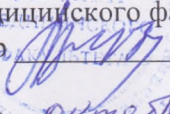


Министерство образования и науки Российской Федерации
Министерство образования и науки Кыргызской Республики

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ

Декан медицинского факультета
профессор  А.Г.Зарифьян

« 11 » октябре 2018 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

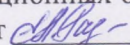
уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.35

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА
на заседании кафедры
инфекционных болезней

Зав.кафедрой
инфекционных болезней
доцент  Е.А. Радченко
«11» октябре 2018г.

Бишкек 2018 г.

Визирование ГИА в очередном учебном году

ГИА пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году.

Председатель УМС факультета


23 сентября 2020г.



Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.35 инфекционные болезни (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1077 и Постановлением Правительства КР №303 от 31.07.2007г.

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена

Программу составили:

Радченко Елена Анатольевна, к.м.н., доцент, зав. кафедрой инфекционных болезней

Куватова Джамал Оросбековна, к.м.н., доцент

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Цель государственной итоговой аттестации

1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

2.3. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(ПК-1) - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(ПК-3) - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

Диагностическая деятельность:

(ПК-5) - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

Лечебная деятельность:

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании оториноларингологической медицинской помощи;

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

(ПК-8) - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении;

Психолого-педагогическая деятельность:

(ПК-9) - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

Организационно-управленческая деятельность:

(ПК-10) - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.35 инфекционные болезни (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни (уровень подготовки кадров высшей

квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1077

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланочного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее двух часов.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в любом из отделений Республиканской клинической инфекционной больницы. Клинический разбор больного проводится по следующей схеме:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Сбор эпидемиологического анамнеза.
3. Объективное исследование общего состояния (*Status praesens communis*). Оно складывается из последовательно проводимых осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации органов и систем. Объективное исследование начинают с оценки общего состояния больного.
4. Объективное исследование поражённого органа (системы) – локальный или местный статус (*Status localis*).
5. Предварительный диагноз и его обоснование. Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания.
6. Лабораторные, дополнительные методы исследования
7. Дифференциальный диагноз. Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различия появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании.
8. Клинический диагноз с обоснованием.
9. Лечение. Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения. Лечение должно соответствовать медико-экономическому стандарту (МЭС).

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи.

Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.35 Инфекционные болезни. Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.35. инфекционные болезни проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - инфекциониста в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов. За каждый правильный ответ – 1 балл. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов. Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно».

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой **«отлично»** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции;

- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организовывает необходимую и адекватную медикаментозную помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную помощь;
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования инфекционных больных и интерпретации результатов, а также методикой экстренной и неотложной медицинской помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой **«хорошо»** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить проблему и оценивать ее альтернативные решения.
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную медикаментозную помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную помощь;
- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования инфекционных больных и интерпретации результатов, методикой экстренной и неотложной медицинской помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой **«удовлетворительно»** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не может поставить проблему и не оценивает ее альтернативные решения.
 - Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции;
 - Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
 - Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную медицинскую помощь;
 - Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную помощь.
 - Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи
- Демонстрирует частичное или неполное понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования инфекционных больных и интерпретации результатов, а

также методикой экстренной и неотложной медицинской помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или не отвечает, и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке **неудовлетворительно** - практические навыки не засчитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам инфекционных болезней, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, остановка кровотечения из различных источников, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии, стенозах и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой **«отлично»** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
- принципы диспансеризации больных;

Ординатор продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Оценкой **«хорошо»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
- принципы диспансеризации больных;

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна - две неточности в ответе.

Оценкой **«удовлетворительно»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний;
- современную классификацию инфекционных заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики инфекционных заболеваний;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- показания к госпитализации при различных инфекционных заболеваниях;
- принципы диспансеризации больных;

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Оценкой **«неудовлетворительно»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности «Инфекционные болезни». В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач-

инфекционист” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-инфекционист”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

Что не относится к факторам патогенности бактерий?

1. Наличие пилей общего типа
2. Бактериоциногенность
3. Способность продуцировать токсины
4. Таксономические признаки

Какие компоненты составляют молекулярные основы терапии бактериальных инфекций?

1. Использование ингибиторов каскада арахидоновой кислоты (нестероидные противовоспалительные средства)
2. Антибактериальные средства
3. Пассивная иммунотерапия
4. Иммуностимуляторы и иммунокорректирующие средства
5. Все перечисленное

Что является показанием для проведения комбинированной антибиотикотерапии у детей?

1. Высокая лихорадка
2. Наличие у ребенка гипотрофии
3. Выявленная резистентность возбудителя
4. Признаки тяжелой бактериальной инфекции
5. Подтвержденная синегнойная инфекция

Каковы основные звенья патогенеза брюшного тифа?

1. Внедрение возбудителя в организм в тонкой кишке
2. Развитие лимфаденита мезентеральных лимфоузлов
3. Бактериемия, паренхиматозная диффузия
4. Выделение возбудителя из организма, формирование иммунитета
5. Все перечисленное

Повторное проникновение брюшнотифозных бактерий просвет тонкой кишки происходит:

1. Непосредственно из крови
2. Из желчного пузыря вместе с желчью
3. Из лимфатических образований кишечника
4. Из клеток эпителия кишечника
5. Из брюшной полости

Патогенетическими механизмами образования язв в кишечнике при брюшном тифе являются все перечисленные, кроме:

1. Банальной воспалительной реакции, лейкоцитарной инфильтрации
2. Воздействия эндотоксина непосредственно на лимфатические образования кишечника
3. Токсического действия эндотоксина на периферические вегетативные узлы кишечника с развитием сосудистых и трофических изменений в его лимфатических образованиях и слизистой оболочке

4. Мозговидного набухания, некроза
5. Отторжения некротических тканей и образования язв

Для брюшного тифа характерно:

1. Постепенное начало болезни с максимальной выраженностью симптоматики на 8-9 день
2. Острое начало болезни
3. Наличие атипичных форм
4. Частое выявление продромального периода
5. Все перечисленное

В продромальном периоде брюшного тифа наблюдается все перечисленное, кроме:

1. Общее состояние не нарушается
2. Появление субфебрилитета
3. Снижается трудоспособность
4. Недомогание, разбитость, головная боль, усталость
5. Ухудшение сна и аппетита

Для современного брюшного тифа характерно все перечисленное, кроме:

1. Типичной температурной кривой
2. Неправильной или ремиттирующей лихорадки
3. Уменьшения длительности заболевания
4. Снижения количества гнойно-септических осложнений
5. Уменьшения тяжелых форм заболевания

Для паратифов А и В характерны все перечисленные клинические формы, кроме:

1. Менингеальной
2. Тифоидной
3. Гастроинтестинальной
4. Катаральной или гриппоподобной
5. Смешанной

При паратифе А сыпь может быть:

1. Розеолезная
2. Розеолезно-папулезная
3. Макуло-папулезная
4. Петехиальная
5. Все перечисленное

В основе классификации сальмонелл лежит:

1. Патогенность
2. Источник инфекции
3. Антигенная структура по О-антигенам
4. Антигенная структура по Н-антигенам
5. Антигенная структура по К-антигенам

Основные источники сальмонеллезной инфекции:

1. Крупный рогатый скот
2. Свиньи, овцы, утки, куры
3. Больной или носитель
4. Собаки, кошки, мышевидные грызуны, дикие птицы
5. Все перечисленные

При неосложненной гастроинтестинальной форме сальмонеллеза наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме:

1. Высокой лихорадки, интоксикации
2. Желтухи, геморрагического синдрома
3. Схваткообразных болей в животе
4. Тошноты, рвоты, частого жидкого стула
5. Обезвоживания

Особенности гастроэнтеритического синдрома при сальмонеллезе включают:

1. Упорную тошноту, рвоту не приносящую облегчения
2. Схваткообразные боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией
3. Обильный водянистый зловонный стул
4. Болезненность при пальпации в эпигастральной, околопупочной и илеоцекальной областях
5. Все перечисленное

Повреждение клеток эпителия толстой кишки шигеллами включает:

1. Внедрение в клетку эпителия
2. Размножение шигелл внутри клетки
3. Дегенерацию эпителия
4. Разрушение и отторжение эпителия
5. Все перечисленное

Преимущественная локализация поражений желудочно-кишечного тракта при дизентерии:

1. Желудок
2. Тонкая кишка
3. Проксимальные отделы толстой кишки
4. Дистальные отделы тонкой кишки
5. Все перечисленное

Критериями тяжести колитического варианта дизентерии является все перечисленное, кроме:

1. Высоты и продолжительности лихорадки
2. Гемодинамических расстройств
3. Обезвоживания
4. Степени интоксикации
5. Частоты и продолжительности жидкого стула, степени выраженности гемоколита

Диагноз эшерихиоза может быть установлен на основании:

1. Повышения температуры, интоксикации
2. Наличия гастроэнтерического синдрома
3. Эпидемиологических данных
4. Бактериологического подтверждения
5. Копрологического исследования

Энтеропатогенные кишечные палочки чувствительны ко всем перечисленным антибактериальным средствам, кроме:

1. Левомецетина
2. Ципрофлоксацина
3. Офлоксацина
4. Бисептола

5. Стрептомицина

Основными эпидемиологическими характеристиками ротавирусного гастроэнтерита является все перечисленное, кроме:

1. Высококонтрагиозное заболевания
2. Часто возникают эпидемические вспышки
3. Путь передачи фекально-оральный
4. Путь передачи капельный
5. Количество случаев заболевания возрастает в зимние месяцы

Механизм диарейного синдрома при ротавирусном гастроэнтерите включает все перечисленное, кроме:

1. Нарушения всасывания жидкости в тонкой кишке
2. Недостаточного синтеза ферментов, расщепляющих дисахариды
3. Накопления нерасщепленных дисахаридов и повышения осмотического давления в толстой кишке
4. Перераспределения жидкости из тканей организма в просвет толстой кишки
5. Усиления перистальтики вследствие воспаления слизистой кишки

Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите имеют все перечисленные признаки, кроме:

1. Стул обильный, водянистый
2. Цвет желтый или желто-зеленый, пенистого вида с резким запахом
3. Внезапные позывы к дефекации с выраженным болевым синдромом
4. Облегчение после дефекации
5. Тенезмы, примесь крови в испражнениях

Для кишечного амебиаза характерно все перечисленное, кроме:

1. Возбудитель относится к типу простейших
2. Возбудитель существует в вегетативной форме, не образуя цист
3. Обитает обычно в верхнем отделе толстого кишечника, при определенных условиях превращаясь в тканевые формы
4. Механизм заражения — фекально-оральный
5. Возбудитель может быть гематофагом

Для острого балантидиаза характерны все перечисленные симптомы, кроме:

1. Повышения температуры тела
2. Слабости, головной боли, снижения аппетита
3. Болей в животе, поноса, метеоризма
4. Генерализованной лимфаденопатии
5. Эозинофилии, выраженной потери массы тела

Для характеристики криптоспоридиоза характерно все перечисленное, кроме:

1. Возбудитель — паразитическое простейшее
2. Человек заражается при проникновении в желудочно-кишечный тракт цист паразита
3. Болеет только человек, животные являются лишь источником инфекции
4. В организме человека локализуется на слизистой кишки внутри энтероцитов
5. Вызывает атрофию ворсинок эпителия, выстилающего кишечник

Характерными ранними признаками трихинеллеза является все перечисленное, кроме:

1. Одутловатости лица, конъюнктивита

2. Лихорадки, эозинофилии
3. Анемии
4. Болей в мышцах
5. Различных высыпаний на коже

Заражение дифиллоботриозом происходит:

1. От больного человека
2. При употреблении сырого мяса крупного рогатого скота
3. При употреблении в пищу сырого свиного мяса
4. При употреблении свежей икры и сырой рыбы
5. Всего перечисленного

Для характеристики тениоза все перечисленные утверждения верны, кроме:

1. Заражение человека происходит при употреблении в пищу сырого свиного мяса
2. Возбудитель может паразитировать у человека в половозрелой и личиночной стадии
3. Взрослый гельминт паразитирует в тонком кишечнике в течение многих лет
4. Членики паразита активно выходят из ануса
5. Цистицеркоз развивается в результате попадания в желудок яиц цепня свиного

Возбудитель гриппа относится к:

1. Ротавирусам
2. Пикорнавирусам
3. Энтеровирусам
4. Ортомиксовирусам
5. Арбовируса

Лабораторная диагностика гриппа осуществляется всеми перечисленными методами, кроме:

1. Культивации вируса в культурах ткани
2. Реакции связывания комплимента (РСК)
3. РИГА
4. Иммунофлюоресценции

Грипп может протекать в следующих клинических формах:

1. Легкая, бессимптомная
2. Среднетяжелая
3. Тяжелая
4. Молниеносная (гипертоксическая)
5. Все перечисленные

Тяжелые формы гриппа сопровождаются:

1. Носовыми кровотечениями
2. Снижением артериального давления
3. Высокой температурой
4. Одышкой, кашлем
5. Всем перечисленным

Клиническая картина гриппа у детей раннего возраста характеризуется:

1. Поражением нервной системы
2. Судорожным и менингеальным синдромом
3. Дыхательной недостаточностью

4. Ложным крупом (с отеком легких и гортани)
5. Всем перечисленным

Клиническая картина гриппа у пожилых сопровождается:

1. Ринофарингитом и фаринголарингитом
2. Трахеобронхитом
3. Конъюнктивитом
4. Герпетическими высыпаниями
5. Всем перечисленным

Клинические симптомы отека мозга при гриппе:

1. Резкая головная боль, расстройства сознания
2. Психомоторное возбуждение, клонико - тонические судороги
3. Многократная рвота
4. Нарушения дыхания
5. Все перечисленное

Ложный круп при гриппе характеризуется:

1. Лающим кашлем
2. Чувством нехватки воздуха
3. Затрудненным и удлиненным вдохом
4. Разлитым цианозом
5. Всем перечисленным

Отек легких при гриппе сопровождается следующими клиническими симптомами:

1. Чувством нехватки воздуха
2. Возбуждением
3. Появлением влажных хрипов в легких и кашля с мокротой
4. Снижением артериального давления
5. Всем перечисленным

Острая респираторно-вирусная инфекция характеризуется:

1. Этиологически разнородными болезнями
2. Быстротой и массовостью распространения
3. Высокой чувствительностью возбудителя
4. Широким распространением среди детей
5. Всем перечисленным

Энтеровирусы человека ЕСНО и Коксаки вызывают:

1. Гриппоподобные заболевания
2. Асептические менингиты, энцефалиты
3. Диареи у детей раннего возраста
4. Геморрагический конъюнктивит, герпетические ангины
5. Все перечисленное

Основной симптом риновирусной инфекции:

1. Высокая лихорадка
2. Головная боль
3. Обильные водянистые выделения из носа
4. Выраженные воспалительные изменения в зеве
5. Все перечисленное

Наиболее частое осложнение парагриппа:

1. Миокардит
2. Пиелонефрит
3. Пневмония
4. Отит
5. Гайморит

Наиболее частыми осложнениями аденовирусной инфекции являются:

1. Пневмония
2. Гайморит
3. Отит
4. Все перечисленное

Клиническая картина респираторно - синцитиальной инфекции у детей:

1. Бронхитом
2. Бронхиолитом
3. Развитием ателектазов
4. Пневмонией
5. Всем перечисленным

Возбудитель микоплазменной инфекции чувствителен ко всем перечисленным антибиотикам, кроме:

1. Тетрациклина
2. Эритромицина
3. Пеницилина
4. Ампициллина
5. Цефтриаксона

Вирус кори обладает всеми перечисленными свойствами, кроме:

1. РНК - содержащий парамиксовирус
2. Наличие гемагглютинирующей, гемолизирующей и комплемент связывающей активности
3. Вирусу свойственно цитопатогенное действие
4. Вызывает повреждение хромосом
5. Устойчив к воздействию физических и химических факторов

Для кори характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

1. Острого начала
2. Выраженных катаральных явлений
3. Интоксикации
4. Гепато-лиенального синдрома
5. Экзантемы и энантемы

Сыпь при кори характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Пятнисто - папулезная
2. Точечная на гиперемизированном фоне
3. Сливная
4. Этапность высыпания с 3 - 4 дня болезни
5. Пигментация и отрубевидное шелушение кожи в течение 2 - х недель после угасания сыпи

Осложнениями при краснухе могут быть все перечисленные, кроме:

1. Артритов
2. Тромбоцитопенической пурпуры
3. Энцефалита
4. Серозного менингита
5. Миокардита

Отличием краснухи от кори является все перечисленное, кроме:

1. Менее выражены явления катара верхних дыхательных путей
2. Отсутствие пятен Бельского - Филатова - Коплика
3. Отсутствие этапности высыпаний в период разгара болезни
4. Высокая лихорадка
5. Сыпь не оставляет пигментации и шелушения

При инфекционном мононуклеозе в отличие от краснухи наблюдается все перечисленное, кроме:

1. Более выражен полиаденит
2. Часто встречается гепатолиенальный синдром
3. Имеет место ангина
4. Наличие в крови атипичных мононуклеаров
5. Выражены катаральные явления

Основными клиническими симптомами ветряной оспы являются все перечисленные, кроме:

1. Острого начала
2. Лихорадки
3. Полиморфных пятнисто - везикулезных высыпаний на коже и слизистых
4. Увеличения печени и селезенки
5. Интоксикации

Осложнения эпидемического паротита:

1. Серозный менингит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит
2. Орхит
3. Острый панкреатит
4. Лабиринтит, артриты
5. Все перечисленное

При инфекционном мононуклеозе могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме:

1. Разрыва селезенки
2. Острой печеночной недостаточности
3. Менингоэнцефалита, полирадикулоневрита
4. Активации вторичной микробной флоры - бронхит, отит, пневмония, синусит
5. Геморрагического синдрома

При герпетической инфекции имеет место все перечисленное, кроме:

1. Угнетения клеточного иммунитета
2. Снижения гуморального иммунитета
3. Образования иммунных комплексов
4. Интеграции с генами других вирусов и активации
5. Злокачественной трансформации клеток

Для герпетической инфекции характерно все перечисленное, кроме:

1. Лихорадки
2. Интоксикации
3. Везикулезных высыпаний
4. Поражения сердечно - сосудистой системы

К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:

1. Менингококкцемии
2. Менингококкового менингита
3. Менингоэнцефалита
4. Смешанного варианта менингококкцемии с гнойным менингитом
5. Менингококкового носительства

Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

1. Мазок из ротоглотки и носа на менингококк
2. Посев крови на менингококк
3. Бактериоскопия толстой капли крови
4. Бактериоскопия ликвора
5. Посев ликвора на менингококк

Для менингококкцемии характерны следующие клинические симптомы:

1. Острое развитие заболевания
2. Высокая лихорадка
3. Головная боль, озноб, слабость
4. В первые два дня на кожных покровах появляется геморрагическая сыпь
5. Все перечисленное

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

1. Высокой температуры с первых часов заболевания
2. Менингеальной позы: лежит на боку, голова запрокинута, ноги согнуты в коленях и тазобедренных суставах и подтянуты к животу
3. Менингеальные симптомы отрицательные
4. Положительный симптом «подвешивания», Лесажа, выбухания большого родничка, запрокидывания головы
5. Появления на кожных покровах обильной геморрагической сыпи

Клинически венитрикулит (эпендиматит) характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:

1. Сонливости, стойкого или прогрессирующего расстройства сознания
2. Очень высокой степени мышечной ригидности, иногда с развитием опистотонуса, судорог
3. Сильной головной боли, рвоты, гиперестезии
4. Застойных явлений соска зрительного нерва
5. Поражения III, IV, VIII, XII пар черепных нервов

При менингококковой инфекции у больных могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме:

1. Токсико - инфекционного шока
2. Желудочно - кишечных, маточных, паренхиматозно - субарахноидальных кровоизлияний
3. Миоэндоперикардита

4. Острого набухания и отека мозга с синдромом вклинения
5. Нарушения мозгового кровообращения

Токсин возбудителя скарлатины обладает тропизмом к:

1. Вегетативно - эндокринной системе
2. Нервно - сосудистой системе
3. Сердечно - сосудистой системе
4. Лимфатической системе
5. Всему перечисленному

Коклюшем болеют:

1. Дети в любом возрасте
2. Новорожденные и дети первых месяцев жизни
3. Подростки
4. Взрослые
5. Все перечисленные

Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:

1. Цефалоспорины
2. Гентамицин
3. Эритромицин
4. Пенициллин
5. Гликопептиды

Наибольшей чувствительности к токсину дифтерии обладает:

1. Сердечно - сосудистая система
2. Нервная система
3. Надпочечники
4. Почки
5. Все перечисленное

Для токсической дифтерии ротоглотки характерно:

1. Острое начало, тяжелое течение, высокая лихорадка
2. Головная боль, апатия, адинамия, бледность кожи
3. Грубый пленчатый налет на миндалинах и окружающих тканях ротоглотки, отек миндалин и окружающих тканей
4. Увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов, отек подкожной клетчатки шеи
5. Все перечисленные

Наиболее редкий возбудитель конъюнктивита у детей первых месяцев жизни:

1. Аденовирус
2. Стафилококк
3. Гонококк
4. Хламидия
5. Микопlasма

Наиболее частая причина крупа у детей:

1. Вирус гриппа
2. Вирус парагриппа
3. Аденовирус

4. Микоплазма
5. Стрептококк

Для крупы III степени при ОРЗ у детей характерно все перечисленное, кроме:

1. Выраженного стенотического дыхания с резким западением всех уступчивых мест грудной клетки на вдохе
2. Напряжения мышц шеи
3. Ослабления дыхания при аускультации легких
4. Симптома «выпадения пульсовой волны»
5. Брадикардии

Основными симптомами скарлатины являются все перечисленные, кроме:

1. Лихорадки, интоксикации
2. Острого тонзиллита, подчелюстного лимфаденита
3. Артритов
4. Сливающейся точечной сыпи на гиперемизированном фоне
5. Сгущения сыпи в естественных складках

Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:

1. Повышение уровня билирубина сыворотки крови
2. Повышение активности АлАТ и АсАТ
3. Гипоальбуминемия
4. Гипопротромбинемия
5. Все перечисленное

Клиническими признаками мезенхимально – воспалительной реакции при вирусном гепатите является все перечисленное, кроме:

1. Повышения температуры тела
2. Увеличения селезенки
3. Анемии
4. Лейкопении, увеличения СОЭ
5. Эозинофилии

Острый вирусный гепатит А верифицируется:

1. Повышением активности АлАТ
2. Повышением уровня билирубина сыворотки крови
3. Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgM
4. Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG
5. Повышением уровня иммуноглобулинов основных классов

К характеристике вируса гепатита В относится все перечисленное, кроме:

1. Устойчив к воздействию низких температур
2. Устойчив к воздействию высоких температур
3. Быстро погибает под воздействием консервантов крови
4. Устойчив к действию дезинфекционных средств
5. Устойчив к высушиванию

Исходом вирусного гепатита В может быть все перечисленное, кроме:

1. Хронического персистирующего гепатита
2. Хронического активного гепатита, цирроза печени
3. Персистирующей HBs антигенемии
4. Первичного рака печени

5. Амилоидоза печени

К лабораторным критериям повышенного риска хронизации вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:

1. Уровня АлАТ
2. Персистирования HBV > 30 дней
3. Обнаружения HBe Ag
4. Активной репликации HBV
5. Высокого содержания HBV – ДНК

В качестве этиотропной терапии острого и хронического ВГВ применяют:

1. Кортикостероиды
2. Иммуномодуляторы
3. Противовирусные препараты
4. Цитостатики
5. Антибиотики

Особенности преджелтушного периода острого гепатита В и гепатита Д (коинфекции):

1. Продолжительность меньше, чем при вирусном гепатите В, мигрирующие боли в крупных суставах
2. Острое течение с ранними проявлениями интоксикации
3. Характерна высокая температура и боли в области печени
4. Чаще, чем при вирусном гепатите В
5. Все перечисленное

Особенности желтушного периода коинфекции гепатита В и гепатита Д:

1. Субфебрильная температура в течение 7-12 дней от начала желтухи
2. Нарастает интоксикация при проявлении желтухи
3. Усиление болей в области печени
4. Чаще, чем при вирусном гепатите В уртикарные высыпания, спленомегалия
5. Все перечисленное

К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится все перечисленное:

1. Чаще болеют дети в возрасте 2-5 лет
2. В основном болеют взрослые 20 - 35 лет
3. Передается водным путем
4. Характеризуется эпидемическим распространением
5. Отмечается тяжелое течение болезни с высокой летальностью у беременных женщин

При хроническом вирусном гепатите Д обнаруживают:

1. HBs антиген
2. HDV-РНК
3. Анти - дельта класса М и G
4. Дельта - антиген в печени
5. Все перечисленное

При реактивации хронического вирусного гепатита С в крови обнаруживают:

1. Анти HCV класса М
2. Анти HCV класса G
3. Анти HCVNS4

4. Нарастание содержания HCV - РНК
5. Все перечисленное

Основная особенность акушерской тактики при вирусных гепатитах у беременных включает:

1. Противовирусную терапию
2. Применение кортикостероидных препаратов
3. Прерывание беременности при установлении диагноза вирусный гепатит
4. Проведение систематических лечебных мероприятий для предупреждения поздних выкидышей и преждевременных родов
5. Применение гепатопротекторов

Поражение печени характерно для всех перечисленных бактериальных инфекций, кроме:

1. Лептоспироза
2. Псевдотуберкулеза
3. Иерсиниоза
4. Дизентерии
5. Бруцеллеза

Возбудитель паразитирует в ткани печени или желчевыводящих путях при:

1. Эхинококкозе
2. Фасциолезе
3. Описиторхозе
4. Шистосомозах
5. Всех перечисленных гельминтозах

При чуме имеют место все следующие пути передачи, кроме:

1. Трансмиссивного
2. Контактного
3. Парентерального
4. Алиментарного
5. Воздушно – капельного

Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:

1. Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии
2. Геморрагическая септицемия
3. Наличие токсических лимфаденитов
4. Токсико - инфекционный шок
5. Водно - электролитные нарушения

По классификации ВОЗ различают следующие клинические формы чумы:

1. Кожную
2. Бубонную
3. Легочную
4. Септическую
5. Все перечисленное

В отличие от сибирязвенного карбункула при чуме:

А. Нет стекловидного стека подлежащих тканей

1. Нет дополнительных пузырчатых высыпаний вокруг черного струпа
2. Определяется резкая болезненность при пальпации
3. Содержимое пустулы кровянисто - гнойное с обилием возбудителя чумы

4. Все ответы правильные

Для легочной формы чумы наиболее типично:

1. Наличие режущих болей в груди, одышка
2. Кашель с пенистой кровавой мокротой
3. Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы
4. Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации
5. Нарастание легочно - сосудистой недостаточности

Для ускоренной лабораторной диагностики чумы применяют:

1. Серологические реакции
2. Люминесцентно - серологический метод
3. Биологическую пробу
4. Бактериоскопический метод
5. ПЦР – диагностику

Легочная форма туляремии в отличие от чумы:

1. Протекает более легко по типу мелко - очаговой пневмонии, бронхоаденита
2. Имеет благоприятный прогноз
3. Не сопровождается развитием токсико - инфекционного шока
4. Отмечается склонность к осложнениям в виде абсцессов, плевритов, бронхоэктазий, каверн
5. Все ответы правильные

Мероприятия, направленные на предупреждение завоза чумы:

1. Врачебный осмотр пассажиров
2. Санитарный осмотр грузов, багажа, транспортных средств, следующих через портовые города
3. Выявление и изоляция больных, подозрительных на заражение чумой
4. Обследование и врачебное наблюдение в течение 6 дней за лицами, прибывающими из зон, неблагоприятных по чуме
5. Все перечисленное

Различают следующие клинические варианты сибирской язвы:

1. Локализованную (кожную и висцеральную)
2. Генерализованную вторичную
3. Сибирязвенный сепсис
4. Все перечисленные
5. Ни одной из перечисленных

Типичными симптомами сибирязвенного карбункула являются все перечисленные, кроме:

1. Наличие язвы с темным дном
2. Выраженного воспалительного отека по краям язвы
- А. Обильного отделения серозной или геморрагической жидкости
3. Появления «дочерних» пузырьков по периферии язвы
4. Наличие болезненности в зоне некроза

Наиболее часто кожную форму сибирской язвы дифференцируют с:

1. Банальным карбункулом
2. Рожей
3. Кожной формой чумы

4. Язвенно - бубонной формой туляремии
5. Стрептодермией

Для рожи в отличие от сибирской язвы характерны:

1. Четкие контуры воспалительной зоны
2. Болезненность кожи по периферии воспаления
3. Наличие лимфаденита
4. Отсутствие струпа
5. Все перечисленное

Геморрагический синдром при желтой лихорадке представлен всеми перечисленными изменениями, кроме:

1. Геморрагической сыпи на коже и слизистых разной величины
2. Желудочно - кишечных кровотечений
- А. Гематурии
3. Носовых кровотечений
4. Тромбоцитопении

Поражение печени и почек при желтой лихорадке:

1. Наблюдается у всех больных
2. Чаще развивается с 1 - 2 дня болезни
3. Связаны с тропизмом вируса к эндотелию сосудов печени и почек
4. Является осложнением заболевания
5. Развивается в период второй волны лихорадки

Наиболее характерными морфологическими изменениями при натуральной оспе являются:

1. Чаще поражается кожа и слизистые оболочки
2. В эпидермисе кожи характерна баллонизирующая дегенерация
3. Наличие внутри мембраны клеток телец Гварниери
4. Правильного ответа нет
5. Все ответы правильные

Среди клинических форм натуральной оспы наиболее опасна:

1. Ранняя или поздняя геморрагическая форма
2. Вариолоид без сыпи
3. Оспенная энантема, при которой поражения ограничиваются слизистой верхних дыхательных путей
4. Плоская форма, при которой не развиваются типичные везикулы
5. Обычная оспа, при которой на 5 - й день высыпаний наблюдается лихорадка

Высыпания при натуральной оспе характеризуются:

1. Этапностью
2. Б. Инфильтратом кожи в основании элементов
3. Одинаковым возрастом элементов
4. Г. Наличием вдавлений в центре пустул
5. Д. Всем перечисленным

Потеря воды при холере происходит за счет:

1. Внеклеточной жидкости
2. Внутрисосудистой жидкости
3. Внутриклеточной жидкости

4. Перспирации
5. Все ответы правильны

Клинические признаки тяжелой формы холеры, включают все перечисленное, кроме:

1. Субнормальной температуры
2. Одышки, тотального цианоза
3. Обезвоживания III степени
4. Поноса и рвоты без счета
5. Анурии

Острая почечная недостаточность при холере развивается в результате всех перечисленных причин, кроме:

1. Снижения артериального давления
2. Гиповолемии
3. Гипокалиемии
4. Нарушения клубочковой фильтрации
5. Сгущения крови

К препаратам, используемым при антибактериальной терапии больных холерой, относятся все перечисленные, кроме:

1. Тетрациклинов
2. Левомецетина (хлорамфеникол)
3. Фторхинолонов
4. Препаратов нитрофуранового ряда
5. Сульфаниламидов.

Основные клинические симптомы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:

1. Лихорадка, сухость во рту, жажда, рвота
2. Боли в поясничной области, светобоязнь одутловатость лица, век
3. Кровоизлияния в склеры, в места инъекций, желудочные, маточные кровотечения
4. Снижение диуреза, упорная бессонница, неадекватное поведение больного, наличие менингеальных знаков
5. Все перечисленное

Из серологических реакций для диагностики хронического бруцеллеза применяют реакцию:

1. Агглютинации (Райта)
2. Непрямой гемагглютинации (РНГА)
3. Хеддельсона
4. Кумбса
5. Все перечисленные

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

1. Лихорадки, головной боли, потливости
2. Лимфаденопатии, полиморфной сыпи
3. Гепатолиенального синдрома
4. Болей в мышцах ног, спины, поясницы
5. Анурии

Для лечения туляремии применяют:

1. Рифампицин

2. Гентамицин
3. Тетрациклин
4. Левомецетин
5. Все перечисленное

Ведущие клинические признаки лептоспироза:

1. Лихорадка, интоксикация, головная боль
2. Боли в затылочных, икроножных мышцах, мышцах спины и
3. Геморрагический синдром, высыпания на коже
4. Увеличение печени и селезенки, олигоанурия, желтуха
5. Все перечисленное

Основная причина смерти при лептоспирозе:

1. Токсико - инфекционный шок
2. Острая почечная недостаточность
3. Менингит
4. Острая печеночная недостаточность
5. Острая недостаточность надпочечников

В качестве этиотропной терапии при лептоспирозе чаще применяют:

1. Пенициллин
2. Левомецетин
3. Ампициллин
4. Гентамицин
5. Ванкомицин

Промежуточным хозяином токсоплазмы являются все перечисленные, кроме:

1. Кошки
2. Собаки
3. Человека
4. Животных
5. Птиц

Для острого токсоплазмоза характерны следующие клинические проявления:

1. Увеличение лимфатических узлов
2. Повышение температуры тела
3. Ухудшение самочувствия
4. Летучие боли в мышцах, суставах
5. Все перечисленное

Ведущий путь передачи псевдотуберкулеза:

1. Контактный
2. Пищевой
3. Воздушно – капельный
4. Трансмиссивный
5. Парентеральный

Для псевдотуберкулеза характерно все перечисленное, кроме:

1. Острого начала
2. Частого, жидкого, водянистого стула
3. Выраженной интоксикации, высокой лихорадки
4. Тошноты, рвоты, болей в животе

5. Озноба, головной боли

Основные клинические симптомы гастроэнтероколитической формы кишечного иерсиниоза:

1. Острое начало, лихорадка, интоксикация
2. Озноб, бессонница, головная боль
3. Боли в животе, жидкий стул, возможна рвота
4. Локальная болезненность при пальпации в правой подвздошной области
5. Все перечисленное

При кишечном иерсиниозе могут наблюдаться все следующие симптомы, кроме:

1. Желтухи
2. Высыпаний на коже, артралгий
3. Лимфаденопатии, узловатой эритемы
4. Бульварных расстройств
5. Увеличения печени и селезенки

Клинические формы течения орнитоза:

1. Пневмоническая
2. Менингопневмония
3. Менингит
4. Орнитоз без поражения легких
5. Все перечисленные

Инкубационный период при орнитозе:

1. 1-5 дней
2. 6-17 дней
3. 18-21 день
4. 22-28 дней
5. 29-35 дней

Доброкачественный лимфоретикулез вызывается:

1. Вирусами
2. Хламидиями
3. Простейшими
4. Бактериями
5. Грибами

Основными клиническими симптомами при доброкачественном лимфоретикулезе являются:

1. Первичный аффект, лихорадка
2. Регионарный лимфаденит
3. Общая интоксикация
4. Гепатоспленомегалия
5. Все ответы правильные

Основные клинические симптомы при сапе:

1. Лихорадка и озноб
2. Миалгии, артралгии
3. Гиперемия кожи в области внедрения возбудителя с последующим образованием пустулы и язвы

4. Появление множественных вторичных узелков, язв, папул, абсцессов, свищей
5. Все перечисленное

Основными клиническими симптомами при мелиоидозе являются все перечисленные, кроме:

1. Лихорадки с ознобами
2. Появления болей в животе с частым жидким стулом, увеличения печени и селезенки
3. Кашля с мокротой кровянисто-слизистого характера
4. Формирование специфической пневмонии, менингита
5. Острой печеночной недостаточности

Факторы передачи кампилобактериоза:

1. Вода
2. Сырое молоко
3. Мясные продукты
4. Контакт с больными животными
5. Все перечисленное

Ящур вызывается:

1. Бактериями
2. Вирусами
3. Простейшими
4. Хламидиями
5. Грибами

Основными клиническими симптомами при ящуре являются все перечисленные, кроме:

1. Лихорадки с ознобами
2. Миалгии и анорексии
3. Стomatита, конъюнктивита
4. Поражения кожи в межпальцевых складках и около ногтей
5. Увеличения печени и селезенки

Основными патогенетическими звеньями листериоза являются:

1. Ворота инфекции - слизистая оболочка пищеварительного тракта
2. Возможно проникновение листерий через миндалины
3. Формирование регионального лимфаденита
4. Генерализация процесса, оседание возбудителя в ретикулоэн-дотелиальной системе, в нервной системе
5. Все перечисленное

Основные клинические симптомы листериоза новорожденных:

1. Лихорадка, одышка, заложенность носа, цианоз
2. Бронхопневмония, гнойный плеврит
3. Желтуха, гепатомегалия, реже увеличение селезенки
4. Экзантема, фарингит, конъюнктивит, понос, менингеальные симптомы, судороги, параличи
5. Все перечисленное

Возбудителем сыпного тифа является риккетсия

1. Провачека
2. Музера

3. Акари
4. Бернета
5. Киари

Источником инфекции при сыпном тифе является:

1. Больной человек
2. Клещи
3. Домашние животные
4. Грызуны
5. Все перечисленные

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

1. Гиперемии лица
2. Инъекции сосудов склер
3. Энантемы на мягком небе
4. Высыпания на конъюнктиве
5. Сыпи на коже туловища

Для сыпи при сыпном тифе характерны:

1. Розеолезный характер
2. Розеолезно-папулезный характер
3. Полиморфизм элементов
4. Фестончатость краев розеол
5. Все перечисленное

В период разгара заболевания болезнью Брилла характерны все следующие симптомы,

1. Розеолезно-папулезной сыпи
2. Лихорадки
3. Снижения АД
4. Умеренной гепатоспленомегалия
5. Энтероколитического синдрома

В начальный период болезни для лихорадки Ку характерны все перечисленные симптомы кроме:

1. Лихорадки
2. Гиперемии лица
3. Гепатолиенального синдрома
4. Менингизма
5. Гематурии

Возбудителем крысиного сыпного тифа являются:

1. Риккетсии Музера
2. Риккетсии Провачека
3. Риккетсии Бернета
4. Риккетсии Конори

Резервуаром возбудителя клещевого сыпного тифа являются:

1. Грызуны
2. Птицы
3. Клещи
4. Млекопитающие

5. Все перечисленные

Путь передачи инфекции при везикулезном риккетсиозе:

1. Трансмиссивный
2. Воздушно-капельный
3. Фекально-оральный
4. Контактный
5. Все перечисленные

Источник инфекции при марсельской лихорадке

1. Собачий клещ
2. Больной человек
3. Блохи
4. Птицы
5. Грызуны

Клинические проявления марсельской лихорадки:

1. Первичный аффект, макулопапулезная сыпь
2. Эндопериваскулит
3. Лихорадка
4. Поражение нервной системы
5. Все перечисленное

Переносчик инфекции при возвратном тифе:

1. Вши
2. Блохи
3. Клещи
4. Комары
5. Все перечисленные

Наиболее характерные клинические симптомы клещевого возвратного тифа:

1. Лихорадка, озноб, жажда, боли в крупных суставах
2. Мышечные боли, головные боли, нарушения сна, бред, возбуждение
3. Изменения сердечно-сосудистой системы
4. Наличие первичного аффекта
5. Все перечисленное

В патогенезе столбняка участвуют все перечисленные факторы, кроме:

1. Повышения пропускной способности нервно-мышечных синапсов
2. Поражения жизненно - важных центров (дыхания и ядер вагуса)
3. Гиперактивности симпатической нервной системы
4. Метаболического алкалоза
5. Метаболического ацидоза

Ранними кардинальными признаками болезни при столбняке являются все перечисленные, кроме:

1. Тетанические судороги
2. Тризм
3. Сардоническая улыбка
4. Дисфагии
5. Мышечных болей

Эритроцитарная шизогония длительностью 72 часа характерна для:

1. Тропической малярии
2. Овале-малярии
3. Четырехдневной малярии
4. Трехдневной малярии
5. Всего перечисленного

Для тропической малярии характерны все следующие осложнения, кроме:

1. Комы
2. Гемоглобинурийной лихорадки
3. Гемолитической анемии
4. Инфекционно-токсического шока
5. Паралитического синдрома

Источником инфекции и резервуаром лейшманиоза являются:

1. Собаки
2. Дикие животные из семейства псовых
3. Больной человек
4. Грызуны
5. Все перечисленные

Висцеральный лейшманиоз характеризуется всеми следующими клиническими признаками, кроме:

1. Артралгии
2. Постепенного начала болезни
3. Длительной волнообразной лихорадки
4. Прогрессирующей анемии
5. Геморрагического синдрома

Клиническая картина крови у больных висцеральным лейшманиозом характеризуется:

1. Снижением гемоглобина
2. Лейкопенией и тромбоцитопенией
3. Агранулоцитозам
4. Резким увеличением СОЭ
5. Всем перечисленным

Для денге характерны все перечисленные признаки, кроме:

1. Резкого озноба, внезапного подъема температуры
2. Полиморфной экзантемы, лимфаденопатии
3. Сильных болей в животе
4. Болей по ходу позвоночника
5. Артралгий, миалгий, мышечной ригидности

Возбудителями гнойных бактериальных менингитов могут быть:

1. Менингококк, пневмококк
2. Клебсиелла, гемофильная палочка
3. Стрептококк, стафилококк
4. Синегнойная палочка, протей
5. Все перечисленное

Возбудителями серозных бактериальных менингитов являются все перечисленные, кроме:

1. Бруцелл
2. Лептоспир
3. Микобактерий туберкулеза
4. Энтеровирусов
5. Листерий

Для лимфоцитарного хориоменингита характерны все следующие признаки, за исключением:

1. Чаще протекает в среднетяжелой форме
2. В спинномозговой жидкости рано обнаруживаются полиморфноядерные клетки
3. Иногда протекает по типу менингомиелита
4. Часто развитие менингоэнцефалита
5. Дифференциальный диагноз следует проводить с полиомиелитом

Для клинической картины клещевого энцефалита характерны следующие синдромы:

1. Общеинтоксикационный
2. Менингеальный
3. Энцефалитический
4. Полиомиелитный и полирадикулоневротический
5. Все перечисленное

Для прогрессивного течения клещевого энцефалита характерно

1. Общелихорадочного синдрома
2. Менингеального синдрома
3. Очаговой симптоматики
4. Развитие кожевниковской эпилепсии
5. Поражение сердечно-сосудистой системы

Для клинической картины японского энцефалита характерно все перечисленное, кроме:

1. Острого начала
2. Неправильного характера температурной кривой
3. Поражения центральной и периферической нервной системы
4. Изменений в спинномозговой жидкости
5. Легкого течения заболевания

Для паралитической стадии полиомиелита характерны:

1. Улучшение самочувствия больного, уменьшения интоксикации
2. Снижение тонуса мышц и сухожильных рефлексов
3. Развитие вялых параличей
4. Поражения черепно-мозговых нервов
5. Все перечисленное

Вирус полиомиелита можно обнаружить во всех перечисленных материалах, кроме:

1. Кала
2. Крови
3. Мочи
4. Носоглоточных смывов и ликвора
5. Трупного материала

Все перечисленное ниже характерно для энтеровирусной инфекции, кроме:

1. Различные серотипы могут вызвать летальные исходы у новорожденных

2. Инфекция новорожденных может сопровождаться синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания. У новорожденных может наблюдаться менингит
3. У новорожденных может быть некротический гепатит
4. В основе повышенной чувствительности у детей к энтеровирусам лежат неполноценность механизмов иммунологической защиты

Основными источниками инфекции при бешенстве являются:

1. Собаки
2. Лисы
3. Волки
4. Сельскохозяйственные животные
5. Все перечисленные животные

К клиническим проявлениям боррелиоза относится все перечисленное, кроме:

1. Появления первичного аффекта на месте укуса клеща
2. Высокой температуры, головной боли, болей в конечностях и пояснице
3. Наличия в течение болезни от 10 до 20 приступов болезни
4. Менингеального синдрома
5. В крови умеренного лейкоцитоза, лимфоцитоза, эозинопении.

К семейству ретровирусов относятся все перечисленные, кроме:

1. Вирусы иммунодефицита человека
2. Вирус Т - клеточной лимфомы человека
3. Вирус иммунодефицита обезьян
4. Вирус ящура
5. Вирус иммунодефицита кошек

Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:

1. Внешний белок мембраны
2. Белки сердцевины вириона
3. Обратная транскриптаза
4. Трансмембранный белок
5. Все верно

Основными этапами репликации ВИЧ является все перечисленные, кроме:

1. Взаимодействие оболочечных белков вируса с рецепторными белками клетки - мишени
2. Синтез дополнительной молекулы вирусной РНК
3. Активация белков ВИЧ протеинкиназами клетки – мишени
4. Синтез ДНК с помощью обратной транскриптазы
5. Интеграция вновь образованной вирус - специфической ДНК в геном пораженной клетки

Белок - рецептор CD4 содержат все перечисленные клетки, кроме:

1. Т - лимфоциты - хелперы (Т4)
2. Макрофаги
3. Моноциты
4. Эритроциты
5. Т - лимфоциты - супрессоры (Т8)

Какие поражения легких наблюдаются у больных терминальной стадией ВИЧ:

1. Пневмонии инфекционные

2. Микозы
3. Саркома Капоши
4. Лимфоидная интерстициальная пневмония, альвеолярный протеиноз
5. Все перечисленные

Наиболее частыми проявлениями врожденной ВИЧ - инфекции являются все перечисленные кроме:

1. Микроцефалии
2. Задержки развития
3. Общей мышечной слабости
4. Лицевого дисморфогенеза
5. Паратрофии.

Ведущими симптомами токсической формы дифтерии ротоглотки является все, кроме:

1. высокой температуры, адинамии, рвоты, анорексии;
2. распространенных налетов в ротоглотке, боли при глотании;
3. отека миндалин и ротоглотки;
4. стенотического дыхания;
5. отека шейной клетчатки

Что не является характерной особенностью вирусного гепатита E?

1. Распространение на определенных территориях;
2. Преимущественная заболеваемость детей 1 года жизни;
3. Регистрации преимущественно на территориях Средней Азии;
4. Периодичность и сезонность заболевания;
5. Тяжелое течение болезни у беременных женщин.

Основным возбудителем вирусной диареи у детей является:

1. Вирус гриппа;
2. Вирус парагриппа;
3. Ротавирус;
4. Вирус простого герпеса;
5. Респираторно - синцитиальный вирус.

Развитие желтухи возможно при всех перечисленных вирусных инфекциях, кроме:

1. Инфекционного мононуклеоза;
2. Цитомегаловирусной инфекции;
3. Желтой лихорадки;
4. Геморрагической лихорадки с почечным синдромом;
5. Герпетической инфекции.

Наиболее частой формой герпеса у детей раннего возраста является:

1. Офтальмогерпес;
2. Генитальный герпес;
3. Острый герпетический стоматит;
4. Энцефалит;
5. Генерализованная форма.

Показаниями к применению гормонов у инфекционных больных являются следующие состояния, кроме:

1. Инфекционно - токсического шока;
2. Отека - набухания головного мозга, вирусных и поствакцинальных энцефалитов;

3. Выраженных аллергических и аутоиммунных реакций;
4. Круп III степени при ОРВИ;
5. Обезвоживания II - III степени.

Энтероинвазивный механизм поражения слизистой оболочки кишечника характерен для:

1. Дизентерии;
2. Иерсиниоза;
3. Коли - инфекции, вызванной энтеротоксигенными эшерихиями (ЭТЭ);
4. Коли - инфекции, вызванной энтеропатогенными эшерихиями (ЭПЭ);
5. Дизентерии и иерсиниоза.

Наиболее подозрительным на цитомегаловирусную инфекцию симптомом при рождении ребенка является:

1. Гепатомегалия;
2. Желтуха;
3. Спленомегалия;
4. Петехиальная сыпь;
5. Правильно все.

Митигированная корь характеризуется:

1. Укороченным инкубационным периодом;
2. Облегчением клинических проявлений;
3. Отсутствием высыпания;
4. Выраженным конъюнктивитом, кашлем и обильной сыпью
5. Вероятностью осложнений (пневмония, отит)

Наиболее характерными клиническими симптомами менингита при менингококковой инфекции являются все перечисленные, кроме:

1. Лихорадки;
2. Головной боли и повторной рвоты;
3. Периферических парезов и параличей;
4. Менингеальных симптомов;
5. Судорог, особенно у грудных детей.

При паротитной инфекции возможны все перечисленные органые поражения, кроме:

1. Орхита;
2. Панкреатита;
3. Серозного менингита;
4. Поражения надпочечников с выраженной недостаточностью их функции;
5. Тиреоидита;
6. Мастита.

Для какой кишечной инфекции характерна экзантема:

1. Эшерихиозы;
2. Иерсиниоз;
3. Сальмонеллез;
4. Дизентерия;
5. Ботулизм.

Укажите характерную особенность коревой экзантемы:

1. Локализация на коже лица, кистей, стоп;
2. Появление на гиперемизированном фоне;

3. Этапность высыпания;
4. Наличие геморрагического компонента;
5. Наличие ложного полиморфизма.

Назовите причину смерти (из перечисленных) при гипертоксической дифтерии ротоглотки у детей:

1. Инфекционно - токсический шок
2. Гиповолемический шок;
3. ДВС - синдром;
4. Кардиогенный шок;
5. Надпочечниковая недостаточность.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

Задача № 1.

В терапевтический стационар на 2-й день болезни доставлен больной А., 27 лет, состояние больного тяжелое. Температура тела 37,1⁰С. В сознании, но говорит с трудом, односложно отвечает на вопросы. Жалуется на головную боль, слабость. В приемном отделении наблюдалась однократная рвота. Кожные покровы бледные, на туловище и конечностях - геморрагическая сыпь с цианотичным оттенком, элементы сыпи неправильной формы, размером от 3 до 15 мм. Отмечается цианоз пальцев рук и ног, пульс слабого наполнения, 140 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт. ст., тоны сердца глухие, дыхание 36 в мин., печень и селезенка не увеличены. Брюшные рефлексы снижены, зрачки d=s, вяло реагируют на свет. Менингеальные симптомы положительны.

Со слов жены, за 4-5 дней до ухудшения состояния у больного появился насморк, небольшая головная боль, боль при глотании, лечился домашними средствами. С 3-го дня болезни из-за повышения температуры до 38,9⁰С стал принимать бисептол по 2 таблетки 2 раза в день.

Накануне госпитализации появилась сыпь на коже ног и рук, затем на туловище, усилилась головная боль, была рвота, что было расценено участковым врачом как лекарственная аллергия, были назначены антигистаминные препараты. В прошлом болел ОРВИ, аллергии на лекарства не было. Работает инженером. Контакты с лихорадящими больными отрицает.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов.
3. Составьте план обследования.
4. Какие формы данного заболевания Вам известны?
5. Назовите возможные осложнения болезни.
6. Укажите, к какой группе инфекционных болезней относится данный случай, а также вероятный источник, механизмы заражения и пути передачи возбудителя.
7. Назначьте необходимое лечение. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?
8. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача № 2.

Больной Б., 28 лет, инженер, заболел 5.06.00: появились слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела до 37,5⁰С. В последующие 2 дня усилилась головная боль, беспокоила тошнота, температура повысилась до 38,5-38,7⁰С. Вечером 7.06

заметил припухлость в области шеи слева, жаловался на затруднение и болезненность при открывании рта. 8.06 вызвал врача из поликлиники, был поставлен диагноз “ангина”, назначен эритромицин, полоскания горла.

10.06 появилась припухлость в подчелюстной области справа, головная боль усилилась, была рвота. Врач направил больного в стационар с диагнозом “дифтерия, токсическая форма”. При осмотре в приемном покое состояние тяжелое, температура 38,6⁰С, кожа чистая. Рот открывает с трудом, миндалины гипертрофированы, без налетов, хорошо видна припухлость шеи с обеих сторон, определяется ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положителен, симптомы Брудзинского отрицательны. Пульс 84 удара в мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст.

Тоны сердца приглушены. В легких хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации выше пупка отмечается легкая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите имеющиеся и возможные осложнения.
2. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется, то с какими?
3. Укажите показания к госпитализации больного.
4. Составьте план обследования.
5. Назначьте лечение.
6. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 3.

Больной Ф., 35 лет, машинист поезда, заболел 17.07. Появилась боль в левом ухе и выделения из него (больной давно страдал гнойным отитом, наблюдался у отоларинголога поликлиники). Одновременно появились боли в пояснице и в ногах. Температура тела повысилась до 38⁰С. С 21.07 до 23.07 температура нормальная. 24.07 самочувствие опять ухудшилось, появились боли в области лопатки и плечевого пояса справа, температура поднялась до 40⁰С, появилась головная боль, беспокоило головокружение. В последующие дни сохранялась лихорадка с колебаниями температуры от 38,5 до 40,2⁰С. С 28.07 возникла боль и слабость в правой руке.

При обследовании в стационаре выявлены менингеальные симптомы, легкая слабость лицевой мускулатуры слева (при оскале зубов – дрожание левой половины верхней губы), отклонение языка влево, хоботковый рефлекс. Отмечалось снижение сухожильных и отсутствие брюшных рефлексов. Атрофический парез правой руки, распределенный неравномерно по отдельным мышечным группам: полностью парализованы трапецевидная, ромбовидная и зубчатая мышцы, а также разгибание мизинца, резко ослаблены большая грудная мышца и разгибатели предплечья, ослаблены сгибатели предплечья, супинаторы, разгибание, приведение и отведение 1- IV пальцев. При исследовании спинномозговой жидкости цитоз составил 613/3, лимфоцитов было 96%, нейтрофилов 4%, белок – 0,66 г/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваше представление о больном.
2. Какие сведения эпидемиологического анамнеза необходимо уточнить?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в этом случае?
4. Составьте план обследования.

5. Какие клинические формы и осложнения заболевания Вам известны?
6. Составьте план лечебных мероприятий.
7. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
8. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 4.

Больная О., 67 лет, страдающая гипертонической болезнью, поступила в больницу им. С.П.Боткина 07.06 с жалобами на плохое общее самочувствие, слабость, чувство нехватки воздуха, невозможность открыть глаза, резкую сухость во рту, затруднение при глотании воды, поперхивание при глотании.

Заболела 03. 06., когда во время ужина возникло кратковременное поперхивание при глотании жидкости. На следующий день появилась нарастающая слабость, 05.06 - боли в горле, затруднение при глотании вначале твердой, затем и жидкой пищи, стало “трудно открывать глаза”.

06.06 с диагнозом “ангина” госпитализирована в стационар. В приемном отделении диагноз отменен, заподозрено нарушение мозгового кровообращения в области ствола мозга, больная переведена в неврологическое отделение.

При осмотре состояние тяжелое, в сознании, заторможена, речь смазанная, невнятная, лицо гиперемировано, амимично. Двухсторонний птоз. При открывании глаз руками – расплывчатость контуров предметов. Зрачки расширены, реакция на свет вялая. Голос хриплый, с носовым оттенком. Подвижность мягкого неба отсутствует, глоточный рефлекс не вызывается. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 84 удара в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, вдох затруднен, ЧД – 32 в мин. Язык сухой, малоподвижен. Живот вздут, при глубокой пальпации – болезненность во всех отделах. Стула не было 2 дня.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие сведения необходимо выяснить для уточнения диагноза?
3. Составьте план обследования больной.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в этом случае?
5. Составьте план лечения больной с указанием мероприятий неотложной помощи.
6. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 5.

Больной А., геолог, заболел остро: появился озноб, затем повысилась температура до 39,4⁰С, возникла головная боль, слабость, боль в мышцах, суставах. В последующие 5 дней температура тела оставалась высокой, аппетит исчез, однократно было носовое кровотечение. Лечился амбулаторно с диагнозом грипп, принимал жаропонижающие препараты, однако температура не снижалась. На шестой день болезни врач поликлиники обнаружил сыпь на коже туловища. Больной был госпитализирован с диагнозом болезнь Брилла.

При осмотре состояние тяжелое, температура 40,1⁰С. Кожа обычной окраски, лицо одутловатое, гиперемированное, выражена инъеция сосудов склер. На коже боковых поверхностей туловища – петехиальная сыпь. Пульс 140 в 1 мин., АД 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный преимущественно в верхней половине,

симптомов раздражения брюшины нет. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки. Выявлена ригидность мышц затылка, симптом Кернига отрицательный. Диурез снижен.

При опросе установлено, что больной 10 дней назад вернулся из Казахстана, где в течение 2-х месяцев находился в экспедиции, жил в палатке, купался в реке. В детстве болел сыпным тифом.

Результаты обследования в стационаре:

Клинический анализ крови: Эр 3,7 млн., Л.- 15 тыс., п-17, с-60, л-17, м-6, тр. – 150 тыс., СОЭ – 47 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес 1009, белок – 0,66 г/л, л – 2-4 в п/з, эр. – 10-15 в п/з.

АлАТ – 2,2 ммоль/ч*л, билирубин – 18 мкмоль/л, сулемовый титр – 1,9, протромбиновый индекс – 85%.

Ликвор: белок – 0,66, цитоз – 1400/3, л-78%, н-22%.

HBsAg (-), HbcorAB(-), HCV AB(-).

ЗАДАНИЕ:

1. Ваше представление о больном.
2. Согласны ли Вы с диагнозом направления? Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Нуждается ли больной в проведении неотложных терапевтических мероприятий? Составьте план лечения больного.
4. Перечислите возможные причины смерти больных с таким диагнозом.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в этом случае?
6. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, атакже группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 6.

Больной Н., 65 лет, вызвал врача неотложной помощи в конце 1 суток болезни. Жаловался на повышение температуры тела до 38,8⁰С, озноб, нарастающую слабость, приступообразные боли в верхней половине живота, повторную рвоту, жидкий водянистый стул до 8-10 раз. Поводом для вызова неотложной помощи послужила кратковременная потеря сознания и боли в области сердца при очередной дефекации. Госпитализирован.

Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью II ст., ИБС, сахарным диабетом. Накануне заболевания ел жареное мясо, рыбу, отварной картофель, яичницу.

Контакт с инфекционными больными отрицает, питается в домашних условиях.

При осмотре состояние больного тяжелое. Отмечаются сухость слизистых оболочек, девиация языка вправо, сглажена левая носогубная складка. Пульс 120 уд/мин., единичные экстрасистолы, АД – 105/55 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Дыхание 26 в мин., дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы. Язык густо обложен бело-желтым налетом. Живот немного вздут, выявляется умеренная болезненность в правой половине и в эпигастральной области. В правой подвздошной области определяется умеренно выраженный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет. Мочеотделение уменьшено, что больной связывает с ограничением питья из-за угрозы рвоты.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?
3. Составьте план обследования больного.
4. В консультации каких специалистов нуждается больной?
5. Каков патогенез выявленных у больного нарушений?
6. С какими заболеваниями необходимо в данном случае проводить дифференциальный диагноз?
7. Составьте план терапевтических мероприятий.
8. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
9. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 7.

Больной Б., 40 лет, приехал в Петербург к родственникам в гости из Дагестана, где живет в селе, имеет домашнее хозяйство (овец, собаку).

Считает себя больным с 10-го мая, когда постепенно стала повышаться температура тела до 37,4 – 37,8⁰С, появилась слабость, недомогание, плохой сон, отмечал снижение аппетита, головную боль, однократно был жидкий стул. К 5-му дню болезни температура достигла 38,5⁰С, появился сухой кашель. 16 мая в связи с повышением температуры до 39,3⁰С родственниками был вызван врач из поликлиники, назначивший лечение “от гриппа” (жаропонижающие средства, таблетки от кашля, витамины, обильное питье). 17.05 самочувствие не улучшилось, сохранялась высокая температура, больной жаловался на сильную слабость, головную боль, но требовал, чтобы его отправили домой: “Там сейчас началась война, надо сражаться”. Скорой помощью был госпитализирован в городскую многопрофильную больницу с диагнозом “крупозная пневмония, интоксикационный делирий? Алкогольный делирий?”

В терапевтическое отделение, куда был помещен больной, вызван психиатр. Установлен делириозный синдром, назначена дезинтоксикационная терапия. При рентгенологическом исследовании выявлена пневмония, больной стал получать пенициллин по 2 млн. 6 раз в сутки внутримышечно. Однако, несмотря на проводимое лечение, лихорадка сохранялась (38,7-39,3⁰С), больной жаловался на сильную головную боль, бессонницу, кашель с мокротой. Объективно определялась незначительно увеличенная печень, на 1 см выступавшая из-под края реберной дуги, пальпировалась селезенка, пульс был 70 ударов в мин., в нижних отделах легких с обеих сторон выслушивались влажные хрипы. Однажды заявил врачу, что “так болит голова, что мог бы выброситься из окна”. Снова был вызван психиатр, который счел суицидные высказывания проявлением выраженной интоксикации на фоне тяжелой соматической патологии. При очередном осмотре лечащий врач заметил сыпь на коже живота, расценил ее как аллергическую и решил изменить антибактериальную терапию. Больной стал получать цефтриаксон внутривенно. 31 мая состояние больного резко ухудшилось: появились тошнота, головокружение, резкая слабость, потливость, тахикардия до 130 уд. в мин, АД 90/50 мм рт. ст., была рвота. Вечером был кашицеобразный стул черного цвета. Больной переведен в хирургическое отделение.

ЗАДАНИЕ:

1. Выскажите представление о больном. Почему больной был переведен в хирургическое отделение?
2. Какие детали эпидемиологического анамнеза требуют уточнения?
3. Какой генез, по Вашему мнению, имеет делириозный синдром?
4. Составьте план обследования больного и укажите ожидаемые результаты.
5. Опишите патогенез выявленных синдромов болезни.
6. Какие осложнения заболевания Вам известны?

7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
8. Составьте план лечения больного.
9. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
10. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 8.

Больной К., 45 лет, 28 мая обратился к терапевту с жалобами на слабость, тянущие боли в мышцах плечевого пояса, которые появились три дня назад, что связывает с переохлаждением.

Принимал анальгин, но без эффекта.

При осмотре температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$, отмечается небольшая гиперемия лица и шеи, гиперемия конъюнктив и ротоглотки. В области левой лопатки – эритематозный участок около 7 см в диаметре. Пальпация мышц плечевого пояса слегка болезненна. Пульс 60 уд. в мин, АД 105/65 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены. Врач поликлиники заподозрил ОРЗ и обострение остеохондроза шейного отдела позвоночника (в прошлом больной неоднократно лечился у невропатолога по поводу остеохондроза), назначены анальгетики и антипиретики, лечебный массаж.

Однако с 7-го дня болезни усилилась головная боль, сохранялась лихорадка, была однократная рвота, появилось чувство онемения и слабости в руках и ногах. Врачом неотложной помощи была выявлена ригидность мышц затылка.

Дополнительно было установлено, что больной работает продавцом мясного магазина, в подсобных помещениях магазина видел крыс; контакт с инфекционными больными отрицает, но сообщил, что один из продавцов обследовался на бруцеллез; имеет садоводческий участок, в течение мая еженедельно бывал на участке, несколько раз снимал с себя клещей, но укус клеща отрицает; пищу и воду привозит с собой, но иногда пьет воду из ручья.

С подозрением на лептоспироз больной был направлен в инфекционный стационар. В приемном отделении отмечены вялость и сонливость больного, гиперемия лица, сглаженность носогубной складки слева, снижение брюшных и сухожильных рефлексов. В течение 12 часов больной не мочился, при осмотре выявлено растяжение мочевого пузыря.

ЗАДАНИЕ:

1. Какие признаки болезни позволяют предположить лептоспироз?
2. Какие признаки не укладываются в картину лептоспироза или обострения остеохондроза?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Какие клинические формы и осложнения заболевания Вам известны?
5. Составьте план обследования больного.
6. Опишите патогенез выявленных синдромов.
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
8. Составьте план лечебных мероприятий.
9. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
10. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 9.

Больная М., 29 лет, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, шаткость походки, которые наблюдаются на протяжении 2-х дней. В связи с склонностью к гипотонии пила крепкий кофе, экстракт элеутерококка, но без улучшения самочувствия.

При осмотре в поликлинике температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$, отмечена вялость больной, сухость слизистых оболочек полости, особенно языка. Тоны сердца приглушены, пульс 98 уд в мин, АД 105/60 мм рт.ст. Живот безболезненный, менингеальных симптомов нет. Была заподозрена нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу, назначены адаптогены.

В течение последующего дня состояние больной продолжало ухудшаться: более выраженными стали слабость и головокружение, усилилась сухость во рту, уменьшилась звучность голоса, появилось мелькание “мушек” перед глазами, трудно стало читать. На следующий день у больной появилось поперхивание при глотании, она была осмотрена невропатологом поликлиники, отметившим вялость больной, птоз, более выраженный слева, горизонтальный нистагм, диплопию, дизартрию. По направлению невропатолога госпитализирована с диагнозом “стволовой энцефалит?

Острое нарушение мозгового кровообращения в области ствола мозга?” в многопрофильную городскую больницу.

В приемном отделении больная жаловалась на затруднение вдоха, при этом на высоте вдоха наблюдалось втяжение верхней части передней брюшной стенки; выявлена артериальная гипотония (АД 95/55 мм рт.ст.), частота дыхания выросла до 30 в мин., в нижних отделах легких дыхание было резко ослаблено.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие сведения необходимо выяснить для уточнения диагноза?
3. Назовите первоочередные мероприятия, которые должен был осуществить врач приемного отделения в данном случае.
4. Составьте план обследования больной.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в этом случае?
6. Составьте план лечения больной.
7. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
8. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 10.

Больной А., 15-ти лет, житель деревни, поступил в хирургическое отделение областной больницы с диагнозом “опухоль брюшной полости”. Жалуется на увеличение размеров живота, снижение веса, общую слабость, тошноту, изредка рвоту, затрудненное дыхание.

Из анамнеза известно, что в возрасте 3-х месяцев болел вирусным гепатитом. Ухудшение самочувствия отмечает в течение последнего года.

При осмотре температура тела $37,1^{\circ}\text{C}$, состояние тяжелое, выраженное истощение, огромный живот с ярко вырисовывающейся “головой Медузы”. В брюшной полости определяется свободная жидкость и опухоль в форме “песочных часов”, расположенная в правой половине живота. Печень плотная, на 4 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Перкуторно размеры легких уменьшены, дыхание затруднено. Пульс 92 уд. в мин, АД 110/65 мм рт. ст.

Общий билирубин - 25 мкмоль/л, АлАТ – 186 ед./л, тимоловая проба - 2,4 ед.,

сулемовый титр -2,0 мл сулемы, протромбиновый индекс – 80%, HBsAg (-), HBcorAB общие (+), HBeAB (+), HBsAB (-).

Во время операции из брюшной полости получено 3 литра серозной, окрашенной желчью жидкости. В правой половине живота обнаружена опухоль, исходящая из правой доли печени. При попытке вывести опухоль в рану опухоль вскрылась, из нее излилось около 3,5 литров зеленоватой, с хлопьями, жидкости.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие сведения необходимо выяснить для уточнения диагноза?
3. Составьте план дополнительного обследования больного и укажите ожидаемые результаты.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в этом случае?
5. Составьте план лечения больного.
6. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
7. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 11.

Больной Л, студент 19-ти лет, обратился к терапевту на 2-й день болезни с жалобами на повышение температуры тела до 39,5⁰С, сопровождавшееся ознобом, головную боль, распространенные миалгии, чувство разбитости.

Из города в течение последних 2-х месяцев не выезжал, живет дома с родителями, дома есть собака и кот. 3 месяца назад лечил зубы в платной поликлинике. Занимается экспериментальной работой на кафедре биохимии.

На основании острого начала болезни, гиперемии конъюнктив и слизистой оболочки ротоглотки, а также сведений о случаях ОРЗ в группе врач поликлиники поставил диагноз “ОРВИ по типу фарингоконъюнктивита” и назначил стандартную терапию.

В течение последующих 2-х дней состояние больного не улучшилось: сохранялась высокая лихорадка неправильного типа, выросла головная боль, появилась анорексия, с трудом доходил до туалета из-за боли в ногах и головокружения, стал меньше мочиться. На 5-й день болезни заметил потемнение мочи, желтушность склер. На следующий день вечером появилось носовое кровотечение, была однократная рвота с примесью желчи. Вызванный врач неотложной помощи госпитализировал больного в инфекционный стационар с подозрением на острый вирусный гепатит В.

В приемном отделении состояние больного тяжелое, умеренная желтуха кожи и слизистых оболочек, выявлено кровоизлияние в угол левого глаза, на губах – Herpes labialis. На коже боковых отделов грудной клетки – петехиальная сыпь. Печень и селезенка увеличены, определялась болезненность при поколачивании поясничной области с обеих сторон. Наряду с этим была умеренно выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига отрицательный.

Для дальнейшего лечения направлен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

ЗАДАНИЕ:

1. Какие признаки болезни позволяют предположить вирусный гепатит?
2. Какие признаки не укладываются в картину вирусного гепатита?
3. Сформулируйте клинический диагноз. Что, по Вашему мнению, могло послужить причиной экстренного перевода больного из приемного покоя в реанимационное отделение?
4. Какие осложнения заболевания Вам известны?
5. Составьте план обследования больного.

6. Опишите патогенез выявленных синдромов.
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
8. Составьте план лечебных мероприятий.
9. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
10. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 12.

Больной П., 29 лет, поступил в инфекционный стационар на 3-й день болезни.

Заболевание началось остро, температура тела повысилась до 39⁰С, беспокоила головная боль, небольшая боль в горле при глотании. Ранее болел ангиной, в течение последних 2-х лет злоупотреблял алкоголем.

При осмотре в приемном покое состояние средней тяжести, пульс 108 уд. в мин, АД 155/105 мм рт.ст., температура 37,4⁰С, отмечается гиперемия зева, небные миндалины увеличены (гипертрофия II степени), налетов нет, выявлен склерит. Наблюдался тремор конечностей. Менингеальных симптомов нет. Заподозрен грипп, назначена соответствующая терапия. В гемограмме умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 25 мм/час.

Спустя несколько часов возникла однократная рвота, температура тела повысилась до 38,8⁰С, отмечены гиперестезия кожи, снижение брюшных рефлексов, незначительная ригидность затылочных мышц при отрицательном симптоме Кернига. Состояние расценивалось как умеренный нейротоксикоз с нарушением ликвородинамики у больного гриппом на фоне зависимости от алкоголя. Введены мочегонные средства, усилена дезинтоксикационная терапия.

При повторном исследовании гемограммы отмечено увеличение нейтрофильного сдвига влево.

Несмотря на проводимую терапию, состояние ухудшалось, нарастала ригидность затылочных мышц, появился положительный симптом Кернига. При люмбальной пункции получен мутный ликвор, вытекавший под повышенным давлением. Цитоз ликвора 7500/3, нейтрофилы 100%, белок 0,99 г/л, сахар 0,6 ммоль/л. В мазке ликвора обнаружены грамотрицательные диплококки. В последующие сутки температура повысилась до 40,5⁰С, нарастало психомоторное возбуждение, возникли периодические судороги отдельных мышц, наступила потеря сознания на фоне резко выраженной ригидности затылочных мышц.

Появились плавающие движения глазных яблок, участилось дыхание до 40-50 в мин., возникли генерализованные судороги, разлитой цианоз, тахикардия до 130 уд в 1 мин, АД 90/60 мм рт.ст.

В результате интенсивной терапии в реанимационном отделении пришел в сознание через 12 часов.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какое осложнение заболевания могло быть причиной смерти больного?
2. Какие клинические формы и осложнения заболевания Вам известны?
3. Составьте план обследования больного.
4. Каков патогенез выявленных у больного нарушений?
5. С какими заболеваниями необходимо в данном случае проводить дифференциальный диагноз?
6. Составьте план лечения с указанием мероприятий интенсивной терапии.

7. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
8. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 13.

Больная А., 32 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи через 8 часов от начала болезни с диагнозом “острое респираторное заболевание?”. Заболела остро: внезапно появились озноб, головная боль, повысилась температура тела до 38,8⁰С, трижды был жидкий стул, при дефекации потеряла сознание.

При поступлении состояние тяжелое, без сознания, температура тела 39,0⁰С, пульс 120 уд. в мин, АД 130/75 мм рт. ст., ЧД - 40 в мин, отмечалось двигательное возбуждение, общие тонические судороги. Менингеальных симптомов нет. Тоны сердца глухие, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, урчание при пальпации в подвздошных областях. Во время осмотра появился скудный слизисто-кровянистый стул, отмечено снижение АД до 80/40 мм рт. ст.

На фоне проводимой интенсивной терапии судороги исчезли, через 4 часа нормализовались частота дыхания и показатели гемодинамики. Спустя сутки после поступления больная пришла в сознание.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие сведения необходимо выяснить для уточнения диагноза?
2. Укажите осложнения заболевания и опишите их патогенез.
3. Назовите первоочередные мероприятия, которые должен был осуществить врач приемного отделения в данном случае.
4. Составьте план обследования больной.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в этом случае?
6. Составьте план лечения больной.
7. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
8. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 14.

Больной З., 28 лет, поступил в стационар на 2-й день болезни. Заболел внезапно: появился сильный озноб, повысилась температура тела до 39⁰С, стали беспокоить головная боль, схваткообразные боли в животе и понос. Вначале боль распространялась по всему животу, а затем локализовалась в левой подвздошной области. Испражнения быстро стали не каловыми, скудными, состоящими из одной слизи с примесью крови.

При поступлении состояние тяжелое. Температура тела 40⁰С. Больной заторможен, на вопросы отвечает с трудом, односложно. Жалуется на слабость, сильную боль в левой подвздошной области, почти непрерывные позывы на дефекацию. Больной не в состоянии встать с постели, оправляется под себя. Лицо осунувшееся, со страдальческим выражением. Кожные покровы бледные. Пульс 120 уд. в 1 мин, АД 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Живот втянутый, мягкий. Резкая болезненность при пальпации сигмовидной, поперечно-ободочной, слепой кишок. Печень и селезенка не увеличены. Диурез снижен.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие сведения необходимо выяснить для уточнения диагноза?

3. Нуждается ли больной в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?
4. Составьте план обследования больного.
5. Каков патогенез выявленных у больного нарушений?
6. С какими заболеваниями необходимо в данном случае проводить дифференциальный диагноз?
7. Составьте план терапевтических мероприятий.
8. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
9. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

2.3. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

1. Основные морфологические признаки острого вирусного гепатита.
2. Перечислите инфекционные заболевания с синдромом лимфаденопатии.
3. Принципы терапии тяжелой формы дизентерии.
4. Дифференциальная диагностика субарахноидального кровоизлияния и менингита.
5. Особенности течения начального, олиго-анурического и полиурического периодов ГЛПС.
6. Основные причины смерти при гриппе.
7. План обследования больного с подозрением на сыпной тиф.
8. Особенности течения вирусных гепатитов у беременных.
9. Неотложная помощь при отеке легких у больных с респираторной вирусной инфекцией.
10. Опорные клинические признаки дифтерии глотки.
11. Показания к госпитализации больного гриппом.
12. Клинические критерии диагностики менингококкового сепсиса.
13. Показания к обследованию на малярию.
14. Характерные особенности сибиреязвенного карбункула.
15. Наиболее частые механизмы развития судорожного синдрома при инфекционных заболеваниях.
16. Дифференциальная диагностика вирусного гепатита к желтушной формы лептоспироза.
17. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке.
18. Первая помощь при пищевых токсикоинфекциях.
19. Диагностика осложнений дифтерии.
20. Терапевтическая тактика при легкой форме дизентерии.
21. Клинические признаки амебиаза кишечника.
22. Диагностическая тактика в отношении больного с менингеальным синдромом.
23. Основные осложнения дифтерии.
24. Типичные для ГЛПС изменения функции почек, диагностика.
25. Основные причины смерти при чуме.
26. Терапевтическая тактика при тяжелой форме лептоспироза.
27. Клиническая и лабораторная диагностика орнитоза.
28. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ботулизм?
29. Ранние признаки острой печеночной недостаточности.
30. Регидратационная терапия в соответствии со степенью обезвоживания.
31. Основные клинические признаки острого бруцеллеза.
32. Неотложные состояния при гнойных менингитах.
33. Основные осложнения при сальмонеллезе.

34. Терапевтическая тактика при гриппе.
35. Мероприятия в очаге холеры.
36. Патогенез энантемы Розенберга и пятен Киари-Авцына.
37. Осложнения при эпидемическом паротите.
38. План обследования больного с высокой лихорадкой на 5-й день болезни.
39. Терапевтическая тактика при подозрении на ботулизм.
40. Диагностическое и прогностическое значение маркеров вирусного гепатита В.
41. Диагностика хронического бруцеллеза (лабораторная).
42. Дифференциальная диагностика полилимфаденопатий.
43. Методы и средства дезинтоксикационной терапии.
44. Патогенез острой почечной недостаточности при лептоспирозе.
45. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции.
46. Принципы терапии болезни Лайма.
47. Диагностика болезни Брилла.
48. Неотложная помощь при синдроме Уотерхауса-Фридериксена.
49. Причины смерти при дифтерии.
50. Клинико-лабораторная диагностика дизентерии.
51. Патогенез флегмоны кишки при хроническом вирусном гепатите В.
52. Характер ликвора при лептоспирозном менингите.
53. Угрожающие жизни больного осложнения ГЛПС.
54. Клинические критерии угрожающей или начинающейся дислокации ствола мозга.
55. Возможные варианты последствий укуса иксодового клеща.
56. Основные клинические проявления фелиниоза.
57. План обследования больного с подозрением на брюшной тиф.
58. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
59. Прогнозирование исходов вирусного гепатита В.
60. Терапевтическая тактика при абдоминальной форме псевдотуберкулеза.
61. Патогенез острой почечной недостаточности при лептоспирозе.
62. Клинико-лабораторные критерии диагностики трихинеллеза.
63. Неотложная помощь при дегидратационном шоке.
64. Наиболее частые осложнения менингококкового сепсиса.
65. Перечислите инфекционные заболевания, сопровождающиеся артритами.
66. Показания и техника проведения серотерапии при дифтерии.
67. Диагностическая и терапевтическая тактика при подозрении на ботулизм.
68. План обследования при лихорадке неясного генеза.
69. Патогенез основных осложнений при брюшном тифе.
70. Основные клинические проявления клещевого боррелиоза.
71. Принципы лечения малярии; основные средства с указанием схем доз.
72. Дифференциальная диагностика синдрома пневмонии.
73. План обследования больного с длительной субфебрильной лихорадкой.
74. Клинико-лабораторные критерии диагностики хронического вирусного гепатита.
75. Причины развития острой дыхательной недостаточности в клинике инфекционных болезней.
76. Клинические проявления сывороточной болезни.
77. Тактика врача при подозрении на пищевую токсикоинфекцию.
78. Клиника дифтерии гортани.
79. Наиболее частые осложнения ветряной оспы.
80. Дифференциальная диагностика серозного менингита.
81. Неотложная помощь при ИТШ.
82. Индивидуальные средства защиты в очаге чумы.
83. Диагностика осложнений брюшного тифа.

84. Клинические и лабораторные признаки Ку-лихорадки.
85. Неотложные мероприятия при отеке-набухании головного мозга.
86. Клиническая классификация клещевого энцефалита.
87. Тактика при подозрении на ботулизм.
88. Диагностика аденовирусной инфекции.
89. Профилактика полиомиелита.
90. Клинико-эпидемиологическая характеристика туляремии.

ПРИМЕРЫ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ

Билет № 1

Показания к госпитализации больного гриппом.
Клинические критерии диагностики менингококкового сепсиса.
Показания к обследованию на малярию.

Билет № 2

Характерные особенности сибиреязвенного карбункула,
Наиболее частые механизмы развития судорожного синдрома при инфекционных заболеваниях.
Дифференциальная диагностика вирусного гепатита к желтушной формы лептоспироза.

Билет № 3

Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке.
Первая помощь при пищевых токсикоинфекциях.
Диагностика осложнений дифтерии.

Билет № 4

Терапевтическая тактика при легкой форме дизентерии.
Основные морфологические признаки острого вирусного гепатита.
Перечислите инфекционные заболевания с синдромом лимфоаденопатии.

Билет № 5

Принципы терапии тяжелой формы дизентерии.
Дифференциальная диагностика субарахноидального кровоизлияния и менингита.
Особенности течения начального, олиго-анурического и полиурического периодов ГЛПС.

Билет № 6

Основные причины смерти при гриппе.
План обследования больного с подозрением на сыпной тиф.
Особенности течения вирусных гепатитов у беременных.

Билет № 7

Неотложная помощь при отеке легких у больных с респираторной вирусной инфекцией.
Опорные клинические признаки дифтерии глотки.
Основные клинические признаки острого бруцеллеза.

Билет № 8

Неотложные состояния при гнойных менингитах.
Основные осложнения при сальмонеллезе.
Терапевтическая тактика при гриппе.

Билет № 9

Мероприятия в очаге холеры.
Патогенез энантемы Розенберга и пятен Киари-Авцына.
Осложнения при эпидемическом паротите.

Билет № 10

План обследования больного с высокой лихорадкой на 5-й день болезни.
Терапевтическая тактика при подозрении на ботулизм.
Диагностическое и прогностическое значение маркеров вирусного гепатита В.

Билет № 11

Клинические признаки амебиаза кишечника.
Диагностическая тактика в отношении больного с менингеальным синдромом.
Основные осложнения дифтерии.

Билет № 12

Типичные для ГЛПС изменения функции почек, диагностика.
Основные причины смерти при чуме.
Терапевтическая тактика при тяжелой форме лептоспироза.

Билет № 13

Клиническая и лабораторная диагностика орнитоза.
С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ботулизм?
Ранние признаки острой печеночной недостаточности.

Билет № 14

Регидратационная терапия в соответствии со степенью обезвоживания.
Патогенез флегмоны кишки при хроническом вирусном гепатите В.
Характер ликвора при лептоспирозном менингите.

Билет № 15

Угрожающие жизни больного осложнения ГