животноводческих комплексах

контакта с больным лептоспирозом

191. Наибольшую опасность при лептоспирозе представляет

поражение печени

поражение почек

поражение ЦНС

поражение ЖКТ

192. Наиболее частая причина смерти при лептоспирозе

острая печеночная недостаточность

ЖК кровотечение

менингоэнцефалит с отеком и дислокацией

прогрессирующая почечная недостаточность

193. В гемограмме больного лептоспирозом обнаруживается

нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево

лейкопения

лимфоцитоз

тромбоцитоз

194. В биохимическом анализе крови при желтушной форме лептоспироза наблюдается

высокие значения активности АЛТ и АСТ

изменение белково-осадочных проб

повышение прямого и непрямого билирубина

снижение ПТИ

195. В общем анализе мочи в период разгара лептоспироза наблюдается

протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия

нет значительных изменений

протеинурия при незначительной лейкоцитурии и эритроцитурии

гипоизостенурия, эритроцитурия, много эпителия

196. Для биохимического анализа крови при лептоспирозе характерно

гипокалиемия, азотемия

высокие значения аминотрансфераз

высокие значения мочевины, креатинина при низком ПТИ

нарастание уровня мочевины, креатинина, остаточного азота

197. Для лептоспироза характерно

склонность к хронизации

циклическое течение

легкое, часто субклиническое течение

длительное латентное течение

198. Для верификации диагноза лептоспироза используют все методы, кроме:

ПЦР в моче, в крови, СМЖ

мазок из носоглотки

реакция микроагглютинации и лизиса

ИФА, РМА

199. При подозрении на лептоспироз

больные подлежат обязательной госпитализации

больные подлежат изоляции

обследуются и наблюдаются контактные

при легкой форме болезни возможно амбулаторное лечение

200. Профилактика лептоспироза

изоляция и адекватное лечение больных

химиопрофилактика

введение анатоксина

вакцинация контингентов высокого риска

201. Укажите возбудителя Ку-лихорадки

Риккетсии Провачека

Боррелиа Бургдорфери

Риккетсии Бернета

Риккетсии Акари

202. Возбудитель Ку-лихорадки чувствителен к

Антибиотикам пенициллиновой группы и эритромицину

Антибиотикам тетрациклиновой группы и левомицетину

203. Источник инфекции при сыпном тифе

человек

различные виды вшей

мышевидные грызуны

204. Типичным симптомом начального периода сыпного тифа является

бледность кожных покровов

высокая лихорадка

экзантема

205. Характерным проявлением периода разгара сыпного тифа является

брадикардия

обильная розеолезно-петехиальная сыпь

специфическая пневмония

206. Характерным осложнением сыпного тифа является

тромбоэмболия легочной артерии

пневмония

пиелит

207. В гемограмме при сыпном тифе имеют место

умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения, эозинопения, тромбоцитопения

лейкопения с относительным лимфоцитозом

лейкопения, нейтропения, эозинопения, относительные лимфо- и моноцитоз

208. Клинический профиль Ку-лихорадки характеризуется

субфебрильной лихорадкой

частым поражением органов дыхания

частым неблагоприятным исходом заболевания

209. Типичным симптомом сибирского клещевого риккетсиоза является

генерализованная полилимфаденопатия

диарея

обильная пятнисто-папулезная сыпь

210. Резервуаром возбудителя сибирского клещевого риккетсиоза являются

грызуны

птицы

млекопитающие

человек

211. Ку-лихорадка

распространена в регионах с жарким климатом

является зоонозом

распространяется птицами

212. Переносчиками при сибирском клещевом риккетсиозе являются

иксодовые клещи

блохи

вши

213. Механизм передачи инфекции при сибирском клещевом риккетсиозе

воздушно-капельный

трансмиссивный

контактно-бытовой

214. Каким видом плазмодия вызывается тропическая малярия

Pl. falciparum

Pl. vivax

Pl. ovale

Pl. malaria

215. Какой метод лабораторной диагностики является основным при малярии

биологический

иммунологический

паразитоскопический

кожно-аллергическая проба

216. Каким препаратом проводится купирующая терапия трехдневной и овале-малярии

примахин

делагил (хлорохин)

тетрациклин

хинин дигидрохлорид

217. Каким препаратом проводится купирующая терапия тропической малярии с тяжелым течением

примахин

делагил

тетрациклин

хинин дигидрохлорид

218. Каким препаратом проводится радикальная терапия трехдневной малярии

примахин

делагил

тетрациклин

хинин дигидрохлорид

219. Что не является осложнением тропической малярии

кома

гемоглобинурия

тромбоэмболия легочной артерии

острая дыхательная недостаточность

гипогликемия

ОПН

220. Назовите осложнение четырехдневной малярии

кома

гемоглобинурия

нефротический синдром

пиелонефрит

221. При какой видовой форме малярии наиболее высок процент пораженных эритроцитов

Тропическая

Трехдневная

Четырехдневная

Овале-малярия

222. Какая малярия имеет самый широкий ареал распространения

Тропическая

Трехдневная

Четырехдневная

Овале-малярия

223. Кто не болеет малярией

Больные гемофилией

Больные лимфогранулематозом

Больные серповидноклеточной анемией

Пациенты с циррозом печени

224. При естественном течении (без лечения.) трехдневная малярия длится

1-3 мес.

6 мес.-1 год

1-2 года

2-4 года

свыше 10 лет

225. Наиболее тяжелым течением отличается малярия

Тропическая

Трехдневная

Четырехдневная

Овале-малярия

226.Химиопрофилактика малярии

Начинается после въезда в очаг

Начинается за неделю до въезда в очаг

Начинается за месяц до въезда в очаг

227. Источником инфекции при малярии являются

инфицированная кровь

комары рода Anopheles

человек

228. Анемия при малярии обусловлена

гемолизом эритроцитов

кровотечением

дефицитом железа

229. К основным проявлениям малярии относятся

лихорадка, рвота, диарея

лихорадка, анемия, гепато/спленомегалия

лихорадка, лимфаденопатия, артралгия

230. Лихорадка при малярии в разгар заболевания

интермиттирующая

ремиттирующая

постоянная

231. Типичный лихорадочный пароксизм при малярии протекает с чередованием фаз

жар, озноб, пот

озноб, пот, жар

озноб, жар, пот

232. Гемоглобинурийная лихорадка при малярии связана с

внутрисосудистым гемолизом

острой почечной недостаточностью

коматозным состоянием

233. Определите сезонность при менингококковой инфекции

осенне-зимняя

зимне-весенняя

в течение всего года

234. О какой форме менингококковой инфекции свидетельствует выделение менингококка из носоглотки при отсутствии клиники заболевания

менингококковый менингит

менингококковый назофарингит

носительство менингококка

менингококцемия

все формы менингококковой инфекции

235. Укажите опорный клинический симптом менингококкцемии

высокая лихорадка

головная боль

скудная розеолезная сыпь

поражение суставов

полиморфная "звездчатая" геморрагическая сыпь с некрозами в центре

236. Укажите абсолютное показание к проведению люмбальной пункции при менингококковой инфекции

головная боль, рвота

головная боль, высокая лихорадка

высокая лихорадка, рвота

положительный менингеальный синдром

нарушения со стороны ЭЭГ

237. При лечении менингококковой инфекции препаратом выбора является

бензилпенициллин

левомицетин-сукцинат натрия

тетрациклины

сульфамонометоксин

цефазолин

238. Инфекционно-токсический шок при менингококковой инфекции часто возникает

у бактерионосителей

при менингококцемии

при среднетяжелом течении

не зависимо от формы и течения болезни

239. Критерием выписки при менингококковой инфекции прежде всего является

отсутствие жалоб

отсутствие менингеального синдрома

полная санация ликвора

нормальная гемограмма

240.Менингококковая инфекция

антропоноз вирусной этиологии

антропоноз бактериальной природы

зооноз вирусной этиологии

антропозооноз бактериальной этиологии

сапроноз бактериальной этиологии

241. Возбудитель менингококковой инфекции относится к роду

клебсиелл

сальмонелл

нейсерий

коринебактерий

микоплазм

242. Назовите уровень белка в ликворе при менингококковом менингите

0.1-0.33 г/л

0.33-0,66 г/л

0.33-1 г/л

выше 1 г/л

243. Какой цитоз наблюдается в ликворе при менингококковом менингите

Нейтрофильный

Лимфоцитарный

Эозинофильный

244. Ликворное давление при менингококковом менингите

Нормальное

Повышено

Понижено

245. Вирус Эпштейна-Барра обладает тропизмом к

Макрофагам

Т-лимфоцитам

В-лимфоцитам

Эритроцитам

246. К какой группе заболеваний относится инфекционный мононуклеоз

Зооноз

Антропоноз

Зооантропоноз

247. Выберите основной путь заражения, характерный для инфекционного мононуклеоз

Водный

Алиментарный

Парентеральный

Трансмиссивный

Воздушно-капельный

Контактно-бытовой

248. Инкубационный период при инфекционном мононуклеозе колеблется

от нескольких часов

от 2 до 5 дней

от 4 до 15 дней

от 15 до 30 дней

249. Какая из экзантем характерна для инфекционного мононуклеоза

Макуло-папулезная

Мелкопятнистая

Розеолезная

Петехиальная

Пятнисто-папулезная

250. Сколько дней держится экзантема при инфекционном мононуклеозе

1-3

3-6

6-10

251. Вирус Эпштейна-Барра содержит

две нити ДНК

одну нить РНК

две нити РНК

252. Какая диета назначается при инфекционном мононуклеозе

Стол 1

Стол 4

Стол 5

Стол 7

Стол 11

Стол 15

253. К какому семейству относится вирус Эпштейна-Барр

Picornaviridae

Herpesviridae

Hepadnaviridae

Retroviridae

Reoviridae

254. Вирус Эпштейна-Барр обладает тропизмом к

B-лимфоцитам

Т-лимфоцитам

Макрофагам

255. Инфекционный мононуклеоз

относится к антропозоонозам

относится к заболеваниям с аспирационным механизмом передачи возбудителя

является заболеванием раннего детского возраста

256. При инфекционном мононуклеозе синдром экзантемы представлен

макулярной сыпью

энантемой мягкого неба

обильной пятнисто-папулезной сыпью с этапностью появления

257. Лечение при инфекционном мононуклеозе

как правило, патогенетической и симптоматической направленности

включает раннее назначение антибактериальных препаратов

обязательно проводится в стационарных условиях

258. При инфекционном мононуклеозе поражение миндалин характеризуется

тонзиллитом с налетами, легко снимающимися шпателем

тонзиллитом с налетами, тесно спаянными с миндалинами (поверхность после снятия налета кровоточит)

наличие на одной миндалине язвы с зеленовато-серым налетом

259. Типичный клинический синдромокомплекс инфекционного мононуклеоза представлен

лихорадкой, полиаденопатией, явлениями тонзиллита, гепато-и спленомегалией

интоксикационным синдромом, явлениями фарингита и конъюнктивита, полиаденопатией, гепато- и спленомегалией, диарейным синдромом

высокой лихорадкой, выраженным интоксикационным синдромом, явлениями лакулярного тонзиллита, увеличением тонзиллярных лимфоузлов

260. Картина «острого живота» при инфекционном мононуклеозе, вероятнее всего, обусловлена

острым аппендицитом

увеличением мезентериальных лимфатических узлов

перфорацией язвы подвздошной кишки

261. Для лечения описторхоза применяют

Хинин

Альбендазол

Фенасал

Празиквантель

262. Возбудителем описторхоза является

Бычий цепень

Кошачья двуустка сибирская

Карликовый цепень

Двуустка китайская

263. Основную роль в патогенезе описторхоза играет

Бактериемия

Специфическая сенсибилизация и механическое повреждение желчевыводящих путей

Поражение вегетативных центров

264. Заражение описторхозом происходит при употреблении в пищу

Мяса диких животных

Пресноводной рыбы

Мяса домашних животных

Мяса водоплавающих птиц

Морской рыбы

265.Какие системы поражаются при хроническом описторхозе

Сердечно-сосудистая

Гепатобилиарная

Урогенитальная

Дыхательная

266. Каков механизм передачи возбудителей иерсиниоза и псевдотуберкулеза

аэрозольный

фекально-оральный

трансмиссивный

контактный

вертикальный

267. Наиболее значимыми источниками инфекции при псевдотуберкулезе являются

люди

мышевидные грызуны

сельскохозяйственные животные

птицы

268. Возбудителем псевдотуберкулеза является

Corynebacteriumpseudotuberculosis

Yersiniapseudotuberculosis

Yersiniaenterocolitica

269. Условия, наиболее благоприятные для размножения возбудителя псевдотуберкулеза

Т +4 С, низкое содержание кислорода, высокое углекислоты

Т выше 37 С., высокое содержание кислорода, низкое углекислоты

Т ниже 20 С., низкое содержание кислорода, низкое углекислоты

Т выше 37 С., высокое содержание кислорода, высокое углекислоты

270. Типичный характер стула у больных с гастроинтестинальной формой псевдотуберкулеза

До 10-15 раз в сутки, жидкий с примесью слизи

До 10-15 раз в сутки, жидкий с примесью слизи и крови

До 2-6 раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей

271. Характер сыпи при скарлатиноподобной форме псевдотуберкулеза

мелкоточечная, локализуется в естественных складках кожи

розеолезно-папулезная, располагается на животе

петехиальная неправильной формы, располагается асимметрично

геморрагическая на лице и туловище

уртикарная

272.Гепатолиенальный синдром при псевдотуберкулезе характерен

для гастроинтестинальной формы

генерализованной формы

вторично-очаговой формы

абдоминальной формы

273. Может ли передаваться псевдотуберкулез трансмиссивным путем

да

нет

274. Мезентериальный лимфаденит при псевдотуберкулезе характеризуется

схваткообразными болями в животе, жидким стулом

тошнотой, повторной рвотой

болезненностью в правой подвздошной области, аппендикулярными симптомами

275. При какой форме псевдотуберкулеза часто наблюдается рецидивирующее течение

гастроинтестинальной

абдоминальной

генерализованной

вторично-очаговой

276. Какой симптом не характерен для псевдотуберкулеза

симптом "капюшона"

симптом "перчаток"

симптом "носков"

симптом Филипповича

277. Условия, наиболее благоприятные для размножения возбудителя псевдотуберкулез

низкие температуры хранения продуктов

высокие температуры хранения продуктов

278. Гепатолиенальный синдром для псевдотуберкулеза

характерен

не характерен

279. Артралгии при псевдотуберкулезе наблюдаются в

мелких суставы кистей и стоп

крупных суставы конечностей

суставы не поражаются

280. Картина периферической крови при псевдотуберкулезе

лейкоцитоз с эозинофилией

лейкоцитоз с анэозинофилией

лейкопения с нейтропенией

без особенностей

281. Факторами передачи инфекции при псевдотуберкулезе являются

морковь, капуста, лук, яблоки

шоколад, печенье, торты

творог, молоко, масло

282. Вертикальный механизм передачи возбудителя возможен при

холере

брюшном тифе

вирусном гепатите С

псевдотуберкулезе

283. Какие микроорганизмы вызывают пищевую токсикоинфекцию

вирусы

риккетсии

простейшие

условно-патогенная микрофлора

284. Укажите наиболее часто встречающееся осложнение при пищевой токсикоинфекции

дисбактериоз

гиповолемический шок

кома

285. Какой путь передачи характерен для пищевой токсикоинфекции

контактно-бытовой

трансмиссивный

алиментарный

воздушно-капельный

286. Укажите характер стула при пищевой токсикоинфекции

в виде рисового отвара

в виде "ректального плевка"

с примесью слизи и крови

водянистый, без примесей

в виде "горохового супа"

287. Какой инкубационный период при пищевой токсикоинфекции

от 30 минут до суток

до 5 суток

более 5 суток

288. Обязательно ли применение антибактериальных препаратов при лечении пищевой токсикоинфекции

да

нет

289.Укажите наиболее значимое направление в лечении пищевой токсикоинфекции

Дегидратация

Регидратация

Противовослительная

290. Пищевые токсикоинфекции

вызываются условно-патогенной флорой

вызываются патогенными микроорганизмами кишечной группы

характеризуются тем, что источником инфекции являются пищевые продукты

291. При пищевых токсикоинфекциях

основной симптом – частый водянистый стул без патологических примесей

стул жидкий, с примесью слизи

в тяжелых случаях развивается некротический энтерит

292. При тяжелом течении пищевых токсикоинфекций

возможна высокая лихорадка продолжительностью до 5 суток и более

возможно развитие обезвоживания

в испражнениях появляется примесь слизи и крови

293. Какой из перечисленных микроорганизмов является возбудителем рожи

Staphilococcusauerus

Клебсиелла

Бета-гемолитический стрептококк группы А

Пневмококки

294. Рожистому воспалению более подвержены

Мужчины

Женщины

295. Какая возрастная группа людей имеет наибольший риск заболеть рожей

Дети

Молодые люди до 20 лет

Люди среднего возраста (30-40 лет.)

Лица с сопутствующими заболеваниями и старше 50 лет

296. Протективный иммунитет после перенесенного заболевания рожей

Стойкий

Не формируется

297. Какие фоновые заболевания не способствуют развитию рожи

лимфостаз

микозы стоп

венозная недостаточность

болезни печени

298. Начало болезни при роже

Острое

Постепенное

Подострое

299. Инкубационный период при роже равен

24 часам

2-5 дням

10-15 дням

От нескольких месяцев до года

300. Температура тела при роже

Нормальная

Субнормальная

Субфебрильная

Фебрильная

301. В какие сроки после начала болезни появляется рожистая эритема

Одновременно с повышением температуры

От нескольких часов до 2 – 3 суток

Через 4 – 5 дней

302. Рожистый процесс чаще всего локализован

На лице

На верхних конечностях

На туловище

На нижних конечностях

303.Воспалительный участок при роже на ощупь

Холодный

Нормальной температуры

Горячий

304. Рожа, возникшая через 3 года на том же месте, что и в предыдущий раз называется

повторной

рецидивирующей

305.Рецидивирующая рожа относится к группе

Хронической экзогенной инфекции

Хронической эндогенной инфекции

Острой инфекции

306. Происходит ли L-трансформация бета-гемолитического стрептококка

происходит

не происходит

не известно

307. Какой из перечисленных симптомов не характерен для рожи

Локальная болезненность в очаге рожистого процесса

Повышение локальной температуры

Чувство жжения

Сильный зуд

Эритема

308. Существует ли индивидуальная предрасположенность к роже

Да

Нет

309. Края воспалительного участка при роже

Ровные

Неровные

310. Воспалительный участок при роже

Возвышается над уровнем кожи

Не возвышается

311. Между рожистым очагом и здоровой кожей имеется

Четко выраженная граница

Граница слабо выражена

Граница отсутствует

312. Возможно ли образование кровоизлияний в зоне эритемы при роже

Да

Нет

313. При эритематозно-буллезной роже содержимое пузырей имеет характер

Гнойный

Серозный

Геморрагический

Серозно-геморрагический

314. Рецидивирующая рожа возникает

на одном и том же месте, с интервалом до 2-х лет

на одном и тои же месте с интервалом более 2-х лет

в период до 2-х лет, любой локализации

315. Может ли рожистый процесс сопровождаться болями по ходу лимфатических сосудов

Да

Нет

316. Общая картина крови при роже представлена всем, кроме

Лейкоцитоза

Ускорения СОЭ

Сдвига формулы влево

Эозинофилии

317. Препарат выбора для лечения первичной неосложненной рожи в стационаре

бензилпенициллин

канамицин

ципрофлоксацин

318. Экстренное извещение заполняет врач

заподозривший инфекционную болезнь

подтвердивший диагноз инфекционной болезни

установивший границы эпидемического очага

319. Когда следует заполнить экстренное извещение об инфекционном больном

немедленно при подозрении на инфекционную болезнь

после консультации с врачом-инфекционистом

после лабораторного подтверждения диагноза

320. Охарактеризуйте стул при ротавирусной инфекции

Обильный, жидкий водянистый с примесью крови

Обильный, жидкий водянистый без пат. примесей

Стул в виде «малинового желе»

Обильный, пенистый, зеленый

321. Кто чаще болеет ротавирусным гастроэнтеритом

Новорожденные и дети 6-24 мес

Дети 5-10 лет

Взрослые

322. Что составляет основу международной классификации сальмонелл Кауфмана-Уайта

серология и антигенная структура сальмонелл

отношение сальмонелл к питательным средам

различия в строении Н-антигенов сальмонелл

323.В основе классификации сальмонелл лежит

патогенность

антигенная структура по О-антигенам

антигенная структура по К-антигенам

324. Cероварианты сальмонелл, наиболее часто вызывающие заболевание у человека

S. HeidelbergиS.anatum

S. LondonиS.panama

S. derbiиS.virchov

S. typhimuriumиS.enteritidis

S. anatumиS.Munchen

S. OranienburgиS.Branderburg

S. NewportиS.Tschongwa

325. Источником сальмонеллезной инфекции не могут быть

домашние животные и птицы

человек

объекты окружающей среды

326. Сальмонеллез это

антропоноз

зооантропоноз

зооноз

сапроноз

сапрозооноз

327. Механизм заражения сальмонеллезом

фекально-оральный

трансмиссивный

вертикальный (мать-плод.)

парентеральный

328. Характерна ли сезонность для сальмонеллеза

отмечается летнее-осенняя сезонность

сезонность не характерна

329. Оказывает ли сальмонеллезный энтеротоксин воздействие на ферментные системы, подобно холерогену

да

нет

330. Возможно ли развитие мезаденита при сальмонеллезе

да

нет

331.При сальмонеллезах антитела обнаруживаются в крови

через 2 часа

к концу первой недели

в конце болезни

через 1 день

через 2 - 12 часов

332.Источником инфекции при сальмонеллезе может быть

больной тяжелой формой сальмонеллеза

больной легкой формой сальмонеллеза

носитель или больной сальмонеллезом

больной сальмонеллезом средней тяжести

333.Пищевой путь передачи сальмонеллеза является

ведущим

не актуален

актуален на определенных территориях

не реализуется вовсе

реализуется изредка

334. Меры в отношении человека как источника инфекции при сальмонеллезах включают

обязательную госпитализацию и дезинсекцию

выявление и госпитализацию по клиническим и эпидемиологическим показаниям

уничтожение возбудителя на объектах окружающей среды

обязательную госпитализацию

дератизацию

335. Выписка из стационара больных сальмонеллезом с бак. подтверждением из числа декретированных групп проводится после

исчезновения клинических симптомов

однократного отрицательного бактериологического обследования кала

исчезновения специфических антигенов из мочи больного

клинического выздоровления и 2-х кратного бактериологического исследования кала

клинического выздоровления и 3-х кратного бак. исследования кала

336. Максимальную заразность при сальмонеллезе представляют больные

в период инкубации

в период разгара

в период реконвалесценции

при рецидивах

во все периоды

337. Укажите основной механизм передачи при сальмонеллезах

трансмиссивный

аэрогенный

фекально-оральный

контактный

вертикальный

338. Сальмонеллы погибают в пищевых продуктах при

копчении

солении

замораживании

нагревании до 80 С., при кипячении мгновенно

339. Продолжительность инкубационного периода при сальмонеллезе

6-12 часов

от 2 часов до 3 дней

12-24 часа

до 12 суток

340.Диспансерному наблюдению после перенесенного сальмонеллеза подлежат

все реконвалесценты в течение 1 месяца

"декретированные" реконвалесценты на протяжении 6 месяцев

"декретированные" реконвалесценты на протяжении 3-х месяцев

все реконвалесценты в течение 2-х месяцев

наблюдение не проводится

341. Механизм развития гастроинтестинального синдрома при сальмонеллезе предполагает

инвазию возбудителя в энтероциты

воздействие энтеротоксина возбудителя на аденилатциклазную систему энтероцитов

подавление синтеза простагландинов

342. Укажите тип диареи при гастроэнтерическом варианте сальмонеллеза

гиперсекреторный

гиперэкссудативный

гиперосмолярный

343. Иммунитет при сальмонеллезе

стойкий

непродолжительный, видо- и типоспецифический

относительно стойкий, видоспецифический и антитоксический

344. Наиболее частым синдромом поражения желудочно-кишечного тракта при сальмонеллезе является

гастроэнтерит

дистальный колит

гастроэнтероколит

345. При сальмонеллезе имеет место

стул в виде «горохового супа» с кисловатым запахом

жидкий, обильный, зловонный, пенистый, темно-зеленого цвета стул

необильный, коричневой окраски, со слизью и прожилками крови (в виде ректального «плевка») стул

346. Наиболее типичное место образования бубона при туляремии

в подмышечной области

в паховой области

в области шеи и затылка

зависит от входных ворот

347. Характер сыпи при сыпном тифе

розеолезно-петехиальная

пятнисто-папулезная

пузырьковая

мелкоточечная

348. При туляремии

синдром общей инфекционной интоксикации выражен слабо

наиболее яркий симптом – пятнисто-папулезная сыпь

типичный симптом – лимфаденит различной локализации

349. Лихорадка при туляремии

не типична

субфебрильная непродолжительная

фебрильная (умеренная или высокая)

