

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Специальность 31.08.35 Инфекционные болезни
код, наименование

Форма обучения: очная

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

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

2. Перечень оценочных средств

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

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2.	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания
3.	Курсовая работа	Средство проверки умения представлять результаты теоретических, расчетных, аналитических, экспериментальных исследований	Перечень тем курсовых работ
4.	Ролевая игра	Совместная деятельность группы обучающихся и преподавателя под управлением преподавателя с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путем игрового моделирования реальной проблемной ситуации. Позволяет оценивать умение анализировать и решать типичные профессиональные задачи	Тема, концепция, роли и ожидаемый результат по каждой игре
5.	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4,	Текущий	Раздел 1. Общие вопросы инфекционной патологии и эпидемиологии	Ситуационные задачи
		Тема 1.1. Инфекционный процесс и инфекционная болезнь	

УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК – 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Тема 1.2. Эпидпроцесс. Эпиднадзор. Организация инфекционной службы.	Тесты
	Итоговое занятие по разделу 1	Ситуационные задачи
	Раздел 2. Бактериальные инфекции	
	Тема 2.1. Кишечные инфекции Тема 2.2. Стрептококковые инфекции Тема 2.3 Дифтерия Тема 2.4 Менингококковая инфекция Тема 2.5 Природно-очаговые инфекции Тема 2.6. Прочие бактериозы. Редкие бактериозы Тема 2.7. Хламидиозы	Ситуационные задачи кейс-задание, курсовая работа
	Тема 2.2. Стрептококковые инфекции	Ситуационные задачи, кейс-задание, курсовая работа
	Тема 2.3. Дифтерия	Ситуационные задачи, курсовая работа, ролевая игра
	Тема 2.4 Менингококковая инфекция	Ситуационные задачи, курсовая работа
	Тема 2.5 Природно-очаговые инфекции	Ситуационные задачи, кейс-задание, курсовая работа
	Тема 2.6. Прочие бактериозы. Редкие бактериозы	Ситуационные задачи, курсовая работа
	Тема 2.7. Хламидиозы	Ситуационные задачи курсовая работа
	Итоговое занятие по разделу 2	ситуационные задачи,
	Раздел 3. Вирусные инфекции	
	Тема 3.1. Респираторные вирусные инфекции	Ситуационные задачи, курсовая работа
	Тема 3.2. Вирусные гепатиты	Ситуационные задачи, курсовая работа
	Тема 3.3. Вирусные геморрагические лихорадки	Ситуационные задачи, курсовая работа
	Тема 3.4. Герпетические инфекции	Ситуационные задачи, курсовая работа
	Тема 3.5. ВИЧ-инфекция	Ситуационные задачи, курсовая работа
	Тема 3.6. Вирусные диареи	Ситуационные задачи, курсовая работа
	Тема 3.7. Детские вирусные инфекции	Ситуационные задачи кейс-задание, курсовая работа
	Тема 3.8. Вирусные нейроинфекции	Ситуационные задачи,

			курсовая работа
		Итоговое занятие по разделу 3	ситуационные задачи,
		Раздел 4. Инфекции, имеющие международное значение	
		Тема 4.1. Эпидемиологические особенности ООИ	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Тема 4.2. Клинические особенности ООИ	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Итоговое занятие по разделу 4	ситуационные задачи,
		Раздел 5. Протозойные инфекции	
		Тема 5.1. Малярия	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Тема 5.2. Прочие протозоозы	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Итоговое занятие по разделу 5	ситуационные задачи,
		Раздел 6 Риккетсиозы	
		Тема 6.1. Сыпной тиф	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Тема 6.2. Другие риккетсиозы	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Итоговое занятие по разделу 6	ситуационные задачи,
		Раздел 7 Гельминтозы	
		Тема 7.1. Общие вопросы	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Тема 7.2. Нематодозы	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Тема 7.3. Цестодозы и трематодозы	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Итоговое занятие по разделу 7	ситуационные задачи,
		Раздел 8 Основные жизнеопасные состояния	
		Тема 8.1. Шок	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Тема 8.2. Печеночная недостаточность	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Тема 8.3. Острая почечная недостаточность	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Тема 8.4. Острая дыхательная недостаточность	Ситуационные задачи, курсовая работа
		Итоговое занятие по раздел 8	ситуационные задачи,
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5,	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания

ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8			
--	--	--	--

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий, кейс-задач, курсовых работ, ролевой игры.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

Вопрос
<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Мужчина, 67 лет, доставлен в приемный покой терапевтического стационара бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «Пиелонефрит? Грипп?». Беспокоят выраженная слабость, высокая температура, боль в поясничной области с обеих сторон, тошнота.</p> <p>Из анамнеза известно, что заболевание началось остро 4 дня назад: поднялась температура до 39,4°C, появились головная боль, сухость во рту, дискомфорт в пояснице с обеих сторон. На следующий день заметил ухудшение зрения, туман перед глазами. Температура держалась на высоких цифрах в течение 4 дней, жаропонижающие приносили лишь кратковременное облегчение, сохранялась головная боль, слабость, отсутствовал аппетит. На 4-й день болезни появились жажда, тошнота, довольно интенсивная боль в пояснице, кровоточивость десен.</p> <p>При физикальном обследовании выявлены: больной вял, заторможен, на вопросы отвечает неохотно; температура 38,4, гиперемия лица, выраженная инъекция сосудов склер, в области внутреннего угла левого глаза кровоизлияние в склере, язык сухой, обложен сероватым налетом, слизистые ротоглотки умеренно гиперемированы, носовое дыхание свободное. На коже левого плеча в месте наложения манжетки тонометра немногочисленные петехиальные элементы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца приглушенные ритмичные, ЧСС 96 в 1 минуту, в легких – жесткое дыхание, ЧД 18 в 1 минуту, АД 140/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены, поколачивание по поясничной области болезненно с обеих сторон. В приемном отделении первый раз за сутки мочился. Выделил 100 мл мутноватой мочи, мочеиспускание свободное.</p>

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Какие особенности географического анамнеза должны быть уточнены?

Какие еще заболевания из данной группы инфекций Вам известны?

На основании каких данных можно исключить грипп и пиелонефрит?

Назначьте обследование с учетом необходимой дифференциальной диагностики.

Составьте и обоснуйте план лечебных мероприятий.

Перечислите клинические и лабораторные критерии выписки.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной С., 39 лет, обратился к участковому врачу поликлиники на 4-й день болезни с жалобами на познабливание, нерезкую головную боль, слабость, недомогание отсутствие аппетита.

Состояние удовлетворительное. Температура 38,3. Пульс 78 ударов в мин, удовлетворительных качеств. Язык обложен серо-коричневым налетом, влажный. Слизистая оболочка небных дужек, задней стенки глотки слабо гиперемирована. По другим органам и системам отклонений нет. С диагнозом ОРЗ лечился амбулаторно. Назначенное лечение эффекта не дало: состояние не улучшалось, температура тела постепенно становилась выше, нарастала слабость, апатия, сонливость. По поводу длительной лихорадки госпитализирован в инфекционную больницу на 10-й день болезни.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,6. Заторможен. Кожные покровы бледные. Язык утолщен, сухой, покрыт «грязным» налетом, на боковых поверхностях заметны отпечатки зубов. На передней брюшной стенке единичные элементы пятнистой сыпи, бледные, 2-3 мм в диаметре, исчезающие при надавливании и растяжении кожи. Пульс 84 удара в мин., среднего наполнения. АД 100/60. Тоны сердца приглушены. В легких с обеих сторон прослушиваются немногочисленные рассеянные сухие хрипы. Живот вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в правой подвздошной области. Прощупываются увеличенные печень и селезенка. Стула не было 3 дня.

На фоне лечения на 16-й день болезни температура внезапно снизилась до 36,0°, резко побледнел, черты лица заострились, на коже лба выступил пот, появилась одышка. Пульс 120 ударов в мин. АД 80/50 мм рт. ст. Возник императивный позыв на дефекацию, стул кашицеобразный, темного цвета, объем стула около 400 мл.

Установлено, что за 2 недели до заболевания вернулся из турпоездки в Индию.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Возможно ли было предупредить заражение в путешествии?

Меры профилактики при данном заболевании

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Какое осложнение развилось у больного? Обоснуйте.

Назначьте и обоснуйте необходимую терапию

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной 34 лет жалуется на периодические лихорадочные приступы с ознобами, возникающие в утренние часы, слабость. Приступ начинается остро, среди полного здоровья: появляется интенсивный озноб, который сменяется ощущением жара и повышением температуры до 39-39,5 градусов. Температура держится в течение нескольких часов, затем критически снижается с обильным потоотделением.

Заболел 1,5 месяца назад. Во время первого приступа температура поднялась с ознобом до 40 градусов. Отмечал потливость. Приступы повторялись через день. Пациент к врачам не обращался, принимал жаропонижающие. Со слов больного, было

4-6 приступов, затем температура нормализовалась. Однако через месяц приступы возобновились, повторяются через день, температура достигает 39,2-39,5 градусов.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Температура нормальная. Кожа и слизистые бледные с желтоватым оттенком. Пульс 76 в мин., АД 120/70. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 2 см, болезненная, плотновата, селезенка увеличена на 1 см.

Из анамнеза выяснено, что за месяц до заболевания вернулся из Афганистана.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Какие профилактические меры должны были быть приняты до путешествия, в период пребывания в эндемичном районе и по возвращении домой?

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Тактика врача приемного отделения инфекционного стационара и этиотропная терапия.

Правила выписки из стационара, система диспансерного наблюдения.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В приёмное отделение инфекционной больницы поступили два друга, охотники. 3 недели назад вернулись из путешествия по Восточной Сибири, где охотились и ловили рыбу. В рационе была строганина, вяленое мясо и рыба слабой соли.

Заболели одновременно, остро: отмечали озноб, повышение температуры до 38,5-39,2 градусов, слабость, головную боль, тошноту. Через 2 дня появились выраженные боли в мышцах плечевого пояса, туловища, нижних конечностей. А на 5-6 день болезни обнаружили высыпания на коже. Диагноз при поступлении в стационар – лептоспироз.

При осмотре больные вялые, адинамичные. Пальпация мышц умеренно болезненная. Кожные покровы умеренно гиперемированы. У каждого лицо одутловатое, веки отечны. На коже туловища и конечностей у обоих пациентов обильная макулопапулёзная зудящая сыпь. Температура тела 38,0-38,7 С. Пульс 86-98 ударов в минуту, ритмичный, тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот чувствительный при пальпации. В обоих случаях пальпируется печень, выступающая из-под реберной дуги на 2-3 см. У пациентов лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$ и $15 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы 20% и 46%.

Сформулируйте клинический диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Роль географического и пищевого анамнеза в диагностике?

Дифференциальный диагноз?

Лабораторное подтверждение диагноза?

Назначьте лечение.

Длительность и содержание диспансерного наблюдения.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У больного 32 лет через месяц после возвращения из командировки в одну из стран Африки появилось послабление стула, нерезкие боли в животе. В течение 4-5 дней стул до 4 – 6 раз, жидкий, со слизью, боль в животе периодически возникала. Самочувствие оставалось хорошим, хотя стал отмечать повышение температуры до субфебрильных цифр. В последующие дни стул до 10 раз, в кале много стекловидной слизи, которая иногда была равномерно окрашена кровью, усилились боли в животе, особенно в правых отделах. Отмечено некоторое похудание. Обратился к врачу в конце 2-й недели болезни.

При осмотре выявлена бледность кожных покровов, небольшая сухость кожи, периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 38,3 С. ЧСС 80 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Живот мягкий,

умеренно болезненный в нижних отделах, особенно выражена болезненность в правой подвздошной области. Стул осмотрен – напоминает «малиновое желе».

При уточнении анамнестических данных выяснено, что в период пребывания в Африке непродолжительное время жил среди местного населения, изучал быт, пищевые привычки и т.д. В течение нескольких дней было расслабление стула без ухудшения самочувствия.

Наиболее вероятный диагноз?

Обоснуйте поставленный диагноз.

Роль географического и пищевого анамнеза в диагностике?

Можно ли было предупредить заражение?

План лабораторного обследования, его обоснование.

Классификация заболевания.

Назначьте лечение и обоснуйте его.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина, 29 лет, поступил в первые сутки болезни (в 20.00) в тяжелом состоянии с жалобами на сильную слабость, рвоту, жидкий стул, судороги мышц нижних конечностей.

Заболел рано утром: внезапно появился жидкий стул, который сопровождался урчанием в животе. Обильный жидкий стул повторялся почти каждый час. Боли в животе не отмечал. Спустя несколько часов от начала болезни присоединилась рвота. Тошноты не было. Температуру тела не измерял.

При осмотре: состояние тяжелое, выражен акроцианоз, пульс слабый, частый – 120 ударов в минуту, АД 60/30. Язык сухой, тургор кожи резко снижен, живот при пальпации мягкий, безболезненный, отмечается урчание во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. Голос сиплый, слабый. В приемном отделении зафиксированы рвота и понос. Рвотные массы и испражнения имеют вид «рисового отвара». Температура субнормальная (35,7). За последние 6 часов не мочился.

Из анамнеза известно, что в течение 2 недель отдыхал в одной из стран юго-восточной Азии, обедал в местных ресторанах и кафе. Вернулся из поездки накануне заболевания.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Возможности профилактики данного заболевания? Назовите основные пути передачи возбудителя

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Тактика врача инфекционного стационара.

Правила выписки из стационара.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная 35 лет доставлена в приемный покой инфекционной больницы с жалобами на диффузную монотонную головную боль, сухость во рту, тошноту, ломоту в теле (особенно в области поясницы и в икроножных мышцах), потемнение и уменьшение объема мочи, кровоточивость слизистой носа.

Заболела остро 5 дней назад, через 2 недели после возвращения из Краснодарского края, где проводила отпуск: температура тела внезапно с ознобом поднялась до 39,8°C, появились головные боли и сухость во рту. К 5-му дню болезни на фоне сохраняющейся фебрильной лихорадки потемнела моча, уменьшился ее объем (около 300 мл в сутки), появилась сливная макуло-папулезная сыпь на груди и животе, прожилки крови в отделяемом из носа.

