

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

учебное пособие

ТОМСК  
Сибирский государственный медицинский университет  
2013

УДК 616.9(075.8)(876.1)

ББК Р514я73

И740

**Авторы:** Лукашова Л.В., Лепехин А.В., Ильинских Е.Н., Бужак Н.С.,  
Портнягина Е.В., Пучкова Н.Н., Бужак О.Н.

И740      Инфекционные болезни. Сборник тестовых заданий :  
учебное пособие. – Томск : СибГМУ, 2013. – 127 с.

В учебном пособии представлен перечень тестовых заданий для контроля знаний студентов лечебного и педиатрического факультетов медицинских высших учебных заведений по дисциплине “Инфекционные болезни”. Учебное пособие подготовлено в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (2010) по специальностям 060101 – Лечебное дело и 060103 – Педиатрия.

Рецензент:

А.П. Помогаева – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой детских инфекционных болезней ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России.

*Утверждено и рекомендовано к изданию учебно-методической комиссией педиатрического факультета (протокол № 1 от 8 октября 2012 г.) и центральным методическим советом (протокол № 4 от 27 ноября 2012 г.) ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России.*

© Сибирский государственный медицинский университет, 2013  
© Лукашова Л.В., Лепехин А.В., Ильинских Е.Н., Бужак Н.С., Портнягина Е.В.,  
Пучкова Н.Н., Бужак О.Н., 2013

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Сборник тестовых заданий для контроля знаний студентов по дисциплине “Инфекционные болезни” подготовлен сотрудниками кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, с учетом опыта и рекомендаций по составлению тестов преподавателей ведущих медицинских высших учебных заведений Российской Федерации.

Учебное пособие включает 688 тестов, которые сгруппированы в 9 разделов и составлены в соответствии с современными классификациями, стандартами диагностики и лечения приоритетных инфекционных заболеваний, актуальных для врачей общей врачебной практики и специалистов различного профиля.

Представленные в учебном пособии тестовые задания могут быть использованы для текущего (в соответствии с темой практического занятия/семинара), рубежного (в соответствии с разделом дисциплины) и итогового уровней контроля знаний студентов по дисциплине “Инфекционные болезни”.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
АДФ	– аденозинфосфат
АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГЛПС	– геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
ДНК	– дезоксирибонуклеиновая кислота
ИФА	– иммуноферментный анализ
ИФН	– интерферон(ы)
МНО	– международное нормализованное отношение
ОРВИ	– острые респираторные вирусные инфекции
ПЕГ ИФН	– пегилированный(ые) интерферон(ы)
ПЦР	– полимеразная цепная реакция
РНГА	– реакция непрямой гемагглютинации
РНК	– рибонуклеиновая кислота
РС- инфекция	– респираторно-синцитиальная инфекция
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
ЭКГ	– электрокардиограмма
CD	– cluster differentiation (антигены кластеров дифференцировки клеток)
EA	– early antigen (ранний антиген)
EBNA	– Epstein-Barr nuclear antigen (ядерный антиген)
HAV	– Hepatitis A virus (вирус гепатита А)
HBV	– Hepatitis B virus (вирус гепатита В)
HCV	– Hepatitis C virus (вирус гепатита С)
HDV	– Hepatitis D virus (вирус гепатита D)
HEV	– Hepatitis E virus (вирус гепатита E)
IL	– interleukin (интерлейкин)
IgM (G, A, E)	– immunoglobulin M (G, A, E) (иммуноглобулин M (G, A, E))
TNF $\alpha$	– tumor necrosis factor (фактор некроза опухоли $\alpha$ )
VCA	– viral capsid antigen (капсидный антиген)

## РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

*Выберите один правильный ответ.*

1. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС – ЭТО
  - 1) распространение болезней среди людей
  - 2) взаимодействие микро- и макроорганизмов
  - 3) наличие микроорганизмов в окружающей среде
  
2. ВИРУЛЕНТНОСТЬ – ЭТО
  - 1) способность микроорганизмов образовывать токсические вещества различной природы, оказывающие повреждающее действие на клетки и ткани организма хозяина
  - 2) потенциальная способность микроорганизмов вызывать заболевания (видовой генетически детерминированный признак)
  - 3) индивидуальный признак каждого штамма патогенного микроорганизма, являющийся мерой его патогенности
  
3. К ОСНОВНЫМ МОЛЕКУЛЯРНЫМ ФАКТОРАМ ПАТОГЕННОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТНОСЯТ
  - 1) внутриклеточные циклические нуклеотиды
  - 2) метаболиты каскада арахидоновой кислоты
  - 3) экзотоксины и эндотоксины
  
4. ГРУППЕ ПАРАЗИТОВ, ОТЛИЧАЮЩЕЙСЯ АБСОЛЮТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРОЦЕССОВ МЕТАБОЛИЗМА И РАЗМНОЖЕНИЯ ОТ ОРГАНИЗМА ХОЗЯИНА, СООТВЕТСТВУЮТ
  - 1) факультативные внутриклеточные паразиты
  - 2) облигатные внутриклеточные паразиты
  - 3) облигатные внеклеточные паразиты
  
5. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СУПЕРАНТИГЕНОВ ПРЕДПОЛАГАЕТ
  - 1) АДФ-риболизирование специфических клеточных протеинов макроорганизма, приводящее к изменению функциональной активности клетки
  - 2) нарушение целостности клеточных мембран
  - 3) связывание антигенного участка 2 класса большого комплекса гистосовместимости макрофагов и активация Т-лимфоцитов, приводящие к синтезу большого количества провоспалительных цитокинов (IL-2, TNF $\alpha$  и др.) и развитию циркуляторного коллапса

6. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
- 1) продукция эндотоксинов и экзотоксинов
  - 2) стимуляция фагоцитоза нейтрофилов
  - 3) развитие цитопатического эффекта
7. ВИДОВУЮ НЕВОСПРИИМЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА К РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ОБЕСПЕЧИВАЕТ
- 1) наличие свободных рецепторов к лигандам возбудителей
  - 2) отсутствие рецепторов в тканях макроорганизма к лигандам возбудителей
  - 3) возможность реализации лигандрецепторных взаимодействий
8. В ФОРМИРОВАНИИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ОСНОВНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ
- 1) IgM
  - 2) IgA
  - 3) IgE
9. АБОРТИВНАЯ ИНФЕКЦИЯ – ЭТО
- 1) инфекция, характеризующаяся отсутствием клинических симптомов, с наличием комплекса иммунологических, функциональных и структурных проявлений инфекционного процесса
  - 2) инфекция, имеющая сходные черты с типичным течением болезни, с неполным развитием клинической картины (т.е. с отсутствием периода разгара)
  - 3) инфекция, характеризующаяся стремительным течением, выраженностью всех или большинства симптомов и частым неблагоприятным исходом
10. ФУЛМИНАНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1) увеличением продолжительности периода разгара или реконвалесценции острой формы
  - 2) скудными клиническими проявлениями
  - 3) стремительным развитием, выраженностью всех или большинства симптомов и частым неблагоприятным исходом
11. ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ – СОХРАНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
- 1) более 1 месяца
  - 2) более 6 месяцев
  - 3) более 12 месяцев

12. ДЛЯ МЕДЛЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ СВОЙСТВЕННО

- 1) продолжительный инкубационный период и неуклонно прогрессирующий характер течения, приводящий к летальному исходу
- 2) тяжелое ациклическое течение с летальным исходом в случае отсутствия этиотропной терапии
- 3) длительная бессимптомная персистенция возбудителей в макроорганизме (в дефектной форме или в особой стадии своего существования)

13. СУПЕРИНФЕКЦИЯ – ЭТО

- 1) повторные заболевания в результате инфицирования тем же возбудителем
- 2) появление вторичного заболевания до исчезновения первичного инфицирования
- 3) инфекция, обусловленная сочетанным заражением двумя и более возбудителями

14. УМЕРЕННОЙ ЛИХОРАДКЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВЫСОТА ПОДЪЕМА ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

- 1) 37,0-38,0°C
- 2) 38,1-39,0°C
- 3) 39,1-41,0°C

15. ПОСТОЯННОМУ ТИПУ ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) лихорадка с суточными колебаниями в пределах 1°C
- 2) лихорадка с суточными колебаниями в пределах 1-3°C
- 3) кривая, характеризующаяся чередованием периодов подъема температуры тела и периодов субфебрилитета

16. ИНТЕРМИТТИРУЮЩАЯ ЛИХОРАДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) сыпного тифа
- 2) острого бруцеллеза
- 3) малярии

17. ГЕКТИЧЕСКИЙ ТИП ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) сыпного тифа
- 2) брюшного тифа
- 3) сепсиса

18. СИНДРОМ ЭКЗАНТЕМЫ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ

- 1) иерсиниозах
- 2) бешенстве
- 3) бруцеллезе

19. РОЗЕОЛЕЗНАЯ СЫПЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) менингококкемии
- 2) краснухи
- 3) брюшного тифа

20. СИНДРОМ ЛИМФАДЕНИТА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) туляремии
- 2) лептоспироза
- 3) столбняка

21. СИНДРОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИИ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ

- 1) инфекционном мононуклеозе
- 2) гриппе
- 3) роже

22. СИНДРОМ ГЕПАТО- И СПЛЕНОМЕГАЛИИ ТИПИЧЕН ДЛЯ

- 1) столбняка
- 2) шигеллеза
- 3) брюшного тифа

23. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ

- 1) бруцеллезе
- 2) микоплазмозе
- 3) сыпном тифе

24. К МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) иммунный блоттинг и иммуноферментный анализ
- 2) метод гибридизации нуклеиновых кислот и полимеразная цепная реакция
- 3) прямая и непрямая реакции иммунофлюоресценции

25. АВИДНОСТЬ АНТИТЕЛ – ЭТО

- 1) исчезновение специфических IgM и появление специфических IgG
- 2) период, когда специфические IgM уже не определяются, а специфические IgG еще не наработались
- 3) прочность связи между антителом и антигеном

26. МЕХАНИЗМ БАКТЕРИЦИДНОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) повышение иммуногенеза больного
- 2) прекращение или приостановление развития возбудителя
- 3) необратимое нарушение жизнедеятельности возбудителя

27. МЕХАНИЗМ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) гемодилюцию, форсирование выведения токсических веществ и стабилизацию мембран клеток
- 2) стимуляцию иммуногенеза больного и повышение резистентности тканей
- 3) восстановление жидкостного и ионного гомеостаза больного

28. МЕХАНИЗМ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) гемодилюцию
- 2) стабилизацию мембран клеток
- 3) восстановление жидкостного и ионного гомеостаза больного

29. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

- 1) подавляют размножение вируса в клетке
- 2) блокируют “свободные” вирусы, находящиеся в межклеточной жидкости, лимфе и крови
- 3) создают противовирусное состояние незараженных клеток

30. В ФОРМИРОВАНИИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) кратность приема антибактериальных препаратов
- 2) продолжительность применения антибактериальных препаратов
- 3) способ назначения антибактериальных препаратов

## РАЗДЕЛ II. ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

### ТЕМА № 1. ГРИПП

#### И ДРУГИЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ)

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГРИППА ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ
  - 1) Flaviviridae
  - 2) Orthomyxoviridae
  - 3) Reoviridae
  
2. НАИБОЛЬШЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ СЕРОТИП ВИРУСА ГРИППА
  - 1) А
  - 2) В
  - 3) С
  
3. К БЕЛКАМ СУПЕРКАПСИДА ВИРУСА ГРИППА ОТНОСЯТСЯ
  - 1) РВ1-транскриптаза и РВ2-эндонуклеаза
  - 2) Н-гемагглютинин и N-нейраминидаза
  - 3) NP-нуклеопротеин и М1-матриксный белок
  
4. ОБРАЗОВАНИЕ НОВЫХ СУБТИПОВ ВИРУСА ГРИППА, ПОТЕНЦИАЛЬНО СПОСОБНЫХ ПРИВОДИТЬ К ПАНДЕМИИ, ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ
  - 1) антигенного шифта и реассортации
  - 2) антигенного дрейфа
  - 3) встраивания генома вируса в геном клетки хозяина
  
5. ИЗ ОРВИ НАИБОЛЕЕ МАССОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) аденовирусная инфекция
  - 2) грипп
  - 3) микоплазменная инфекция
  
6. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) человек, находящийся в инкубационном периоде
  - 2) больной в периоде разгара
  - 3) реконвалесцент
  
7. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ
  - 1) аспирационный
  - 2) контактный
  - 3) фекально-оральный

8. СЕЗОННОСТЬ ПРИ ПАРАГРИППЕ

- 1) осенне-зимняя
- 2) зимне-весенняя
- 3) отсутствует

9. ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГРИППА ИМЕЕТ

- 1) репликация возбудителя в клетках цилиндрического эпителия верхних дыхательных путей
- 2) репликация возбудителя в лимфоидной ткани
- 3) репликация возбудителя в эпителии слизистой оболочки кишечника

10. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ КРУПА ПРИ ПАРАГРИППЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спазм мышц гортани
- 2) отек подсвязочного пространства
- 3) обильная экссудация слизи

11. БРОНХИ, БРОНХИОЛЫ И АЛЬВЕОЛЫ ПОРАЖАЮТСЯ ЧАЩЕ ПРИ

- 1) гриппе
- 2) аденовирусной инфекции
- 3) РС-инфекции

12. ПЛЕНЧАТЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) парагриппе
- 2) аденовирусной инфекции
- 3) РС-инфекции

13. ПРИ ОРВИ

- 1) пневмония – частое проявление микоплазменной инфекции
- 2) аденовирусная инфекция характеризуется выраженным ларинготрахеитом
- 3) риновирусная инфекция отличается от других заболеваний интенсивным приступообразным кашлем

14. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГРИППЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10-12 часов
- 2) от 10 часов до нескольких дней
- 3) 5-10 дней

15. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ГРИППЕ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) сыпь
- 2) гиперемия и зернистость мягкого неба
- 3) лимфаденопатия

16. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛИХОРАДКИ ПРИ ГРИППЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-3 дня
- 2) 3-5 дней
- 3) 7-10 дней

17. ДЛЯ ПАРАГРИППА ХАРАКТЕРЕН

- 1) назофарингит
- 2) ларингит
- 3) трахеит

18. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПАРАГРИППА У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) синусит
- 2) миокардит
- 3) пневмония

19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПАРАГРИППА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфекционно-токсический шок
- 2) острый стеноз гортани
- 3) пневмония

20. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) высокая лихорадка
- 2) обильные водянистые выделения из носа
- 3) выраженные воспалительные изменения в ротоглотке

21. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН

- 1) фарингит
- 2) бронхит
- 3) ларингит

22. АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДРУГИХ ОРВИ

- 1) поражением лимфоидной ткани
- 2) поражением легких
- 3) лихорадкой

23. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ГРИППА В ГЕМОГРАММЕ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) лейкоцитоз
- 2) лейкопения
- 3) повышение СОЭ

24. ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ОРВИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) вирусологическое исследование респираторных образцов
- 2) иммунофлюоресцентный анализ респираторных образцов с определением антигена возбудителя
- 3) серологические тесты с определением специфических антител в парных сыворотках

25. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГРИППА А/Н<sub>1</sub>Ν<sub>1</sub> ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ПЦР-анализ респираторных образцов
- 2) вирусологическое исследование респираторных образцов
- 3) серологическое тестирование с определением специфических антител в парных сыворотках

26. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) римантадин
- 2) фторхинолоны
- 3) ацикловир

27. ПРИ ГРИППЕ

- 1) всем больным следует назначать жаропонижающие средства
- 2) антимикробная терапия показана только при формировании осложнений
- 3) антибактериальные препараты показаны всем больным с целью профилактики бактериальных осложнений

28. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА А/Н<sub>1</sub>Ν<sub>1</sub> ПРИМЕНЯЮТ (В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ВОЗ)

- 1) римантадин и амантадин
- 2) осельтамивир и занамивир
- 3) интерфероны и индукторы эндогенного интерферона

29. ВОЗБУДИТЕЛЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ЧУВСТВИТЕЛЕН

- 1) к респираторным фторхинолонам
- 2) к пенициллину
- 3) к аминогликозидам

## ТЕМА № 2. МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

*Выберите один правильный ответ.*

### 1. МЕНИНГОКОКК

- 1) выделяет при гибели эндотоксин, растет на простых питательных средах, устойчив во внешней среде, чувствителен к пенициллину
- 2) грам (-), выделяет при гибели эндотоксин, растет на средах с добавлением белка, неустойчив во внешней среде, чувствителен к пенициллину
- 3) грам (+), выделяет экзотоксин, растет на живых питательных средах, устойчив к дезинфицирующим веществам, чувствителен к пенициллину

### 2. МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к сапронозам
- 2) к зоонозам
- 3) к антропонозам

### 3. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) воздушно-пылевой
- 2) трансплацентарный
- 3) воздушно-капельный

### 4. СЕЗОННОСТЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) осенне-зимняя
- 2) зимне-весенняя
- 3) отсутствует

### 5. ИММУНИТЕТ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) нестерильный
- 2) напряженный
- 3) кратковременный

### 6. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кожные покровы
- 2) носоглотка
- 3) ротоглотка

7. ТИП ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) серозный
- 2) геморрагический
- 3) гнойный

8. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) мягкая мозговая оболочка
- 2) твердая мозговая оболочка
- 3) вещество мозга

9. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отек головного мозга
- 2) поражение сосудов
- 3) поражение почек

10. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) несколько часов-1 сутки
- 2) 1-10 дней
- 3) 2-30 дней

11. ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОГО НАЗОФАРИНГИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) острое начало, повышение температуры тела до 38-39°C продолжительностью 2-4 дня, общее недомогание, инъекция склер и конъюнктив, заложенность носа, гиперемия и отечность задней части носовых раковин, гиперплазия лимфоидных фолликулов и гиперемия задней стенки глотки
- 2) нормальная температура тела, общее недомогание, инъекция склер и фибриновые пленки на конъюнктивах, серозное отделяемое из носа, в ротоглотке – гиперемия и наличие энантемы
- 3) субфебрильная температура продолжительностью 7-10 дней, инъекция склер и конъюнктив, заложенность носа с серозно-геморрагическим отделяемым, в ротоглотке – разлитая гиперемия, на миндалинах – везикулезные элементы

12. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) диффузная интенсивная головная боль и рвота
- 2) геморрагическая сыпь
- 3) гепато- и спленомегалия

13. ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ В ЛИКВОРЕ ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) нейтрофильный плеоцитоз, повышение содержания белка, наличие эритроцитов, повышение уровня глюкозы
- 2) нейтрофильный плеоцитоз, повышение содержания белка, снижение уровня глюкозы, положительные осадочные реакции
- 3) лимфоцитарный плеоцитоз, повышение содержания белка, снижение уровня глюкозы, положительные осадочные реакции

14. ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) выраженным нейтрофильным цитозом
- 2) резким снижением уровня глюкозы
- 3) резким повышением содержания белка

15. ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфекционно-токсический шок
- 2) отек-набухание головного мозга
- 3) абсцесс головного мозга

16. СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ

- 1) уртикарная
- 2) розеолезная
- 3) геморрагическая “звездчатая”

17. ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ СЫПЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на 1-2 сутки
- 2) на 3-5 сутки
- 3) на 7-10 сутки

18. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРАВОМЕРЕН ПРИ

- 1) менингококкемии
- 2) менингите
- 3) любой клинической форме заболевания

19. ДЛЯ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) падение температуры тела до субнормальной, урежение пульса, потеря сознания, наличие судорог
- 2) гипертермия, колебания пульса (брадикардия → тахикардия), нарушение сознания, судороги
- 3) потеря сознания, падение АД, снижение температуры тела до нормальной, анурия

20. СИНДРОМ УОТЕРХАУЗА-ФРИДЕРИКСЕНА – ЭТО

- 1) острый некроз и недостаточность надпочечников при молниеносной форме менингококкемии
- 2) отек-набухание головного мозга при менингоэнцефалите с переходом в кому
- 3) реакция организма на введение бактерицидных препаратов

21. ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОФИЛЕ ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ
- 2) лейкопения, лимфо- и моноцитоз, повышение СОЭ
- 3) лейкоцитоз, выраженные лимфо- и моноцитоз, наличие атипичных мононуклеаров

22. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бактериологическое исследование крови
- 2) бактериологическое исследование носоглоточной слизи
- 3) бактериологическое исследование ликвора

23. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бензилпенициллин
- 2) ципрофлоксацин
- 3) левомицетин

24. КРИТЕРИЯМ ОТМЕНЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО С МЕНИНГОКОККОВЫМ МЕНИНГИТОМ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) цитоз ликвора менее 0,01 Г/л
- 2) цитоз ликвора менее 0,1 Г/л
- 3) цитоз ликвора менее 0,2 Г/л

25. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕНИНГОКОККЕМИЕЙ И ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бензилпенициллин
- 2) цефтриаксон
- 3) левомицетин

26. ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) регидратация
- 2) дегидратация
- 3) коррекция метаболического ацидоза

27. В ЛЕЧЕНИИ МЕНИНГОКОККЕМИИ С ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ I СТЕПЕНИ ПРИМЕНЯЮТ ПРЕДНИЗОЛОН В ДОЗЕ

- 1) 5 мг/кг массы тела
- 2) 2 мг/кг массы тела
- 3) 0,05 мг/кг массы тела

28. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 12 месяцев

### ТЕМА № 3. ДИФТЕРИЯ

*Выберите один правильный ответ.*

#### 1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ДИФТЕРИИ

- 1) грам (+), растет на питательных средах, содержащих белок, относительно устойчив в окружающей среде, выделяет экзотоксин
- 2) грам (-), растет на средах с добавлением белка, неустойчив в окружающей среде, выделяет при гибели эндотоксин
- 3) грам (+), растет на специальных питательных средах, устойчив в окружающей среде, основной фактор патогенности – экзотоксин

#### 2. ПРИ ДИФТЕРИИ

- 1) источник инфекции – больные и носители токсигенных штаммов возбудителя
- 2) дополнительный источник инфекции – носители нетоксигенных штаммов возбудителя
- 3) восприимчивость всеобщая, не зависящая от уровня антитоксического иммунитета

#### 3. ПРОТЕКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРИ ДИФТЕРИИ

- 1) нестерильный
- 2) антитоксический
- 3) типоспецифический

#### 4. ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) действие экзотоксина
- 2) эндотоксинемия
- 3) бактериемия

#### 5. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ДИФТЕРИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-3 дня
- 2) 2-12 дней
- 3) 13-15 дней

#### 6. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) локализованная дифтерия ротоглотки
- 2) дифтерия дыхательных путей
- 3) дифтерия носа

7. НАЛЕТЫ ПРИ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ

- 1) желтого цвета
- 2) имеют грязно-серую неомогенную окраску
- 3) серовато-белого цвета

8. ДИФТЕРИЙНАЯ ПЛЕНКА

- 1) спаяна с подлежащей тканью
- 2) между стеклами легко растирается
- 3) в воде не тонет

9. СИМПТОМЫ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ

- 1) представлены лихорадкой до 38-39°C
- 2) слабо выражены
- 3) сохраняются до 10 дней

10. ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ХАРАКТЕРНО

- 1) расположение фибриновых налетов на миндалинах и слизистой оболочке ротоглотки
- 2) расположение фибриновых налетов только на миндалинах
- 3) отек слизистой оболочки ротоглотки

11. ДЛЯ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ХАРАКТЕРНО

- 1) распространение налетов за пределы миндалин
- 2) увеличение регионарных лимфоузлов
- 3) отек подкожной клетчатки шеи

12. ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пневмония
- 2) полиартрит
- 3) токсическая полинейропатия

13. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение размеров сердца
- 2) нарушение проводимости по данным ЭКГ
- 3) повышение активности кардиоспецифических ферментов в сыворотке крови

#### 14. ДЛЯ ДИФТЕРИЙНОГО КРУПА ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМО

- 1) постепенное начало в течение нескольких дней, лихорадка, сухой “лающий” кашель, охриплость голоса, переходящая в афонию, шумное дыхание с затрудненным вдохом
- 2) острое начало (чаще ночью), признаки интоксикации и лихорадка, громкий лающий кашель, переходящая осиплость голоса, гиперемия слизистой ротоглотки
- 3) внезапное начало на фоне полного здоровья, отсутствие лихорадки, признаков интоксикации и катаральных симптомов, сухой приступообразный кашель

#### 15. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ФУЛМИНАНТНЫХ ФОРМАХ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) паралич дыхательной мускулатуры
- 2) миокардит
- 3) инфекционно-токсический шок

#### 16. В ОТНОШЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИФТЕРИИ

- 1) выделение любого штамма *Corynebacterium diphtheriae* из очага поражения достаточно для подтверждения диагноза
- 2) для подтверждения диагноза необходимо выделение токсигенного штамма *Corynebacterium diphtheriae*
- 3) результаты серологических тестов имеют первостепенное значение

#### 17. ПРИ ДИФТЕРИИ

- 1) противодифтерийную сыворотку следует вводить немедленно на дому при подозрении на дифтерию
- 2) противодифтерийную сыворотку следует вводить только при получении бактериологического подтверждения диагноза
- 3) при легком течении заболевания при наличии противопоказаний следует воздержаться от введения противодифтерийной сыворотки

#### 18. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФТЕРИИ

- 1) противодифтерийная сыворотка эффективна только при введении в первые дни болезни
- 2) эффективность противодифтерийной сыворотки прямо пропорциональна ее дозе
- 3) противодифтерийная сыворотка эффективна в терапии специфических осложнений заболевания

## 19. ДОЗА ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ СЫВОРОТКИ

- 1) определяется тяжестью течения болезни
- 2) назначается из расчета на 1 кг массы тела больного
- 3) зависит от сроков заболевания

## 20. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИФТЕРИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- 1) обязательно раннее введение противодифтерийной сыворотки
- 2) основное значение имеют антибактериальные препараты
- 3) в легких случаях можно ограничиться введением сыворотки на дому

## 21. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ДИФТЕРИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) не менее 6 месяцев

## 22. ПРИ ДИФТЕРИИ

- 1) больные и носители токсигенных штаммов коринебактерий подлежат изоляции
- 2) изоляция носителей токсигенных штаммов коринебактерий возможна в домашних условиях
- 3) изоляция носителей токсигенных штаммов коринебактерий не проводится

## **ТЕМА № 4. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ (ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ)**

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВИРУС ЭПШТЕЙНА-БАРР ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ
  - 1) герпесвирусов
  - 2) гаммагерпесвирусов
  - 3) лимфотропных вирусов
  
2. ВИРУС ЭПШТЕЙНА-БАРР ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА ТИПА
  - 1) 1
  - 2) 2
  - 3) 4
  
3. ВИРУС ЭПШТЕЙНА-БАРР СОДЕРЖИТ
  - 1) две нити ДНК
  - 2) одну нить РНК
  - 3) две нити РНК
  
4. ВИРУС ЭПШТЕЙНА-БАРР ОБЛАДАЕТ ТРОПИЗМОМ
  - 1) к В-лимфоцитам
  - 2) к Т-лимфоцитам
  - 3) к макрофагам
  
5. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ
  - 1) относится к антропозоонозам
  - 2) относится к заболеваниям с аспирационным механизмом передачи возбудителя
  - 3) является заболеванием раннего детского возраста
  
6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ
  - 1) 4-7 дней
  - 2) 5-50 дней
  - 3) 3 недели-3 месяца

7. ТИПИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМОКОМПЛЕКС ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) лихорадкой, полиаденопатией, явлениями тонзиллита, гепато- и спленомегалией
- 2) интоксикационным синдромом, явлениями фарингита и конъюнктивита, полиаденопатией, гепато- и спленомегалией, диарейным синдромом
- 3) высокой лихорадкой, выраженным интоксикационным синдромом, явлениями лакунарного тонзиллита, увеличением тонзиллярных лимфоузлов

8. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ПОРАЖЕНИЕ МИНДАЛИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) тонзиллитом с налетами, легко снимающимися шпателем
- 2) тонзиллитом с налетами, тесно спаянными с миндалинами (поверхность после снятия налета кровоточит)
- 3) наличием на одной миндалине язвы с зеленовато-серым налетом

9. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ СИНДРОМ ЭКЗАНТЕМЫ ПРЕДСТАВЛЕН

- 1) макулярной сыпью
- 2) энантемой мягкого неба
- 3) обильной пятнисто-папулезной сыпью с этапностью появления

10. КАРТИНА “ОСТРОГО ЖИВОТА” ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) острым аппендицитом
- 2) увеличением мезентериальных лимфатических узлов
- 3) перфорацией язвы подвздошной кишки

11. ТИПИЧНЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1) лейкопенией, лимфо- и моноцитозом
- 2) незначительным лейкоцитозом, лимфо- и моноцитозом с атипичными мононуклеарами (более 10%)
- 3) лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом влево

12. В ПЕРИОДЕ РАЗГАРА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА В ИФА КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) анти-VCA IgM
- 2) анти-VCA IgM и IgG, анти-EA IgM и IgG
- 3) анти-VCA IgG, анти-EBNA IgG

13. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

- 1) как правило, патогенетической и симптоматической направленности
- 2) включает раннее назначение антибактериальных препаратов
- 3) обязательно проводится в стационарных условиях

14. ИНТРОН А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интерфероном- $\alpha$
- 2) интерфероном- $\beta$
- 3) интерфероном- $\gamma$

15. ВАЛАЦИКЛОВИР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ненуклеозидным ингибитором ревертазы
- 2) ингибитором протеазы
- 3) нуклеозидным ингибитором ревертазы

16. ЦИКЛОФЕРОН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интерфероном- $\alpha$
- 2) интерферогеном
- 3) ингибитором протеазы

17. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1) аминогликозиды
- 2) аминопенициллины
- 3) макролиды

18. АДЕКВАТНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 15-50 мг в пересчете на преднизолон
- 2) 30-80 мг в пересчете на преднизолон
- 3) 120-180 мг в пересчете на преднизолон

## РАЗДЕЛ III. КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ

### ТЕМА № 1. БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А, В и С

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛИ ТИФО-ПАРАТИФОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ЭТО
  - 1) грамотрицательные бактерии, подвижные, спор и капсул не образуют, содержат эндотоксин, О-, Н- и Vi-антигены
  - 2) грамположительные бактерии, подвижные, спор и капсул не образуют, содержат экзотоксин, О-, Н- и Vi-антигены
  - 3) грамотрицательные бактерии, подвижные, образуют споры, содержат эндотоксин, О-, Н- и Vi-антигены
2. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРЮШНОГО ТИФА
  - 1) устойчив во внешней среде
  - 2) сохраняется при нагревании до 100°C
  - 3) способен размножаться в овощах при хранении
3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ СПОРАДИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРЮШНЫМ ТИФОМ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) больной брюшным тифом в разгар заболевания
  - 2) хронический бактериовыделитель *S. typhi*
  - 3) реконвалесцент после брюшного тифа
4. МАКСИМАЛЬНАЯ КОНТАГИОЗНОСТЬ БОЛЬНОГО БРЮШНЫМ ТИФОМ ИМЕЕТ МЕСТО
  - 1) в конце инкубации
  - 2) в первые дни болезни
  - 3) в конце 2 и начале 3 недели болезни
5. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
  - 1) контактно-бытовой, водный, парентеральный
  - 2) водный, алиментарный, аэрогенный
  - 3) контактно-бытовой, водный, пищевой
6. СЕЗОННОСТЬ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ РАСПРОСТРАНЕНИИ БРЮШНОГО ТИФА
  - 1) отсутствует
  - 2) осенне-летняя
  - 3) осенне-зимняя

7. ВЕДУЩИМ В ПАТОГЕНЕЗЕ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) поражение лимфатического аппарата тонкой кишки
  - 2) поражение лимфатического аппарата толстой кишки
  - 3) поражение печени и селезенки
8. ОСНОВНЫЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ
- 1) в подвздошной кишке
  - 2) в поперечноободочной кишке
  - 3) в сигмовидной кишке
9. ПОВТОРНОЕ ПРОНИКНОВЕНИЕ БРЮШНОТИФОЗНЫХ БАКТЕРИЙ В ПРОСВЕТ ТОНКОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ
- 1) непосредственно из крови
  - 2) из желчного пузыря с желчью
  - 3) из лимфатических образований кишечника
10. РАЗВИТИЕ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
- 1) вирулентностью возбудителя
  - 2) индивидуальным неадекватным иммунным ответом макроорганизма
  - 3) особенностями репарационных процессов в кишечнике
11. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 7-14 дней
  - 2) 3-21 дней
  - 3) 28 и более дней
12. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) лихорадка
  - 2) сыпь
  - 3) кишечное кровотечение
13. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ТИПИЧНЫМИ ТЕМПЕРАТУРНЫМИ КРИВЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) трапецевидная Вундерлиха, фебрильная Кильдюшевского, волнообразная Боткина
  - 2) субфебрильная, интермиттирующая, волнообразная Боткина
  - 3) трапецевидная Вундерлиха, субфебрильная, интермиттирующая

14. СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на 1-3 сутки заболевания
- 2) на 4-7 сутки заболевания
- 3) на 8-10 сутки заболевания

15. СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) розеолезными элементами
- 2) петехиальными элементами
- 3) уртикарными элементами

16. СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1) лица
- 2) живота и нижней части грудной клетки
- 3) боковых поверхностей туловища и сгибательных поверхностей конечностей

17. ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- 1) сыпь появляется одновременно
- 2) типичен феномен “подсыпания”
- 3) розеолы при надавливании приобретают ярко-розовую окраску

18. ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРИОДЕ РАЗГАРА БРЮШНОГО ТИФА ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- 1) относительной брадикардией
- 2) тахикардией
- 3) артериальной гипертензией

19. СЫПЬ ПРИ ПАРАТИФЕ А ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на 1-3 день болезни
- 2) на 4-7 день болезни
- 3) на 10-12 день болезни

20. СЫПЬ ПРИ ПАРАТИФЕ А

- 1) скудная, петехиальная, с преимущественной локализацией на коже нижних конечностей
- 2) полиморфная (розеолезная, кореподобная, петехиальная), с локализацией на коже груди и живота
- 3) мономорфная, розеолезная, равномерно покрывающая все тело

21. К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРАТИФА В ОТНОСИТСЯ
- 1) преобладание катарального синдрома при отсутствии экзантемы
  - 2) преобладание катарального синдрома с полиморфной сыпью
  - 3) частое наличие гастроэнтеритического синдрома и обильной розеолезной сыпи
22. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) острый аппендицит, острый тромбоз
  - 2) кишечное кровотечение, перфорация тонкой кишки
  - 3) панкреатит, менингит
23. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ВОЗНИКАЮТ
- 1) на 1 неделе заболевания
  - 2) на 2 неделе заболевания
  - 3) на 3 неделе заболевания
24. ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОГРАММЫ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
- 1) лейкопенией с относительным лимфоцитозом
  - 2) умеренным лейкоцитозом
  - 3) нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом влево
25. РАННИМ МЕТОДОМ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) выделение гемокультуры
  - 2) выделение копрокультуры
  - 3) выделение уринокультуры
26. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ БРЮШНОГО ТИФА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) ампициллин
  - 2) ципрофлоксацин
  - 3) левомицетин
27. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРОВОДИТСЯ
- 1) в течение 7-10 дней
  - 2) до нормализации температуры тела
  - 3) до 10 дня после нормализации температуры тела
28. ВЫПИСКУ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ БРЮШНОГО ТИФА ПРОВОДЯТ НЕ РАНЕЕ
- 1) 10-12 дня нормальной температурной реакции
  - 2) 18-20 дня нормальной температурной реакции
  - 3) 21-23 дня нормальной температурной реакции

29. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ БРЮШНОГО ТИФА (НЕ ОТНОСЯЩИХСЯ К ДЕКРЕТИРОВАННЫМ ГРУППАМ) СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) однократный отрицательный результат бактериологического исследования кала
- 2) трехкратный отрицательный результат бактериологического исследования кала и мочи (с однократным отрицательным результатом бактериологического исследования желчи)
- 3) трехкратный отрицательный результат бактериологического исследования кала

30. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ТИФО-ПАРАТИФОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев

## ТЕМА № 2. САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

*Выберите один правильный ответ.*

### 1. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ САЛЬМОНЕЛЛ ЛЕЖИТ

- 1) патогенность
- 2) антигенная структура по О-антигенам
- 3) антигенная структура по К-антигенам

### 2. САЛЬМОНЕЛЛЫ

- 1) в окружающей среде образуют споры
- 2) являются грамположительными микроорганизмами
- 3) являются грамотрицательными микроорганизмами

### 3. ВОЗБУДИТЕЛИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

- 1) обладают высокой резистентностью во внешней среде к воздействию химических и физических факторов от нескольких недель до 1 месяца
- 2) хорошо переносят высушивание и низкие температуры, но быстро погибают под действием прямых солнечных лучей и нагревания
- 3) длительно сохраняются в окружающей среде (от нескольких дней до 18 месяцев), устойчивы к солению и копчению, в молочных и готовых мясных продуктах сохраняются и размножаются, не изменяя органолептических свойств и внешнего вида продукта

### 4. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) пищевые продукты
- 2) инфицированные люди, животные и птицы
- 3) грызуны

### 5. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) воздушно-пылевой
- 2) алиментарный
- 3) водный

### 6. МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) инвазию возбудителя в энтероциты
- 2) воздействие энтеротоксина возбудителя на аденилатциклазную систему энтероцитов
- 3) подавление синтеза простагландинов

7. ТИП ДИАРЕИ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

- 1) гиперсекреторный
- 2) гиперэкссудативный
- 3) гиперосмолярный

8. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА (В СРАВНЕНИИ С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) проникновение сальмонелл в слизистую оболочку тонкого кишечника
- 2) внутриклеточное размножение и гибель микроорганизма
- 3) паренхиматозная диффузия возбудителя

9. ИММУНИТЕТ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ

- 1) стойкий
- 2) непродолжительный, видо- и типоспецифический
- 3) относительно стойкий, видоспецифический и антитоксический

10. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 12-18 дней
- 2) 1-8 дней
- 3) 2-24 часа (до 48 часов)

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИНДРОМОМ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гастроэнтерит
- 2) дистальный колит
- 3) гастроэнтероколит

12. ПРИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) болезненная и спазмированная сигма
- 2) болезненность и урчание в илеоцекальной области
- 3) тенезмы и ложные позывы к дефекации

13. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) стул в виде "горохового супа" с кисловатым запахом
- 2) жидкий, обильный, зловонный, пенистый, темно-зеленого цвета стул
- 3) необильный, коричневой окраски, со слизью и прожилками крови (в виде ректального "плевка") стул

14. ПРОЯВЛЕНИЕМ ТИФОПОДОБНОГО ВАРИАНТА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) розеолезная сыпь
  - 2) выраженное обезвоживание
  - 3) менингеальный синдром
15. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) коллапс
  - 2) шок смешанного генеза
  - 3) гнойный артрит
16. ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) кровь
  - 2) мочу
  - 3) кал
17. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) кровь
  - 2) рвотные массы
  - 3) спинномозговую жидкость
18. ЗАБОР КРОВИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ПРОВОДИТСЯ
- 1) на 7 и 14 сутки заболевания
  - 2) на 1 и 7 сутки заболевания
  - 3) на 1 и 14 сутки заболевания
19. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ
- 1) фуразолидон
  - 2) ампициллин
  - 3) ципрофлоксацин
20. ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА С ВЫРАЖЕННЫМ ОБЕЗВОЖИВАНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ
- 1) “Квартасоль”
  - 2) реополиглюкин
  - 3) 5% раствор глюкозы

21. ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНОГО МЕХАНИЗМА СЕКРЕЦИИ ЖИДКОСТИ В ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) энтерол
- 2) индометацин
- 3) галидор

22. АДЕКВАТНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИМ ШОКОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) струйное введение полиионных растворов
- 2) раннее назначение допамина
- 3) интенсивная антибиотикотерапия

23. ВЫПИСКА ИЗ СТАЦИОНАРА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ

- 1) после клинического выздоровления и однократного отрицательного результата бактериологического исследования кала
- 2) после клинического выздоровления и трехкратного отрицательного результата бактериологического исследования кала и мочи и однократного отрицательного результата бактериологического исследования желчи
- 3) после клинического выздоровления и трехкратного отрицательного результата бактериологического исследования кала

24. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ИЗ ДЕКРЕТИРОВАННЫХ ГРУПП СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 12 месяцев

### ТЕМА № 3. ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

*Выберите один правильный ответ.*

#### 1. ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- 1) вызываются условно-патогенной флорой
- 2) вызываются патогенными микроорганизмами кишечной группы
- 3) характеризуются тем, что источником инфекции являются пищевые продукты

#### 2. К ГРУППЕ АНТРОПОНОЗОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) клостридиозы, протеез, клебсиеллез
- 2) стафилококкоз, энтерококкоз
- 3) аеромоноз, парагемолитическая инфекция

#### 3. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ

- 1) контактно-бытовой
- 2) водный
- 3) пищевой

#### 4. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-24 часа
- 2) 24-48 часов
- 3) 48-72 часа

#### 5. ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ

- 1) основной симптом – частый водянистый стул без патологических примесей
- 2) стул, как правило, жидкий, с примесью слизи
- 3) в тяжелых случаях развивается некротический энтерит

#### 6. ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ

- 1) постоянный симптом – тупые боли в животе
- 2) понос обычно предшествует появлению рвоты
- 3) у части больных – кратковременная лихорадка и симптомы общей интоксикации

#### 7. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

- 1) возможна высокая лихорадка продолжительностью до 5 суток и более
- 2) возможно развитие обезвоживания
- 3) в испражнениях появляется примесь слизи и крови

8. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОТРАВЛЕНИЯ ЯДОВИТЫМИ ГРИБАМИ ОТ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ
  - 1) наличие тошноты, рвоты и частого жидкого стула
  - 2) увеличение печени и желтуха в раннем периоде
  - 3) наличие головной боли, головокружения, слабости и гипотонии
  
9. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
  - 1) бактериологическое исследование рвотных масс, промывных вод желудка и испражнений (с идентификацией аналогичного штамма возбудителя в остатках подозрительного пищевого продукта и биообразцах пациента)
  - 2) бактериологическое исследование мочи
  - 3) бактериологическое исследование крови
  
10. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИЕЙ (СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ) ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) антибактериальная терапия
  - 2) промывание желудка 2% раствором бикарбоната натрия
  - 3) внутривенные инфузии 0,9% раствора натрия хлорида
  
11. ОСНОВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) санитарно-гигиенический мониторинг за эпидемиологически значимыми объектами – источниками водоснабжения, водопроводной и канализационной сетями, очистными сооружениями и предприятиями, связанными с заготовкой, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов
  - 2) соблюдение правил личной гигиены
  - 3) санитарное просвещение населения

## ТЕМА № 4. БОТУЛИЗМ

*Выберите один правильный ответ.*

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ЧЕЛОВЕКА СЕРОВАРЫ ВОЗБУДИТЕЛЯ БОТУЛИЗМА**
  - 1) А, В и С
  - 2) А, В и Е
  - 3) А, В и F
  
2. **ВОЗБУДИТЕЛЬ БОТУЛИЗМА**
  - 1) размножается в пищевых продуктах при отсутствии доступа воздуха
  - 2) может размножаться в организме человека
  - 3) размножается в пищевых продуктах при создании аэробных условий
  
3. **БОТУЛОТОКСИН**
  - 1) является эндотоксином
  - 2) вырабатывается вегетативными формами возбудителя
  - 3) не разрушается при кипячении
  
4. **ПРИ БОТУЛИЗМЕ**
  - 1) источником инфекции является больной человек
  - 2) источником инфекции являются зараженные пищевые продукты
  - 3) резервуаром возбудителя являются животные
  
5. **ЗАРАЖЕНИЕ БОТУЛИЗМОМ ВОЗМОЖНО ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ**
  - 1) консервированных грибов
  - 2) плавленого сыра
  - 3) салата из свежей моркови
  
6. **БОТУЛОТОКСИН ДЕЙСТВУЕТ**
  - 1) на двигательные нейроны коры головного мозга
  - 2) на передние рога спинного мозга
  - 3) на холинергические синапсы центрального и парасимпатического отделов нервной системы
  
7. **ОСОБЕННО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К БОТУЛОТОКСИНУ**
  - 1) симпатические ганглии
  - 2) серое вещество спинного мозга
  - 3) мотонейроны спинного и продолговатого мозга

8. СРОКИ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЗАВИСЯТ ОТ

- 1) дозы токсина
- 2) значительного обсеменения продукта спорами возбудителя
- 3) рН желудочного содержимого макроорганизма

9. ПРИ БОТУЛИЗМЕ

- 1) заболевание, как правило, начинается с диспепсических расстройств
- 2) имеет место выраженная интоксикация
- 3) заболевание чаще начинается с неврологической симптоматики

10. ТЕМПЕРАТУРНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ БОТУЛИЗМЕ

- 1) высокая
- 2) нормальная или субфебрильная
- 3) гиперпиретическая

11. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) менингеальный
- 2) гастроинтестинальный
- 3) паралитический

12. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неукротимая рвота
- 2) нечеткость зрения
- 3) сопор

13. ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ ОФТАЛЬМОПЛЕГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) миоз
- 2) мидриаз, диплопия, анизокория
- 3) повышение корнеального рефлекса

14. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) парезами конечностей
- 2) парезом глазодвигательных мышц
- 3) мозжечковыми расстройствами

15. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бактериологический
- 2) реакция нейтрализации ботулотоксинов антитоксическими сыворотками (биопроба на мышах)
- 3) ИФА крови

#### 16. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО БОТУЛИЗМОМ

- 1) промывание желудка и очистительная клизма целесообразны только в ранние сроки заболевания
- 2) промывание желудка и очистительная клизма показаны только при подтверждении диагноза
- 3) промывание желудка и очистительная клизма необходимы во всех случаях

#### 17. ПРИ БОТУЛИЗМЕ

- 1) основной метод лечения – введение антитоксической противоботулинической сыворотки
- 2) введение антитоксической противоботулинической сыворотки показано только в 1 сутки заболевания
- 3) вопрос о введении антитоксической противоботулинической сыворотки решается индивидуально

#### 18. В КАЧЕСТВЕ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) ванкомицин
- 2) левомицетин
- 3) гентамицин

#### 19. ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА БОТУЛИЗМА У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯВШИХ ВМЕСТЕ С ЗАБОЛЕВШИМ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ, ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) иммунизацией антитоксическими противоботулиническими сыворотками
- 2) антибиотикопрофилактикой
- 3) активной иммунизацией ботулиническим полианатоксином

## ТЕМА № 5. ХОЛЕРА

*Выберите один правильный ответ.*

### 1. ХОЛЕРНЫЕ ВИБРИОНЫ – ЭТО

- 1) грамположительные палочки
- 2) грамотрицательные неспорообразующие палочки
- 3) грамотрицательные спорообразующие палочки

### 2. ХОЛЕРНЫЕ ВИБРИОНЫ ЭЛЬ-ТОР ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ КЛАССИЧЕСКИХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ

- 1) высокой устойчивостью во внешней среде
- 2) способностью гемолизировать эритроциты барана
- 3) резистентностью к антибактериальным препаратам

### 3. ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ

- 1) вырабатывает экзотоксин
- 2) неподвижен
- 3) содержит только эндотоксин

### 4. ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ

- 1) устойчив в кислой среде
- 2) неустойчив в окружающей среде
- 3) чувствителен к действию дезинфицирующих веществ

### 5. ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ ИНТЕНСИВНО РАЗМНОЖАЕТСЯ

- 1) в толстом кишечнике
- 2) в тонком кишечнике
- 3) в желудке

### 6. ПРИ ХОЛЕРЕ

- 1) возбудитель выделяется в окружающую среду с испражнениями и мочой
- 2) основным фактор передачи – вода
- 3) источником инфекции могут быть домашние животные

### 7. ПРИ ХОЛЕРЕ

- 1) часто формируется хроническое вибрионосительство
- 2) восприимчивость к инфекции невысокая
- 3) наибольшую опасность представляют больные с легкими и стертыми формами заболевания

8. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМ ДИАРЕЮ ПРИ ХОЛЕРЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) поражение токсическими субстанциями вибриона ферментативных систем энтероцитов
  - 2) проникновение вибриона в энтероциты
  - 3) воспаление слизистой оболочки кишечника
9. ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХОЛЕРЫ ОБУСЛОВЛИВАЕТ
- 1) интоксикация
  - 2) изотоническая дегидратация
  - 3) инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника
10. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНЫ НАЧАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ВИДЕ
- 1) диареи
  - 2) лихорадки
  - 3) схваткообразных болей в животе
11. К КЛИНИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ХОЛЕРЫ ОТНОСИТСЯ
- 1) раннее развитие обезвоживания
  - 2) начало заболевания с симптомов интоксикации и рвоты
  - 3) соответствие тяжести течения заболевания уровню лихорадки
12. ДЛЯ ХОЛЕРЫ ТИПИЧНЫ
- 1) испражнения в виде “малинового желе”
  - 2) испражнения в виде “горохового супа”
  - 3) испражнения в виде “рисового отвара”
13. ПРИ II СТЕПЕНИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ОРГАНИЗМА ОБЪЕМ ПОТЕРИ ЖИДКОСТИ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 7-9% массы тела
  - 2) 1-3% массы тела
  - 3) 4-6% массы тела
14. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ХОЛЕРЫ ИМЕЕТ МЕСТО
- 1) фебрильная температурная реакция
  - 2) нормальная температурная реакция
  - 3) субнормальная температурная реакция
15. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИАРЕИ ПРИ ХОЛЕРЕ ОТ ЭНТЕРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ДРУГОЙ ЭТИОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) зловонный запах испражнений
  - 2) наличие патологических примесей в испражнениях
  - 3) отсутствие болевого синдрома при дефекации

16. ОБЪЕКТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СТЕПЕНИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) показатель гематокрита
- 2) частота дыхания
- 3) частота сердечных сокращений

17. ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфекционно-токсический шок
- 2) гиповолемический шок
- 3) сочетанный шок (гиповолемический + инфекционно-токсический)

18. МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бактериологический анализ испражнений и рвотных масс
- 2) микроскопический анализ испражнений и рвотных масс
- 3) ИФА крови

19. ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОГО ХОЛEROЙ С I СТЕПЕНЬЮ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) 5% раствор глюкозы
- 2) регидрон
- 3) “Дисоль”

20. ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОГО ХОЛEROЙ С III СТЕПЕНЬЮ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) 5% раствор глюкозы
- 2) регидрон
- 3) “Квартасоль”

21. ПЕРВИЧНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛEROЙ С III-IV СТЕПЕНЬЮ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 30 минут
- 2) 1 часа
- 3) 1,5-2 часов

22. СТРУЙНОЕ ВЛИВАНИЕ ПОЛИИОННЫХ РАСТВОРОВ ПРИ ХОЛЕРЕ С III-IV СТЕПЕНЬЮ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПОСЛЕ

- 1) восстановления гемодинамических показателей
- 2) исчезновения рвоты
- 3) выраженного уменьшения объема и частоты дефекаций

23. КРИТЕРИЯМ ВЫПИСКИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ХОЛЕРЫ ИЗ СТАЦИОНАРА СООТВЕТСТВУЮТ

- 1) клиническое выздоровление и однократный отрицательный результат бактериологического исследования кала (для лиц из декретированных групп – двукратный отрицательный результат бактериологического исследования кала)
- 2) клиническое выздоровление (для лиц из декретированных групп с бактериологическим подтверждением диагноза – двукратный отрицательный результат бактериологического исследования кала)
- 3) клиническое выздоровление и трехкратный отрицательный результат бактериологического исследования кала (для лиц из декретированных групп – дополнительно однократное бактериологическое исследование желчи)

24. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ХОЛЕРЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев

25. ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ УГРОЗЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ХОЛЕРЫ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ ПРЕДСТАВЛЕНА

- 1) применением антибактериальных препаратов
- 2) иммунизацией холерной вакциной
- 3) иммунизацией холерогеном-анатоксином

## ТЕМА № 6. ШИГЕЛЛЕЗ

*Выберите один правильный ответ.*

1. ШИГЕЛЛЫ – ЭТО
  - 1) грамположительные палочки
  - 2) грамотрицательные неспорообразующие палочки
  - 3) грамотрицательные спорообразующие палочки
2. БОЛЬНОЙ ШИГЕЛЛЕЗОМ ВЫДЕЛЯЕТ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ
  - 1) с испражнениями и мочой
  - 2) с испражнениями и рвотными массами
  - 3) с испражнениями
3. ВЕДУЩИМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ГРИГОРЬЕВА-ШИГИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) пищевой
  - 2) водный
  - 3) контактно-бытовой
4. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ФЛЕКСНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) пищевой
  - 2) водный
  - 3) контактно-бытовой
5. ВЕДУЩИМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ЗОННЕ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) пищевой
  - 2) водный
  - 3) контактно-бытовой
6. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ШИГЕЛЛЕЗА ВЫЗЫВАЮТ
  - 1) шигеллы Флекснера
  - 2) шигеллы Григорьева-Шиги
  - 3) шигеллы Зонне
7. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
  - 1) в тонкой кишке
  - 2) в проксимальных отделах толстой кишки
  - 3) в дистальных отделах толстой кишки

8. ПРИ ОСТРОМ ШИГЕЛЛЕЗЕ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ
- 1) катарально-геморрагический проктосигмоидит
  - 2) атрофический проктосигмоидит
  - 3) гангренозный проктосигмоидит
9. ИММУНИТЕТ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ
- 1) стойкий
  - 2) непродолжительный, видо- и типоспецифический
  - 3) относительно стойкий, видоспецифический и антитоксический
10. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) до 1 суток
  - 2) 2-5 дней
  - 3) 5-10 дней
11. СТУЛ ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЕЗА
- 1) обильный, водянистый, без примесей
  - 2) скудный, жидкий, с примесями слизи и крови
  - 3) обильный, жидкий, со слизью и кровью
12. БОЛИ ПРИ ОСТРОМ ШИГЕЛЛЕЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ
- 1) в илеоцекальной области
  - 2) в околопупочной области
  - 3) в левой подвздошной области
13. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЕЗА ОПРЕДЕЛЯЕТ
- 1) выраженность катарально-эрозивных явлений в прямой и сигмовидной кишках
  - 2) наличие эритроцитов, лейкоцитов и слизи в большом количестве в копрограмме
  - 3) выраженность клинических проявлений интоксикации и диареи
14. КОМПЛЕКС КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЕЗА ПРЕДСТАВЛЕН
- 1) повышением температуры тела до  $39,0^{\circ}\text{C}$ , частым жидким стулом до 15 раз в сутки с примесью слизи и прожилками крови, вздутием живота
  - 2) повышением температуры тела до  $39,4^{\circ}\text{C}$ , бескаловым стулом, резкой болью в области сигмовидной кишки
  - 3) повышением температуры тела до  $39,4^{\circ}\text{C}$ , многократной рвотой, жидким стулом до 25 раз в сутки, снижением тургора подкожной клетчатки, приглушением тонов сердца

15. ВЫРАЖЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- 1) колитического варианта
  - 2) гастроэнтеритического варианта
  - 3) любого клинического варианта
16. СИТУАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ШИГЕЛЛЕЗА СООТВЕТСТВУЕТ
- 1) выявление бактерионосительства шигелл среди контактных в очаге
  - 2) пребывание накануне заболевания в регионе с высокой заболеваемостью шигеллезом
  - 3) выделение шигелл у больного (в анамнезе, за 3 месяца до заболевания на профосмотре)
17. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) бактериологическое исследование кала
  - 2) ректороманоскопия
  - 3) копрологическое исследование
18. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) ципрофлоксацин
  - 2) гентамицин
  - 3) эрсефурил
19. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЕЗА (СРЕДНЕТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ) ПРИМЕНЯЮТ
- 1) ципрофлоксацин (per os)
  - 2) интетрикс
  - 3) ципрофлоксацин (внутривенно) + гентамицин (внутримышечно)
20. КОМПЛЕКС ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ШИГЕЛЛЕЗЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) левомицетин per os в течение 10 дней, дезинтоксикационные препараты, ликопид
  - 2) ципрофлоксацин per os в течение 7 дней, дезинтоксикационные препараты, ликопид, пробиотики
  - 3) фуразолидон в течение 7 дней, дезинтоксикационные препараты, адсорбенты (смекта, активированный уголь и др.) и симптоматические средства (имодиум)

21. В ОТНОШЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЕЗА ИЗ ДЕКРЕТИРОВАННЫХ ГРУПП

- 1) наблюдение в течение 6 месяцев с ежемесячным осмотром и бактериологическим обследованием, трудоустройство вне пищевого предприятия
- 2) наблюдение в течение 3 месяцев с клиническим обследованием и бактериологическим исследованием кала (двукратное с интервалом 2-3 дня) в конце наблюдения
- 3) диспансеризация не проводится, трудоустройство вне пищевого предприятия

22. В ОТНОШЕНИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЕЗА

- 1) противоэпидемические мероприятия не проводятся
- 2) заключительная дезинфекция; “пищевики” и приравненные к ним дети (неорганизованные до 2 лет, организованные детские коллективы) – наблюдение врача в течение 7 дней (термометрия 2 раза в сутки, пальпация живота, осмотр стула, однократное бактериологическое исследование кала, сообщение по месту работы/в детское учреждение)
- 3) текущая дезинфекция; клиническое наблюдение (осмотр стула, пальпация живота, термометрия) в течение 7 дней и однократное бактериологическое исследование кала у всех контактных; сообщение по месту работы/учебы

## ТЕМА № 7. АМЕБИАЗ

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ АМЕБИАЗА ОТНОСИТСЯ
  - 1) к бактериям
  - 2) к микоплазмам
  - 3) к простейшим
  
2. ВОЗБУДИТЕЛЬ АМЕБИАЗА
  - 1) паразитирует в толстом кишечнике
  - 2) вызывает фибринозно-геморрагическое воспаление толстой кишки
  - 3) образует эндотоксин
  
3. К РЕГИОНУ, ЭНДЕМИЧНОМУ ПО АМЕБИАЗУ, ОТНОСИТСЯ
  - 1) Дальний Восток
  - 2) Европейский регион
  - 3) Средняя Азия
  
4. ДЛЯ АМЕБИАЗА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) контакт с сельскохозяйственными животными
  - 2) факт употребления некипяченой воды из колодцев и оросительных каналов
  - 3) контакт с грызунами
  
5. ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КИШЕЧНИКЕ ПРИ АМЕБИАЗЕ СООТВЕТСТВУЕТ
  - 1) прямая кишка
  - 2) слепая и восходящая кишка
  - 3) поперечно-ободочная кишка
  
6. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА СООТВЕТСТВУЮТ
  - 1) боли в области сигмовидной кишки, стул в виде “ректального плевка”
  - 2) рвота, стул типа “рисового отвара”
  - 3) боли в области слепой и восходящей кишок, стул в виде “малинового желе”
  
7. ТИПИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АМЕБИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) язвенное поражение слепой кишки
  - 2) катарально-эрозивный проктосигмоидит
  - 3) язвенное поражение дистального отдела подвздошной кишки

8. ПРИ ВНЕКИШЕЧНОМ АМЕБИАЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ АБСЦЕССЫ

- 1) печени
- 2) головного мозга
- 3) селезенки

9. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) бактериологическое исследование испражнений
- 2) микроскопическое исследование свежесвыделенных испражнений (не позднее 20 минут после акта дефекации)
- 3) серологические реакции со специфическим диагностикумом

10. ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИСПРАЖНЕНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ОСТРОГО КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обнаружение просветных форм амёб
- 2) обнаружение крупных вегетативных и тканевых форм амёб
- 3) обнаружение цист амёб

11. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) орнидазол
- 2) вермокс
- 3) триметоприм

## ТЕМА № 8. ИЕРСИНИОЗЫ

*Выберите один правильный ответ.*

### 1. ИЕРСИНИИ – ЭТО

- 1) грамотрицательные неспорообразующие палочки, имеющие жгутики
- 2) грамположительные неспорообразующие палочки, не имеющие жгутики
- 3) грамотрицательные спорообразующие палочки, имеющие жгутики

### 2. ИЕРСИНИИ ИМЕЮТ

- 1) О- и Н-антигены
- 2) О-, Н- и Vi-антигены
- 3) Н-антиген

### 3. ВОЗБУДИТЕЛИ ИЕРСИНИОЗОВ БЫСТРО ПОГИБАЮТ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ

- 1) +100°C
- 2) +18°C
- 3) +50°C

### 4. ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ

- 1) человек
- 2) мышевидные грызуны
- 3) клещи

### 5. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трансмиссивный
- 2) аэрогенный
- 3) алиментарный

### 6. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 30 минут
- 2) 1 сутки
- 3) 5-10 дней

### 7. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 30 минут
- 2) 2-3 дня
- 3) 7-14 дней

## 8. ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ

- 1) кожа сухая, горячая, симптомы “капюшона”, “перчаток” и “носков”
- 2) кожа сухая, горячая, симптомы Говорова-Годелье и Розенберга
- 3) кожа сухая, горячая, симптом Стефанского

## 9. ТИПИЧНАЯ СЫПЬ ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ

- 1) розеолезная
- 2) мелкоточечная
- 3) везикулезная

## 10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ РОТОГЛОТКИ ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) катаральный тонзиллит
- 2) лакунарный тонзиллит
- 3) флегмонозный тонзиллит

## 11. ЯЗЫК ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ

- 1) географический
- 2) “фулигинозный”
- 3) “малиновый”

## 12. АБДОМИНАЛЬНУЮ ФОРМУ ИЕРСИНИОЗОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) генерализованная лимфаденопатия
- 2) симптом Падалки
- 3) энтеритический стул

## 13. СКАРЛАТИНОПОДОБНЫЙ ВАРИАНТ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) менингоэнцефалит
- 2) экзантема
- 3) гастроэнтерит

## 14. СКАРЛАТИНОПОДОБНАЯ СЫПЬ

- 1) обильная, локализуется только вокруг суставов
- 2) необильная, локализуется на коже груди
- 3) обильная, локализуется в области грудной клетки, спины и конечностей, со сгущением в естественных складках кожи

## 15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рецидивирующий энтерит
- 2) прогрессирующий артрит
- 3) полное выздоровление

16. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВАРИАНТОМ ВТОРИЧНО-ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) артрит
- 2) бронхит
- 3) менингит

17. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА ОБЫЧНО РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) в области голеней
- 2) на лице
- 3) в области поясницы

18. СИНДРОМ РЕЙТЕРА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ТРИАДЫ СИМПТОМОВ

- 1) артрит, конъюнктивит, уретрит
- 2) уретрит, гепатит, менингит
- 3) менингит, артрит, уретрит

19. В ГЕМОГРАММЕ ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз с эозинофилией
- 2) лейкопения
- 3) нормоцитоз

20. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЕРСИНИОЗОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) микроскопический анализ толстой капли и тонкого мазка крови
- 2) аллергологический метод
- 3) РНГА со специфическими диагностикумами, ИФА крови, ПЦР

21. ОБЩИМИ ПРИЗНАКАМИ ИЕРСИНИОЗОВ И ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) высокая температура тела в первые дни болезни, диспепсический синдром
- 2) артралгический синдром, геморрагическая экзантема
- 3) симптомы “капюшона”, “перчаток” и “носков”

22. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ИЕРСИНИОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) ципрофлоксацин
- 2) метронидазол
- 3) пенициллин

23. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ИЕРСИНИОЗОВ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 7 дней
- 2) 14 дней
- 3) 21 день

24. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ  
ИЕРСИНИОЗОВ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) не менее 3 месяцев
- 2) не менее 6 месяцев
- 3) не менее 12 месяцев

## РАЗДЕЛ IV. ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ
  - 1) Hepaviridae
  - 2) Flaviviridae
  - 3) Picornaviridae
  
2. ВОЗБУДИТЕЛЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В – ЭТО
  - 1) ДНК-содержащий вирус семейства Hepadnaviridae
  - 2) РНК-содержащий вирус семейства Flaviviridae
  - 3) РНК-содержащий вирус рода Hepatovirus
  
3. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ D
  - 1) возбудитель – дефектный РНК-содержащий вирус, для репликации которого необходим HBsAg HBV
  - 2) инфицирование HDV носителей HBsAg не сопровождается клиническими проявлениями
  - 3) HDV способен реплицироваться только в присутствии HCV
  
4. ЭНДЕМИЧНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
  - 1) вирусного гепатита А
  - 2) вирусного гепатита Е
  - 3) вирусного гепатита С
  
5. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) человек
  - 2) человек и животные
  - 3) кровососущие членистоногие
  
6. В ОТНОШЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
  - 1) вирусный гепатит D имеет преимущественный фекально-оральный механизм заражения
  - 2) вирусный гепатит С по механизму заражения близок к вирусному гепатиту В
  - 3) основной путь передачи при вирусном гепатите Е – парентеральный
  
7. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А, СООТВЕТСТВУЮТ
  - 1) гемотрансфузии
  - 2) стоматологические манипуляции
  - 3) эпизоды купания в открытом водоеме

8. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А

- 1) заболеваемость нередко имеет групповой характер
- 2) болеют преимущественно лица пожилого возраста
- 3) максимальная контагиозность больных – в желтушном периоде

9. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ Е ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) водный
- 2) половой
- 3) парентеральный

10. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

- 1) заражение происходит пищевым путем
- 2) заражение половым путем представляет казуистическую редкость
- 3) возможно интранатальное заражение

11. ВИРУСНОМУ ГЕПАТИТУ А СВОЙСТВЕННА СЕЗОННОСТЬ

- 1) летняя
- 2) осенне-зимняя
- 3) весенне-летняя

12. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

- 1) инфицирование НАV чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни
- 2) HCV обладает преимущественным прямым гепатотропным эффектом
- 3) HBV не способен к длительному персистированию в макроорганизме

13. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цитолиз
- 2) холестаз
- 3) мезенхимально-воспалительный

14. СИНДРОМУ ЦИТОЛИЗА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) повышение активности АЛТ
- 2) повышение активности щелочной фосфатазы
- 3) повышение показателя тимоловой пробы

15. СИНДРОМУ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) повышение активности АЛТ
- 2) повышение показателя тимоловой пробы
- 3) повышение уровня связанного билирубина

16. СИНДРОМУ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) повышение уровня холестерина
- 2) повышение активности АЛТ
- 3) повышение показателя тимоловой пробы

17. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

- 1) в результате поражения гепатоцитов снижается активность цитоплазматических ферментов в сыворотке крови
- 2) ведущую роль в клинических проявлениях играет внутриклеточный холестаза
- 3) повышение тимоловой пробы обусловлено диспротеинемией

18. ПОЯВЛЕНИЕ ТЕМНОЙ МОЧИ У БОЛЬНОГО ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ В НЕЙ

- 1) уробилиногена
- 2) непрямого билирубина
- 3) прямого билирубина

19. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) иммуноопосредованный цитолиз гепатоцитов
- 2) прямой цитопатический эффект НВV в отношении гепатоцитов
- 3) формирование аллергических реакций

20. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10-14 дней
- 2) 7-50 дней
- 3) до 6 месяцев

21. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 7-50 дней
- 2) 1-3 месяца
- 3) до 6 месяцев

22. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ D (КОИНФЕКЦИЯ) СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-4 недели
- 2) 42-70 дней
- 3) 12 месяцев

23. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

- 1) при HBV-инфекции преджелтушный период продолжается до 3 суток
- 2) для HCV-инфекции характерно циклическое течение болезни
- 3) в структуре заболеваемости HAV-инфекции преобладает безжелтушный вариант

24. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИТОЛИЗА ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интоксикационный синдром
- 2) гепатомегалия
- 3) иктеричность кожных покровов и склер

25. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) геморрагическая сыпь
- 2) гепатомегалия
- 3) кожный зуд

26. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) носовое кровотечение
- 2) гепато- и спленомегалия
- 3) потемнение мочи

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИНДРОМОМ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гриппоподобный
- 2) артралгический
- 3) астеновегетативный

28. ДЛЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ХАРАКТЕРНО

- 1) улучшение состояния больных в начале желтушного периода
- 2) тяжелое течение болезни
- 3) частое формирование хронизации инфекционного процесса

29. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПРЕДЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие болей в правом подреберье и эпигастральной области
- 2) наличие лихорадки
- 3) наличие артралгий

30. ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е ХАРАКТЕРНО
- 1) тяжелое течение у пожилых
  - 2) тяжелое течение у беременных женщин
  - 3) хроническое течение
31. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА D (КОИНФЕКЦИЯ) ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) преобладание в структуре заболеваемости безжелтушного варианта
  - 2) двухволновое течение с клинико-ферментативным обострением на 15-32 сутки от начала желтухи
  - 3) тяжелое течение с быстрым развитием острой печеночной недостаточности
32. ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ГЕМОГРАММЕ ИМЕЕТ МЕСТО
- 1) лейкопения
  - 2) ускорение СОЭ
  - 3) лейкоцитоз
33. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) определение активности АЛТ и АСТ
  - 2) определение уровня общего билирубина
  - 3) определение содержания белковых фракций крови
34. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) уровень активности трансаминаз
  - 2) значение МНО
  - 3) значение показателя тимоловой пробы
35. ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ХАРАКТЕРНЫМ ТОЛЬКО ДЛЯ НЕV-ИНФЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) билирубин-трансаминазная диссоциация
  - 2) повышение МНО
  - 3) гемоглобинурия
36. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) НАAg
  - 2) анти-НА IgM
  - 3) анти-НА IgG

37. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПРЕКОМЫ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) брадикардия
- 2) тахикардия, тремор кончиков пальцев
- 3) увеличение печени, наличие сосудистых звездочек

38. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

- 1) появление “хлопающего” тремора конечностей – характерный признак печеночной энцефалопатии
- 2) увеличение размеров печени и кожный зуд – наиболее типичные признаки острой печеночной недостаточности
- 3) при развитии острой печеночной недостаточности увеличивается выраженность лейкопении в гемограмме

39. В ПРЕКОМЕ I ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) дезориентация во времени и пространстве
- 2) нарушения ритма сна
- 3) симптом “плавающих” глазных яблок

40. В КОМЕ II ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) приступообразные клонические судороги
- 2) дискоординация движений
- 3) арефлексия

41. ДЛЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ БИОХИМИЧЕСКИЕ СДВИГИ В ВИДЕ

- 1) динамического увеличения содержания общего билирубина (с нарастанием непрямой фракции) и снижения активности АЛТ и АСТ
- 2) динамического увеличения содержания общего билирубина (за счет обеих фракций) и снижения активности АЛТ и АСТ
- 3) динамического увеличения содержания общего билирубина (с нарастанием непрямой фракции) и активности АЛТ и АСТ

42. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) формирование вирусоносительства
- 2) выздоровление
- 3) развитие хронического гепатита

43. МАРКЕРОМ ПЕРЕНЕСЕННОГО В ПРОШЛОМ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) анти-НВс IgM
- 2) анти-НВс IgG
- 3) анти-НВе

44. ДЛИТЕЛЬНАЯ ЦИРКУЛЯЦИЯ HBsAg ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ

- 1) хронизации процесса
- 2) активной репликации вируса
- 3) развития цирроза печени

45. ПРИЗНАК АКТИВНОЙ РЕПЛИКАЦИИ HBV – НАЛИЧИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- 1) HBsAg
- 2) HBeAg
- 3) HBcAg

46. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение активности АЛТ в сыворотке крови
- 2) увеличение показателя тимоловой пробы в сыворотке крови
- 3) наличие ДНК HBV в ПЦР

47. В БИОХИМИЧЕСКОМ ПРОФИЛЕ КРОВИ ПРИ НАДПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХАХ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) преобладание связанной фракции билирубина
- 2) преобладание свободной фракции билирубина, снижение осмотической резистентности эритроцитов
- 3) преобладание свободной фракции билирубина, высокая активность АЛТ и АСТ

48. В БИОХИМИЧЕСКОМ ПРОФИЛЕ КРОВИ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛТУХАХ ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) гипербилирубинемия с преобладанием связанной фракции, нормальная/незначительно увеличенная активность АЛТ и АСТ
- 2) гипербилирубинемия с преобладанием свободной фракции, нормальная активность АЛТ и АСТ
- 3) гипербилирубинемия с преобладанием связанной фракции, высокая активность АЛТ и АСТ

49. В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

- 1) основное значение имеют лечебное питание и охранительный режим
- 2) основное значение имеют противовирусные препараты
- 3) целесообразно широкое применение глюкокортикостероидов

50. ОСНОВНОМУ НАПРАВЛЕНИЮ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ У БЕРЕМЕННЫХ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) проведение противовирусной терапии
- 2) прерывание беременности при установлении диагноза острого вирусного гепатита
- 3) проведение систематических лечебных мероприятий для предупреждения поздних выкидышей и преждевременных родов

51. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) развитие острой печеночной недостаточности
- 2) микст-гепатит
- 3) затяжное течение

52. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ ХОЛЕСТАЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) кларитин
- 2) ферментные препараты
- 3) препараты урсодезоксихолевой кислоты

53. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амиксин
- 2) ИФН- $\alpha$ -2a/2b
- 3) ацикловир

54. ДЛЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПРИМЕНЯЮТ

- 1) ПЕГ ИФН + рибавирин
- 2) ламивудин
- 3) азидотимидин

55. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-3 месяца
- 2) 1 год
- 3) 5 лет

56. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 6 месяцев
- 2) 1 год
- 3) 2 года

## РАЗДЕЛ V. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВИЧ ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ
  - 1) ретровирусов
  - 2) флавивирусов
  - 3) ортомиксовирусов
  
2. НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕН АНТИГЕННЫМ ВАРИАЦИЯМ БЕЛОК ВИЧ
  - 1) gp41
  - 2) gp120
  - 3) p24
  
3. ГЕНЫ ВИЧ В СОСТАВЕ ДНК КЛЕТКИ ХОЗЯИНА НАЗЫВАЮТСЯ
  - 1) провирусом
  - 2) РНК ВИЧ
  - 3) аномальной хромосомой
  
4. СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЕЙ ВИЧ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ СИНТЕЗ ДНК НА МАТРИЦЕ РНК ВИРУСА, ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) трансмембранный гликопротеин gp41
  - 2) обратная транскриптаза
  - 3) протеаза
  
5. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ
  - 1) только в периоды выраженных клинических проявлений
  - 2) только в терминальной стадии
  - 3) пожизненно
  
6. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИЧ СОДЕРЖИТСЯ
  - 1) в крови
  - 2) в сперме
  - 3) в грудном молоке
  
7. ВИЧ ПЕРЕДАЕТСЯ
  - 1) от инфицированной матери ребенку при уходе за ним
  - 2) при длительном бытовом контакте
  - 3) при грудном вскармливании от инфицированного ребенка – матери

8. ВИЧ ТРОПЕН
- 1) к CD4+-лимфоцитам
  - 2) к CD8+-лимфоцитам
  - 3) к CD16+-лимфоцитам
9. В ЛИМФОУЗЛАХ В СТАДИИ ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРОИСХОДИТ
- 1) лимфогистиоцитарная инфильтрация
  - 2) гиперплазия лимфоидной ткани
  - 3) склерозирование лимфоидной ткани
10. ВИРУСНЕЙТРАЛИЗУЮЩИЕ АНТИТЕЛА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
- 1) не действуют на ВИЧ
  - 2) блокируют ВИЧ, находящийся в крови в свободном состоянии
  - 3) блокируют ВИЧ, находящийся только в CD4+-лимфоцитах
11. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 10-14 дней
  - 2) 14-28 дней
  - 3) 3 недели-3 месяца
12. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СТАДИЮ ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПБ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) кандидоз пищевода
  - 2) мононуклеозоподобный синдром
  - 3) кахексия
13. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) персистирующая генерализованная лимфаденопатия
  - 2) цитомегаловирусный ретинит
  - 3) внелегочный туберкулез
14. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СТАДИЮ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ IVБ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) прогрессирующая потеря массы тела
  - 2) генерализованная форма саркомы Капоши
  - 3) рецидивирующий сальмонеллезный сепсис

15. ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ВОЗНИКАЮТ В СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) ПА
- 2) ПБ
- 3) IVA

16. В ПЕРЕЧНЕ ВИЧ-ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ФИГУРИРУЕТ

- 1) инфекционный мононуклеоз
- 2) цитомегаловирусный ретинит
- 3) лимфогрануломатоз

17. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВИЧ-ОППОРТУНИСТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пневмококк
- 2) пневмоциста
- 3) стафилококк

18. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФОРМИРОВАНИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) криптоспоридии
- 2) ротавирусы
- 3) шигеллы

19. ВНЕЛЕГОЧНЫЙ КРИПТОКОККОЗ СООТВЕТСТВУЕТ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) III (субклиническая стадия)
- 2) IVA (стадия вторичных заболеваний)
- 3) IVB (стадия вторичных заболеваний)

20. ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ТИПИЧНОЙ ДЛЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лимфома мозга
- 2) низкодифференцированная аденокарцинома толстого кишечника
- 3) аденокарцинома почки

21. ГРУППЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В СТАДИИ ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ, СООТВЕТСТВУЮТ

- 1) аденовирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз, краснуха, иерсиниозы
- 2) краснуха, пневмоцистная пневмония, туберкулез почек, грипп
- 3) цитомегаловирусная инфекция, саркома Капоши, парагрипп, ротавирусная инфекция

22. В СТАДИИ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИМЕЮТ МЕСТО
- 1) лейкоцитоз, анемия, повышение СОЭ
  - 2) лимфопения, анемия, тромбоцитопения, повышение СОЭ
  - 3) лейкоцитоз, атипичные мононуклеары, эозинофилия
23. СТАДИИ ПЕРВИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ CD4+-ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ
- 1) 0,6 Г/л
  - 2) 0,2 Г/л
  - 3) 0,05 Г/л
24. СТАДИИ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ CD4+-ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ
- 1) 0,5 Г/л
  - 2) 0,3 Г/л
  - 3) 0,1 Г/л
25. ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ CD4+-ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ
- 1) 0,5 Г/л
  - 2) 0,2 Г/л
  - 3) 0,02 Г/л
26. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) иммунный блоттинг
  - 2) вирусологическое исследование крови
  - 3) ИФА крови
27. ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ РЕЗУЛЬТАТУ ИММУННОГО БЛОТТИНГА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ
- 1) выявление антител к 1 гликопротеину ВИЧ
  - 2) выявление антител к 2-3 гликопротеинам ВИЧ
  - 3) выявление антител к 1 гликопротеину и какому-либо протеину ВИЧ

28. ПРАВИЛЬНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) ПЦР (наличие генного материала ВИЧ) → ИФА крови (наличие антител к ВИЧ) → иммунный блоттинг (наличие антител к ВИЧ)
- 2) иммунный блоттинг (наличие антител к ВИЧ) → ИФА крови (наличие антител к ВИЧ) → ПЦР (наличие генного материала ВИЧ)
- 3) ИФА крови (наличие антител к ВИЧ) → иммунный блоттинг (наличие антител к ВИЧ) → ПЦР (наличие генного материала ВИЧ)

29. ДЛЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
- 2) комбинацию ингибиторов обратной транскриптазы и протеазы ВИЧ
- 3) комбинацию ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ и иммуномодуляторов

30. ЛАМИВУДИН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ГРУППЫ

- 1) нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ
- 2) ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ
- 3) ингибиторов протеазы ВИЧ

31. КАЛЕТРА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ГРУППЫ

- 1) нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ
- 2) ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ
- 3) ингибиторов протеазы ВИЧ

32. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСОПЛАЗМЕННОГО ЭНЦЕФАЛИТА У БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) атоваквон
- 2) ацикловир
- 3) флуконазол

33. ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ЗАГРЯЗНЕННЫХ КРОВЬЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО, ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ЭТИЛОВОГО СПИРТА

- 1) 40%
- 2) 70%
- 3) 96%

34. ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОКАЗАНА

- 1) при контакте на рабочем месте (порез кожных покровов во время проведения операции с видимым загрязнением кровью)
- 2) при контакте не на рабочем месте (случайный укол иглой)
- 3) при контакте на рабочем месте (чрескожный контакт с мочой пациента)

35. ДЛЯ ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) специфический иммуноглобулин
- 2) комбивир
- 3) виферон

36. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ КОНТАКТНЫХ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ И БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ С ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ

- 1) 1 раз в 3 месяца
- 2) 1 раз в 6 месяцев
- 3) 1 раз в 12 месяцев

37. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ СЛЕДУЕТ

- 1) обязательно прервать беременность
- 2) назначить антиретровирусные препараты
- 3) рекомендовать родоразрешение естественным путем

## РАЗДЕЛ VI. ТРАНСМИССИВНЫЕ ИНФЕКЦИИ

### ТЕМА № 1. МАЛЯРИЯ

*Выберите один правильный ответ.*

1. В ПРОЦЕССЕ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА МАЛЯРИЙНЫХ ПЛАЗМОДИЕВ
  - 1) спорогония происходит в организме человека
  - 2) шизогония происходит в организме человека
  - 3) тканевая шизогония происходит в селезенке
  
2. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПАРАЗИТОВ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ МАЛЯРИИ
  - 1) трехдневной
  - 2) четырехдневной
  - 3) тропической
  
3. ВИДУ МАЛЯРИИ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ ГИПНОЗОИТЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ СОХРАНЯТЬСЯ В ГЕПАТОЦИТАХ В НЕАКТИВНОМ СОСТОЯНИИ В ТЕЧЕНИЕ 6-14 МЕСЯЦЕВ, СООТВЕТСТВУЕТ
  - 1) трехдневная
  - 2) четырехдневная
  - 3) тропическая
  
4. ПРОЦЕСС ПАРАЭРИТРОЦИТАРНОЙ ШИЗОГОНИИ ПРИ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ ОБУСЛОВЛИВАЕТ
  - 1) обострение заболевания
  - 2) развитие поздних рецидивов
  - 3) прекращение приступов
  
5. ДЛИТЕЛЬНАЯ ПАРАЗИТЕМИЯ НА МИНИМАЛЬНОМ (ДАЖЕ СУБМИКРОСКОПИЧЕСКОМ) УРОВНЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СВОЙСТВЕННА ДЛЯ МАЛЯРИИ
  - 1) трехдневной
  - 2) четырехдневной
  - 3) овале
  
6. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) инфицированная кровь
  - 2) комары рода *Anopheles*
  - 3) человек

7. ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА МАЛЯРИЕЙ ПРОИСХОДИТ ПРИ УКУСЕ
- 1) москитов
  - 2) комаров рода Anopheles
  - 3) слепней
8. ВЕРОЯТНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ МАЛЯРИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) половой
  - 2) интранатальный
  - 3) алиментарный
9. ПРИ МАЛЯРИИ
- 1) лихорадочные пароксизмы возникают при достижении пирогенного уровня паразитемии
  - 2) развитие лихорадочных приступов возможно при высокой интенсивности тканевой шизогонии
  - 3) развитие рецидивов обусловлено циркуляцией в крови гамонтов
10. АНЕМИЯ ПРИ МАЛЯРИИ ОБУСЛОВЛЕНА
- 1) гемолизом эритроцитов
  - 2) кровотечением
  - 3) дефицитом железа
11. СКОПЛЕНИЕ ПОРАЖЕННЫХ ЭРИТРОЦИТОВ В МЕЛКИХ СОСУДАХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ПРИВОДЯЩЕЕ К НАРУШЕНИЮ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- 1) овале-малярии
  - 2) трехдневной малярии
  - 3) тропической малярии
12. К ОСНОВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МАЛЯРИИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) лихорадка, рвота, диарея
  - 2) лихорадка, анемия, гепато/спленомегалия
  - 3) лихорадка, лимфаденопатия, артралгии
13. В ОТНОШЕНИИ ЛИХОРАДКИ ПРИ МАЛЯРИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) выраженность лихорадки
  - 2) продолжительность лихорадки
  - 3) тип температурной кривой

14. ЛИХОРАДКА ПРИ МАЛЯРИИ В РАЗГАР ЗАБОЛЕВАНИЯ
- 1) интермиттирующая
  - 2) ремиттирующая
  - 3) постоянная
15. ТИПИЧНЫЙ ЛИХОРАДОЧНЫЙ ПАРОКСИЗМ ПРИ МАЛЯРИИ ПРОТЕКАЕТ С ЧЕРЕДОВАНИЕМ ФАЗ
- 1) жар, озноб, пот
  - 2) озноб, пот, жар
  - 3) озноб, жар, пот
16. СИНХРОННЫЕ ПАРОКСИЗМЫ ЛИХОРАДКИ С ИНТЕРВАЛОМ 48 ЧАСОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- 1) трехдневной малярии
  - 2) тропической малярии
  - 3) четырехдневной малярии
17. СИНХРОННЫЕ ПАРОКСИЗМЫ ЛИХОРАДКИ С ИНТЕРВАЛОМ 72 ЧАСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- 1) овале-малярии
  - 2) тропической малярии
  - 3) четырехдневной малярии
18. ПОСТОЯННАЯ ИЛИ НЕПРАВИЛЬНО РЕМИТТИРУЮЩАЯ ЛИХОРАДКА С ОТСУТСТВИЕМ ПРАВИЛЬНО ЧЕРЕДУЮЩИХСЯ ПАРОКСИЗМОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
- 1) тропической малярии
  - 2) овале-малярии
  - 3) трехдневной малярии
19. АНЕМИЯ И ГЕПАТО/СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ПРИ МАЛЯРИИ ПОЯВЛЯЮТСЯ
- 1) одновременно с приступами лихорадки
  - 2) через 10-14 дней от начала лихорадки
  - 3) через 1-5 дней от начала лихорадки
20. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- 1) трехдневной малярии
  - 2) четырехдневной малярии
  - 3) тропической малярии
21. ГЕМОГЛОБИНУРИЙНАЯ ЛИХОРАДКА ПРИ МАЛЯРИИ СВЯЗАНА
- 1) с внутрисосудистым гемолизом
  - 2) с острой почечной недостаточностью
  - 3) с коматозным состоянием

22. РЕДКИМ, НО НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) малярийная кома
  - 2) отек легких
  - 3) разрыв селезенки
23. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) ПЦР
  - 2) иммунологический
  - 3) паразитологический
24. ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ ТРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) делагил
  - 2) доксициклин
  - 3) примахин
25. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) хинин
  - 2) мефлохин
  - 3) примахин
26. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) хинин
  - 2) мефлохин
  - 3) галофантрин
27. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) примахин
  - 2) хлорохин
  - 3) мефлохин
28. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) гемодиализ
  - 2) фуросемид
  - 3) внутривенное вливание физиологического раствора до повышения центрального венозного давления +5

29. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКА В ОЧАГАХ ТРЕХДНЕВНОЙ (VIVAX, OVALE) И ЧЕТЫРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) за 2 месяца до прибытия в очаг + весь период пребывания в нем + 2 месяца после выезда из очага
- 2) за 1 месяц до прибытия в очаг + весь период пребывания в нем + 1 месяц после выезда из очага
- 3) за 1 неделю до прибытия в очаг + весь период пребывания в нем + 1 месяц после выезда из очага

30. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ЭНДЕМИЧНЫХ РЕГИОНАХ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) хинина
- 2) хлорохина
- 3) мефлохина

**ТЕМА № 2. РИККЕТСИОЗЫ  
(СЫПНОЙ ТИФ, БОЛЕЗНЬ БРИЛЛА, КУ-ЛИХОРАДКА,  
СИБИРСКИЙ КЛЕЩЕВОЙ РИККЕТСИОЗ)**

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ СЫПНОГО ТИФА
  - 1) относится к роду *Rickettsia*
  - 2) устойчив к нагреванию и дезинфицирующим средствам
  - 3) вырабатывает экзотоксин белковой природы
  
2. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ
  - 1) человек
  - 2) различные виды вшей
  - 3) мышевидные грызуны
  
3. ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ
  - 1) источник инфекции – здоровые носители риккетсий
  - 2) механизм передачи – трансмиссивный
  - 3) заражение происходит при укусе блох
  
4. ОСНОВНЫМИ ПЕРЕНОСЧИКАМИ ВОЗБУДИТЕЛЯ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) головные вши
  - 2) платяные вши
  - 3) блохи
  
5. ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ
  - 1) возбудитель распространяется лимфогенным путем
  - 2) в патогенезе заболевания имеет значение поражение нейроцитов
  - 3) после перенесенного заболевания возможно многолетнее персистирование возбудителя в макроорганизме
  
6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ СОСТАВЛЯЕТ
  - 1) 1-5 дней
  - 2) 3-10 дней
  - 3) 5-25 дней
  
7. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) бледность кожных покровов
  - 2) высокая лихорадка
  - 3) экзантема

8. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЕРИОДА РАЗГАРА СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) брадикардия
- 2) обильная розеолезно-петехиальная сыпь
- 3) специфическая пневмония

9. СЫПЬ ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на 1-3 день болезни
- 2) на 4-6 день болезни
- 3) на 7-10 день болезни

10. СИМПТОМ КИАРИ-АВЦЫНА – ЭТО

- 1) точечные кровоизлияния в переходные складки конъюнктивы
- 2) петехии на слизистой мягкого неба
- 3) мелкие голубовато-белые пятна с ярко-красной каймой на слизистой оболочке щек и нижней губы

11. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тромбоэмболия легочной артерии
- 2) пневмония
- 3) пиелит

12. В ГЕМОГРАММЕ ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения, эозинопения, тромбоцитопения
- 2) лейкопения с относительным лимфоцитозом
- 3) лейкопения, нейтропения, эозинопения, относительные лимфо- и моноцитоз

13. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выделение гемокультуры возбудителя
- 2) РНГА со специфическими диагностикумами
- 3) биологический метод

14. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЫПНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амоксициллин
- 2) доксициклин
- 3) азитромицин

15. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) до нормализации температуры тела
- 2) до 2 дня после нормализации температуры тела
- 3) до 10 дня после нормализации температуры тела

16. ВЫПИСКУ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ СЫПНОГО ТИФА ПРОВОДЯТ НЕ РАНЕЕ

- 1) 10-12 дня нормальной температурной реакции
- 2) 18-20 дня нормальной температурной реакции
- 3) 21-23 дня нормальной температурной реакции

17. БОЛЕЗНЬ БРИЛЛА – ЭТО

- 1) эпидемический сыпной тиф
- 2) рецидивирующий сыпной тиф
- 3) эндемический сыпной тиф

18. ПРИ БОЛЕЗНИ БРИЛЛА

- 1) больные не представляют эпидемиологической опасности
- 2) характерно отсутствие педикулеза у больного и в окружении
- 3) типична зимне-весенняя сезонность

19. БОЛЕЗНЬ БРИЛЛА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СЫПНОГО ТИФА

- 1) незаразностью больного в связи с низкой продолжительностью риккетсиемии
- 2) более тяжелым клиническим течением
- 3) наличием в сыворотке крови пациентов специфических IgG в ранние сроки заболевания

20. КУ-ЛИХОРАДКА

- 1) распространена в регионах с жарким климатом
- 2) является зоонозом
- 3) распространяется крысами

21. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ КУ-ЛИХОРАДКЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-5 дней
- 2) 10-14 дней
- 3) 3-30 дней

22. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ КУ-ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) субфебрильной лихорадкой
- 2) частым поражением органов дыхания
- 3) частым неблагоприятным исходом заболевания

23. РЕЗЕРВУАРОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ СИБИРСКОГО КЛЕЩЕВОГО РИККЕТСИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) грызуны
- 2) птицы
- 3) млекопитающие

24. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ СИБИРСКОМ КЛЕЩЕВОМ РИККЕТСИОЗЕ

- 1) воздушно-капельный
- 2) трансмиссивный
- 3) контактно-бытовой

25. ПЕРЕНОСЧИКАМИ ПРИ СИБИРСКОМ КЛЕЩЕВОМ РИККЕТСИОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) иксодовые клещи
- 2) блохи
- 3) вши

26. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СИБИРСКОМ КЛЕЩЕВОМ РИККЕТСИОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 сутки
- 2) 3-7 дней
- 3) 25 дней

27. ВАРИАНТУ ПЕРВИЧНОГО АФФЕКТА ПРИ СИБИРСКОМ КЛЕЩЕВОМ РИККЕТСИОЗЕ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) плотный инфильтрат 0,5-1 см в диаметре, безболезненный при пальпации, с некротической корочкой темно-коричневого цвета в центре и красным ободком гиперемии по периферии, сопровождающийся регионарным лимфаденитом
- 2) плотный инфильтрат 3-6 см в диаметре, резко болезненный при пальпации, с некротической корочкой темно-коричневого цвета в центре и красным ободком гиперемии по периферии, без явлений регионарного лимфаденита
- 3) плотный инфильтрат 1-3 см в диаметре, слегка болезненный при пальпации, с некротической корочкой темно-коричневого цвета в центре и красным ободком гиперемии по периферии, сопровождающийся регионарным лимфаденитом

28. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ СИБИРСКОГО КЛЕЩЕВОГО РИККЕТСИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) генерализованная полилимфаденопатия
- 2) диарея
- 3) обильная пятнисто-папулезная сыпь

**ТЕМА № 3. КЛЕЩЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ  
(КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ,  
ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩЕВЫЕ БОРРЕЛИОЗЫ, ЭРЛИХИОЗЫ)**

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ОТНОСЯТСЯ К РОДУ
  - 1) Neisseria
  - 2) Borrelia
  - 3) Listeria
  
2. ВОЗБУДИТЕЛИ ЭРЛИХИОЗОВ ОТНОСЯТСЯ К СЕМЕЙСТВУ
  - 1) Spirochaetaceae
  - 2) Rickettsiaceae
  - 3) Chlamydiaceae
  
3. ПРИРОДНЫЕ ОЧАГИ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ
  - 1) лесной ландшафт умеренного климатического пояса
  - 2) территории тропического и субтропического поясов
  - 3) не существуют
  
4. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ И ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) человек
  - 2) дикие позвоночные
  - 3) почва, вода
  
5. ОСНОВНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ И ПЕРЕНОСЧИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА И ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) блохи
  - 2) клещи
  - 3) комары
  
6. К ОСНОВНЫМ ПУТЯМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ И ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ОТНОСЯТСЯ
  - 1) водный, контактный
  - 2) трансмиссивный, алиментарный, контактный
  - 3) воздушно-капельный
  
7. СЕЗОННОСТЬ ПРИ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЯХ
  - 1) отсутствует
  - 2) весенне-летняя
  - 3) осенне-зимняя

8. В ЭПИДЕМИОЛОГИИ КЛЕЩЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) контакт с больным человеком
  - 2) контакт с сельскохозяйственными животными
  - 3) пребывание в эндемичных регионах в сезон заболеваемости
9. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 6-24 часа
  - 2) 1-2 дня
  - 3) несколько часов-45 дней
10. КЛИНИЧЕСКОМУ СИНДРОМОКОМПЛЕКСУ ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ СООТВЕТСТВУЮТ
- 1) общеинфекционный синдром, менингеальный синдром, очаговые поражения нервной системы
  - 2) суставной синдром, лихорадка, экзантема
  - 3) катаральный синдром, синдром интоксикации
11. В КЛИНИЧЕСКОМ ПРОФИЛЕ ЛИХОРАДОЧНОЙ ФОРМЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ИМЕЮТ МЕСТО
- 1) эйфория, многократные ознобы, постоянный гипергидроз, несвязанный с температурной реакцией
  - 2) постоянная лихорадка, сухость кожных покровов, наличие розеолезно-папулезной сыпи, брадикардия, гепато- и спленомегалия, заторможенность
  - 3) головная боль, слабость, тошнота, лихорадка, боли в мышцах и суставах, гиперемия кожи лица и шеи, инъекция сосудов склер, гиперемия ротоглотки
12. СПИННОМОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ МЕНИНГЕАЛЬНОЙ ФОРМЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА
- 1) мутная, зеленая, с нейтрофильным плеоцитозом, значительным увеличением белка и снижением уровня глюкозы
  - 2) прозрачная, с незначительным плеоцитозом с преобладанием лимфоцитов и повышением содержания белка
  - 3) опалесцирующая, с лимфоцитарным плеоцитозом, значительным повышением содержания белка, снижением уровней глюкозы и хлоридов (при отстаивании образуется пленка фибрина)

13. МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТИЧЕСКАЯ ФОРМА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) постепенным началом
- 2) расстройствами сознания
- 3) вялыми парезами конечностей

14. ПРИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛОПОЛИОМИЕЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

- 1) типичны тазовые расстройства и парезы нижних конечностей
- 2) доминирует общемозговая симптоматика
- 3) типичны вялые параличи мышц шеи

15. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отек-набухание головного мозга
- 2) инфекционно-токсический шок
- 3) острая сердечная недостаточность

16. ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ ВОЗМОЖНЫ ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ В ВИДЕ

- 1) гидроцефалии
- 2) атрофических параличей мышц плечевого пояса, шеи и верхних конечностей
- 3) слепоты

17. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кожная аллергическая проба
- 2) вирусологическое исследование крови
- 3) ИФА крови (верификация специфических IgM)

18. ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) специфический иммуноглобулин человека
- 2) ацикловир
- 3) рибавирин

19. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 12-18 часов
- 2) 2-5 дней
- 3) 1-60 дней

20. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лихорадка
- 2) увеличение лимфатических узлов
- 3) эритема в области присасывания клеща

21. ЛИХОРАДОЧНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) субфебрильная
- 2) гиперпиретическая
- 3) отсутствует

22. ЭРИТЕМА ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ

- 1) имеет вид кольца с бледным центром и ярко-красным валиком по периферии
- 2) с четкими границами и неровными контурами в виде “языков пламени”
- 3) красно-фиолетового цвета, с серозно-геморрагическими везикулезными элементами по периферии

23. ЭРИТЕМА ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на 1 день болезни
- 2) на 3-14 день болезни
- 3) на 25-30 день болезни

24. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эндокардит
- 2) дилатационная кардиомиопатия
- 3) атриовентрикулярная блокада I-II степени

25. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гиперкинезы и эпилептические припадки
- 2) неврит лицевого нерва
- 3) вялые параличи мышц шеи, плечевого пояса и верхних конечностей

26. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) доброкачественная лимфоцитомы кожи
- 2) твердый шанкр
- 3) эозинофильная гранулема

27. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ОТНОСЯТ
- 1) артрозо-артриты мелких суставов
  - 2) плечелопаточный артрит
  - 3) олигоартриты крупных суставов
28. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПОДОСТРОГО ПЕРИОДА ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ОТНОСЯТ
- 1) деменцию
  - 2) серозный менингит
  - 3) атрофодермии
29. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ОТНОСЯТ
- 1) хронический атрофический акродерматит
  - 2) артралгии
  - 3) микрополилимфаденопатию
30. В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОФИЛЕ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ИМЕЮТ МЕСТО
- 1) лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз, атипичные мононуклеары
  - 2) лейкопения, лимфо- и моноцитоз
  - 3) незначительный или умеренный лейкоцитоз, повышенная СОЭ
31. ПРИ БОРРЕЛИОЗНОМ МЕНИНГИТЕ В ЛИКВОРЕ ИМЕЕТ МЕСТО
- 1) нейтрофильный плеоцитоз
  - 2) лимфоцитарный плеоцитоз
  - 3) белково-клеточная диссоциация
32. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) бактериологический анализ крови
  - 2) микроскопический анализ крови
  - 3) ИФА крови с боррелиозными антигенами
33. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) фторхинолоны
  - 2) цефалоспорины III поколения
  - 3) аминогликозиды

34. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИКСОДОВОМ КЛЕЩЕВОМ БОРРЕЛИОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 7 дней
- 2) 14 дней
- 3) 30 дней

35. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИКСОДОВОМ КЛЕЩЕВОМ БОРРЕЛИОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 14 дней
- 2) 21 день
- 3) 28 и более дней

36. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 месяц
- 2) 6 месяцев
- 3) 3 года

37. МЕТОДОМ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вакцинация
- 2) назначение антибиотиков
- 3) введение специфического иммуноглобулина

38. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГРАНУЛОЦИТАРНОГО ЭРЛИХИОЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) общеинфекционный синдром, экзантема, острый безжелтушный гепатит
- 2) лихорадка, генерализованная лимфаденопатия
- 3) синдром интоксикации, катаральные явления, менингит

39. В ГЕМОГРАММЕ ПРИ ЭРЛИХИОЗАХ ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево
- 2) лейкопения, тромбоцитопения
- 3) лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз с атипичными мононуклеарами (более 10%)

40. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ЭРЛИХИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) доксициклин
- 2) амоксиклав
- 3) левофлоксацин

## РАЗДЕЛ VII. ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ

### ТЕМА № 1. РОЖА

*Выберите один правильный ответ.*

1. **β-ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ СТРЕПТОКОККИ – ЭТО**
  - 1) факультативные анаэробы, относительно устойчивые к воздействию факторов внешней среды, чувствительные к нагреванию до 56°C в течение 30 минут, действию основных дезинфекционных средств и антибиотиков
  - 2) аэробы, устойчивые к воздействию факторов внешней среды, резистентные к нагреванию до 56°C в течение 30 минут, чувствительные к действию основных дезинфекционных средств и антибиотиков
  - 3) факультативные анаэробы, устойчивые к воздействию факторов внешней среды, резистентные к нагреванию до 56°C в течение 30 минут и действию основных дезинфекционных средств и антибиотиков
  
2. **ФАКТОРОМ ПАТОГЕННОСТИ β-ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ СТРЕПТОКОККОВ С ЦИТОТОКСИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ В ОТНОШЕНИИ КАРДИОМИОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**
  - 1) поверхностный М-антиген
  - 2) стрептолизин О
  - 3) стрептокиназа
  
3. **ПРИ РОЖЕ**
  - 1) единственный источник инфекции – больные рожей
  - 2) источник инфекции – носители β-гемолитического стрептококка группы А и больные различными стрептококкозами
  - 3) больные высоко контагиозны
  
4. **К ЗАБОЛЕВАНИЮ РОЖЕЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНЫ**
  - 1) преимущественно лица молодого возраста
  - 2) больные сахарным диабетом
  - 3) преимущественно мужчины
  
5. **МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ РОЖЕ СООТВЕТСТВУЕТ**
  - 1) серозное или серозно-геморрагическое воспаление кожи
  - 2) гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки
  - 3) формирование карбункула

6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РОЖЕ (ЭКЗОГЕННЫЙ ТИП ЗАРАЖЕНИЯ) СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 1-24 часа
  - 2) несколько часов – 5 суток
  - 3) 7-10 дней
7. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ РОЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) повышение температуры тела с ознобом
  - 2) эритема
  - 3) отек мягких тканей в очаге поражения
8. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОЧАГ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ РОЖЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
- 1) в области туловища
  - 2) в области верхних конечностей
  - 3) в области нижних конечностей
9. МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РОЖЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- 1) яркой гиперемией с четкими границами и неровными контурами
  - 2) резкой болезненностью в центре очага
  - 3) выраженным отеком мягких тканей плотной консистенции
10. ОТЕК МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РОЖИСТОГО ПРОЦЕССА
- 1) на нижних конечностях
  - 2) на верхних конечностях
  - 3) на лице
11. ПРИ ЭРИТЕМАТОЗНО-БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЕ РОЖИ ФОРМИРУЮТСЯ
- 1) буллы с геморрагическим содержимым на фоне эритемы
  - 2) буллы с серозным содержимым на фоне эритемы
  - 3) буллы с гнойным содержимым на фоне эритемы
12. К ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РОЖИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) тромбозы
  - 2) полиартриты
  - 3) митральный порок сердца

13. РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ РОЖИ (РАННИЙ РЕЦИДИВ) СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) появление эритемы в области нижней 1/3 левой голени через 1,5 года после первичной рожи (первичный очаг – аналогичной локализации)
- 2) появление эритемы в области нижней 1/3 левой голени через 3 месяца после первичной рожи (первичный очаг – аналогичной локализации)
- 3) появление эритемы в области нижней 1/3 левой голени через 3 года после первичной рожи (первичный очаг – на коже лица)

14. В ГЕМОГРАММЕ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ РОЖЕ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз
- 2) лейкопения
- 3) нормоцитоз

15. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) распространенное поражение кожи
- 2) рецидив заболевания
- 3) наличие местных осложнений

16. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ РОЖИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) азитромицин
- 2) бензилпенициллин
- 3) рифампицин

17. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ РОЖИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) азитромицин
- 2) бензилпенициллин
- 3) ципрофлоксацин

18. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цефтриаксон
- 2) бензилпенициллин
- 3) офлоксацин

19. В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ РОЖИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) иммунокорректоры
- 2) нестероидные противовоспалительные средства
- 3) глюкокортикостероиды

20. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ РОЖИ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) полноценное питание
- 2) прием поливитаминов и адаптогенов
- 3) санация хронических очагов стрептококковой инфекции

## ТЕМА № 2. СИБИРСКАЯ ЯЗВА

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ – ЭТО
  - 1) грамположительная спорообразующая палочка
  - 2) грамотрицательная неспорообразующая палочка
  - 3) грамотрицательная спорообразующая палочка
2. ВОЗБУДИТЕЛЬ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ
  - 1) вырабатывает экзотоксин
  - 2) содержит эндотоксин
  - 3) подвижный благодаря наличию жгутиков
3. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ
  - 1) больной человек
  - 2) больные домашние животные (крупный и мелкий рогатый скот, лошади, верблюды)
  - 3) бактерионосители
4. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) аспирационный
  - 2) контактный
  - 3) фекально-оральный
5. К ГРУППАМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ ОТНОСЯТСЯ
  - 1) зоотехники, работники убойных пунктов и ветеринарные работники
  - 2) лесозаготовители, охотники, геологи
  - 3) рабочие, занятые очисткой населенных мест (ассенизаторы и др.)
6. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ СОСТАВЛЯЕТ
  - 1) 2-3 дня
  - 2) 2-14 суток
  - 3) 7-20 дней
7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) кожная
  - 2) генерализованная первичная
  - 3) генерализованная вторичная

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ КОЖНОЙ ФОРМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) буллезный
  - 2) эдематозный
  - 3) карбункулезный
9. СИБИРЕЯЗВЕННЫЙ КАРБУНКУЛ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
- 1) в области туловища
  - 2) в области верхних конечностей
  - 3) в области нижних конечностей
10. ПРИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЕ ТИПИЧНЫ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ В ВИДЕ
- 1) умеренного отека и резкой болезненности при пальпации очага
  - 2) яркой эритемы с четким отграничением от здоровой кожи, с инфильтрацией и регионарным лимфаденитом
  - 3) язвы с безболезненным плотным черным струпом, воспалительным валиком красного цвета, вторичными везикулами по периферии, безболезненным обширным отеком кожи и регионарным лимфаденитом
11. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КОЖНОЙ ФОРМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) выраженная лихорадка с первого дня болезни
  - 2) обильное гнойное отделяемое из язвы
  - 3) появление лихорадки и симптомов интоксикации на 2-3 сутки заболевания
12. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ
- 1) почки
  - 2) легкие
  - 3) печень и селезенка
13. ЛЕГОЧНЫЙ ВАРИАНТ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПЛЕВРОПНЕВМОНИИ
- 1) острым началом заболевания с появлением интенсивных болей в области грудной клетки при дыхании, одышки и кашля с “ржавой” мокротой
  - 2) развитием инфекционно-токсического шока
  - 3) выраженными физикальными данными (укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания в нижних отделах легких, разнокалиберные влажные хрипы)

14. ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-генетический, серологические, аллергологический и биологический методы
- 2) бактериологический, молекулярно-генетический, серологические, аллергологический и биологический методы
- 3) бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-генетический, серологические и биологический методы

15. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) применение антибактериальных препаратов и специфического противосибирезвенного иммуноглобулина
- 2) применение антибактериальных препаратов и лечебной вакцины
- 3) применение антибактериальных препаратов

16. КРИТЕРИЯМ ВЫПИСКИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ (ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА) ИЗ СТАЦИОНАРА СООТВЕТСТВУЮТ

- 1) полное клиническое выздоровление и отрицательный результат бактериологических исследований биообразцов
- 2) полное клиническое выздоровление и двукратный отрицательный результат бактериологических исследований биообразцов
- 3) полное клиническое выздоровление и трехкратный отрицательный результат бактериологических исследований биообразцов

17. СРОК МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОНТАКТНЫМИ В ОЧАГЕ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 5 дней
- 2) 10 дней
- 3) 14 дней

18. ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

- 1) не проводится
- 2) проводится антибактериальными препаратами
- 3) проводится специфическим противосибирезвенным иммуноглобулином и антибактериальными препаратами

### ТЕМА № 3. СТОЛБНЯК

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ СТОЛБНЯКА – ЭТО
  - 1) грамположительная спорообразующая палочка
  - 2) грамотрицательная спорообразующая палочка
  - 3) грамотрицательная неспорообразующая палочка
  
2. ВОЗБУДИТЕЛЬ СТОЛБНЯКА – ЭТО
  - 1) облигатный анаэроб
  - 2) факультативный анаэроб
  - 3) аэроб
  
3. СТОЛБНЯЧНЫЙ ТОКСИН
  - 1) относится к экзотоксинам
  - 2) представляет собой липополисахарид
  - 3) не инактивируется при нагревании
  
4. СТОЛБНЯЧНЫЙ ТОКСИН ПОРАЖАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
  - 1) задние рога спинного мозга
  - 2) вставочные нейроны эфферентных рефлекторных дуг
  - 3) двигательные зоны коры головного мозга
  
5. ПРИ СТОЛБНЯКЕ
  - 1) входные ворота инфекции – поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки
  - 2) основное значение в патогенезе имеет бактериемия
  - 3) характерен прочный постинфекционный иммунитет
  
6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СТОЛБНЯКЕ СОСТАВЛЯЕТ
  - 1) 1-5 дней
  - 2) 1-2 недели
  - 3) 1-30 дней
  
7. ДЛЯ СТОЛБНЯКА ХАРАКТЕРЕН
  - 1) мышечный гипертонус
  - 2) мышечный гипотонус в промежутках между приступами
  - 3) паралич конечностей

8. К РАННИМ СИМПТОМАМ СТОЛБНЯКА ОТНОСЯТСЯ

- 1) опистотонус
- 2) тризм
- 3) тетанические судороги

9. ПРИ СТОЛБНЯКЕ

- 1) возможна гипертермия
- 2) характерна сухость кожных покровов
- 3) возможна спутанность сознания

10. ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) менингоэнцефалит
- 2) компрессионный перелом позвоночника
- 3) отек легких

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) летальный (100%)
- 2) медленное выздоровление с остаточными явлениями
- 3) быстрое выздоровление

12. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ СТОЛБНЯКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) асфиксия
- 2) инфекционно-токсический шок
- 3) отек головного мозга

13. В ДИАГНОСТИКЕ СТОЛБНЯКА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) клинические данные и результаты бактериологических исследований
- 2) клинический синдромокомплекс и эпидемиологические данные (факт травматизации)
- 3) клинические данные и наличие в сыворотке крови специфических антитоксических антител

14. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ СТОЛБНЯКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАЗНАЧАЮТ

- 1) антибиотики
- 2) противостолбнячную сыворотку или противостолбнячный иммуноглобулин
- 3) столбнячный анатоксин

15. ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНАЯ СЫВОРОТКА ДЛЯ ИММУНОТЕРАПИИ НАЗНАЧАЕТСЯ В ДОЗЕ

- 1) 5-50 тыс. МЕ (однократно)
- 2) 50-100 тыс. МЕ (однократно)
- 3) 150 тыс. МЕ и более (в течение 3 суток)

16. ПРОФИЛАКТИКУ СТОЛБНЯКА ПРИ ТРАВМАХ, ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ У НЕВАКЦИНИРОВАННЫХ ЛИЦ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) столбнячным анатоксином
- 2) противостолбнячной сывороткой
- 3) противостолбнячным иммуноглобулином и столбнячным анатоксином

17. ПРОФИЛАКТИКУ СТОЛБНЯКА ПРИ ТРАВМАХ, ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ У ВАКЦИНИРОВАННЫХ ЛИЦ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) столбнячным анатоксином
- 2) противостолбнячной сывороткой
- 3) противостолбнячным иммуноглобулином и столбнячным анатоксином

## ТЕМА № 4. БЕШЕНСТВО

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ БЕШЕНСТВА ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ
  - 1) Picornaviridae
  - 2) Rhabdoviridae
  - 3) Bacillaceae
  
2. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫМ РЕГИОНОМ ПО БЕШЕНСТВУ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) Европа
  - 2) Азия
  - 3) Америка
  
3. БЕШЕНСТВО ОТНОСИТСЯ
  - 1) к антропонозам
  - 2) к зоонозам
  - 3) к зооантропонозам
  
4. ОСНОВНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ БЕШЕНСТВА В ПРИРОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) дикие млекопитающие
  - 2) домашние животные
  - 3) птицы
  
5. ПРИ БЕШЕНСТВЕ ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ ПРИ
  - 1) употреблении продуктов и воды, загрязненных фекалиями и мочой больных животных
  - 2) укусе или ослюнении больным животным поврежденных кожных покровов
  - 3) купании в водоемах, загрязненных фекалиями и мочой больных животных
  
6. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫ УКУСЫ БОЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ В ОБЛАСТЬ
  - 1) нижних конечностей
  - 2) живота
  - 3) лица и кистей рук
  
7. ПРИ БЕШЕНСТВЕ
  - 1) возбудитель проникает в нервную систему гематогенным путем
  - 2) возбудитель проникает в нервную систему через нервно-мышечные синапсы и сухожильные рецепторы Гольджи
  - 3) имеет место преимущественное поражение спинного мозга

8. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ БЕШЕНСТВЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) от нескольких часов до 1 месяца
- 2) 10-90 дней
- 3) от 2 месяцев до 1 года

9. ПРИ БЕШЕНСТВЕ

- 1) начало заболевания – с лихорадки, бессонницы и депрессии
- 2) в продромальном периоде формируется регионарный лимфаденит
- 3) в периоде разгара типичны апатия и сонливость

10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ БЕШЕНСТВА В СТАДИИ ВОЗБУЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) паралич дыхания
- 2) гидрофобия
- 3) клаустрофобия

11. ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД БЕШЕНСТВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) гипотермией
- 2) нарастанием мышечного тонуса
- 3) прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии

12. СОЗНАНИЕ ПРИ БЕШЕНСТВЕ

- 1) отсутствует
- 2) спутанное, с галлюцинациями и бредом
- 3) не изменяется

13. БЕШЕНСТВО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ СТОЛБНЯКА

- 1) отсутствием тризма и тонического напряжения мышц
- 2) повышением температуры тела
- 3) гиперсаливацией

14. ОБЩИМ ДЛЯ БЕШЕНСТВА И ИСТЕРИИ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) расслабление мышц сразу после приступа
- 2) гиперсаливация
- 3) нарушение сознания с галлюцинациями и бредом

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ БЕШЕНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) летальный (100%)
- 2) выздоровление с остаточными неврологическими нарушениями
- 3) полное выздоровление

16. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕШЕНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вирусологический (культивирование и идентификация вируса)
- 2) реакция иммунофлюоресценции (определение антигена вируса в отпечатках роговицы или биоптатах кожи затылка)
- 3) биологический (заражение лабораторных животных и идентификация гистологического маркера бешенства в мозговой ткани после гибели животных)

17. РЕШАЮЩЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ВЫЯВЛЕНИЕМ В КЛЕТКАХ ГИППОКАМПА И МОЗЖЕЧКА У ПОГИБШИХ ОТ БЕШЕНСТВА ЛЮДЕЙ И ЖИВОТНЫХ

- 1) телец Бабеша-Негри
- 2) кристаллов Шарко-Лейдена
- 3) кальцинатов

18. ПОСТЭКСПОЗИЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА БЕШЕНСТВА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) обработку раны, введение антирабической вакцины и антирабического иммуноглобулина
- 2) обработку раны, хирургическое иссечение краев раны и наложение швов сразу после укуса больным животным, введение антирабической вакцины и антирабического иммуноглобулина
- 3) введение антирабической вакцины и антирабического иммуноглобулина

19. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ИММУНИЗАЦИЮ АНТИРАБИЧЕСКОЙ ВАКЦИНОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1) сразу после укуса бешеными, подозрительными на бешенство или неизвестными животными (однократно)
- 2) сразу после укуса бешеными, подозрительными на бешенство или неизвестными животными и повторно через 1 месяц
- 3) сразу после укуса бешеными, подозрительными на бешенство или неизвестными животными, а также на 3, 7, 14, 30 и 90 сутки

20. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПОСТЭКСПОЗИЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА БЕШЕНСТВА ПРОВОДИТСЯ

- 1) в территориальных Центрах гигиены и эпидемиологии
- 2) в кабинетах инфекционных заболеваний муниципальных лечебно-профилактических учреждений
- 3) в травматологических пунктах

## РАЗДЕЛ VIII. ЗООНОЗЫ

### ТЕМА № 1. БРУЦЕЛЛЕЗ

*Выберите один правильный ответ.*

1. БРУЦЕЛЛЫ – ЭТО
  - 1) грамположительные микроорганизмы
  - 2) грамотрицательные неспорообразующие микроорганизмы
  - 3) грамотрицательные спорообразующие микроорганизмы
  
2. ВОЗБУДИТЕЛЬ БРУЦЕЛЛЕЗА ВО ВНЕШНЕЙ СРЕДЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  - 1) высокой устойчивостью к воздействию физических и химических факторов
  - 2) мгновенной гибелью при кипячении, чувствительностью к дезинфицирующим средствам и антибактериальным препаратам
  - 3) резистентностью к антибактериальным препаратам
  
3. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ
  - 1) человек
  - 2) крупный и мелкий рогатый скот
  - 3) грызуны
  
4. ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ
  - 1) возможен трансмиссивный путь передачи инфекции
  - 2) основные пути передачи инфекции – контактный, алиментарный, аэрогенный
  - 3) постинфекционный иммунитет напряженный
  
5. ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
  - 1) контакт с больным бруцеллезом
  - 2) работа на мясокомбинате
  - 3) факт пребывания в эндемическом очаге
  
6. СЕЗОННЫЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ
  - 1) отсутствует
  - 2) летне-осенний
  - 3) зимне-весенний
  
7. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
  - 1) бруцеллеза, вызванного *Brucella abortus*
  - 2) бруцеллеза, вызванного *Brucella melitensis*
  - 3) бруцеллеза, вызванного *Brucella suis*

8. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ

- 1) бактериемия и эндотоксинемия
- 2) гиперчувствительность замедленного типа
- 3) аутоиммунные реакции

9. ПАТОМОРФОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА СООТВЕТСТВУЮТ

- 1) гнойно-воспалительные процессы
- 2) деструктивные процессы
- 3) пролиферативно-гранулематозные процессы

10. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-10 дней
- 2) 1-3 недели
- 3) 1-3 месяца

11. В КЛИНИЧЕСКОМ ПРОФИЛЕ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) высокая лихорадка, сопровождающаяся ознобом и профузным потоотделением, при удовлетворительном самочувствии больного, микрополилимфаденопатия, гепато- и спленомегалия
- 2) лихорадочные пароксизмы с ознобом и профузным потоотделением, гепато- и спленомегалия, гемолитическая анемия
- 3) высокая лихорадка, выраженные проявления интоксикационного синдрома, состояние ступора, гепато- и спленомегалия, розеолезная сыпь на коже живота и нижней части груди, фулигинозный язык, вздутие живота, положительный симптом Падалки, относительная брадикардия

12. КЛАССИЧЕСКИМ ТИПОМ ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ ПРИ ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интермиттирующий
- 2) волнообразный
- 3) постоянный

13. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) органы дыхания
- 2) опорно-двигательный аппарат и нервная система
- 3) почки

14. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

- 1) характерно преимущественное поражение суставов кистей и стоп
- 2) типично развитие сакроилеита
- 3) характерен моноартрит коленного сустава

15. В ГЕМОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) лейкоцитоз, нейтрофилез
- 2) лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз
- 3) лейкопения, лимфоцитоз

16. ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ РЕЗУЛЬТАТУ ПРОБЫ БЮРНЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАМЕТР ИНФИЛЬТРАТА

- 1) 1 см
- 2) 2 см
- 3) 4 см

17. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) полусинтетические пенициллины
- 2) тетрациклины
- 3) макролиды

18. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ С ОСТРЫМ И ПОДОСТРЫМ ВАРИАНТАМИ БРУЦЕЛЛЕЗА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 6 месяцев
- 2) 1 год
- 3) 2 года

19. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРУЦЕЛЛЕЗА ПРОВОДИТСЯ

- 1) бруцеллезной живой вакциной
- 2) работникам животноводства бруцеллезной живой вакциной
- 3) работникам животноводства бруцеллезной убитой вакциной

## ТЕМА № 2. ЧУМА

*Выберите один правильный ответ.*

### 1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЧУМЫ ОТНОСИТСЯ К РОДУ

- 1) Yersinia
- 2) Listeria
- 3) Neisseria

### 2. ПРИ ЧУМЕ

- 1) основной резервуар инфекции в природных очагах – грызуны
- 2) переносчиком возбудителя могут быть любые кровососущие членистоногие
- 3) возможен парентеральный путь передачи инфекции

### 3. ДЛЯ ЧУМЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) серозное воспаление в лимфатических узлах и окружающих тканях
- 2) серозно-геморрагическое воспаление в лимфатических узлах и окружающих тканях
- 3) формирование гранулем в регионарных лимфоузлах

### 4. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЧУМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-7 дней
- 2) 10-20 дней
- 3) 20-30 дней

### 5. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кожная
- 2) бубонная
- 3) первично-легочная

### 6. ДЛЯ ЧУМЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) высокая лихорадка
- 2) бледность кожных покровов
- 3) судорожный синдром

### 7. ПРИ КОЖНОЙ ФОРМЕ ЧУМЫ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) образование фликтены
- 2) развитие лимфангита
- 3) формирование отека мягких тканей желеобразной консистенции

8. ЧУМНОЙ БУБОН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) формированием к 3-5 суткам заболевания
- 2) преимущественной локализацией в паховой и подмышечной областях
- 3) частым склерозированием

9. ЧУМНОЙ БУБОН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отсутствием болевой чувствительности
- 2) резкой болезненностью
- 3) подвижностью

10. ПЕРВИЧНО-ЛЕГОЧНАЯ ФОРМА ЧУМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) наличием множественных бубонов
- 2) постепенным началом
- 3) выраженными интоксикацией и дыхательной недостаточностью

11. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЛЕГОЧНОЙ ФОРМЫ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пеннистая кровянистая мокрота
- 2) обилие объективных физикальных данных
- 3) кашель с обильной гнойной мокротой

12. ПРИ ПЕРВИЧНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЧУМЫ ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) регионарный бубон
- 2) выраженная одышка
- 3) множественные кровоизлияния на коже и слизистых оболочках и кровотечения из внутренних органов

13. ПРИ БУБОННОЙ ФОРМЕ ЧУМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРОВОДЯТ

- 1) с малярией
- 2) с туберкулезом
- 3) с туляремией

14. ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ФОРМЕ ЧУМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРОВОДЯТ

- 1) с доброкачественным лимфоретикулезом
- 2) с сибирской язвой
- 3) с менингококковой инфекцией (менингококкемия)

15. В ГЕМОГРАММЕ ПРИ ЧУМЕ ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
- 2) нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения, эозинопения, тромбоцитопения
- 3) лейкопения с относительным лимфоцитозом

16. ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ЧУМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) реакцию иммунофлюоресценции с определением в биообразцах антигена возбудителя
- 2) бактериологический метод
- 3) серологические тесты

17. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ЧУМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) пенициллин
- 2) хлорамфеникол
- 3) доксициклин

18. КРИТЕРИЯМ ВЫПИСКИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ЧУМЫ ИЗ СТАЦИОНАРА СООТВЕТСТВУЮТ

- 1) полное выздоровление и отрицательный результат бактериологических исследований пунктата из бубонов, мокроты или крови
- 2) полное выздоровление и отрицательный двукратный результат бактериологических исследований пунктата из бубонов, мокроты или крови
- 3) полное выздоровление и отрицательный трехкратный результат бактериологических исследований пунктата из бубонов, мокроты или крови

19. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ЧУМЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев

20. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАРАНТИНА ПРИ ЧУМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 суток
- 2) 5 суток
- 3) 6 суток

21. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЧУМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) специфический иммуноглобулин
- 2) сульфаниламиды
- 3) антибиотики

### ТЕМА № 3. ТУЛЯРЕМИЯ

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУЛЯРЕМИИ – ЭТО
  - 1) грамположительная палочка
  - 2) грамотрицательная неспорообразующая палочка
  - 3) грамотрицательная спорообразующая палочка
  
2. ВЫЖИВАЕМОСТЬ ТУЛЯРЕМИЙНЫХ МИКРОБОВ В ОБЪЕКТАХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ ПРОДОЛЖАЕТСЯ
  - 1) до 10-12 дней
  - 2) до 6-9 месяцев
  - 3) годы и десятки лет
  
3. ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) эпидемический тип заболеваемости
  - 2) природная очаговость
  - 3) весенне-летняя сезонность
  
4. ПРИ ТУЛЯРЕМИИ
  - 1) основной резервуар и источник инфекции – грызуны
  - 2) основной биорезервуар инфекции – лисы, волки, песцы
  - 3) больной человек может быть источником инфекции
  
5. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ПАТОГЕННОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) экзотоксин
  - 2) эндотоксин
  - 3) капсула
  
6. ТУЛЯРЕМИЙНЫЕ ГРАНУЛЕМЫ ОБРАЗУЮТСЯ
  - 1) в лимфоузлах
  - 2) в капиллярах мозга
  - 3) в почечных канальцах
  
7. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ТУЛЯРЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ
  - 1) несколько часов
  - 2) 3-7 дней
  - 3) 3 недели

8. ВНЕШНИЙ ОБЛИК БОЛЬНЫХ ТУЛЯРЕМИЕЙ В ПЕРИОДЕ РАЗГАРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) бледностью кожных покровов
- 2) одутловатостью и гиперемией (при тяжелом течении – с синюшным оттенком) лица, явлениями склерита и конъюнктивита
- 3) иктеричностью кожных покровов и склер

9. ПРИ ТУЛЯРЕМИИ

- 1) синдром общей инфекционной интоксикации выражен слабо
- 2) наиболее яркий симптом – пятнисто-папулезная сыпь
- 3) типичный симптом – лимфаденит различной локализации

10. ЛИХОРАДКА ПРИ ТУЛЯРЕМИИ

- 1) не типична
- 2) субфебрильная непродолжительная
- 3) фебрильная (умеренная или высокая)

11. ДЛЯ ТУЛЯРЕМИЙНОГО БУБОНА ХАРАКТЕРНО

- 1) спаянность с окружающими тканями в остром периоде болезни
- 2) умеренная болезненность
- 3) частое развитие нагноения

12. ВСКРЫТИЕ НАГНОИВШЕГОСЯ ТУЛЯРЕМИЙНОГО БУБОНА

- 1) не происходит
- 2) сопровождается незначительным дефектом кожи и эпителизацией
- 3) сопровождается последующим рубцеванием

13. ДЛЯ УЛЬЦЕРОГЛАНДУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ТУЛЯРЕМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) первичного аффекта в виде безболезненной язвы со скудным серозно-гнойным отделяемым и бубона
- 2) лимфангита
- 3) острого тонзиллита

14. ДЛЯ ОКУЛОГЛАНДУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ТУЛЯРЕМИИ ХАРАКТЕРЕН

- 1) блефарит
- 2) двусторонний конъюнктивит
- 3) односторонний кератоконъюнктивит

15. ПРИ АНГИНОЗНО-ГЛАНДУЛЯРНОЙ ФОРМЕ ТУЛЯРЕМИИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) катаральный или фолликулярно-лакунарный (с легко снимающимися шпателем налетами) виды тонзиллита
- 2) односторонний пленчатый (с трудно снимающимися шпателем налетами) и некротический (с образованием глубокой и медленно заживающей язвы) виды тонзиллита
- 3) односторонний язвенно-некротический тонзиллит с творожистым налетом зеленоватого цвета, располагающимся на поверхности кратероподобной язвы и легко снимающимся шпателем с обнажением кровоточащей поверхности

16. ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОГРАММЫ В ПЕРИОДЕ РАЗГАРА ТУЛЯРЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) лейкопенией с лимфо- и моноцитозом
- 2) гиперлейкоцитозом, гиперэозинофилией
- 3) лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом влево

17. КОМПЛЕКСНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУЛЯРЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) бактериоскопический, бактериологический, серологические, аллергологический и биологический методы, ПЦР-анализ биообразцов
- 2) бактериологический, серологические, аллергологический и биологический методы, ПЦР-анализ биообразцов
- 3) бактериологический, серологические и биологический методы, ПЦР-анализ биообразцов

18. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ТУЛЯРЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) пенициллин
- 2) амикацин
- 3) сумамед

19. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ТУЛЯРЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 6 месяцев
- 2) 12 месяцев
- 3) 1,5-2 года

20. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТУЛЯРЕМИИ

- 1) не проводится
- 2) проводится (вакцинация живой туляремийной вакциной)
- 3) проводится (введение специфического иммуноглобулина)

## ТЕМА № 4. ЛЕПТОСПИРОЗ

*Выберите один правильный ответ.*

### 1. ЛЕПТОСПИРЫ – ЭТО

- 1) грамотрицательные микроорганизмы, факультативные аэробы
- 2) грамотрицательные микроорганизмы, строгие аэробы
- 3) грамотрицательные микроорганизмы, факультативные анаэробы

### 2. ЛЕПТОСПИРЫ УСТОЙЧИВЫ

- 1) к воздействию высоких температур
- 2) к воздействию низких температур
- 3) к действию дезинфицирующих веществ

### 3. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сельскохозяйственные и домашние животные
- 2) человек
- 3) птицы

### 4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) водный
- 2) алиментарный
- 3) трансмиссивный

### 5. ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ

- 1) сезонный подъем заболеваемости – в летне-осенний период
- 2) естественная восприимчивость людей к инфекции незначительная
- 3) постинфекционный иммунитет кратковременный

### 6. В ОТНОШЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА ЛЕПТОСПИРОЗА

- 1) ведущую роль играет поражение желудочно-кишечного тракта
- 2) основное значение имеет поражение лимфатического аппарата
- 3) имеет место полиорганный поражений

### 7. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-7 дней
- 2) 7-14 дней
- 3) 3-30 дней

## 8. ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ

- 1) характерно острое начало болезни с выраженным ознобом и повышением температуры тела до 39-40,0°С
- 2) интоксикация наиболее выражена на 5-7 сутки заболевания
- 3) с первых дней болезни появляется полиурия, свидетельствующая о поражении почек

## 9. ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ

- 1) интоксикационный синдром выражен слабо и диссоциирует с высокой лихорадкой
- 2) обращает внимание бледность кожных покровов
- 3) имеют место увеличение печени и селезенки, желтуха, геморрагические проявления и олигурия

## 10. К НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛЕПТОСПИРОЗА ОТНОСЯТ

- 1) интенсивные миалгии (преимущественно в икроножных мышцах)
- 2) увеличение лимфоузлов
- 3) специфическую пневмонию

## 11. ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ЧАСТО ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) орхоэпидидимит
- 2) полиморфная сыпь
- 3) артрит

## 12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острая почечная недостаточность
- 2) перитонит
- 3) острая сердечно-сосудистая недостаточность

## 13. ЛЕПТОСПИРОЗ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

- 1) выраженным геморрагическим синдромом
- 2) поражением почек
- 3) полиморфной сыпью

## 14. ОБЩИМ ДЛЯ ЛЕПТОСПИРОЗА И МАЛЯРИИ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) полиморфная сыпь
- 2) гепато- и спленомегалия
- 3) частое развитие геморрагического синдрома

15. В ГЕМОГРАММЕ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ ИМЕЕТ МЕСТО
- 1) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево
  - 2) лимфоцитоз
  - 3) эозинофилия
16. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) бактериологический
  - 2) серологическое тестирование
  - 3) биологический
17. ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) кровь, мочу, спинномозговую жидкость
  - 2) кал, рвотные массы, промывные воды желудка
  - 3) кровь, соскобы с элементов сыпи
18. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) пefлоксацин
  - 2) пенициллин
  - 3) суламед
19. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕПТОСПИРОЗА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 3-7 дней
  - 2) 5-10 дней
  - 3) 14-21 день
20. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ЛЕПТОСПИРОЗА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 1 месяц
  - 2) 3 месяца
  - 3) 6 месяцев (до 2 лет при сохранении органной патологии)
21. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) вакцинация сельскохозяйственных животных и собак и плановая вакцинация лиц, работа которых связана с повышенным риском заражения лептоспирозом
  - 2) санитарно-просветительная работа
  - 3) экстренная профилактика специфическим иммуноглобулином

## ТЕМА № 5. ГЕМОПРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)

*Выберите один правильный ответ.*

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЛПС ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ
  - 1) Arenaviridae
  - 2) Bunyaviridae
  - 3) Flaviviridae
  
2. ГЛПС
  - 1) является природно-очаговым заболеванием
  - 2) относится к антропозоонозам
  - 3) характеризуется нестойким постинфекционным иммунитетом
  
3. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) человек
  - 2) рыжая полевка
  - 3) серая крыса
  
4. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЛПС
  - 1) водный, контактный, пищевой
  - 2) трансмиссивный, алиментарный, контактный
  - 3) аэрогенный, алиментарный, контактный
  
5. НАИБОЛЬШИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛПС НАБЛЮДАЕТСЯ
  - 1) в феврал-е-марте
  - 2) в марте-апреле
  - 3) в июне-сентябре
  
6. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЛПС СОСТАВЛЯЕТ
  - 1) 1-7 дней
  - 2) 7-14 дней
  - 3) 14-21 день
  
7. ГЛПС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  - 1) острым началом и четкой цикличностью течения
  - 2) преимущественным неблагоприятным прогнозом и высокой летальностью
  - 3) частым формированием хронической почечной недостаточности

8. В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГЛПС ИМЕЕТ МЕСТО
- 1) высокая лихорадка
  - 2) олигурия
  - 3) петехиальная сыпь
9. К НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ ОЛИГУРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ГЛПС ОТНОСЯТ
- 1) головную боль
  - 2) боли в поясничной области
  - 3) миалгии
10. ПРИЗНАКОМ ПОЛИУРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) восстановление суточного диуреза
  - 2) увеличение суточного количества мочи до 3-10 литров
  - 3) уремия
11. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) азотемическая уремия
  - 2) гнойный менингит
  - 3) паранефрит
12. В ГЕМОГРАММЕ В ОЛИГУРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ГЛПС ИМЕЮТ МЕСТО
- 1) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, моноцитоз, плазмоцитоз, анемия, анэозинофилия, тромбоцитопения
  - 2) лейкопения, увеличение содержания эритроцитов и гемоглобина
  - 3) лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз
13. ДЛЯ ОЛИГУРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ГЛПС ХАРАКТЕРНО
- 1) лейкоцитурия
  - 2) бактериурия, протеинурия
  - 3) протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия
14. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ГЛПС (ДАННЫЕ ИФА КРОВИ) ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) специфические IgA
  - 2) специфические IgM
  - 3) специфические IgG

15. ПРИ ГЛПС

- 1) приоритетное значение имеет противовирусная терапия
- 2) медикаментозное лечение имеет патогенетическую направленность и проводится с учетом степени тяжести заболевания и ведущих клинических синдромов
- 3) при среднетяжелом и тяжелом вариантах течения показано проведение экстракорпорального гемодиализа

16. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ГЛПС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) азотемия
- 2) инфекционно-токсический шок
- 3) наличие проявлений геморрагического синдрома

17. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЛПС СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-3 месяца
- 2) 3-12 месяцев
- 3) 2 года

## РАЗДЕЛ IX. ГЕЛЬМИНТОЗЫ

*Выберите один правильный ответ.*

1. К ГРУППЕ АНТРОПОНОЗНЫХ ГЕОГЕЛЬМИНТОЗОВ ОТНОСИТСЯ
  - 1) трихоцефалез
  - 2) дифиллоботриоз
  - 3) трихинеллез
  
2. К ГРУППЕ АНТРОПОНОЗНЫХ БИОГЕЛЬМИНТОЗОВ ОТНОСИТСЯ
  - 1) тениаринхоз
  - 2) трихоцефалез
  - 3) аскаридоз
  
3. К ГРУППЕ ЗООНОЗНЫХ БИОГЕЛЬМИНТОЗОВ ОТНОСИТСЯ
  - 1) тениоз
  - 2) эхинококкоз
  - 3) аскаридоз
  
4. К ГРУППЕ КОНТАГИОЗНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ОТНОСИТСЯ
  - 1) токсокароз
  - 2) дифиллоботриоз
  - 3) энтеробиоз
  
5. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ
  - 1) действие экзотоксинов гельминтов
  - 2) токсико-аллергические реакции макроорганизма на антигены и метаболиты гельминтов
  - 3) иммунный дисбаланс макроорганизма
  
6. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ЭНТЕРОБИОЗА ОТНОСЯТ
  - 1) схваткообразные боли в животе
  - 2) повышение аппетита
  - 3) перианальный зуд
  
7. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕРОБИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) исследование соскоба с перианальных складок
  - 2) копроовоскопия
  - 3) ИФА крови

## 8. ПРИ АСКАРИДОЗЕ

- 1) источник инвазии – человек и крупный рогатый скот
- 2) заражение возможно только при попадании в организм яиц гельминта, достигших в почве инвазионной стадии
- 3) личинки гельминта достигают половой зрелости в толстой кишке

## 9. ПРИ АСКАРИДОЗЕ

- 1) продолжительность инвазии не превышает 1 года
- 2) продолжительность гельминтоза – 10 лет
- 3) миграция личинок не сопровождается клиническими проявлениями

## 10. К ПРИЗНАКАМ РАННЕЙ СТАДИИ АСКАРИДОЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) парестезии, “лакированный” язык, боли в животе, неустойчивый стул и гиперхромная анемия
- 2) тошнота, боли в правой подвздошной области, неустойчивый стул, эозинофилия периферической крови и гипохромная анемия
- 3) субфебрилитет, уртикарная экзантема, сухой кашель, одышка и эозинофилия периферической крови

## 11. ДЛЯ ПОЗДНЕЙ СТАДИИ АСКАРИДОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение аппетита, тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе и снижение работоспособности
- 2) гиперхромная анемия
- 3) симптомокомплекс поражения легких с образованием транзиторных инфильтратов и эозинофилией периферической крови

## 12. ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АСКАРИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфекционно-токсический шок
- 2) кишечная непроходимость
- 3) эмпиема желчного пузыря

## 13. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРИХОЦЕФАЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) неустойчивый стул и схваткообразные боли в правой подвздошной области
- 2) полиморфная экзантема и бронхит
- 3) боли в правом подреберье и механическая желтуха

14. ПРИ ТРИХИНЕЛЛЕЗЕ

- 1) заражение происходит при употреблении в пищу недостаточно термически обработанной рыбы
- 2) заражение происходит при употреблении в пищу инвазированного мяса (свинины или мяса диких животных)
- 3) инкапсулированные личинки паразита сохраняются до 2 лет

15. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРИХИНЕЛЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) кашель, одышка и менингизм
- 2) лихорадка, отечный синдром и выраженные миалгии в мышцах конечностей и других группах
- 3) желтуха, гепато- и спленомегалия

16. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРИХИНЕЛЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) микроскопический анализ биоптата мышц
- 2) копроовоскопию
- 3) микроскопический анализ желчи

17. ПРИ ТОКСОКАРОЗЕ

- 1) источник инвазии – человек
- 2) имеют место полиморфизм клинических проявлений и стойкая эозинофилия периферической крови
- 3) основной метод специфической диагностики – копроовоскопия

18. ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ ХОЗЯИНОМ ПРИ ТЕНИОЗЕ И ТЕНИАРИНХОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) крупный рогатый скот
- 2) медведь
- 3) человек

19. В КЛИНИЧЕСКОМ ПРОФИЛЕ ТЕНИОЗА И ТЕНИАРИНХОЗА ФИГУРИРУЮТ

- 1) тошнота, схваткообразные боли в животе, гиперсаливация, глоссит, сопровождающийся жжением языка, раздражительность, парестезии и атаксия
- 2) кашель с мокротой, одышка и эозинофильные инфильтраты в легких
- 3) нарушение аппетита, тошнота, расстройства стула, боли в животе неопределенной локализации и астеноневротические проявления (головокружение, головная боль, обморочные состояния)

## 20. ДЛЯ ЦИСТИЦЕРКОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) преимущественное поражение печени, легких и почек
- 2) появление приступообразных головных болей, рвоты и эпилептиформных припадков
- 3) развитие вследствие заражения человека онкосферами *Taeniarrhynchus saginatus*

## 21. ЗАРАЖЕНИЕ ДИФИЛЛОБОТРИОЗОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ

- 1) употреблении в пищу свежей икры и сырой рыбы
- 2) употреблении в пищу сырого свиного мяса
- 3) употреблении в пищу сырого мяса крупного рогатого скота

## 22. В ГЕМОГРАММЕ ПРИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗЕ ТИПИЧНЫ

- 1) гипохромная анемия, гиперэозинофилия, нейтропения
- 2) гиперхромная анемия, нейтропения, относительный лимфоцитоз, тромбоцитопения
- 3) нормохромная анемия, незначительная эозинофилия

## 23. ОПИСТОРХОЗ

- 1) относится к нематодозам
- 2) распространен в бассейнах крупных рек Западной Сибири и Восточной Европы
- 3) характеризуется стойким иммунитетом после излечения

## 24. ОКОНЧАТЕЛЬНЫМИ ХОЗЯЕВАМИ ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) крупный и мелкий рогатый скот
- 2) язь, лещ, карп
- 3) человек, кошки, собаки, лисицы

## 25. ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ХОЗЯИНОМ ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пресноводный рачок-циклоп
- 2) пресноводный рак
- 3) пресноводный моллюск

## 26. ЗАРАЖЕНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ХОЗЯИНА ПРИ ОПИСТОРХОЗЕ ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ

- 1) сырой, малосоленой или недостаточно термически обработанной рыбы семейства карповых, инвазированной метацеркариями гельминта
- 2) воды, содержащей инвазионные личинки возбудителя
- 3) недостаточно термически обработанной хищной пресноводной рыбы (щука, окунь и др.), инвазированной личинками гельминта

27. ДЛЯ ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) диспепсия, жидкий стул, зуд в перианальной области, иногда – эозинофилия периферической крови
- 2) лихорадка, отек век и лица, миалгии, экзантема, эозинофильный гиперлейкоцитоз периферической крови
- 3) лихорадка, диспепсия, гепатомегалия, иногда – желтуха, эозинофильный гиперлейкоцитоз периферической крови

28. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) боли в правом подреберье ноющего характера, ощущения тяжести и распираания после еды
- 2) упорный кашель с мокротой ржавого цвета и кровохарканье
- 3) кишечная непроходимость и аппендицит

29. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) копроовоскопия
- 2) микроскопический анализ желчи
- 3) ИФА крови (идентификация специфических IgM)

30. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ АНТИГЕЛЬМИНТНОЙ ТЕРАПИИ НЕМАТОДОЗОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мебендазол
- 2) празиквантел
- 3) левамизол

31. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ АНТИГЕЛЬМИНТНОЙ ТЕРАПИИ ТРЕМАТОДОЗОВ И ЦЕСТОДОЗОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мебендазол
- 2) празиквантел
- 3) пирантел

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

### РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

1. – 2)	11. – 2)	21. – 1)
2. – 3)	12. – 1)	22. – 3)
3. – 3)	13. – 2)	23. – 2)
4. – 2)	14. – 2)	24. – 2)
5. – 3)	15. – 1)	25. – 3)
6. – 3)	16. – 3)	26. – 3)
7. – 2)	17. – 3)	27. – 1)
8. – 2)	18. – 1)	28. – 3)
9. – 2)	19. – 3)	29. – 2)
10. – 3)	20. – 1)	30. – 2)

## РАЗДЕЛ II. ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

### ТЕМА № 1. ГРИПП

#### И ДРУГИЕ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОРВИ)

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. – 2)  | 11. – 3) | 21. – 1) |
| 2. – 1)  | 12. – 2) | 22. – 1) |
| 3. – 2)  | 13. – 1) | 23. – 2) |
| 4. – 1)  | 14. – 2) | 24. – 2) |
| 5. – 2)  | 15. – 2) | 25. – 1) |
| 6. – 2)  | 16. – 2) | 26. – 1) |
| 7. – 1)  | 17. – 2) | 27. – 2) |
| 8. – 2)  | 18. – 3) | 28. – 2) |
| 9. – 1)  | 19. – 2) | 29. – 1) |
| 10. – 1) | 20. – 2) |          |

### ТЕМА № 2. МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. – 2)  | 11. – 1) | 21. – 1) |
| 2. – 3)  | 12. – 1) | 22. – 1) |
| 3. – 3)  | 13. – 2) | 23. – 1) |
| 4. – 2)  | 14. – 2) | 24. – 2) |
| 5. – 2)  | 15. – 2) | 25. – 3) |
| 6. – 2)  | 16. – 3) | 26. – 2) |
| 7. – 3)  | 17. – 1) | 27. – 1) |
| 8. – 1)  | 18. – 1) | 28. – 3) |
| 9. – 2)  | 19. – 2) |          |
| 10. – 2) | 20. – 1) |          |

### ТЕМА № 3. ДИФТЕРИЯ

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 3) | 9. – 2)  | 17. – 3) |
| 2. – 1) | 10. – 1) | 18. – 1) |
| 3. – 2) | 11. – 3) | 19. – 1) |
| 4. – 1) | 12. – 3) | 20. – 1) |
| 5. – 2) | 13. – 3) | 21. – 3) |
| 6. – 1) | 14. – 1) | 22. – 1) |
| 7. – 3) | 15. – 3) |          |
| 8. – 1) | 16. – 2) |          |

### ТЕМА № 4. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ (ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ)

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 1) | 7. – 1)  | 13. – 1) |
| 2. – 3) | 8. – 1)  | 14. – 1) |
| 3. – 1) | 9. – 1)  | 15. – 1) |
| 4. – 1) | 10. – 2) | 16. – 2) |
| 5. – 2) | 11. – 2) | 17. – 2) |
| 6. – 2) | 12. – 2) | 18. – 3) |

## РАЗДЕЛ III. КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ

### **ТЕМА № 1. БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А, В и С**

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. – 1)  | 11. – 2) | 21. – 3) |
| 2. – 1)  | 12. – 1) | 22. – 2) |
| 3. – 2)  | 13. – 1) | 23. – 3) |
| 4. – 3)  | 14. – 3) | 24. – 1) |
| 5. – 3)  | 15. – 1) | 25. – 1) |
| 6. – 2)  | 16. – 2) | 26. – 2) |
| 7. – 1)  | 17. – 2) | 27. – 3) |
| 8. – 1)  | 18. – 1) | 28. – 3) |
| 9. – 2)  | 19. – 2) | 29. – 2) |
| 10. – 2) | 20. – 2) | 30. – 2) |

### **ТЕМА № 2. САЛЬМОНЕЛЛЕЗ**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 2) | 9. – 2)  | 17. – 1) |
| 2. – 3) | 10. – 3) | 18. – 1) |
| 3. – 3) | 11. – 1) | 19. – 3) |
| 4. – 2) | 12. – 2) | 20. – 1) |
| 5. – 2) | 13. – 2) | 21. – 2) |
| 6. – 2) | 14. – 1) | 22. – 1) |
| 7. – 1) | 15. – 2) | 23. – 1) |
| 8. – 3) | 16. – 3) | 24. – 2) |

### **ТЕМА № 3. ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ**

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 1. – 1) | 5. – 1) | 9. – 1)  |
| 2. – 2) | 6. – 3) | 10. – 2) |
| 3. – 3) | 7. – 2) | 11. – 1) |
| 4. – 1) | 8. – 2) |          |

### **ТЕМА № 4. БОТУЛИЗМ**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 2) | 8. – 1)  | 15. – 2) |
| 2. – 1) | 9. – 3)  | 16. – 3) |
| 3. – 2) | 10. – 2) | 17. – 1) |
| 4. – 3) | 11. – 3) | 18. – 2) |
| 5. – 1) | 12. – 2) | 19. – 1) |
| 6. – 3) | 13. – 2) |          |
| 7. – 3) | 14. – 2) |          |

**ТЕМА № 5. ХОЛЕРА**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 2) | 10. – 1) | 19. – 2) |
| 2. – 2) | 11. – 1) | 20. – 3) |
| 3. – 1) | 12. – 3) | 21. – 3) |
| 4. – 3) | 13. – 3) | 22. – 1) |
| 5. – 2) | 14. – 3) | 23. – 3) |
| 6. – 2) | 15. – 3) | 24. – 2) |
| 7. – 3) | 16. – 1) | 25. – 1) |
| 8. – 1) | 17. – 2) |          |
| 9. – 2) | 18. – 1) |          |

**ТЕМА № 6. ШИГЕЛЛЕЗ**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 2) | 9. – 2)  | 17. – 1) |
| 2. – 3) | 10. – 2) | 18. – 3) |
| 3. – 3) | 11. – 2) | 19. – 1) |
| 4. – 2) | 12. – 3) | 20. – 2) |
| 5. – 1) | 13. – 3) | 21. – 2) |
| 6. – 2) | 14. – 3) | 22. – 2) |
| 7. – 3) | 15. – 2) |          |
| 8. – 1) | 16. – 3) |          |

**ТЕМА № 7. АМЕБИАЗ**

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 1. – 3) | 5. – 2) | 9. – 2)  |
| 2. – 1) | 6. – 3) | 10. – 2) |
| 3. – 3) | 7. – 1) | 11. – 1) |
| 4. – 2) | 8. – 1) |          |

**ТЕМА № 8. ИЕРСИНИОЗЫ**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 1) | 9. – 2)  | 17. – 1) |
| 2. – 1) | 10. – 1) | 18. – 1) |
| 3. – 1) | 11. – 3) | 19. – 1) |
| 4. – 2) | 12. – 2) | 20. – 3) |
| 5. – 3) | 13. – 2) | 21. – 1) |
| 6. – 3) | 14. – 3) | 22. – 1) |
| 7. – 2) | 15. – 3) | 23. – 2) |
| 8. – 1) | 16. – 1) | 24. – 3) |

#### РАЗДЕЛ IV. ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

1. – 3)	20. – 2)	39. – 2)
2. – 1)	21. – 3)	40. – 3)
3. – 1)	22. – 2)	41. – 1)
4. – 2)	23. – 3)	42. – 2)
5. – 1)	24. – 1)	43. – 2)
6. – 2)	25. – 3)	44. – 1)
7. – 3)	26. – 2)	45. – 2)
8. – 1)	27. – 1)	46. – 3)
9. – 1)	28. – 1)	47. – 2)
10. – 3)	29. – 1)	48. – 1)
11. – 2)	30. – 2)	49. – 1)
12. – 2)	31. – 2)	50. – 3)
13. – 1)	32. – 1)	51. – 1)
14. – 1)	33. – 1)	52. – 3)
15. – 3)	34. – 2)	53. – 2)
16. – 3)	35. – 3)	54. – 1)
17. – 3)	36. – 2)	55. – 1)
18. – 3)	37. – 2)	56. – 2)
19. – 1)	38. – 1)	

#### РАЗДЕЛ V. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. – 1)	14. – 1)	27. – 2)
2. – 2)	15. – 3)	28. – 3)
3. – 1)	16. – 2)	29. – 2)
4. – 2)	17. – 2)	30. – 1)
5. – 3)	18. – 1)	31. – 3)
6. – 1)	19. – 3)	32. – 1)
7. – 3)	20. – 1)	33. – 2)
8. – 1)	21. – 1)	34. – 1)
9. – 2)	22. – 2)	35. – 2)
10. – 2)	23. – 1)	36. – 1)
11. – 3)	24. – 2)	37. – 2)
12. – 2)	25. – 3)	
13. – 1)	26. – 1)	

## РАЗДЕЛ VI. ТРАНСМИССИВНЫЕ ИНФЕКЦИИ

### **ТЕМА № 1. МАЛЯРИЯ**

1. – 2)	11. – 3)	21. – 1)
2. – 3)	12. – 2)	22. – 3)
3. – 1)	13. – 3)	23. – 3)
4. – 2)	14. – 1)	24. – 1)
5. – 2)	15. – 3)	25. – 2)
6. – 3)	16. – 1)	26. – 1)
7. – 2)	17. – 3)	27. – 1)
8. – 2)	18. – 1)	28. – 1)
9. – 1)	19. – 3)	29. – 3)
10. – 1)	20. – 3)	30. – 3)

### **ТЕМА № 2. РИККЕТСИОЗЫ**

**(СЫПНОЙ ТИФ, БОЛЕЗНЬ БРИЛЛА, КУ-ЛИХОРАДКА,  
СИБИРСКИЙ КЛЕЩЕВОЙ РИККЕТСИОЗ)**

1. – 1)	11. – 1)	21. – 3)
2. – 1)	12. – 1)	22. – 2)
3. – 2)	13. – 2)	23. – 1)
4. – 2)	14. – 2)	24. – 2)
5. – 3)	15. – 2)	25. – 1)
6. – 3)	16. – 1)	26. – 2)
7. – 2)	17. – 2)	27. – 1)
8. – 2)	18. – 2)	28. – 3)
9. – 2)	19. – 3)	
10. – 1)	20. – 2)	

### **ТЕМА № 3. КЛЕЩЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ**

**(КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ,  
ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩЕВЫЕ БОРРЕЛИОЗЫ, ЭРЛИХИОЗЫ)**

1. – 2)	15. – 1)	29. – 1)
2. – 2)	16. – 2)	30. – 3)
3. – 1)	17. – 3)	31. – 2)
4. – 2)	18. – 1)	32. – 3)
5. – 2)	19. – 3)	33. – 2)
6. – 2)	20. – 3)	34. – 2)
7. – 2)	21. – 1)	35. – 3)
8. – 3)	22. – 1)	36. – 3)
9. – 3)	23. – 2)	37. – 2)
10. – 1)	24. – 3)	38. – 1)
11. – 3)	25. – 2)	39. – 2)
12. – 2)	26. – 1)	40. – 1)
13. – 2)	27. – 3)	
14. – 3)	28. – 2)	

## РАЗДЕЛ VII. ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ

### **ТЕМА № 1. РОЖА**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 1) | 8. – 3)  | 15. – 3) |
| 2. – 2) | 9. – 1)  | 16. – 1) |
| 3. – 2) | 10. – 3) | 17. – 2) |
| 4. – 2) | 11. – 2) | 18. – 1) |
| 5. – 1) | 12. – 1) | 19. – 2) |
| 6. – 2) | 13. – 2) | 20. – 3) |
| 7. – 1) | 14. – 1) |          |

### **ТЕМА № 2. СИБИРСКАЯ ЯЗВА**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 1) | 7. – 1)  | 13. – 2) |
| 2. – 1) | 8. – 3)  | 14. – 1) |
| 3. – 2) | 9. – 2)  | 15. – 1) |
| 4. – 2) | 10. – 3) | 16. – 2) |
| 5. – 1) | 11. – 3) | 17. – 3) |
| 6. – 1) | 12. – 2) | 18. – 3) |

### **ТЕМА № 3. СТОЛБНЯК**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 1) | 7. – 1)  | 13. – 2) |
| 2. – 1) | 8. – 2)  | 14. – 2) |
| 3. – 1) | 9. – 1)  | 15. – 2) |
| 4. – 2) | 10. – 2) | 16. – 3) |
| 5. – 1) | 11. – 2) | 17. – 1) |
| 6. – 3) | 12. – 1) |          |

### **ТЕМА № 4. БЕШЕНСТВО**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 2) | 8. – 2)  | 15. – 1) |
| 2. – 2) | 9. – 1)  | 16. – 2) |
| 3. – 2) | 10. – 2) | 17. – 1) |
| 4. – 1) | 11. – 3) | 18. – 1) |
| 5. – 2) | 12. – 2) | 19. – 3) |
| 6. – 3) | 13. – 1) | 20. – 3) |
| 7. – 2) | 14. – 3) |          |

## РАЗДЕЛ VIII. ЗООНОЗЫ

### **ТЕМА № 1. БРУЦЕЛЛЕЗ**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 2) | 8. – 1)  | 15. – 3) |
| 2. – 2) | 9. – 3)  | 16. – 3) |
| 3. – 2) | 10. – 2) | 17. – 2) |
| 4. – 2) | 11. – 1) | 18. – 3) |
| 5. – 2) | 12. – 2) | 19. – 2) |
| 6. – 3) | 13. – 2) |          |
| 7. – 2) | 14. – 2) |          |

### **ТЕМА № 2. ЧУМА**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 1) | 8. – 2)  | 15. – 1) |
| 2. – 1) | 9. – 2)  | 16. – 1) |
| 3. – 2) | 10. – 3) | 17. – 3) |
| 4. – 1) | 11. – 1) | 18. – 3) |
| 5. – 2) | 12. – 3) | 19. – 2) |
| 6. – 1) | 13. – 3) | 20. – 3) |
| 7. – 1) | 14. – 2) | 21. – 3) |

### **ТЕМА № 3. ТУЛЯРЕМИЯ**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 2) | 8. – 2)  | 15. – 2) |
| 2. – 2) | 9. – 3)  | 16. – 1) |
| 3. – 2) | 10. – 3) | 17. – 2) |
| 4. – 1) | 11. – 2) | 18. – 2) |
| 5. – 2) | 12. – 3) | 19. – 3) |
| 6. – 1) | 13. – 1) | 20. – 2) |
| 7. – 2) | 14. – 3) |          |

### **ТЕМА № 4. ЛЕПТОСПИРОЗ**

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 1. – 2) | 8. – 1)  | 15. – 1) |
| 2. – 2) | 9. – 3)  | 16. – 2) |
| 3. – 1) | 10. – 1) | 17. – 1) |
| 4. – 1) | 11. – 2) | 18. – 2) |
| 5. – 1) | 12. – 1) | 19. – 2) |
| 6. – 3) | 13. – 3) | 20. – 3) |
| 7. – 3) | 14. – 2) | 21. – 1) |

### **ТЕМА № 5. ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)**

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 1. – 2) | 7. – 1) | 13. – 3) |
| 2. – 1) | 8. – 1) | 14. – 2) |
| 3. – 2) | 9. – 2) | 15. – 2) |

- |         |          |          |
|---------|----------|----------|
| 4. – 3) | 10. – 2) | 16. – 2) |
| 5. – 3) | 11. – 1) | 17. – 2) |
| 6. – 3) | 12. – 1) |          |

#### **РАЗДЕЛ IX. ГЕЛЬМИНТОЗЫ**

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. – 1)  | 12. – 2) | 23. – 2) |
| 2. – 1)  | 13. – 1) | 24. – 3) |
| 3. – 2)  | 14. – 2) | 25. – 3) |
| 4. – 3)  | 15. – 2) | 26. – 1) |
| 5. – 2)  | 16. – 1) | 27. – 3) |
| 6. – 3)  | 17. – 2) | 28. – 1) |
| 7. – 1)  | 18. – 3) | 29. – 3) |
| 8. – 2)  | 19. – 3) | 30. – 1) |
| 9. – 1)  | 20. – 2) | 31. – 2) |
| 10. – 3) | 21. – 1) |          |
| 11. – 1) | 22. – 2) |          |

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### Основная

1. Инфекционные болезни : учебник / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 704 с.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1008 с.
3. Учайкин, В.Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 688 с.
4. Шувалова, Е.П. Инфекционные болезни : учебник / Е.П. Шувалова. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2005. – 696 с.
5. Ющук, Н.Д. Лекции по инфекционным болезням : учебное пособие для студентов медицинских вузов / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгерова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2007. – 1032 с.

### Дополнительная

1. Белогурова, В.А. Научная организация учебного процесса : учебное пособие / В.А. Белогурова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 511 с.
2. Гепатиты. Рациональная диагностика и терапия / под ред. Михаэля Фукса; пер. с нем. под ред. А.О. Буеверова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.
3. Интенсивная терапия инфекционных больных : руководство для врачей / Т.М. Зубик, К.В. Жданов, А.Ю. Ковеленов, А.И. Левшанков. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2010. – 304 с.
4. Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.
5. Тимченко, В.Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций : справочник / В.Н. Тимченко, В.В. Леванович, И.Б. Михайлов. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : “ЭЛБИ-СПб.”, 2007. – 384 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	ПРЕДИСЛОВИЕ .....	3
	СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	4
РАЗДЕЛ I.	ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ .....	5
РАЗДЕЛ II.	ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ .....	10
Тема № 1.	Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) .....	10
Тема № 2.	Менингококковая инфекция .....	14
Тема № 3.	Дифтерия .....	19
Тема № 4.	Инфекционный мононуклеоз (Эпштейна-Барр вирусная инфекция) .....	23
РАЗДЕЛ III.	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ .....	26
Тема № 1.	Брюшной тиф, паратифы А, В и С .....	26
Тема № 2.	Сальмонеллез .....	31
Тема № 3.	Пищевые токсикоинфекции .....	35
Тема № 4.	Ботулизм .....	37
Тема № 5.	Холера .....	40
Тема № 6.	Шигеллез .....	44
Тема № 7.	Амебиаз .....	48
Тема № 8.	Иерсиниозы .....	50
РАЗДЕЛ IV.	ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ .....	54
РАЗДЕЛ V.	ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....	62
РАЗДЕЛ VI.	ТРАНСМИССИВНЫЕ ИНФЕКЦИИ .....	68
Тема № 1.	Малярия .....	68
Тема № 2.	Риккетсиозы (сыпной тиф, болезнь Брилла, Ку-лихорадка, сибирский клещевой риккетсиоз) .....	73
Тема № 3.	Клещевые инфекции (клещевой энцефалит, иксодовые клещевые боррелиозы, эрлихиозы) .....	77
РАЗДЕЛ VII.	ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ .....	83
Тема № 1.	Рожа .....	83
Тема № 2.	Сибирская язва .....	87
Тема № 3.	Столбняк .....	90
Тема № 4.	Бешенство .....	93
РАЗДЕЛ VIII.	ЗООНОЗЫ .....	96
Тема № 1.	Бруцеллез .....	96
Тема № 2.	Чума .....	99
Тема № 3.	Туляремия .....	102
Тема № 4.	Лептоспироз .....	105
Тема № 5.	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС).....	108
РАЗДЕЛ IX.	ГЕЛЬМИНТОЗЫ .....	111
	ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	116
	СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	126

Учебное издание

**Авторы:**

Лукашова Л.В., Лепехин А.В., Ильинских Е.Н., Бужак Н.С.,  
Портнягина Е.В., Пучкова Н.Н., Бужак О.Н.

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ.  
СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

учебное пособие

*Издано в авторской редакции*

---

Подписано в печать  
Формат 60x84  $\frac{1}{16}$ . Бумага офсетная.  
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист. 7,9  
Тираж 100 экз. Заказ №

---

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ  
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2