350. Вскрытие нагноившегося туляремийного бубона

не происходит

сопровождается незначительным дефектом кожи и эпителизацией

сопровождается последующим рубцеванием

351. Изменения гемограммы в периоде разгара туляремии характеризуются

лейкопенией с лимфо- и моноцитозом

гиперлейкоцитозом, гиперэозинофилией

лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом влево

352. При какой форме сибирской язвы исход болезни более благоприятный

кожной форме

легочной форме

кишечной форме

септической форме

353. Возбудитель сибирской язвы

вырабатывает экзотоксин

содержит эндотоксин

подвижный, благодаря наличию жгутиков

354. Возбудитель сибирской язвы

грамположительная спорообразующая палочка

грамотрицательная неспорообразующая палочка

грамотрицательная спорообразующая палочка

355. Источник инфекции при сибирской язве

больной человек

больные домашние животные (крупный и мелкий рогатый скот, лошади, верблюды)

бактерионосители

356. Ведущим механизмом передачи инфекции при сибирской язве является

аспирационный

контактный

фекально-оральный

357. К группам повышенного риска заражения при сибирской язве относятся

зоотехники, работники убойных пунктов и ветеринарные работники

лесозаготовители, охотники, геологи

рабочие, занятые очисткой населенных мест

358. Наиболее часто встречающейся клинической формой сибирской язвы является

кожная

генерализованная первичная

генерализованная вторичная

359. Наиболее частым вариантом кожной формы сибирской язвы является

буллезный

эдематозный

карбункулезный

360. Сибиреязвенный карбункул наиболее часто локализуется в области

туловища

верхних конечностей

нижних конечностей

361. При сибирской язве типичны поражения кожи в виде

умеренного отека и резкой болезненности при пальпации очага

яркой эритемы с четким отграничением от здоровой кожи, с инфильтрацией и регионарным лимфаденитом

язвы с болезненным плотным черным струпом, воспалительным валиком красного цвета, вторичными везикулами по периферии, безболезненным обширным отеком кожи и регионарным лимфаденитом

362. Характерным признаком кожной формы сибирской язвы является

выраженная лихорадка с первого дня болезни

обильное гнойное отделяемое из язвы

появление лихорадки и симптомов интоксикации на 2 – 3 сутки заболевания

363. При генерализованной форме сибирской язвы в наибольшей степени поражаются

почки

легкие

печень и селезенка

364.Укажите основную причину смерти при столбняке

асфиксия

отек мозга

инфекционно-токсический шок

365. Какие препараты необходимо назначить при первых симптомах столбняка

антибиотики

противостолбнячная сыворотка и противостолбнячный иммуноглобулин

столбнячный анатоксин

нейролептики

366. Столбнячный токсин

относится к экзотоксинам

представляет собой липополисахарид

не инактивируется при нагревании

367. Столбнячный токсин поражает преимущественно

задние рога спинного мозга

вставочные нейроны эфферентных рефлекторных дуг

двигательные зоны коры головного мозга

368. При столбняке

входные ворота инфекции – поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки

основное значение в патогенезе имеет бактериемия

характерен прочный постинфекционный иммунитет

369. Для столбняка характерен

мышечный гипертонус

мышечный гипотонус в промежутках между приступами

паралич конечностей

370. К ранним симптомам столбняка относятся

опистотонус

тризм

тетанические судороги

371. При столбняке возможна

гипертермия

сухость кожных покровов

спутанность сознания

372. При появлении симптомов столбняка в первую очередь назначают

антибиотики

противостолбнячную сыворотку и противостолбнячный иммуноглобулин

столбнячный анатоксин

373. Характер испражнений у больных холерой

скудные калового характера

в виде "рисового отвара"

с примесью слизи и крови

в виде "малинового желе"

374. Чем обусловлена тяжесть течения холеры

бактериемией

интоксикацией

пилороспазмом

обезвоживанием

ишемией миокарда

явлениями менингоэнцефалита

375.Неотложную помощь больным холерой с синдромом дегидратации следует начинать

с применения антибактериальных средств

с оральной регидратации

с внутривенной регидратации больным с 3-4 степенью дегидратации

с введения адреналина, мезатона

376. При холере

возбудитель выделяется в окружающую среду с испражнениями и мочой

основной фактор передачи инфекции - вода

источником инфекции могут быть домашние животные

377. Возбудитель холеры интенсивно размножается в

толстом кишечнике

тонком кишечнике

желудке

378. Возбудитель холеры

вырабатывает экзотоксин

неподвижен

содержит только эндотоксин

379. Тяжесть течения холеры обусловливает

интоксикация

изотоническая дегидратация

инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника

380. Для холеры характерны начальные проявления в виде

диареи

лихорадки

схваткообразных болей в животе

381. Каков главный фактор передачи холерного вибриона

пищевые продукты

вода

почва

предметы домашнего обихода

мухи

382. В чем заключается основа патогенеза холеры

бактериемия

токсинемия

воспалительный процесс в ЖКТ

развитие мезаденита

дегидратация

383. Переносчиками возбудителя чумы являются

вши

комары

клещи

блохи

москиты

384. Наиболее распространенной клинической формой чумы является

кожная

бубонная

первично-легочная

385. Для чумы характерно

высокая лихорадка

бледность кожных покровов

судорожный синдром

386. При кожной форме чумы имеет место

образование фликтены

развитие лимфангита

формирование отека мягких тканей желеобразной консистенции

387. Чумной бубон характеризуется

формированием к 3-5 суткам заболевания

преимущественной локализацией в паховой и подмышечной областях

частым склерозированием

388. Чумной бубон характеризуется

отсутствием болевой чувствительности

резкой болезненностью

подвижностью

389. Первично-легочная форма чумы характеризуется

наличием множественных бубонов

постепенным началом

выраженными интоксикацией и дыхательной недостаточностью

390. Типичным проявлением легочной формы чумы является

пенистая кровянистая мокрота

кашель с обильной гнойной мокротой

бледность кожных покровов

391. Мед. освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится

с обязательным дотестовым консультированием

с обязательным до и послетестовым консультированием

392. Проводится ли послетестовое консультирование при медицинском освидетельствовании на антитела к ВИЧ при отрицательном результате обследования

да

нет

393. На что, из нижеперечисленного лица больные ВИЧ-инфекцией не имеют право

на медицинское освидетельствование на ВИЧ – инфекцию

на получение всех видов квалифицированной медицинской помощи

быть донором

394. ВИЧ-инфекция это

сапроноз

антропоноз

зооноз

зооантропоноз

395. Однозначны ли понятия СПИД и ВИЧ-инфекция

нет

да

396. Носителями генетической информации ВИЧ являются

РНК

ДНК

протеаза

интеграза

397. ВИЧ относят к ретровирусам по

наличию фермента - обратной транскриптазы

названию одного из вирусов, входящих в данное семейство

времени открытия вирусов данного семейства

398. Какие системы организма поражаются в первую очередь при ВИЧ

ЦНС и лимфоидная ткань

вегетативная нервная система

легкие и печень

костно-мышечная система и лимфоидная ткань.

399. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции

10 лет

до 12 мес

2 недели

0.5 мес. – 6 лет

400. Диагноз ВИЧ – инфекции ставят на основании следующих данных

клинических

эпидемиологических

клинических, эпидемиологических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге, ПЦР метод)

клинических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА)

лабораторных (снижение СД 4 лимфоцитов)

401. Значимыми лабораторными критериями для оценки поражения иммунной системы и определения скорости прогрессирования ВИЧ-инфекции являются

общее количество лейкоцитов

количество СД4 лимфоцитов и величина «вирусной нагрузки»

количество иммуноглобулинов G с определением СД8 лимфоцитов

количество натуральных киллеров

количество циркулирующих иммунных комплексов

402. СПИД – это

оппортунистическая инфекция

синоним ВИЧ-инфекции

4 стадия вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции

самостоятельное заболевание

состояние при ВИЧ-инфекции обусловленное наличием СПИД-индикаторных заболеваний

403. При обнаружении ВИЧ-инфекции у беременной женщины следует

прервать беременность

назначить антиретровирусную терапию

рекомендовать грудное вскармливание новорожденного

рекомендовать смешанное вскармливание новорожденного

404. Действие медицинских работников в случае загрязнения рук или перчаток кровью

обработать тампоном, смоченным 70% спиртом, с последующим мытьем теплой, проточной водой с мылом, и повторно обработать 70% раствором этилового спирта

кровь смыть под проточной водой, с последующим мытьем с мылом

кровь смыть под струей проточной воды, с последующей обработкой 3.0 %. раствором хлорамина.

405. Действия медицинских работников в случае повреждения целостности кожных покровов рук в процессе работы

выдавить каплю крови из ранки, вымыть руки с мылом, обработать место укола 70% спиртом, а затем 5% раствором йода

выдавить из ранки кровь, обработать ранку 1.0 % раствором хлорамина, затем йодом или зеленкой

обработать ранку йодом или зеленкой

промыть ранку проточной водой, затем обработать йодом

406. В формировании дисбиоза кишечника имеет значение

кратность приема антибактериальных препаратов

продолжительность применения антибактериальных препаратов

способ назначения антибактериальных препаратов

407. Иммуноглобулины для внутривенного введения

подавляют размножение вируса в клетке

блокируют “свободные” вирусы, находящиеся в межклеточной жидкости, лимфе и крови

создают антивирусное состояние незараженных клеток

408. Биологические жидкости, являющиеся основными факторами передачи ВИЧ

Слезы, слюна

Кровь, семенная жидкость, грудное молоко

Спинномозговая жидкость, околоплодные воды

Ушной секрет

409. ВИЧ чувствителен ко всем перечисленным дезинфекционным средствам, кроме

3% р-ра хлорамина

40% р-ра этилового спирта

70% р-ра этилового спирта

1% р-ра гипохлорита натрия

410. Для острой ВИЧ-инфекции характерно все перечисленное, кроме

Вирусемии

Активной репликации вируса в клетках-мишенях

Быстрого роста числа CD4+лимфоцитов

Антигенемии

411. Наиболее часто встречающиеся синдромы при острой ВИЧ-инфекции

Гепатомегалия, лихорадка, геморрагический синдром

Лихорадка, неврит, менингит

Лимфаденопатия, лихорадка, поражения кожи и слизистых

Спленомегалия, энцефалопатия, неврит

412. Прогрессирование ВИЧ-инфекции не может быть вызвано

Приемом глюкокортикоидов

Инфузионной терапией солевыми растворами

Отказом от специфической антиретровирусной терапии

присоединением ко-инфекции

413. При поверхностной травме кожных покровов инфицированным инструментом существует опасность заражения

Вирусным гепатитом В, С, сифилисом

ВИЧ-инфекцией, вирусным гепатитом В, С

Сифилисом, герпетической инфекцией

Герпетической инфекцией, вирусным гепатитом А

414. Подтвержденный диагноз «пневмоцистная пневмония» позволяет поставить переход ВИЧ-инфекции в стадию

2А

2Б

4А

4В

415.Что не относится к методам диагностики ВИЧ

Выявление специфических антител

Выявление вирусных антигенов р25/24.

Определение провирусной ДНК, геномной РНК

Выделение вируса

416. У детей первого года жизни при ВИЧ-инфекции наблюдается все, кроме

Лимфаденопатии

Продолжительной лихорадки

Прогрессирующей потери веса

Саркомы Капоши

Орального кандидоза

417. Какие препараты для иммунопрофилактики разрешены детям, больным ВИЧ-инфекцией

Живые и убитые вакцины

Убитые вакцины и анатоксины

Только анатоксины

418. Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, обычно наблюдаются до исключения ВИЧ-инфекции

6 месяцев

12-18 месяцев

1.5 – 3 года

419. ВИЧ относится к семейству

ретровирусов

флавивирусов

ортомиксовирусов

420.У 90-95 % ВИЧ – инфицированных АТ к ВИЧ появляются через

3 недели

3 месяца

6 месяцев

12 месяцев

421. Антисептиком, применяемым для обработки кожи рук, загрязненной кровью, является

96 % спирт

70 % спирт

5 % спиртовой раствор йода

3 % спиртовой раствор хлоргексидина.

6% перекись водорода

422. Механизм дезинтоксикационной терапии предполагает

гемодилюцию

стабилизацию мембран клеток

восстановление жидкостного и ионного гомеостаза больного

423. Наиболее важный показатель иммунограммы при ВИЧ-инфекции

количество CD-4 лимфоцитов

количество CD-8 лимфоцитов

количество IgА

фагоцитарный индекс

424. Характер сыпи при сыпном тифе

розеолезно-петехиальная

пятнисто-папулезная

пузырьковая

мелкоточечная

425. Пути передачи при брюшном тифе

контактно-бытовой, водный, парентеральный

водный, алиментарный, аэрогенный

контактно-бытовой, водный, пищевой

426. Ведущим в патогенезе брюшного тифа является

поражение лимфатического аппарата тонкой кишки

поражение лимфатического аппарата толстой кишки

поражение печени и селезенки

427. Основные патоморфологические изменения при брюшном тифе локализуются в

подвздошной кишке

поперечноободочной кишке

сигмовидной кишке

428. Патогенетически обусловленными осложнениями брюшного тифа являются

острый аппендицит, острый тромбофлебит

кишечное кровотечение, перфорация тонкой кишки

панкреатит, менингит

429. Изменения гемограммы при брюшном тифе представлены

лейкопенией с относительным лимфоцитозом

умеренным лейкоцитозом

нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом влево

430. Инкубационный период для COVID-19 составляет от

2 до 14 суток

2 до 14 часов

7 до 21 суток

2 до 7 суток

431. Что является основным видом биоматериала для лабораторного исследования на COVID-19.

материал, полученный при взятии мазка из носа, носоглотки и/или ротоглотки

биопсийный материал

кровь

промывные воды бронхов, полученные при фибробронхоскопии (бронхоальвеолярный лаваж)

432. Кто осуществляет сбор клинического материала и его упаковку при обследовании на COVID-19.

работник медицинской организации, обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе и сборе материала

лечащий врач

врач скорой помощи

медицинская сестра

433. Сколько дней до момента появления жалоб на повышение температуры тела в сочетании с другими симптомами ОРВИ имеют значение в эпиданамнезе при подозрении на COVID-19.

в течение последних 2 дней

в течение последних 7 дней

в течение последних 14 дней

в течение последних 21 дня

434. Возбудителем коронавирусной инфекции является

SARSCoV

SARS-CoV-2.

MERS- CoV

SARSCoVсSARS-CoV-2.

435. Каким пациентам с COVID-19 рекомендуется проведение компьютерной томографии

пациентам с легким течением COVID-19.

пациентам с подозрением на пневмонию

пациентам с подозрением на COVID-19.

пациентам с лабароторно подтвержденным наличием SARS-CoV-2.

436. Сбор клинического материала у больных с новой коронавирусной инфекцией и его упаковку осуществляет

медицинская сестра

лечащий врач

работник медицинской организации, обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе и сборе материала

врач скорой помощи

437. Для медикаментозной профилактики COVID-19 у беременных возможно применение

занамивира

циклоферона

осельтамивира

рекомбинантного интерферона альфа 2b (интраназально)

438. Показанием для госпитализации больного с COVID-19 является

температура 38°С, spO2 – 94%  
температура 38°С, частота дыхательных движений 26 в минуту  
частота дыхательных движений 22 и более в минуту и/или spO2 менее 93%  
температура 37.5°С, spO2 – 93%

439. Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно применение

занамивира

циклоферона

рекомбинантного интерферона альфа 2b (интраназально)

440. При оказании амбулаторной помощи на дому больным COVID-19 врач

использует средства индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор, противочумный костюм или одноразовый халат, бахилы)  
тщательно моет руки  
обрабатывает руки и открытые части тела антисептиками  
принимает противовирусные препараты

441. Клинические симптомы, характерные для COVID-19

головные боли, конъюнктивит, кровохарканье  
лихорадка, головная боль, миалгии  
повышение температуры тела до фебрильных цифр, сухой непродуктивный кашель, дыхательный дискомфорт, гипоксемия — 94% и ниже  
диарея, тошнота, рвота на фоне лихорадки.

442. Исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов, лактата рекомендуется

всем пациентам с лабораторно подтвержденным диагнозом SARS-CoV-2  
пациентам с SрO2 менее 95% по данным пульсоксиметрии  
всем пациентам, подозрительным на инфицирование SARS-CoV-2  
пациентам с SрO2 менее 90% по данным пульсоксиметрии

443. Исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов, лактата рекомендуется пациентам с

пневмонией

симптомами ОРИ  
с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) (SpO2 менее 90%)

444. Наиболее тяжелое течение COVID-19 наблюдается у

пациентов старше 60 лет с сопутствующими заболеваниями  
детей

лиц моложе 40 лет  
беременных женщин

445. При выявлении больного новой коронавирусной инфекцией в стационаре необходимо

проветрить помещения  
произвести влажную уборку помещений  
составить списки контактных лиц с указанием места жительства, сроков контакта, номеров телефонов, установить медицинское наблюдение  
произвести термометрию контактным

446. Специфическая профилактика новой коронавирусной инфекции

такая же, как при ОРВИ  
разработана  
не разработана  
такая же, как при гриппе

447. Подтвержденным случай COVID-19 считается при

наличии сепсиса  
клинических проявлениях тяжелой пневмонии  
положительном результате лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот вне зависимости от клинических проявлений

448. Средства индивидуальной защиты медицинскими работниками и водителем специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи, выполняющей вызов к пациенту с подозрением на COVID-19 меняются

каждые 2 часа  
один раз в сутки  
один раз в смену  
после каждого больного

449. Пациентам с COVID-19 рекомендуется проводить исследование коагулограммы при наличии

признаков острой дыхательной недостаточности (ОДН)  
симптомов ОРВИ  
пневмонии

450. Медицинская помощь пациенту с положительным результатом теста на COVID-19 может оказываться на дому в случае

легкого течения заболевания у больного старше 65 лет  
легкого течения заболевания у беременной  
легкого течения заболевания у ребенка менее 3 лет  
отсутствия клинических проявлений заболевания или легком течении заболевания у больного 25-60 лет

451. Менингококковая инфекция относится к

сапронозам  
зоонозам

антропонозам

452. Основной путь передачи при менингококковой инфекции

воздушно-пылевой

трансплацентарный

воздушно-капельный

453. Сезонность при менингококковой инфекции

осенне-зимняя  
зимне-весенняя  
отсутствует

454. Иммунитет при менингококковой инфекции

нестерильный  
напряженный  
кратковременный

455. Тип воспалительной реакции при локализованной форме менингококковой инфекции

серозный

геморрагический

гнойный

456. При менингококковом менингите поражается

мягкая мозговая оболочка  
твердая мозговая оболочка

пневмонии

457. Ведущим звеном патогенеза при менингококкемии является

отек головного мозга

поражение сосудов  
поражение почек

458. К типичным клиническим проявлениям менингококкового менингита относятся

диффузная интенсивная головная боль и рвота  
геморрагическая сыпь

гепато- и спленомегалия

459. Цереброспинальная жидкость при туберкулезном менингите характеризуется

выраженным нейтрофильным цитозом

резким снижением уровня глюкозы  
резким повышением содержания белка

460. Типичным осложнением менингококкового менингита является

инфекционно-токсический шок

отек-набухание головного мозга  
абсцесс головного мозга

461. Сыпь при менингококкемии

уртикарная

розеолезная

геморрагическая «звездчатая»

462. Наиболее информативным методом специфической диагностики менингококкемии является

бактериологическое исследование крови

бактериологическое исследование носоглоточной слизи

бактериологическое исследование ликвора

463. Основным компонентом патогенетической терапии при менингококковом менингите является

регидратация

дегидратация  
коррекция метаболического ацидоза

464. Срок диспансерного наблюдения реконвалесцентов менингококковой инфекции составляет

3 месяца

6 месяцев

12 месяцев

465. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

является природно-очаговым заболеванием

относится к антропозоонозам

характеризуется нестойким постинфекционным иммунитетом

466. Основным источником инфекции при ГЛПС является

человек

рыжая полевка

серая крыса

467. Укажите пути передачи при ГЛПС

водный, контактный, пищевой

трансмиссивный, алиментарный, контактный

аэрогенный, алиментарный, контактный

468. Средняя продолжительность инкубационного периода при ГЛПС составляет

1-7 дней

7-14 дней

14-21 день

469. Наибольший подъем заболеваемости ГЛПС наблюдается в

феврале-марте

марте-апреле

июне-сентябре

470. ГЛПС характеризуется

острым началом и четкой цикличностью течения

преимущественным неблагоприятным прогнозом и высокой летальностью

частым формированием хронической почечной недостаточности

471. В начальном периоде ГЛПС имеет место

высокая лихорадка

олигурия

петехиальная сыпь

472. К наиболее типичному клиническому признаку олигурического периода ГЛПС относят

головную боль

боли в поясничной области

миалгии

473. Признаком полиурического периода ГЛПС является

восстановление суточного диуреза

увеличение суточного количества мочи до 3-10 литров

уремия

474. Специфическим осложнением ГЛПС является

азотемическая уремия

гнойный менингит

паранефрит

475. Для олигурического периода ГЛПС характерно

лейкоцитурия

бактериурия, протеинурия

протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия

476. Диагностическим маркером ГЛПС (данные ИФА крови) является наличие специфических

IgA

IgM

IgG

477. Показанием для назначения глюкокортикостероидов при ГЛПС является

азотемия

инфекционно-токсический шок

наличие проявлений геморрагического синдрома

478. Срок диспансерного наблюдения реконвалесцентов ГЛПС составляет

1-3 месяца

3-12 месяцев

2 года

479. В гемограмме в олигурическом периоде ГЛПС имеют место

нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, моноцитоз, плазмоцитоз, анемия, тромбоцитопения, анэозинофилия

лейкопения, увеличение содержания эритроцитов и гемоглобина

лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз

480. При ГЛПС

приоритетное значение имеет противовирусная терапия

медикаментозное лечение имеет патогенетическую направленность и проводится с учетом степени тяжести заболевания и ведущих клинических синдромов

при среднетяжелом и тяжелом вариантах течения показано проведение эктракорпорального гемодиализа

481. Инфекционный процесс – это

распространение болезней среди людей

взаимодействие микро- и макроорганизмов

наличие микроорганизмов в окружающей среде

482. Вирулентность - это

способность микроорганизмов образовывать токсические вещества различной природы, оказывающие повреждающее действие на клетки и ткани организма хозяина

потенциальная способность микроорганизмов вызывать заболевания (видовой генетически детерминированный признак)

индивидуальный признак каждого штамма патогенного микроорганизма, являющийся мерой его патогенности

483. К основным молекулярным факторам патогенности микроорганизмов относят

внутриклеточные циклические нуклеотиды

метаболиты каскада арахидоновой кислоты

экзотоксины и эндотоксины

484. Механизм действия суперантигенов предполагает

АДФ-риболизирование специфических клеточных протеинов макроорганизма, приводящее к изменению функциональной активности клетки

нарушение целостности клеточных мембран

связывание антигенного участка 2 класса большого комплекса гистосовместимости макрофагов и активация Т-лимфоцитов, приводящие к синтезу большого количества провоспалительных цитокинов (IL-2, TNFα и др.) и развитию циркуляторного коллапса

485. В патогенезе вирусных инфекций основное значение имеет

продукция эндотоксинов и экзотоксинов

стимуляция фагоцитоза нейтрофилов

развитие цитопатического эффекта

486. В формировании местного иммунитета основная роль принадлежит

IgM

IgA

IgE

487. Абортивная инфекция - это

инфекция, характеризующаяся отсутствием клинических симптомов, с наличием комплекса иммунологических, функциональных и структурных проявлений инфекционного процесса

инфекция, имеющая сходные черты с типичным течением болезни, с неполным развитием клинической картины (т.е. с отсутствием периода разгара)

инфекция, характеризующаяся стремительным течением, выраженностью всех или большинства симптомов и частым неблагоприятным исходом

488. Фулминантное течение инфекционного заболевания характеризуется

увеличением продолжительности периода разгара или реконвалесценции острой формы

скудными клиническими проявлениями

стремительным развитием, выраженностью всех или большинства симптомов и частым неблагоприятным исходом

489. Хроническое течение инфекционного заболевания – сохранение клинических проявлений

более 1 месяца

более 6 месяцев

более 12 месяцев

490. Для медленных инфекций свойственно

продолжительный инкубационный период и неуклонно прогрессирующий характер течения, приводящий к летальному исходу

тяжелое ациклическое течение с летальным исходом в случае отсутствия этиотропной терапии

длительная бессимптомная персистенция возбудителей в макроорганизме (в дефектной форме или в особой стадии своего существования)

491. Суперинфекция – это

повторные заболевания в результате инфицирования тем же возбудителем

появление вторичного заболевания до исчезновения первичного инфицирования

инфекция, обусловленная сочетанным заражением двумя и более возбудителями

492. Интермиттирующая лихорадка характерна для

сыпного тифа

острого бруцеллеза

малярии

493. Гектический тип температурной кривой характерен для

сыпного тифа

брюшного тифа

сепсиса

494. Синдром экзантемы имеет место при

иерсиниозах

бешенстве

бруцеллезе

495. Розеолезная сыпь характерна для

менингококкемии

краснухи

брюшного тифа

496. Синдром лимфаденита характерен для

туляремии

лептоспироза

столбняка

497. Авидность антител – это

исчезновение специфических IgM и появление специфических IgG

период, когда специфические IgM уже не определяются, а специфические IgG еще не наработались

прочность связи между антителом и антигеном