При физикальном обследовании: состояние тяжелое, температура 39,7.

Гиперемия кожи (преимущественно головы и шеи) и видимых слизистых, петехии в области ключиц, на талии и в области голеностопных суставов, инъекция сосудов склер, кровоизлияние в склере правого глаза, склеры слегка желтушны. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень +2 см, эластичная, чувствительная при пальпации, симптом поколачивания по пояснице положительный с обеих сторон. При пальпации определяется выраженная болезненность мышц голени и бедер. Менингеальных симптомов не выявлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Назовите эпидемиологические данные, требующие уточнения – источники, факторы и пути передачи возбудителя.

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Перечислите необходимые группы лекарственных препаратов.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мальчик 4 лет заболел остро: с подъема температуры тела до 38°C, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача – ОРВИ. На 4-й день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребенок был госпитализирован. Из эпиданамнеза известно, что семья мигрантов приехала из Средней Азии.

При поступлении в стационар: самочувствие удовлетворительное, активен, аппетит удовлетворительный, жалоб нет. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5+2,5+3,0см, эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная.

В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 70 мкмоль/л, прямой - 45 мкмоль/л, АлАт - 580 Ед/л, АсАт - 420 Ед/л, тимоловая проба - 22 ед. Серологические вирусные маркеры: HBsAg (-), anti-HCV (-), anti-HEV IgM (+). Данные УЗ-исследования органов брюшной полости: печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа - без патологии. Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк. - $5,4 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 32%, э - 1%, л - 57%, м - 8%; СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - коричневый, относительная плотность - 1017, белок - отр., глюкоза - отр, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 1-2 в п/з, желчные пигменты - (+++).

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз с учетом географического анамнеза.

Составьте план лечения больного.

Определите критерии выписки ребенка из стационара

Подлежит ли ребенок диспансерному наблюдению, если «да», то определите сроки и содержание

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мальчик 5,5 лет, заболел остро с подъема температуры тела до 38,2°C, была однократная рвота, боли в животе. На следующий день температура нормализовалась, но через 4 дня - повторный подъем температуры до 38,8°C. Перестал вставать на ножки. Был госпитализирован. При поступлении состояние оценено как тяжелое. Лихорадил, температура тела 39°C, вялый, сонливый, временами беспокойный.

Отмечалась резкая потливость. При перемене положения тела в кровати кричал.

При осмотре выявлены выраженная гипотония мышц ноги, ослабление сухожильных рефлексов на руках и отсутствие рефлексов на ногах. Ригидность затылочных мышц. Болевая и тактильная чувствительность были сохранены. В легких хрипы не выслушивались. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Отмечалась непродолжительная задержка мочеиспускания.

В последующие дни состояние ребенка улучшилось: исчез болевой синдром, температура нормализовалась, восстановилась двигательная функция рук и левой ноги. Активные движения правой ноги отсутствовали, сухожильные рефлексы не вызывались. Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$; Ц.П. - 0,87, Лейк. - $6,3 \times 10^9/л$; п/я

- 5%, с/я - 38%, л - 48%, м - 9%, СОЭ - 15 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, глюкоза – отр., белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з.

Из анамнеза известно, что до 5-летнего возраста проживал на территории Таджикистана; информации о вакцинации не представлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Как повлияли данные эпидемиологического анамнеза на Ваше решение?

Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания, клинических синдромов.

Какие факторы способствовали развитию заболевания, назовите меры профилактики заболевания.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент, 45 лет, заболел 24 декабря: среди полного здоровья поднялась температура до $40,1^{\circ}C$, появились сильная головная боль, преимущественно в лобной области, заложенность носа, першение в горле, сухой кашель. В первые сутки к врачу не обращался, принимал парацетамол (3 таблетки за сутки) и ремантадин. В начале вторых суток болезни на фоне сохраняющейся фебрильной лихорадки появилась и стала быстро нарастать одышка, появилась мокрота с примесью крови, что заставило больного вызвать СМП.

Врач бригады скорой помощи при физикальном обследовании обнаружил: сознание больного спутано, отмечается психомоторное возбуждение, гиперемия лица, акроцианоз, инъекция сосудов склер, застойная гиперемия слизистых ротоглотки, ослабление дыхания и диффузные влажные хрипы, более выраженные в нижних отделах, притупление перкуторного звука над нижними отделами обоих легких, ЧД 32 в 1 минуту. Тоны сердца приглушенные ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту, АД 115/90 мм рт. ст., печень и селезенка четко не пальпируются.

Из анамнеза выяснено, что незадолго до заболевания вернулся из путешествия по Кыргызстану, побывал на озере Иссык-Куль, ночевал на берегу в палатке.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Составьте план лечения больного.

Что указывает на тяжелый прогноз болезни у пациента?

Тактика врача скорой медицинской помощи.

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная, 19 лет, поступила в приемный покой инфекционной больницы с жалобами на желтушность кожи склер, потемнение мочи и снижение аппетита.

Больна 6 дней: отмечала повышение температуры тела до $38,5^{\circ}C$, беспокоили

першение в горле, боли в эпигастральной области, тошнота, однократно была рвота. В течение 4 дней сохранялся субфебрилитет, нарастала слабость, пропал аппетит. К врачам не обращалась, расценила свое состояние как ОРЗ. На 5-й день болезни температура нормализовалась, самочувствие улучшилось: боли в животе и тошнота исчезли. Однако моча приобрела цвет пива, вечером больная обратила внимание на изменение цвета кала – он стал серым. Утром 6-го дня болезни окружающие указали на желтушность кожи и склер.

При физикальном обследовании обращают на себя внимание яркая желтуха кожи и склер, умеренное увеличение печени (+2 см из-под края реберной дуги, эластичная, чувствительная). Со стороны сердца, легких, других органов и систем патологии не выявлено, признаков геморрагического синдрома нет.

Из эпиданамнеза известно, что в течение месяца была на практике в Краснодарском крае, жила в частном секторе, в доме с частичными удобствами, пила сырую колодезную воду.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина, 34 года, считает себя больным в течение месяца. Беспокоила слабость, отмечал боли в крупных суставах, снижение аппетита, периодически возникала тошнота после еды. Накануне обращения в приемный покой инфекционной больницы заметил темную мочу, появилась яркая желтуха кожи и склер, выросла слабость, пропал аппетит, тошнота стала мучительной, несколько раз была рвота, появился умеренный кожный зуд.

При физикальном обследовании: яркая желтуха кожи и склер, петехии на мягком небе, на коже в местах сдавления одеждой (талиа, область голеностопных суставов); периферические лимфоузлы не увеличены, тоны сердца ясные ритмичные, в легких – везикулярное дыхание; живот мягкий безболезненный, печень +4 см, плотновато-эластичная. Моча в приемном покое темная, стул, со слов больного, светлый.

Из анамнеза известно: донор в течение многих лет; 4 месяца назад удалял зуб в частной стоматологической клинике.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

Прогноз. Система диспансерного наблюдения

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина, 33 года, заболел во время эпидемии гриппа. Начало заболевания острое с повышения температуры к концу первых суток болезни до 39,9°C. Отмечал сильный озноб, головную боль в лобно-височной области, боль при движении глазных яблок, а также заложенность носа и першение в горле.

На 2-е сутки пациент вызвал скорую помощь и был доставлен в инфекционную больницу. При физикальном обследовании выявлено: носовое дыхание затруднено, T – 39,6 C, кожные покровы гиперемированы, склеры инъецированы, в ротоглотке гиперемия слизистых с цианотичным оттенком, милиарная зернистость мягкого неба; тоны сердца ритмичные, ЧСС 115 в 1 минуту, дыхание везикулярное, ЧД 18 в 1 минуту, АД 115/70 мм рт. ст.; углочелюстные лимфоузлы мелкие, безболезненные; живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анамнезе: 2 дня назад в семье с подобными проявлениями заболел ребенок.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная, 25 лет, повар, направлена в инфекционный стационар участковым терапевтом. Обратилась на 2-й день болезни с жалобами на боли внизу живота, частый жидкий стул, головную боль, повышение температуры.

При осмотре в приемном отделении больницы: состояние удовлетворительное. Т – 38,3 С. Кожные покровы чистые. Пульс 84 уд/мин, АД 105/60 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, болезненный в нижних отделах, больше слева. Пальпируется спазмированная, болезненная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул к моменту осмотра был 15-20 раз, малыми порциями, с примесью слизи. В приемном отделении после пальпации живота был позыв на дефекацию, в горшке небольшой комок мутной слизи, каловых масс нет.

Сопутствующих заболеваний не отмечает. В контакте с инфекционными больными не была. За последнюю неделю несколько раз покупала на рынке жареные семечки.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка 27 лет вызвала участкового врача на дом. Больна 3-й день. Заболела постепенно. Появилось недомогание, слабость, дискомфорт в горле, ощущение инородного тела при глотании. В течение 2-го дня болезни повысилась температура до 39, заболело горло.

При осмотре вялая, бледная. В ротоглотке гиперемия неяркая, застойная, uvula и дужки отечны. Миндалины увеличены, рельеф их сглажен, на поверхности бело-серый плотный пленчатый налет, который снять не удалось. Налет переходит на передние дужки. При попытке отделении пленки появились капли крови. Пальпируются увеличенные и умеренно болезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы, клетчатка над ними отечна. Пульс 100 уд. в мин удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены, границы не расширены. В легких — патологии нет. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Из анамнеза известно, что в детском возрасте любая ОРВИ сопровождалась обструктивным синдромом, подозревали развитие бронхиальной астмы, в связи с чем были отводы от вакцинаций. В настоящее время работает на рынке, отмечает многочисленные контакты с покупателями и продавцами-мигрантами из бывших республик СССР, нередко переохлаждения.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Объясните причину развития данной формы заболевания.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной, 28 лет, поступил в инфекционный стационар на 4-й день болезни с жалобами на повышение температуры, слабость, першение в горле, неустойчивый стул, схваткообразные боли в животе, боли в суставах. Заболел остро, с ознобом поднялась температура до 38,2 С. Однократная рвота, боли в животе схваткообразного характера, жидкий стул до 4 раз в день, без примеси слизи и крови, боли в коленных и локтевых суставах. На 3-й день болезни появилась сыпь. Жидкий стул, боли в животе, температура 38-38,8 С сохранялись до поступления в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,3 С, на кистях, стопах обильная мелкоточечная сыпь. Гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер. Зев гиперемирован. Язык яркий с гипертрофированными сосочками. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 90 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, здесь же определяется урчание. Печень умеренно увеличена, безболезненна. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Суставы не изменены, движения в них не ограничены.

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не был. Работает водителем-«дальнобойщиком», часто питается в придорожных кафе.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Студент, проживающий в общежитии, заболел остро. Появился озноб, ломота во всем теле, в течение нескольких часов поднялась температура до 39,2, к вечеру почувствовал боль в горле. На следующее утро боли в горле стали резкими, не мог проглотить слюну, температура держалась на высоких цифрах, появились болевые ощущения в суставах и пояснице.

При осмотре к концу 2-х суток болезни: Т-39,1 С, в ротоглотке яркая гиперемия миндалин и дужек, увеличение миндалин (2ст), рельеф их сохранен, в лакунах гнойные налеты, легко снимаются шпателем и растираются на стекле. Углочелюстные лимфоузлы увеличены до 1,5 x 1,5 см, болезненны с обеих сторон. В легких и сердце изменений нет. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Из анамнеза выяснено, что связывает свое заболевание с переохлаждением – накануне заболевания попал под дождь; раньше подобных заболеваний не было.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент М., 37 лет, почувствовал себя больным утром, на следующий день после праздничного ужина: появились резкая мышечная слабость, сухость во рту, головокружение, головная боль. Через 2 часа заметил затруднение при чтении мелкого шрифта, появление двоения в глазах, предметы на большом расстоянии видел отчетливо. Расценил эти проявления как последствия употребления алкоголя накануне. К врачам не обращался. Однако на следующий день симптомы сохранялись, что и привело больного в поликлинику. Поскольку самыми тревожными ему

показались глазные симптомы, он обратился к офтальмологу. Описаны мидриаз, отсутствие реакции зрачка на свет, ослабление корнеального рефлекса, горизонтальный нистагм.

Узнав о предшествующем заболеванию застолье, офтальмолог направил больного на консультацию в токсикологический центр с подозрением на отравление суррогатами алкоголя. При объективном осмотре сознание больного ясное, кожные покровы чистые, бледные, слизистая оболочка ротовой полости и носовых ходов сухие. Температура тела 36,9 градусов, пульс 60 ударов в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, перистальтика ослаблена, стула не было 2 дня.

Следующим специалистом в цепочке диагностического поиска был врач-хирург для исключения катастрофы брюшной полости (слабая перистальтика, запор, сухой язык). Острая хирургическая патология была исключена. Пациент направлен в терапевтический стационар. При уточнении анамнеза выяснено, что за праздничным столом ел маринованные грибы, а за день до заболевания после работы пил пиво с вяленой рыбой.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

К терапевту поликлиники обратился мужчина 33 лет на 8-ой день болезни с жалобами на слабость, плохой аппетит, ознобы, повышение температуры, головную боль, иногда неприятные ощущения в правом подреберье. Заболевание началось остро с подъема температуры до 38-39,0 градусов, которая сохраняется до настоящего времени.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые обычного цвета, лицо гиперемировано, отечно, единичные пятнисто-папулезные и уртикарные элементы на груди и конечностях. Язык обложен серым налетом. Температура 39,0 градусов, пульс 110 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в верхней половине, преимущественно в правом подреберье. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, эластичная. Стул расслаблен, без примесей. По данным общего анализа крови лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия 16%, СОЭ 15 мм/ч.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад вернулся из похода по рекам северного Урала, где ловил много рыбы, ел ее вареную и жареную, а также малосольную, икру солил в течение 2-3 часов холодным способом.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У больной 23 лет с симптомами назофарингита температура 37,8. На 2 день болезни состояние ухудшилось, температура 39,8, озноб, диффузная головная боль, сильная слабость, боли в пояснице, в мышцах и суставах, 2 раза была рвота. В инфекционный стационар доставлена в тяжелом состоянии.

При осмотре: слизистая задней стенки глотки гиперемирована, отечна, гиперплазия лимфоидных фолликулов. Температура 39,7 С, в сознании,

ориентирована, адекватна. Тоны сердца глухие, пульс 118 уд. в минуту, АД – 140 /90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Одышки нет. Кожа бледная, на конечностях обильная геморрагическая сыпь звездчатой формы. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Ригидность мышц затылка на 2 см, симптом Кернига положителен. Признаков психомоторного возбуждения и очаговой неврологической симптоматики на момент осмотра не выявлено.

Эпидемиологический анамнез: по месту учебы случаи ОРВИ.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

К больному 38 лет вызван врач скорой помощи. Заболел накануне, когда появилось напряжение мышц лица, боль при попытке открыть рот. Через несколько часов отметил затруднение глотания, затем судороги нижних конечностей, позднее – общие, которые возникали каждый час.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание ясное, Т-39,5. Сокращение жевательных мышц легко провоцируется поколачиванием по шпателью, опирающемуся о зубы нижней челюсти. Повышение мышечного тонуса распространяется на мимические мышцы, искажая черты лица. Выявляется ригидность затылочных мышц. Дыхание затруднено из-за вовлечения в процесс межреберной мускулатуры. Гипертонус мышц спины и конечностей. Возникают общие тетанические судороги продолжительностью до 1 минуты, очень болезненные. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Гиперсаливация. Дыхание жестковатое, хрипы не выслушиваются. Во время приступа отмечается цианоз, пульс частый – 110 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст. Пальпация живота затруднена из-за повышения тонуса мышц брюшного пресса, печень и селезенка не увеличены. Эпидемиологический анамнез: за 7 дней до заболевания, работая в саду, поранил руку, за медицинской помощью не обращался. Вакцинация против столбняка последний раз в школьном возрасте.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной, 60 лет обратился к врачу с жалобами на повышение температуры до 37,5, слабость, недомогание, головную боль. Последовательно рассказать анамнез заболевания не может. Со слов родственников в предыдущие 2 дня стал раздражителен и тревожен, периодически неадекватен в поведении (галлюцинации, бредовые идеи). При осмотре: состояние тяжелое, неадекватен, не ориентирован в месте и времени, возбужден, агрессивен, на осмотр реагирует негативно, пытается убежать. Периодически возникают судороги мышц глотки и гортани. Были выявлены признаки аэрофобии и гидрофобии, сопровождающиеся приступами одышки. Подобные приступы возникают и при ярком свете и громком звуке. Т - 37,7. Пульс - 100 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Гиперсаливация. Частота дыхания - 24 в минуту. Дыхание

везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Физиологические отправления в норме. Кожа чистая, влажная, в области правого предплечья - красный, болезненный рубец. Из анамнеза известно, что приблизительно месяц назад был укушен неизвестной собакой. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. Рана затянулась, но за несколько дней до болезни в области рубца появилась гиперемия и болезненность.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная, 69 лет, обратилась в инфекционный стационар с жалобами на сильную слабость, боли, покраснение и отечность в области голени, повышение температуры.

Заболела 2 дня назад: вдруг среди полного здоровья появился озноб, слабость, головная боль, поднялась температура до 39,0. На следующий день заметила покраснение в области правой голени, почувствовала боль в правой паховой области. Подобное состояние отмечает впервые.

При осмотре: состояние средней тяжести. Т-39,2 С. Повышенного питания. Правая нога отечна в нижней и средней третях правой голени. Здесь же яркая эритема с четкими неровными контурами, дерма инфильтрирована, при пальпации голеней горячая. На фоне эритемы два пузыря с геморрагическим содержимым. На внутренней поверхности правого бедра полоса неяркой гиперемии, болезненности при пальпации в этой зоне не отмечено. Увеличены и болезненны паховые лимфатические узлы справа. В остальных группах не увеличены. Пульс частый – 108 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Язык сухой, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Из анамнеза известно: работает уборщицей в школе, работа связана со статическими нагрузками, подъемом тяжестей, частыми переохлаждениями. Имеет место гиперкератоз и грибковое поражение стоп, в межпальцевых промежутках множественные трещины и опрелости.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина, 42 лет, поступил на третьи сутки болезни в тяжелом состоянии с жалобами на повышение температуры до 39,3 С, сильную головную боль, слабость, разбитость, ломящие боли во всем теле.

Заболела 2 дня назад, когда в области правого лучезапястного сустава заметила красное зудящее пятно. На следующий день почувствовала легкое недомогание. К врачу не обращалась. Повышение температуры и резкое ухудшение состояния отмечено лишь на третий день болезни.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 39,3 С. В области правого лучезапястного сустава язва диаметром 2 см с обильным серозно-геморрагическим отделяемым. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки с серозно-

геморрагическим содержимым, кожа вокруг язвы гиперемирована, с цианотичным оттенком, выраженный отек кожи и подкожной клетчатки. При пальпации области язвы больная не отмечает болезненности. Увеличены локтевые и подмышечные лимфоузлы справа, чувствительны при пальпации. При перкуссии грудной клетки определяется легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс частый – 120 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Эпидемиологический анамнез: больная 10 лет работает сортировщицей шерсти.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной, 18 лет, рабочий животноводческого хозяйства. Поступил в инфекционный стационар на 6 день болезни. Заболевание началось остро: появились озноб, повышение температуры до 38 С, головная боль, боли в мышцах, сухой кашель. В течение 6 дней находился дома, к врачам не обращался, лечился флемоксином, улучшения не было.

При поступлении: состояние средней тяжести, беспокоят головная боль, слабость, снижение аппетита, кашель со скудной слизистой мокротой. Гиперемия лица, инъекция сосудов склер. Кожа розовая, выраженная потливость. На боковых поверхностях туловища единичные элементы пятнисто-папулезной сыпи. Температура ремиттирующего типа, пульс 74 удара в мин, при температуре 38,5 С, АД 90/60 мм рт.ст. Дыхание в легких жестковатое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка увеличены. Заподозрен брюшной тиф. Посев крови на гемокультуру, реакция Видаля, РСК с риккетсиями Провачека дали отрицательный результат. Анализ крови: Лк - $4,5 \times 10^9 / л$, п - 1%, С - 46%, Л - 45%, М - 8%, СОЭ – 19 мм в час. В течение 2 дней пребывания в стационаре состояние улучшилось, исчезли головная боль и кашель, появился аппетит, температура нормализовалась. РСК с антигеном из риккетсий Бернета положительная в титре 1:40 +++ с последующим нарастанием титра до 1:160 +++.

Из анамнеза известно, что как разнорабочий в хозяйстве занят на самых разных работах: ухаживает за животными, в том числе больными, чистит стойла, задает корм. На ферме покупает молоко, пьет его сырым.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент 48 лет обратился в приемный покой инфекционной больницы 15 июня с жалобами на головную боль, слабость, жжение в области правой ягодицы. Заболел остро 3 дня назад: температура тела с ознобом поднялась до 38,6оС, появилось жжение на коже правой ягодицы, однократно на высоте головной боли была рвота слизью.

В эпиданамнезе: со слов больного, 2 недели назад выезжал на дачу, «кто-то укусил» в ягодичную область.

При физикальном обследовании: состояние удовлетворительное. На коже правой

ягодицы яркая эритема в виде кольца, с четкими границами и более интенсивной окраской на периферии. Температура 37,3 С. Видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы четко не пальпируются. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 98 в минуту; дыхание везикулярное, ЧД 16 в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Менингеальные симптомы не определяются.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

Возможные исходы заболевания.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной Ш. обратился на 4-й день болезни. Заболевание началось остро. Отметил повышение температуры до 39°C, интенсивную головную боль, головокружение, боль в глазных яблоках и светобоязнь, общую слабость и недомогание, чувство жара, озноб, потливость, снижение аппетита, боли в мышцах, суставах, костях, пояснице. Однократно была рвота. Температура снижалась на второй день болезни, в течение суток была нормальной при сохранении прочих жалоб. С 3-го дня болезни новый подъем температуры, мучительная головная боль; по этому поводу вызван врач на дом.

При осмотре выявлены гиперемия лица, шеи, верхней части туловища, сосуды склер и конъюнктив инъецированы. В ротоглотке яркая гиперемия слизистых. Температура 39,2 С. Отмечается тремор рук, ригидность затылочных мышц. При исследовании СМЖ изменений не обнаружено.

Из анамнеза известно, что 10 дней назад был обнаружен присосавшийся клещ, которого с трудом удалил самостоятельно, за медицинской помощью не обращался

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Обозначьте круг дифференциально-диагностического поиска

Проведите дифференциальный диагноз

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия

Возможные исходы заболевания.

4.2. Темы курсовых работ для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК – 9, ОПК – 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

1. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с гастроинтестинальным синдромом
2. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с тонзиллярным синдромом
3. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с гепатолиенальным синдромом
4. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с менингеальным синдромом
5. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с катаральным синдромом
6. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с респираторным

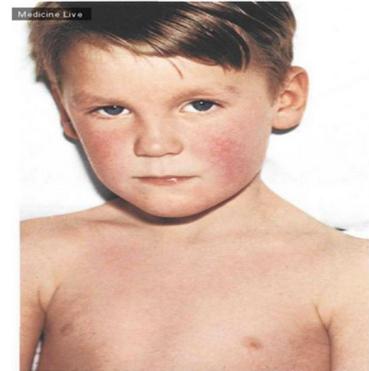
синдромом

7. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с лимфаденопатией
8. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с синдромом желтухи
9. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с синдромом желтухи
10. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с лимфаденопатией
11. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с гастроинтестинальным синдромом
12. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с тонзиллярным синдромом
13. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с гепатолиенальным синдромом
14. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с менингеальным синдромом
15. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с катаральным синдромом
16. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с респираторным синдромом
17. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с лихорадкой
18. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с лихорадкой
19. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология, особенности патогенеза, клинические формы, диагностика, лечение.
20. Риккетсиозы человека.
21. Высококонтрагиозные геморрагические лихорадки.
22. Тропически гельминтозы.
23. Вирусные гепатиты G и TTV.
24. Герпетические инфекции.
25. Прионные болезни.
26. Особенности детских инфекций у взрослых.

4.3. Кейс-задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

4.3.1. Опишите кожные проявления и предположите диагноз. Назовите основные клинические и эпидемиологические данные. Назначьте обследование и лечение.







4.3.2. Изучите ситуацию и ответьте на поставленные вопросы.

Участковый терапевт с 25-летним стажем Ирина Сергеевна 10-го мая была вызвана для оказания помощи на дому к пациенту Я-ву Владимиру, 37-ми лет. На 5-ый день болезни он предъявлял жалобы на слабость, сухость во рту, жажду, головокружение, снижение аппетита, обильный, жидкий, водянистый стул. Из анамнеза выяснено, что температура не повышалась, тошноты и рвоты не было, боли в животе не беспокоили. При осмотре доктор обратила внимание на бледность кожи, сухой обложенный язык, хриплый голос пациента. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, урчащий по ходу тонкого кишечника, спазмированных участков не обнаружено. Увеличена печень, имеющая плотноватую консистенцию. Выявлены тахикардия, снижение артериального давления. Ирина Сергеевна проанализировала анамнестические и клинические данные и предположила наличие у больного кишечной инфекции. А некоторые особенности течения болезни настолько насторожили врача, что она решила безотлагательно отправить Владимира в инфекционный стационар. Поскольку телефона у Я-ва не было, Ирина Сергеевна велела пациенту оставаться дома, а сама ушла в поликлинику, оттуда вызвала машину «Скорой помощи» и доложила главному врачу о выявлении случая холеры.

В течение часа больной был доставлен в инфекционный стационар. В приемном отделении осмотрен стул – каловый, жидкий, без патологических примесей. Дополнительно из анамнеза выяснено: больной живет один, последние 10 дней не работал (майские праздники), ежедневно употреблял алкоголь (1-2 бутылки водки в день), практически ничего не ел, иногда пьет сырую водопроводную воду; из города не выезжал, о возможных контактах с инфекционными больными не знает.

Результаты проведенной cito бактериоскопии и реакции иммобилизации позволили усомниться в диагнозе «Холера». На следующий день стали известны данные бактериологического исследования испражнений – холерный вибрион не обнаружен. Через неделю больной был выписан из стационара с диагнозом: острый энтерит, неинфекционный.

Администрацией поликлиники был объявлен выговор участковому терапевту Ирине Сергеевне за гипердиагностику особоопасной инфекции.

Вопросы:

1. Что позволило участковому терапевту заподозрить у Владимира холеру? Вспомните особенности патогенеза данного заболевания и поясните их связь с клиническими проявлениями.
2. В чем важность подробно собранного анамнеза, в том числе анамнеза жизни и эпидемиологического анамнеза? Как дополнительная информация могла бы изменить сценарий в данном случае?
3. На какие еще клинические проявления стоило бы обратить внимание доктору? Как это могло бы помочь в ходе диагностического поиска?
4. В чем тактически ошиблась участковый терапевт?
5. О каких лабораторных исследованиях идет речь в задаче? Что еще Вы могли бы порекомендовать для уточнения диагноза?
6. Какие инфекционные и неинфекционные заболевания могут быть включены в круг диагностического поиска при обсуждении больного Я-ва? При диагнозе «Холера» какое неотложное состояние угрожает больному?
7. Какой диагноз представляется Вам наиболее вероятным в приведенном случае?
8. Согласны ли Вы с действиями администрации поликлиники по отношению к участковому терапевту?

4.3.3. Изучите ситуацию и ответьте на поставленные вопросы.

В диагностическом отделении инфекционного стационара на лечении находился больной К., 42 лет. Поводом для госпитализации послужила длительная лихорадка, причину которой и предстояло установить в ходе обследования. Жалоб больной не предъявлял, несмотря на высокие показатели термометра. Обращал на себя внимание парадоксальный тип температурной кривой: по утрам температура поднималась до 39-40 градусов, а к вечеру становилась нормальной или субфебрильной. При объективном обследовании выявлена лишь бледность кожных покровов, других сколько-нибудь значимых проявлений обнаружено не было. Проведено обследование, стандартное в отношении лихорадящего больного, результаты этого обследования оказались отрицательными; таким образом, «лихорадящие» инфекции были исключены.

С учетом анамнеза жизни пациента – в течение последних 15 лет отбывал наказание в местах лишения свободы – на консультацию был приглашен врач-фтизиатр. Но отсутствие изменений на рентгенограмме грудной клетки позволило фтизиатру усомниться в наличии у К. туберкулезного процесса.

Несмотря на активную антибактериальную терапию у больного сохранялась высокая температура преимущественно в первой половине дня, проявления интоксикации были минимальны. На второй неделе пребывания в стационаре у пациента появились признаки асцита, еще через несколько дней признаки экссудативного плеврита. На этом

фоне самочувствие и состояние больного прогрессивно ухудшались: нарастала слабость, пропал аппетит, стал отмечать выраженную потливость, особенно в ночные часы, появилась и усиливалась одышка. Повторный осмотр фтизиатра вопрос диагноза не решил. Между тем, на третьей неделе пребывания в отделении зарегистрированы признаки перикардита, развитие дыхательной и сердечной недостаточности. Доктора констатировали развитие полисерозита, и с подозрением на туберкулез серозных оболочек больной был переведен в диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера.

Через год приехавший на консультацию в ПТД инфекционист встретил своего бывшего пациента К. прогуливающимся по территории диспансера. Выяснилось, что он все еще получает лечение по поводу подтвержденного туберкулеза серозных оболочек.

Вопросы:

1. Какие инфекционные и неинфекционные заболевания должны быть включены в круг диагностического поиска у данного больного?
2. Что значит «стандарт обследования лихорадящего больного»? Какие инфекции должны быть исключены в первую очередь? Перечислите лабораторные исследования, регламентированные СанПиН.
3. Предложите целесообразный, на Ваш взгляд, план обследования пациента К. Какие инструментальные и лабораторные методы могли бы ускорить диагностику?
4. Что из клинических проявлений болезни могло натолкнуть на мысль о возможном туберкулезе?
5. Чем характеризуется парадоксальная лихорадка? Вспомните, какие еще типы температурных кривых Вам знакомы? Приведите примеры инфекционных и неинфекционных заболеваний, при которых отмечают тот или иной тип лихорадки.
6. Опишите клинические проявления асцита.
7. Опишите клинические и рентгенологические признаки плеврита.
8. Опишите клинические симптомы перикардита.
9. Что для Вас понятие «трудный диагноз»?

4.3.4. Изучите ситуацию и ответьте на поставленные вопросы

Жительница поселка Каменки Богородского района Нижегородской области Галина, 26 лет, была на 15 неделе беременности, когда среди полного здоровья обнаружила на теле обильную мелкую сыпь. В участковой больнице Галину осмотрели одновременно врач-терапевт, педиатр и хирург. Все доктора были единодушны в своем решении: на краснушную сыпь не похожа, но, учитывая беременность, надо показать пациентку инфекционисту. Поэтому Галина была направлена на прием к специалисту в Богородскую центральную районную больницу. Не откладывая, Галина в этот же день автобусом отправилась в районный центр. Получив талон на прием к инфекционисту, Галина заняла очередь в кабинет. Попала к врачу она только через 2,5 часа. Оказалось, что врач-инфекционист в отпуске, а на приеме за него работает дерматовенеролог. Он честно признался, что в «инфекционных» сыпях не разбирается, тем более, что диагноз краснухи на фоне беременности – большая ответственность, и решать вопрос лучше в областном центре, в инфекционном стационаре. Доктор написал направление на консультацию в ГБУЗ НО «Инфекционная клиническая больница №2». Время было уже позднее, и измученная неизвестностью и ожиданием в очереди Галина отправилась домой на рейсовом автобусе. В дороге от тревожных мыслей Галину отвлекал полугодовой малыш на соседнем сиденье.

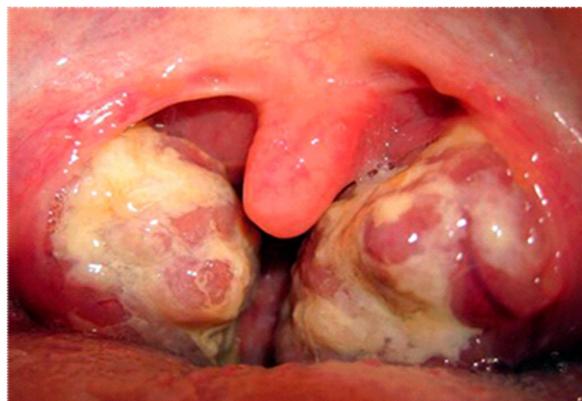
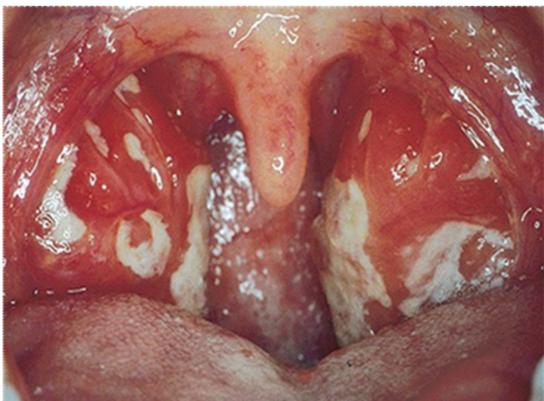
На следующее утро Галина отправилась в Н.Новгород. Самочувствие ее было вполне удовлетворительным, настроение – бодрым, сыпь – яркой и по-прежнему обильной. В приемном отделении инфекционной больницы ей тоже пришлось подождать, но после осмотра и тщательного сбора анамнеза решение дежурного врача и призванного на подмогу сотрудника кафедры инфекционных болезней было следующим:

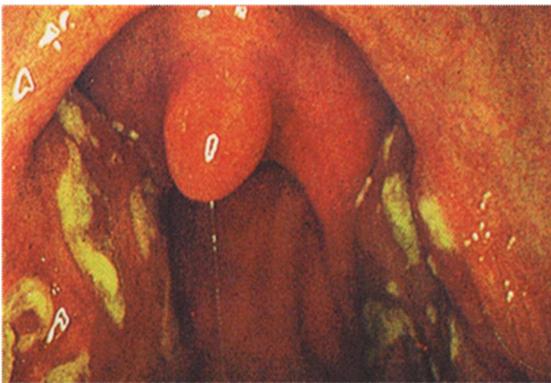
оснований для диагноза «Краснуха» нет, обследование с целью подтверждения этого предположения провести необходимо.

Вопросы к кейсу:

1. Какая дополнительная информация из анамнеза, клинические характеристики и эпидемиологические данные требуют уточнения для постановки диагноза?
2. Какие еще причины сыпи можно предположить и какие дополнительные данные потребуются для проведения дифференциального диагноза?
3. Назовите опорные диагностические признаки краснухи. Вспомните ее отличия от других «сыпных» инфекций?
4. Как обследовать Галину?
5. Почему диагноз «Краснуха» у беременной женщины является весьма ответственным?
6. Какие ошибки допущены врачами в отношении данной пациентки?
7. Какие неблагоприятные последствия могли повлечь за собой данные ошибки?
8. Кто должен решать вопрос о дальнейшей судьбе беременности у Галины в случае подтверждения диагноза «Краснуха»?

4.3.5. Подробно опишите изменения в ротоглотке, предположите диагноз. Назначьте обследование и лечение





4.4. Ролевая игра для оценки компетенций УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

Ролевая игра «Дифференциальная диагностика тонзиллитов» - 3 пациента, врач, медицинская сестра. Сбор анамнеза в 3-х разных ситуациях, осмотр ротоглотки, правила забора материала для бактериологического исследования, ожидаемые результаты. Лечение, правила выписки и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.

55. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

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

5.1.1 Тестовые задания к экзамену по дисциплине «Инфекционные болезни»:

- | | |
|----|---|
| 01 | ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНО |
| 1 | Суточные колебания температуры менее 1 градуса |
| 2 | Суточные колебания температуры более 1 градуса |
| 3 | Суточные колебания температуры более 2 градусов |
| 4 | Постепенное повышение температуры |
| 02 | СКУДНУЮ РОЗЕОЛЕЗНУЮ СЫПЬ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ |
| 1 | Сыпном тифе |
| 2 | Брюшном тифе |
| 3 | Сепсисе |
| 4 | Скарлатине |
| 03 | ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ |
| 1 | Сыпного тифа |
| 2 | Дифтерии |
| 3 | ВИЧ-инфекции |
| 4 | Малярии |
| 04 | ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О |
| 1 | Сопутствующей патологии |
| 2 | Развитии осложнений |
| 3 | Тяжелой форме заболевания |
| 4 | Генерализации инфекционного процесса |
| 05 | СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ |
| 1 | Вирусных гепатитов |
| 2 | Сибирской язвы |
| 3 | Холеры |
| 4 | Гриппа |
| 06 | ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ |
| 1 | Бруцеллезе |
| 2 | Сальмонеллезе |
| 3 | Гриппе |

- 4 Малярии
- 07 ГЕМОМРАГИЧЕСКУЮ СЫПЬ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ
- 1 Аскаридозе
 - 2 Скарлатине
 - 3 Менингококковом сепсисе
 - 4 Малярии
- 08 КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- 1 Амебиазе
 - 2 Роже
 - 3 Шигеллезе
 - 4 Гриппе
- 09 ПОРАЖЕНИЕ МИНДАЛИН РЕГИСТРИРУЮТ ПРИ
- 1 Мононуклеозе
 - 2 Чуме
 - 3 Гриппе
 - 4 Сыпном тифе
- 10 К ЧИСЛУ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ ОТНОСЯТ
- 1 Дифтерию
 - 2 Клещевой энцефалит
 - 3 ВИЧ-инфекцию
 - 4 Иерсиниоз
- 11 ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Шигелла
 - 2 Бруцелла
 - 3 Сальмонелла из группы D
 - 4 Лептоспира
- 12 МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Гемоконтактный
 - 2 Аэрогенный
 - 3 Контактный
 - 4 Фекально-оральный
- 013 ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ РЕАЛИЗУЮТ
- 1 Водный, алиментарный и контактный пути
 - 2 Контактный и гемоконтактный пути
 - 3 Воздушно-капельный и воздушно-пылевой пути
 - 4 Водный и капельный пути
- 14 ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ РАЗВИТИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Генерализованный инфекционный процесс
 - 2 Формирование язв в тонком кишечнике
 - 3 Бактериемия
 - 4 Энтероколит

- 15 ЛИХОРАДКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
- 1 Гектическая
 - 2 Интермиттирующая
 - 3 Постоянная
 - 4 Неправильная
- 16 ЛИХОРАДКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
- 1 1 месяца
 - 2 5 дней
 - 3 1 недели
 - 4 Периода бактериемии
- 17 ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА БРЮШНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНО
- 1 Постепенное разогревание
 - 2 Катаральный синдром
 - 3 Появление сыпи
 - 4 Жидкий стул
- 18 ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ СЫПЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА ____ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ
- 1 5-6
 - 2 8-10
 - 3 1-2
 - 4 4-5
- 19 К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСЯТ
- 1 Геморрагический синдром
 - 2 Отечно-асцитический синдром
 - 3 Кишечное кровотечение
 - 4 Дегидратационный синдром
- 20 К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСЯТ
- 1 Сывороточная болезнь
 - 2 Развитие токсического шока
 - 3 Дегидратация
 - 4 Перфорацию язвы
- 21 СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
РАЗВИВАЮТСЯ НА ____ НЕДЕЛЕ БОЛЕЗНИ
- 1 3-ей
 - 2 1-ой
 - 3 2-ой
 - 4 4-ой
- 22 НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД БРЮШНОГО ТИФА ПРОДОЛЖАЕТСЯ ____
ДНЕЙ
- 1 1-5
 - 2 8-10
 - 3 3-6
 - 4 5-6
- 23 ОТНОСИТЕЛЬНАЯ БРАДИКАРДИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1 Малярии
 - 2 Сыпного тифа
 - 3 Брюшного тифа
 - 4 Сепсиса
- 24 БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НА ФОНЕ ЛИХОРАДКИ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ
- 1 Лептоспирозе
 - 2 Сыпном тифе
 - 3 Геморрагических лихорадках
 - 4 Брюшном тифе
- 25 К ПРИЗНАКАМ ТИФОЗНОГО СТАТУСА ОТНОСЯТСЯ
- 1 Заторможенность, адинамия, бред
 - 2 Возбуждение, эйфория
 - 3 Шаткая походка, говорливость
 - 4 Высокая температура тела, потеря аппетита
- 26 ЯЗЫК ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
- 1 «Малиновый»
 - 2 Обложен грязно-серым или коричневым налетом, отечен, с отпечатками
- зубов
- 3 Географический
 - 4 Лакированный
- 27 СТУЛ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ МОЖЕТ НАПОМИНАТЬ
- 1 Рисовый отвар
 - 2 Малиновое желе
 - 3 Гороховое пюре
 - 4 Болотную тину
- 28 СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
- 1 Звездчатая геморрагическая
 - 2 Обильная розеолезная
 - 3 Обильная петехиальная
 - 4 Скудная, мономорфная, розеолезная с подсыпаниями
- 29 ПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БРЮШНОГО ТИФА МОЖЕТ
- 1 Нарушение режима и диеты
 - 2 Пальпация живота
 - 3 Отмена антибактериальной терапии
 - 4 Отсутствие дезинтоксикационной терапии
- 30 ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТМЕЧАЮТ
- 1 Лейкоцитоз, нейтрофилез
 - 2 Лейкопению, относительный лимфоцитоз
 - 3 Лимфоцитоз
 - 4 Панцитопению
- 31 СИМПТОМ ПАДАЛКИ ЭТО
- 1 Несоответствие частоты пульса повышению температуры
 - 2 Болезненность в нижней части живота

- 3 Укорочение перкуторного звука в илеоцекальной области
4 Появление стула в виде «горохового пюре»
- 32 ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛЕ БОЛЕЗНИ ВОЗБУДИТЕЛЯ
ВЫДЕЛЯЮТ ИЗ
- 1 Мокроты
2 Мочи
3 Кала
4 Крови
- 33 НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПАРАТИФА А ХАРАКТЕРИЗУЮТ
- 1 Острое начало болезни, катаральный синдром
2 Постепенное начало, синдром желтухи
3 Острейшее начало, гастроинтестинальный синдром
4 Острое начало, тонзиллярный синдром
- 34 НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПАРАТИФА В ХАРАКТЕРИЗУЮТ
- 1 Постепенное начало, тонзиллярный синдром
2 Острое начало, гастроинтестинальный синдром
3 Острейшее начало, катаральный синдром
4 Острое начало, генерализованная лимфаденопатия
- 35 В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ САЛЬМОНЕЛЛ ЛЕЖИТ
- 1 Вирулентность
2 Структура Н-антигена
3 Структура О-антигена
4 Характеристика эндотоксина
- 36 ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Носитель, сельскохозяйственные птицы
2 Больной, сельскохозяйственные животные
3 Грызуны, домашние животные
4 Больной, бактерионоситель
- 37 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Гастроэнтеритический
2 Энтероколитический
3 Гастритический
4 Колитический
- 38 ДЛЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ХАРАКТЕРНА
ЛИХОРАДКА В ТЕЧЕНИЕ ____ ДНЕЙ
- 1 5-6
2 3-4
3 8-10
4 12-14
- 39 ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ВКЛЮЧАЕТ
- 1 Вторично-легочный и смешанный варианты
2 Смешанный и септический варианты
3 Тифоподобный и септический варианты

- 4 Вторично-септический и смешанный варианты
- 40 ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
____методы
- 1 Гистохимический и бактериологический
 - 2 Бактериоскопический и серологический
 - 3 Иммунологический и гистохимический
 - 4 Бактериологический и серологический
- 41 ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Больной человек и бактерионоситель
 - 2 Больной человек и животные
 - 3 Только животные
 - 4 Бактерионоситель и животные
- 42 КОЛИТИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ШИГЕЛЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТ ____СТУЛ
- 1 Водянистый обильный
 - 2 Частый скудный, со слизью и кровью
 - 3 Зеленоватый зловонный
 - 4 Дегтеобразный
- 43 ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ШИГЕЛЛЕЗА ПАЛЬПАЦИЯ
ЖИВОТА ВЫЯВЛЯЕТ
- 1 Болезненность по ходу тонкого кишечника
 - 2 Урчание в правой подвздошной области
 - 3 Болезненную, спазмированную сигмовидную кишку
 - 4 Локальное напряжение мышц в нижних отделах живота
- 44 РЕКТАЛЬНЫЙ ПЛЕВОК ЭТО
- 1 Скудный каловый стул
 - 2 Ложный позыв
 - 3 Дегтеобразный стул
 - 4 Бескаловые испражнения, представленные только слизью с прожилками
крови
- 45 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ
ДИАГНОЗА ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Бактериологическое исследование испражнений
 - 2 Бактериологическое исследование крови
 - 3 Бактериологическое исследование мочи
 - 4 Бактериологическое исследование мокроты
- 46 ОБЩЕТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1 Обезвоживанием
 - 2 Лихорадкой и проявлениями интоксикации
 - 3 Головной болью и менингеальными симптомами
 - 4 Артралгией и экзантемой
- 47 ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Простейшим
 - 2 Вирусом
 - 3 Вибрионом

- 4 Риккетсией
- 048 ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ
- 1 Воздушно-пылевой
 - 2 Алиментарный
 - 3 Контактный
 - 4 Водный
- 049 ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Больной человек и вибриононоситель
 - 2 Животные
 - 3 Грызуны
 - 4 Больные с манифестными формами инфекции
- 050 ПРИ ХОЛЕРЕ РАЗВИВАЕТСЯ ___ ШОК
- 1 Инфекционно-токсический
 - 2 Дегидратационный
 - 3 Септический
 - 4 Геморрагический
- 051 СТУЛ ПРИ ХОЛЕРЕ МОЖЕТ НАПОМИНАТЬ
- 1 Гороховое пюре
 - 2 Малиновое желе
 - 3 Рисовый отвар
 - 4 Деготь
- 052 СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ХОЛЕРЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1 Диурезом
 - 2 Тургором кожи
 - 3 Объемом испражнений
 - 4 Потерями жидкости в процентах от исходной массы тела
- 053 ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОТЕРЯМ ЖИДКОСТИ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ___ ОТ ИСХОДНОЙ МАССЫ ТЕЛА
- 1 1-3%
 - 2 1-5%
 - 3 2-6%
 - 4 1-2%
- 054 ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОТЕРЯМ ЖИДКОСТИ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ___ ОТ ИСХОДНОЙ МАССЫ ТЕЛА
- 1 3-5%
 - 2 4-6%
 - 3 2-6%
 - 4 4-7%
- 055 ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОТЕРЯМ ЖИДКОСТИ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ___ ОТ ИСХОДНОЙ МАССЫ ТЕЛА
- 1 10% и более
 - 2 4-6%
 - 3 7-9%
 - 4 3-5%

56 ЧЕТВЕРТАЯ СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОТЕРЯМ ЖИДКОСТИ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ____ ОТ ИСХОДНОЙ МАССЫ ТЕЛА

- 1 1-3%
- 2 7-9%
- 3 4-6%
- 4 10% и более

57 ВАЖНЫМИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Отсутствие общетоксического синдрома и болей в животе в начале болезни
- 2 Лихорадка и тахикардия
- 3 Лихорадка и обезвоживание
- 4 Снижение диуреза и падение АД

58 К ПРИЗНАКАМ ДЕГИДРАТАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1 Румянец, снижение тургора кожи, сухость слизистых
- 2 Бледность, снижение тургора кожи, хриплый голос
- 3 Цианоз, повышение АД, запоры
- 4 Снижение температуры тела, профузный пот

59 ДЛЯ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1 Развитие колитического синдрома, обезвоживание
- 2 Короткий период инкубации, постепенное развитие болезни, указание на контакт с животными
- 3 Короткий период инкубации, развитие острейшего гастроэнтерита, связь заболевания с конкретным продуктом
- 4 Развитие паралитического синдрома после короткой инкубации

60 ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Боррелия, балантидия, амеба
- 2 Бруцелла, клебсиелла, шигелла
- 3 Сальмонелла, протей, стрептококк
- 4 стафилококк, протей, клостридия

61 ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОФТАЛЬМОПЛЕГИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1 Мидриаз, птоз, снижение или отсутствие корнеального рефлекса и реакции зрачка на свет
- 2 Слезотечение, отек век, инъекцию сосудов склер
- 3 Пузырьковые элементы на конъюнктиве, сужение глазной щели
- 4 Одностороннее поражение с формированием язвочек на переходной складке конъюнктивы

62 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1 Нарушение глотания
- 2 Развитие пневмонии
- 3 Гипотония
- 4 Парез кишечника

63 ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО СИНДРОМА

- 1 Приводят к дегидратации
 - 2 Выражены в значительной степени, продолжительны
 - 3 Необязательны, кратковременны
 - 4 Приводят к осложнениям
- 64 ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ СВЯЗАНО С
- 1 Действием эндотоксинов
 - 2 Развитием воспалительного процесса в кишечнике
 - 3 Дегидратацией
 - 4 Действием экзотоксина, продуцированного возбудителем и накопившегося в пищевых продуктах
- 065 АМЕБИАЗ ЭТО
- 1 Протозойная тропическая инфекция
 - 2 Бактериальная тропическая инфекция
 - 3 Вирусная тропическая инфекция
 - 4 Тропический гельминтоз
- 066 ПРИ АМЕБИАЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ
- 1 Илеит
 - 2 Правосторонний колит
 - 3 Проктосигмоидит
 - 4 Гастроэнтерит
- 067 СТУЛ ПРИ АМЕБИАЗЕ МОЖЕТ ВЫГЛЯДЕТЬ КАК
- 1 Рисовый отвар
 - 2 Гороховое пюре
 - 3 Малиновое желе
 - 4 Деготь
- 068 К ЭКСТРАИНТЕСТИНАЛЬНЫМ ФОРМАМ АМЕБИАЗА ОТНОСЯТ
- 1 Парапроктит
 - 2 Карбункул почки
 - 3 Аппендикулярный инфильтрат
 - 4 Абсцесс печени
- 069 ДЛЯ ИЕРСИНИОЗА ХАРАКТЕРНЫ
- 1 Полисиндромность, токсикоаллергические проявления, склонность к рецидивирующему течению
 - 2 Гастроинтестинальный и общетоксический синдромы
 - 3 Тяжелое течение и обязательное вовлечение в патологический процесс сердечной мышцы
 - 4 Генерализация инфекционного процесса и хронизация
- 70 ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
- 1 Дистальный отдел толстого кишечника
 - 2 Дистальный отдел тонкого кишечника
 - 3 Проксимальный отдел тонкого кишечника
 - 4 Желудок и 12-перстная кишка

- 71 ВАРИАНТАМИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА
ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Вторично-септический и смешанный
 - 2 Тифоподобный и септический
 - 3 Смешанный и септический
 - 4 Вторично-легочный и смешанный
- 72 ВАРИАНТАМИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА
ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Илеит, колит, холецистит
 - 2 Аппендицит, гепатит, дуоденит
 - 3 Мезаденит, энтероколит, гастрит
 - 4 Аппендицит, мезаденит, терминальный илеит
- 73 ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИЕРСИНИОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 *Y. enterocolitica*, *Y. pseudotuberculosis*
 - 2 *Y. pestis*
 - 3 Энтеробактерии
 - 4 Эшерихии
- 74 ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ
ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Водный
 - 2 Алиментарный
 - 3 Контактно-бытовой
 - 4 Воздушно-пылевой
- 75 ЭНДОТОКСИН ИЕРСИНИИ ОКАЗЫВАЕТ ____ ДЕЙСТВИЕ
- 1 Десенсибилизирующее действие
 - 2 Общетоксическое действие
 - 3 Токсико-аллергическое действие
 - 4 Дегидратационное действие
- 76 ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ ЯЗЫК
- 1 «Меловой»
 - 2 Обложен серым налетом
 - 3 Географический
 - 4 «Клубничный» или «малиновый»
- 77 ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ ОБНАРУЖИВАЮТ ____ СЫПЬ
- 1 Скарлатиноподобную; пятнисто-папулезную; уртикарную
 - 2 Петехиальную
 - 3 Везикулезную
 - 4 Пустулезную
- 78 ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Риккетсия Бернета
 - 2 Риккетсия Провачека
 - 3 Боррелия
 - 4 Бруцелла
- 79 ПЕРЕНОСЧИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ СЫПНОГО ТИФА СЛУЖИТ

- 1 Комар
- 2 Блоха
- 3 Вошь платяная
- 4 Клещ

080 ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА СЫПНОГО ТИФА
ПРЕДСТАВЛЯЕТ

- 1 Формирование узелков Попова-Давыдовского
- 2 Токсинемия
- 3 Риккетсемия
- 4 Генерализованный васкулит

81 ДЛЯ БОЛЬНОГО СЫПНЫМ ТИФОМ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1 Возбуждение, эйфория, ночные кошмары
- 2 Апатия, заторможенность
- 3 Сонливость, вялость
- 4 Шаткая походка, невнятная речь

82 ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВАСКУЛИТА В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СЫПНОГО
ТИФА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Пятнисто-петехиальная сыпь, менингит
- 2 Гиперемия кожи, «кроличьи глаза», энантема
- 3 Звездчатая геморрагическая сыпь, делирий
- 4 Симптом перчаток, носков, капюшона, симптом Розенберга

83 ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ____ЛИХОРАДКА

- 1 Гектическая
- 2 Постоянная
- 3 Ремиттирующая
- 4 Волнообразная

84 К АТИПИЧНЫМ ФОРМАМ СЫПНОГО ТИФА ОТНОСЯТСЯ

- 1 Инаппарантная
- 2 Легкая
- 3 Субклиническая
- 4 Молниеносная, стертая

85 БОЛЕЗНЬ БРИЛЛА ЭТО

- 1 Повторный спорадический сыпной тиф
- 2 Первичный сыпной тиф
- 3 Эпидемический сыпной тиф
- 4 Возвратный тиф

86 СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СЫПНОГО ТИФА
ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Пневмония, бронхит
- 2 Инфаркты, инсульт, тромбоэмболия
- 3 Пиелонефрит, холецистит
- 4 Фурункулез, отит

87 РОЖА ЭТО

- 1 Бактериальная зоонозная инфекция
 - 2 Вирусный антропоноз
 - 3 Стрептококковая антропонозная инфекция
 - 4 Вирусная зоонозная инфекция
-
- 88 ВОЗБУДИТЕЛЕМ РОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1 Менингококк
 - 2 Стафилококк
 - 3 Пневмококк
 - 4 Гемолитический стрептококк группы А
-
- 89 ПЕРЕДАЧА ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ РОЖЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ _____ МЕХАНИЗМАМИ
 - 1 Контактным, аэрозольным
 - 2 Контактным, фекально-оральным
 - 3 Гемоконтактным, аэрозольным
 - 4 Гемоконтактным, фекально-оральным
-
- 90 К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ РОЖИ ОТНОСЯТСЯ
 - 1 Стресс, переохлаждение
 - 2 Сахарный диабет, варикозная болезнь, очаги хронической стрептококковой инфекции
 - 3 Ношение неудобной обуви, физические нагрузки
 - 4 Гиподинамия, гиперхолестеринемия
-
- 91 ПРИ РОЖЕ ИНКУБАЦИОННОМУ ПЕРИОДУ СООТВЕТСТВУЕТ
 - 1 Развитие местного очага воспаления
 - 2 Проникновение стрептококка в кожу
 - 3 Накопление возбудителя в лимфатических капиллярах дермы
 - 4 Токсинемия
-
- 92 ПРИ РОЖЕ ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРОДОЛЖАЕТСЯ _____ ДНЕЙ
 - 1 13-16
 - 2 11-17
 - 3 7-9
 - 4 3-5
-
- 93 ПРИ РОЖЕ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ НА
 - 1 Нижних конечностях
 - 2 Лице
 - 3 Верхних конечностях
 - 4 Стопах
-
- 94 ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ РОЖА ПОВТОРЯЕТСЯ
 - 1 Через 2 года после первичной рожи
 - 2 Три и более раз в году
 - 3 В течение 2-х лет после первичной рожи
 - 4 Каждый год
-
- 95 ВИЗИТНОЙ КАРТОЧКОЙ БОРРЕЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1 Безболезненная язва
 2 Эритема с четкими краями, напоминающими языки пламени
 3 Мигрирующая кольцевидная эритема
 4 Болезненные пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым
- НА 096 В АНАМНЕЗЕ БОЛЬНЫХ БОРРЕЛИОЗОМ ИМЕЕТ МЕСТО УКАЗАНИЕ
- 1 Педикулез
 2 Укус комара
 3 Укус блохи
 4 Присасывание клеща
- 097 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ БОРРЕЛИОЗА ПОРАЖАЮТСЯ
- 1 Сердечно-сосудистая, нервная системы, кожа
 2 Моче-половая система, желчевыводящие пути
 3 Кожа, легкие
 4 Печень, селезенка
- 098 ВОЗБУДИТЕЛЕМ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 *Francisella tularensis*
 2 *Bacillus anthracis*
 3 *Yersinia pestis*
 4 *Pseudomonas mallei*
- 099 НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЭТО
- 1 Латентная
 2 Генерализованная
 3 Локализованная (кожная)
 4 Хроническая
- 100 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ КОЖНОЙ ФОРМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Буллезный
 2 Эдематозный
 3 Рожистоподобный
 4 Карбункулезный
- 101 СИБИРЕЯЗВЕННЫЙ «КАРБУНКУЛ» ХАРАКТЕРИЗУЮТ
- 1 Глубокая безболезненная язва, серозно-геморрагическое отделяемое, дочерние везикулы, выраженный отек окружающих тканей
 2 Резко болезненная язва, обильное гнойное отделяемое
 3 Неглубокая язва, скудное слизисто-гнойное отделяемое
 4 Студенистый отек, шанкр
- 102 ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ
- 1 пищевой
 2 контактный
 3 гемоконтактный
 4 контактно-бытовой
- 103 ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1 Оценка результатов кожно-аллергической пробы с антраксином
 - 2 Бактериоскопическое исследование
 - 3 Бактериологическое исследование отделяемого язвы
 - 4 Серологическое исследование
- 104 ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТЕЧЕНИЕ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ПРЕДСТАВЛЕНО ____ ФОРМАМИ
- 1 Легочной и сердечно-сосудистой
 - 2 сердечно-сосудистой и кишечной
 - 3 Почечной и легочной
 - 4 Легочной и кишечной
- 105 ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ТУЛЯРЕМИИ ЭТО
- 1 Грызуны
 - 2 Человек
 - 3 Почва
 - 4 Домашние животные
- 106 ИММУНИТЕТ ПРИ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 непродолжительным
 - 2 стойким пожизненным
 - 3 нестерильным
 - 4 поствакцинальным
- 107 ДЛЯ ТУЛЯРЕМИИ ХАРАКТЕРНА ____ СЕЗОННОСТЬ
- 1 Весенне-летняя
 - 2 Зимне-весенняя
 - 3 Летне-осенняя
 - 4 Осенне-зимняя
- 108 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Принадлежность к группе сапронозов, контактный путь передачи возбудителя
 - 2 Принадлежность к группе зооантропонозов, множественные пути передачи возбудителя
 - 3 Принадлежность к группе антропонозов, трансмиссивная передача возбудителя
 - 4 Принадлежность к группе природно-очаговых зоонозов, разнообразные пути передачи возбудителя
- 109 К ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ТУЛЯРЕМИИ ОТНОСЯТСЯ
- 1 Ульцеро-глангулярная, ангинозно-глангулярная
 - 2 Легочная, вторично-легочная
 - 3 Кожная, инаппарантная
 - 4 Кишечная, вторично-легочная
- 110 ХАРАКТЕРИСТИКАМ ТУЛЯРЕМИЙНОГО БУБОНА СООТВЕТСТВУЮТ
- 1 Болезненность, плотность лимфоузла, спаянность его с окружающими тканями
 - 2 Малая болезненность, подвижность значительно увеличенного лимфатического узла, отсутствие воспаления подлежащей кожи

- 3 Резкая болезненность лимфоузла, отек и гиперемия кожи над ним
4 Резкая болезненность лимфоузла, флюктуация при пальпации
- 111 ПРИ УЛЬЦЕРО-ГЛАНДУЛЯРНОЙ ФОРМЕ ТУЛЯРЕМИИ ОБРАЗУЕТСЯ
1 Глубокая безболезненная язва с серозно-геморрагическим отделяемым
2 Болезненная глубокая язва с обильным жидким гнойным отделяемым
3 Малоболезненная язвочка со скудным слизисто-гнойным отделяемым
4 Длительно незаживающая чувствительная язва с плотными краями
- 112 ВАРИАНТАМИ ЛЕГОЧНОЙ ФОРМЫ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ
1 Плеврит, пневмония
2 Медиастинит, бронхит
3 Бронхит, альвеолит
4 Трахеобронхит, пневмония
- 113 ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ ТУЛЯРЕМИИ
ОБУСЛОВЛЕНО
1 Формированием в лимфоидной ткани специфических гранул
2 Отеком лимфоидной ткани
3 Нагноением лимфоузла
4 Диффузной гиперплазией лимфоидной ткани
- 114 ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ТУЛЯРЕМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
ИСПОЛЬЗУЮТ
1 Бактериологическое исследование
2 Серологический метод
3 Кожно-аллергическую пробу
4 Биологическую пробу
- 115 ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЧУМНОГО БУБОНА СООТВЕТСТВУЮТ
1 Резкая болезненность лимфоузла, флюктуация при пальпации
2 Малая болезненность, подвижность значительно увеличенного лимфатического узла, отсутствие воспаления надлежащей кожи
3 Резкая болезненность, тотальное поражение лимфоузлов данной регионарной группы, фиксация их между собой и к окружающим тканям, отек и гиперемия надлежащей кожи,
4 Каменистая плотность лимфоузла, отсутствие болезненности
- 116 ПРИ КОЖНОЙ ФОРМЕ ЧУМЫ ОБРАЗУЕТСЯ
1 Малоболезненная язвочка со скудным слизисто-гнойным отделяемым
2 Длительно незаживающая чувствительная язва с плотными краями
3 Глубокая безболезненная язва с серозно-геморрагическим отделяемым
4 Резко болезненная язва с обильным жидким гнойным отделяемым
- 117 ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ЧУМЫ К ГРУППЕ КАРАНТИННЫХ ИНФЕКЦИЙ
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
1 Высокой контагиозностью и неблагоприятными исходами болезни
2 Тяжестью течения и развитием осложнений
3 Широким распространением заболевания
4 Ростом числа эпизоотий

118 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЧУМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Принадлежность к группе сапронозов, контактный путь передачи возбудителя
- 2 Принадлежность к группе природно-очаговых зооантропонозов, множественные пути передачи возбудителя
- 3 Принадлежность к группе антропонозов, трансмиссивная передача возбудителя
- 4 Принадлежность к группе природно-очаговых зоонозов, разнообразные пути передачи возбудителя

119 ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ЧУМЕ СЛУЖАТ

- 1 Больной кожной формой, сельскохозяйственные животные
- 2 Здоровый бактерионоситель, домашние животные
- 3 Больной человек, грызуны
- 4 Грызуны, сельскохозяйственные животные

120 МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ЧУМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Желчь, мокрота, моча
- 2 Моча, мокрота, кал
- 3 Рвотные массы, кровь
- 4 Отделяемое язвы, пунктат бубона, кровь, мокрота

121 КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ВКЛЮЧАЮТ

- 1 Длительную лихорадку (более 1 месяца)
- 2 Субфебрилитет в течение недели
- 3 Высокую лихорадку
- 4 Любое повышение температуры

122 КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ВКЛЮЧАЮТ

- 1 Водянистую диарею
- 2 Диарею в течение месяца
- 3 Диарею с частотой стула более 5 раз в день
- 4 Наличие патологических примесей в стуле

123 КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ВКЛЮЧАЮТ

- 1 Плевропневмонию
- 2 Интерстициальную пневмонию
- 3 Пневмонию, не поддающуюся традиционной антибактериальной терапии
- 4 Пневмонию в сочетании с внелегочными проявлениями

124 ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПОДЛЕЖАТ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

- 1 Сотрудники социальных служб
- 2 Кормящие матери
- 3 Врачи
- 4 лица, употребляющие внутривенные наркотики, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией

125 ПРИ ЛАТЕНТНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ МОГУТ БЫТЬ
ВЫЯВЛЕНЫ

- 1 Генерализованная лимфаденопатия, увеличение печени
- 2 Гепатоспленомегалия, упорная диарея
- 3 Лихорадка, астенический синдром
- 4 Гепатит, увеличение селезенки

126 4-В СТАДИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

- 1 Длительная лихорадка, частые ОРВИ
- 2 Генерализованные формы оппортунистических инфекций, опухолевые процессы, деменция, кахексия
- 3 Генерализованная лимфаденопатия, астения
- 4 Туберкулез легких, похудание

127 ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1 РНГА, вирусологическое исследование
- 2 РНГА, кожную пробу
- 3 Метод ИФА, иммуноблоттинг, метод ПЦР
- 4 РСК, посев крови

128 ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ СТРЕПТОКОККОВОМ
ТОНЗИЛЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1 Воздушно-пылевой
- 2 Алиментарный
- 3 Контактный
- 4 Воздушно-капельный

129 ФАГОЦИТОЗ СТРЕПТОКОККОВ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

- 1 Не является завершенным
- 2 Является завершенным
- 3 Зависит от возраста больного
- 4 Зависит от состояния иммунной системы

130 ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛИТА
ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1 Длительность сохранения тонзиллярного синдрома
- 2 Выраженность общетоксического синдрома
- 3 Наличие метатонзиллярных осложнений
- 4 Наличие признаков поражения печени

131 ДЛЯ СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1 Появление отека подкожной клетчатки
- 2 Постепенное начало заболевания, дискомфорт при глотании
- 3 Острое начало, выраженные проявления общетоксического синдрома, интенсивные боли в горле при глотании
- 4 Развитие паратонзиллярного абсцесса

132 ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА ВРАЧА ДОЛЖНО
НАСТОРОЖИТЬ

- 1 Вовлечение в патологический процесс регионарных лимфоузлов

- 2 Одностороннее поражение миндалин
- 3 Наличие наложений на миндалинах
- 4 Отсутствие болей при глотании, несоответствие жалоб больного выраженности местных изменений в ротоглотке

133 ОТЕК ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ СИНДРОМЕ ТОНЗИЛЛИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1 дифтерии
- 2 туляремии
- 3 листериозе
- 4 фузоспириллезе

134 ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ

- 1 Высокая лихорадка
- 2 Отек подкожной клетчатки шеи
- 3 Распространение налетов за пределы миндалин
- 4 Поражение верхних дыхательных путей

135 ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1 Фузоспирилла
- 2 Стафилококк
- 3 Коринебактерия
- 4 Стрептококк

136 К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИФТЕРИИ ОТНОСИТСЯ

- 1 Гломерулонефрит
- 2 Сывороточная болезнь
- 3 Нейропатия
- 4 Миокардит

137 ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1 Бактериологический
- 2 Бактериоскопический
- 3 Серологический
- 4 Гисто-химический

138 В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ДЕЙСТВИЕ ДИФТЕРИЙНОГО ТОКСИНА ОТРАЖАЕТСЯ НА

- 1 Желудочнокишечном тракте
- 2 Миокарде
- 3 Желчевыводящих путях
- 4 Бронхолегочном аппарате

139 ПРИ ДИФТЕРИИ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ИЗМЕНЕНИЙ В РОТОГЛОТКЕ СООТВЕТСТВУЮТ

- 1 Изъязвление миндалин, пленчатый налет
- 2 Гнойные налеты по ходу лакун, гипертрофия миндалин
- 3 отек миндалин, фибриновые налеты серого цвета, трудно снимаемые шпателем и оставляющие после удаления кровоточащую поверхность миндалин
- 4 Творожистые наложения на миндалинах и окружающих слизистых

- 140 НАЛИЧИЕ МОНОНУКЛЕАРОВ ВЫШЕ 10-15% В ГЕМОГРАММЕ
ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ
- 1 Остром лейкозе
 - 2 Аденовирусной инфекции
 - 3 Цитомегаловирусной инфекции
 - 4 Инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр
- ДЛЯ 141 ВЫРАЖЕННЫЙ (СВЫШЕ50-60%) ЛИМФОМОНОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН
- 1 Инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр
 - 2 Аденовирусной инфекции
 - 3 Цитомегаловирусной инфекции
 - 4 Острого лейкоза
- 142 ТОНЗИЛЛИТ В СОЧЕТАНИИ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ
ЛИМФОАДЕНОПАТИЕЙ И ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ РЕГИСТРИРУЮТ ПРИ
- 1 Туляремии
 - 2 Эпштейна-Барр-инфекции
 - 3 Дифтерии
 - 4 Гепатитах
- 143 ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ
- 1 Субфебрилитет, конъюнктивит, лимфоаденопатия
 - 2 Лихорадка, ларингит, ринорея
 - 3 Лихорадка, сухой ринит, трахеит, выраженная интоксикация, головная боль
с локализацией в лобно-височных областях
 - 4 Лихорадка, пневмония
- 144 РАЗВИТИЕ ТРАХЕИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- 1 Респираторно-синтициальной инфекции
 - 2 Аденовирусной инфекции
 - 3 Парагриппа
 - 4 Гриппа
- 145 К ВАРИАНТАМ ГИПЕРТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГРИППА
ОТНОСИТСЯ
- 1 Отек легких
 - 2 Почечная недостаточность
 - 3 Истинный круп
 - 4 Коллапс
- 146 К ВАРИАНТАМ ГИПЕРТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГРИППА
ОТНОСИТСЯ
- 1 Почечная недостаточность
 - 2 Отек мозга
 - 3 Истинный круп
 - 4 Коллапс
- 147 РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ РАЗВИТИЯ ОТЕКА МОЗГА ПРИ ГРИППЕ
ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Отсутствие аппетита, менингеальные симптомы

- 2 Усиление головной боли, нарастание лихорадки и интоксикации
 3 Изменение характера головной боли с локализованной на диффузную, повышение АД, появление «мозговой» рвоты
 4 Судорожный синдром, нарастание интоксикации
- 148 ОСЛОЖНЕНИЯ ГРИППА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СВЯЗАНЫ С
 1 Подавлением иммунной системы
 2 Нарастанием интоксикации
 3 Вовлечением в патологический процесс других органов
 4 Присоединением или активизацией эндогенной бактериальной флоры
- 149 ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ
 1 Лихорадки, фарингита, конъюнктивита
 2 Фарингита, ларингита, трахеита
 3 Тонзиллита, фарингита, стоматита
 4 Лихорадки, «сухого» ринита, трахеита
- 150 «ЗАРАЗНЫМ НАСМОРКОМ» НАЗЫВАЮТ ____ ИНФЕКЦИЮ
 1 Аденовирусную
 2 Риновирусную
 3 Парвовирусную
 4 Энтеровирусную
- 151 ПРИ ПАРАГРИППЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ВЫЯВЛЯЮТ
 1 Выраженные миалгии, сопровождающие высокую температуру
 2 Фарингит на фоне фебрильной лихорадки
 3 Ларингит в сочетании с умеренной или незначительной интоксикацией
 4 Заложенность носа и обильные жидкие выделения, субфебрилитет
- 152 ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬ У ПАЦИЕНТА С
 1 Субфебрилитетом, пневмонией, лимфоаденопатией
 2 Лихорадкой, миалгиями, болями в горле
 3 Лихорадкой, желтухой, астенией
 4 Лихорадкой, жаждой, болями в пояснице, ухудшением зрения
- 153 В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЛПС СОЧЕТАЮТСЯ
 1 Общетоксический синдром, геморрагический синдром, признаки острой почечной недостаточности
 2 Острая печеночная недостаточность, поражение миокарда
 3 Отеки, гипертензия, дегидратация
 4 Общетоксический синдром, желтуха
- 154 ГЛПС ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ____ ЗАБОЛЕВАНИЙ
 1 Антропонозных
 2 Зоонозных
 3 Антропозоонозных
 4 Сапрозоонозных
- 155 В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГЛПС МОЖНО НАБЛЮДАТЬ
 1 Боли в животе, желтуху
 2 Диарею, уменьшение диуреза, кашель

- 3 Лихорадку, головную боль, нарушение зрения, боли в пояснице
- 4 Кашель, рвоту, субфебрилитет

156 ПРИ ГЛПС РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Кровохарканье
- 2 Маточные и кишечные кровотечения
- 3 Кровоизлияния в склеру
- 4 Петехии в местах сдавления и травматизации кожи, положительные симптомы жгута и шипка

157 ОЛИГОУРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ГЛПС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1 Снижением диуреза, усилением болей в пояснице и геморрагического синдрома
- 2 Уменьшением количества мочи, появлением желтухи
- 3 Сохранением постоянной фебрильной лихорадки
- 4 Улучшением самочувствия

158 ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ В ОЛИГОУРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ГЛПС ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1 Лейкоцитурию, увеличение объема отделяемой мочи
- 2 Протеинурию, гематурию, цилиндрурию, снижение удельной плотности мочи
- 3 Изогипостенурию, нормальный осадок мочи
- 4 Холурию, пиурию

159 ДЛЯ ГЛПС В ПОЛИУРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1 Микрогематурия, лейкоцитурия
- 2 Низкий диурез, сохранение протеинурии
- 3 Значительное увеличение объема отделяемой мочи, никтурия, изогипостенурия
- 4 Нарастание показателей уремии

160 ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ ГЛПС ВОЗМОЖНО

- 1 Методом биологической пробы
- 2 Бактериологически
- 3 Методом кожно-аллергической пробы
- 4 Серологически, методом парных сывороток

161 ЛЕПТОСПИРОЗ ЭТО ___ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1 природно-очаговое, зоонозное
- 2 Убиквитарное, антропонозное
- 3 Природно-очаговое, антропозоонозное
- 4 Природно-очаговое, сапронозное

162 ПЕРЕДАЧУ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ___ МЕХАНИЗМ

- 1 Вертикальный
- 2 Фекально-оральный
- 3 Аэрогенный
- 4 Контактный

- 163 ИНКУБАЦИОННОМУ ПЕРИОДУ ЛЕПТОСПИРОЗА СООТВЕТСТВУЕТ
- 1 Бактериемия
 - 2 Повышение проницаемости сосудистой стенки сосудов
 - 3 Внедрение и размножение возбудителя во внутренних органах
 - 4 Токсинемия
- 164 ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ
- 1 Головной мозг
 - 2 Поджелудочная железа
 - 3 Костный мозг
 - 4 Печень, почки, мышцы
- 165 ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ЛЕПТОСПИРОЗА ХАРАКТЕРНЫ
- 1 Лихорадка, симптомы интоксикации, боли в икроножных мышцах
 - 2 Бледность кожных покровов, судороги
 - 3 Полиморфная сыпь, энантема
 - 4 Рвота, диарея
- 166 КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ 2019 ГОДА (COVID-19) МОЖЕТ УГРОЖАТЬ БОЛЬНОМУ РАЗВИТИЕМ
- 1 Абсцесса в легких
 - 2 ОРДС, тяжелой пневмонии с ОДН
 - 3 Бронхоэктазов
 - 4 Каверн
- 167 ОСНОВНЫМИ ПУТЯМИ ПЕРЕДАЧИ КОРОНАВИРУСА (SARS-CoV-2) ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Трансмиссивный и воздушно-пылевой
 - 2 Алиментарный и трансмиссивный
 - 3 Воздушно-капельный и контактный
 - 4 Водный и гемоконтактный
- 168 ГРУППУ РИСКА ПРИ ЗАРАЖЕНИИ КОРОНАВИРУСОМ SARS-CoV-2 СОСТАВЛЯЮТ
- 1 Женщины
 - 2 Дети
 - 3 Подростки
 - 4 Больные сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями
- 169 ГРУППУ РИСКА ПРИ ЗАРАЖЕНИИ КОРОНАВИРУСОМ SARS-CoV-2 СОСТАВЛЯЮТ
- 1 Лица старше 60 лет
 - 2 Мужчины
 - 3 Женщины
 - 4 Дети
- 170 КЛЕТКОЙ-МИШЕНЬЮ ДЛЯ КОРОНАВИРУСА СЛУЖИТ
- 1 Лимфоцит
 - 2 Альвеолярный эпителиоцит
 - 3 Лейкоцит
 - 4 Гепатоцит

- 171 В ПАТОГЕНЕЗЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 2019 ГОДА (COVID-19) ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ
- 1 Нарушению микроциркуляции
 - 2 Поражению лимфатической системы
 - 3 Поражению альвеолярного эпителия
 - 4 Повреждению плевры
- 172 В ИСХОДЕ ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НЕРЕДКО РАЗВИВАЕТСЯ
- 1 Хроническая обструктивная болезнь легких
 - 2 Бронхоэктатическая болезнь
 - 3 Бронхиальная астма
 - 4 Фиброз легких
- 173 ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) ПРОДОЛЖАЕТСЯ
- 1 2-14 дней
 - 2 3 недели
 - 3 12-24 часа
 - 4 1 месяц
- 174 ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В КАРТИНЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИВЛЕКАЕТ ВНИМАНИЕ
- 1 Лейкоцитоз
 - 2 Лимфопения
 - 3 Лимфоцитоз
 - 4 Эозинофилия
- 175 ДИАГНОЗ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДТВЕРЖДАЮТ МЕТОДОМ
- 1 Иммуноблоттинга
 - 2 Иммуноферментного анализа
 - 3 Полимеразной цепной реакции
 - 4 Иммунофлюоресценции
- 176 ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ЛЕГКИХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ МЕТОДОМ
- 1 Аускультации
 - 2 Рентгенографии
 - 3 Фибробронхоскопии
 - 4 Компьютерной томографии
- 177 ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
- 1 Пульсоксиметрии
 - 2 Ультразвукового исследования
 - 3 Эхо-КС
 - 4 ФГДС
- 178 СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
- 1 Не разработана

- 2 Включает проведение вакцинации
 3 Включает введение иммуноглобулина
 4 Не рекомендована
- 179 ТЕРМИН АНТИГЕННЫЙ ДРЕЙФ ОБОЗНАЧАЕТ
 1 смена вируса гриппа А на вирус гриппа В в процессе эпидемии
 2 полная смена гемагглютинаина и/или нейраминидазы вируса
 3 точечные мутации в гене вируса
 4 смена вируса гриппа на возбудителя другой инфекции в процессе эпидемии
- 180 ВНЕДРЕНИЕ ВИРУСА В КЛЕТКУ ВОЗМОЖНО В СЛУЧАЕ
 1 во всех перечисленных случаях
 2 если это клетка верхних отделов дыхательных путей
 3 если имеется повреждение капиллярного русла
 4 наличия соответствующих рецепторов
- 181 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ГРИППЕ И ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1 все перечисленные изменения
 2 отек-набухание головного мозга
 3 повреждение капиллярного русла
 4 гипоксия ЦНС
- 182 РЕНТГЕНОГРАФИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ГРИППЕ ПОКАЗАНА
 1 при наличии сухого кашля
 2 при одышке, тахипноэ, лихорадке более 72 ч
 3 на 5-7 день от начала заболевания
 4 всем детям раннего возраста
- 183 ДЕЙСТВИЕ ИНТЕРФЕРОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
 1 в разрушении вирусных частиц
 2 в связывании вируса при помощи рецепторов
 3 в ингибировании репликации вируса и препятствовании его проникновению в здоровую клетку
 4 все перечисленное верно
- 184 СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
 1 Парвовирусной инфекции
 2 Аденовирусной инфекции
 3 РС-инфекции
 4 Парагриппе
- 185 ПОРАЖЕНИЕ РЕТИКУЛО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ
 1 Аденовирусной инфекции
 2 Реовирусной инфекции
 3 Гриппе
 4 Парагриппе
- 186 ДЛЯ РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1 ринофарингоконъюнктивальной лихорадки
- 2 бронхоолита
- 3 ларингита
- 4 пневмонии

187 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1 Фторхинолоны
- 2 Тетрациклины
- 3 Макролиды
- 4 Карбапенемы

188 АНТИБИОТИКИ ПРИ ГРИППЕ И ОРВИ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1 во всех перечисленных случаях
- 2 детям раннего возраста
- 3 при частых повторных респираторных инфекциях
- 4 при развитии бактериальных осложнений и обострении хронических бактериальных процессов

189 ПРИРОДНЫЕ ОЧАГИ ОМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРИУРОЧЕНЫ В ОСНОВНОМ К

- 1 степным и лесостепным районам Западно-Сибирской низменности
- 2 полупустынным и степным районам
- 3 регионам Карибского бассейна
- 4 зонам с влажным тропическим климатом

190 ПРИРОДНЫЕ ОЧАГИ ЦИРКУЛЯЦИИ ВИРУСА ЭБОЛА РАСПОЛАГАЮТСЯ

- 1 в степных и лесостепных регионах
- 2 в зонах с влажным тропическим климатом
- 3 в степных или полупустынных регионах
- 4 в припойменных лесных районах

191 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ШИЗОГОНИИ ПРИ ТРЁХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1 72 часа
- 2 36 часов
- 3 48 часов
- 4 24 часа

192 ОСНОВНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МАЛЯРИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1 Ремитирующий
- 2 Постоянный
- 3 Извращенный
- 4 Интермиттирующий

193 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ШИЗОГОНИИ ПРИ ЧЕТЫРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1 72 часа
- 2 48 часов
- 3 36 часов

- 4 24 часа
- 194 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МАЛЯРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
 А микроскопию пунктата грудины
 Б микроскопию мазка крови
 В микроскопию мочи
 Г микроскопию спинномозговой жидкости
- 195 МИКРОСКОПИЮ ТОЛСТОЙ КАПЛИ ПРИ МАЛЯРИИ ПРОВОДЯТ ДЛЯ
 1 определения вида плазмодия
 2 определения уровня паразитемии
 3 определения наличия плазмодиев
 4 определения уровня анемии
- 196 ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ
 ЯВЛЯЕТСЯ
 1 Примахин
 2 Хлорохин
 3 Метакельфин
 4 Хинин
- 197 С ЦЕЛЬЮ УНИЧТОЖЕНИЯ ГИПНОЗОИТОВ ПРИ МАЛЯРИИ,
 ВЫЗВАННОЙ PL. VIVAX И PL. OVALE, НАЗНАЧАЮТ
 1 Примахин
 2 Делагил
 3 Тетрациклин
 4 Хинин
- 198 ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОМАЛЯРИЙНОЙ
 ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
 1 микроскопию тонкого мазка
 2 микроскопию толстой капли
 3 общий анализ крови
 4 биохимический анализ крови
- 199 ВОЗБУДИТЕЛЬ ЖЕЛТОЙ ЛИХОРАДКИ ПЕРЕДАЕТСЯ
 1 мухами
 2 клещами
 3 комарами
 4 вшами
- 200 ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ В СУСТАВАХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
 1 Лихорадки Эбола
 2 Омской геморрагической лихорадки
 3 Аргентинской геморрагической лихорадки
 4 Лихорадки Денге
- 201 ОТ ЧЕЛОВЕКА К ЧЕЛОВЕКУ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ
 МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ
 1 Лихорадка Ласса
 2 Желтая лихорадка
 3 Лихорадка денге
 4 Омская геморрагическая лихорадка

202 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БЕШЕНСТВА В СТАДИИ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Опистотонус
- 2 Гидрофобия, аэрофобия
- 3 Гастроэнтерит
- 4 Раздражительность

203 ДИАГНОЗ БЕШЕНСТВА У ЧЕЛОВЕКА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ В ОСНОВНОМ

- 1 Вирусологически
- 2 Серологически
- 3 Исследованием биоптатов мозга
- 4 Бактериологически

204 ДЛЯ ТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ БЕШЕНСТВА ХАРАКТЕРНО

- 1 Отсутствие парезов
- 2 Отсутствие пароксизмов бешенства
- 3 Отсутствие продромы
- 4 Продрома, пароксизмы бешенства, параличи и парезы

205 ПРИ УКУСЕ ЖИВОТНЫМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БЕШЕНСТВА ПРОВОДЯТ

- 1 Полный курс вакцинации и введение иммуноглобулина
- 2 Однократное введение иммуноглобулина, если животное здорово
- 3 Проводят ревакцинацию через год
- 4 Хирургическую обработку раны с иссечением поврежденных краев

206 ТЯЖЕСТЬ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1 Возраста и пола больного
- 2 Наличия у больного антител к вирусу Денге до инфицирования
- 3 Продолжительности инкубационного периода
- 4 Пути инфицирования

207 ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ БЕШЕНСТВЕ ТРЕБУЕТ

- 1 Назначения препаратов интерферона
- 2 Назначения глюкокортикостероидов
- 3 Искусственной вентиляции легких
- 4 Введения хлористого кальция

208 ПРИ БЕШЕНСТВЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1 Мозжечок
- 2 Вставочные мотонейроны спинного мозга
- 3 Кора больших полушарий
- 4 Таламус, гипокамп, аминов рог

209 ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ БЕШЕНСТВА ПРОВОДИТСЯ

- 1 Трехкратно с последующей ревакцинацией
- 2 Двукратно
- 3 Пятикратно
- 4 Однократно

- 210 ВОЗБУДИТЕЛЕМ ТОКСОПЛАЗМОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Риккетсии
 - 2 Простейшие
 - 3 Спирохеты
 - 4 Грибы
- 211 ДЛЯ ТОКСОПЛАЗМОЗА НЕ ХАРАКТЕРЕН _____ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ
- 1 Алиментарный
 - 2 Вертикальный
 - 3 Воздушно-капельный
 - 4 Гемотрансфузионный
- 212 ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Собаки
 - 2 Домашние животные
 - 3 Грызуны
 - 4 Кошки
- 213 НАЛИЧИЕ АКТИВНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА ПОДТВЕРЖДАЮТ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
- 1 Антител IgM к токсоплазме
 - 2 Антител IgA к токсоплазме
 - 3 Антител IgG к токсоплазме
 - 4 Низкоавидных антител IgG к токсоплазме
- 214 ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМИ ЛИХОРАДКАМИ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Бледность кожных покровов
 - 2 Гиперемия и пастозность лица
 - 3 Желтушность кожи и склер
 - 4 Ригидность затылочных мышц
- 215 ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ЛИХОРАДОК ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
- 1 Кожно-аллергические пробы и ПЦР
 - 2 Биологические пробы
 - 3 Серологические методы исследования и ПЦР
 - 4 Вирусологические и бактериологические исследования
- 216 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА
- 1 Вторично-хронический токсоплазмоз
 - 2 Выздоровление
 - 3 Летальный исход
 - 4 Формирование латентной инфекции
- 217 ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ БЕШЕНСТВЕ
- 1 Паралич дыхательного центра
 - 2 Отек легкого
 - 3 Острая почечная недостаточность
 - 4 Острая печеночная недостаточность

- 218 С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ВАКЦИНАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРОТИВ
- 1 Боливийской геморрагической лихорадки
 - 2 Желтой лихорадки
 - 3 Аргентинской геморрагической лихорадки
 - 4 Лихорадки Марбург
- 219 В КАЧЕСТВЕ ТРАНСПОРТНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1 Сахарный бульон
 - 2 Желчный бульон
 - 3 1% пептонную воду
 - 4 Кровяной агар
- 220 ДЛЯ ВЫДЕЛЕНИЯ КУЛЬТУРЫ ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА ПРОВОДЯТ ЗАБОР
- 1 Рвотных масс
 - 2 Только испражнений
 - 3 Промывных вод
 - 4 Одной пробы рвотных масс и трех проб фекалий
- 221 МАТЕРИАЛ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ДОСТАВЛЯЮТ В ЛАБОРАТОРИЮ В ТЕЧЕНИЕ
- 1 2-х часов
 - 2 24-х часов
 - 3 36-ти часов
 - 4 48-ми часов
- 222 В ХОЛЕРНОМ ГОСПИТАЛЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ
- 1 Аппарата ИВЛ
 - 2 Палат для регидратации
 - 3 Рентгеновского кабинета
 - 4 Аппарата УЗИ
- 223 ПАЛАТЫ ХОЛЕРНОГО ГОСПИТАЛЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОБОРУДОВАНЫ
- 1 Холерными укладками
 - 2 Кондиционерами
 - 3 Холерными койками
 - 4 Весами
- 224 В ХОЛЕРНОМ ГОСПИТАЛЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕН ЗАПАС
- 1 Сердечных гликозидов и прессорных аминов
 - 2 Глюкокортикостероидов
 - 3 Коллоидных растворов
 - 4 Солевых полиионных растворов
- 225 КОНТРОЛЬНОЕ БАКИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА ПРИ ХОЛЕРЕ ПРОВОДЯТ
- 1 Через 48 часов после отмены антибиотиков
 - 2 Через 24 часа после отмены антибиотиков

- 3 После проведения регидратации
 - 4 После прекращения диареи
- 226 КОНТРОЛЬНОЕ БАКОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХОЛЕРЕ ВКЛЮЧАЕТ
- 1 1 посев кала и 1 посев мочи
 - 2 3 посева кала с интервалом в 24 часа и 1 посев желчи
 - 3 3 посева кала
 - 4 1 посев желчи
- 227 ПРИ ХОЛЕРЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТАМ ПЕРЕД КОНТРОЛЬНЫМ БАКИССЛЕДОВАНИЕМ НАЗНАЧАЮТ
- 1 Препарат «Фортранс»
 - 2 Таблетки «Сенаде»
 - 3 30 г 33% раствора сернокислой магнезии
 - 4 Диету
- 228 ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ШИЗОГОНИИ ПРИ ТРЁХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ СОСТАВЛЯЕТ
- 1 24 часа
 - 2 36 часов
 - 3 72 часа
 - 4 48 часов
- 229 ЗАЩИТНЫЙ КОСТЮМ IV ТИПА ВКЛЮЧАЕТ
- 1 Пижаму, хирургический халат, шапочку
 - 2 Пижаму, халат, перчатки, шапочку
 - 3 Халат, маску, шапочку
 - 4 Халат, очки, шапочку, маску
- 230 ЗАРАЖЕНИЕ МАЛЯРИЕЙ ПРОИСХОДИТ ПРИ
- 1 Контакте с зараженным
 - 2 Укусе комара
 - 3 Употреблении некипяченой воды
 - 4 Вдыхании инфицированного аэрозоля
- 231 ОТДЕЛЕНИЕ ХОЛЕРНОГО ГОСПИТАЛЯ РАЗДЕЛЕНА НА
- 1 Обсерватор и изолятор
 - 2 Палаты и санитарную зону
 - 3 Заразную и незаразную зоны
 - 4 Заразную и санитарную зоны
- 232 В ХОЛЕРНОМ ГОСПИТАЛЕ ОБСЕРВАТОР РАЗВОРАЧИВАЮТ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ
- 1 Вибрионосителей
 - 2 Пациентов, подозрительных в отношении холеры
 - 3 Контактных
 - 4 Здоровых лиц, выезжающих за пределы очага холеры
- 233 БОЛЬНОЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ КИШЕЧНИКА В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ХОЛЕРЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОМЕЩЕН В
- 1 Провизорный госпиталь
 - 2 Обсерватор

- 3 Изолятор
4 Приемное отделение холерного госпиталя
- 234 СЕПСИС ХАРАКТЕРИЗУЕТ _____ ЛИХОРАДКА
- 1 Атипичная
2 Гектическая
3 Субфебрильная
4 Интермитирующая
- 235 ПРИ СЕПСИСЕ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЮТ
- 1 Ретикулоцитоз
2 Лимфоцитоз
3 Лейкоцитоз
4 Тромбоцитоз
- 236 НАИБОЛЕЕ РАННЕЕ И ПОСТОЯННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СЕПСИСА ЭТО
- 1 Гепатомегалия
2 Лейкопения
3 Анемия
4 Лихорадка
- 237 ПРИЗНАКАМИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1 Лихорадка, лейкоцитоз
2 Моноцитоз
3 Одышка
4 Снижение артериального давления
- 238 ПОЗДНИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Лейкоцитоз
2 Формирование метастатических очагов инфекции
3 Тромбоцитопения
4 Спленомегалия
- 239 НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
- 1 Полиорганная недостаточность
2 Системная воспалительная реакция
3 Системная воспалительная реакция и бактериемия
4 Бактериемия
- 240 ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
- 1 Бактериемия
2 Системная воспалительная реакция + бактериемия
3 Системная воспалительная реакция
4 Септический шок
- 241 ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА
- 1 Бактериологическое исследование крови

- 2 ПЦР
- 3 РНГА с аутоштаммами
- 4 ИФА

242 В ОТЛИЧИЕ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТЕК ЛЕГКИХ ПРИ ГРИППЕ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1 Субфебрилитета и катарального синдрома
- 2 Выраженного токсикоза и респираторного синдрома
- 3 Выраженных болей в грудной клетке
- 4 Нарастающей слабости

243 ОТЛИЧИЕМ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ОТ «ЗАДНЕГО» ИНФАРКТА МИОКАРДА СЛУЖАТ

- 1 Симптомы гастроэнтерита
- 2 Тошнота, рвота
- 3 Быстрый подъем температуры в первые часы болезни, диарея
- 4 Боли в верхних отделах живота

244 ОПОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ПТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Тошнота, рвота
- 2 Повышение температуры, интоксикация
- 3 Диарея, рвота
- 4 Динамика ЭКГ, повышение показателей АСТ и ЛДГ

245 ОТЛИЧИЯМИ ДЕГИДРАТАЦИОННОГО ШОКА ОТ КАРДИОГЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1 Сухость кожи, субнормальная температура, судороги
- 2 Падение артериального давления, тахикардия
- 3 Холодный пот, страх смерти
- 4 Болевой синдром, слабость

246 ИНФАРКТ МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1 Шигеллезом
- 2 Сальмонеллезом и ПТИ
- 3 Иерсиниозом
- 4 Холерой

247 ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ

- 1 Снижения температуры
- 2 Гастроинтестинального синдрома
- 3 Длительной лихорадки, неврологических симптомов, экзантемы, гепатоспленомегалии
- 4 Астенического синдрома

248 ИНФАРКТ МИОКАРДА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ С ЯВЛЕНИЯМИ

- 1 Терминального илеита
- 2 Колита
- 3 Энтероколита

- 4 Острого гастроэнтерита
- 249 ИНФАРКТ МИОКАРДА СИМУЛИРУЕТ ОСТРЫЙ ГАСТРОЭНТЕРИТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА В
- 1 Задней стенке левого желудочка
 - 2 Передней стенке
 - 3 Верхушке
 - 4 Перегородке
- 250 ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ СЕПСИСА, ЭТО
- 1 Нейроэндокринные нарушения
 - 2 Иммунодефицитные состояния
 - 3 Нарушение диеты
 - 4 Сердечно-сосудистая недостаточность
- 251 ПРИ ТРИХИНЕЛЛЕЗЕ
- 1 Заражение происходит при употреблении недостаточно термически обработанной рыбы
 - 2 Поражается желудочно-кишечный тракт
 - 3 Ведущую роль в патогенезе играют токсико-аллергические реакции
 - 4 Диагноз подтверждается обнаружением яиц паразита в испражнениях
- 252 ДЛЯ ЭНТЕРОБИОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН
- 1 Токсико-аллергический синдром
 - 2 Гастроинтестинальный синдром
 - 3 Цефалгический синдром
 - 4 Периаанальный зуд
- 253 ОПИСТОРХОЗ
- 1 Развивается при употреблении сырой или малосоленой рыбы
 - 2 Сопровождается поражением легких
 - 3 Распространен в тропических странах
 - 4 Относится к нематодозам
- 254 ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Острица
 - 2 Широкий лентец
 - 3 Свиной цепень
 - 4 Бычий цепень
- 255 ПРЕПЯТСТВИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ
- 1 Употребление наркотических средств в анамнезе
 - 2 Ранее начатая, но прерванная по инициативе больного терапия
 - 3 Отсутствие согласия больного
 - 4 Употребление наркотических средств больным
- 256 ПРЕПЯТСТВИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ
- 1 Нахождение больного в местах лишения свободы
 - 2 Работа больного в сфере коммерческого секса
 - 3 Наличие у больного гомосексуальных половых контактов

- 4 Отсутствие согласия больного
- 257 СЫПЬ ПРИ КОРИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ
- 1 5-ый
- 2 8-10-ый
- 3 1-ый
- 4 2-ой
- 258 ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ
- 1 Токсико-аллергического синдрома и тонзиллита
- 2 Общетоксического синдрома, тонзиллита и мелкоточечной сыпи
- 3 Менингеального синдрома и геморрагической сыпи
- 4 Гастроинтестинального синдрома и уртикарной сыпи
- 259 СЫПЬ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ
- 1 Обнаруживают на передней брюшной стенке
- 2 Локализуется вокруг суставов
- 3 Распространяется на волосистую часть головы и на слизистые
- 4 Исчезает при надавливании
- 260 ЛЕВОСТОРОННЯЯ МЕЖРЕБЕРНАЯ НЕВРАЛГИЯ ПРИ HERPES ZOSTER ТРЕБУЕТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С
- 1 Лептоспирозом
- 2 Бруцеллезом
- 3 Трихинеллезом
- 4 Инфарктом миокарда

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

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

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
		полном объеме.	Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	ми недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»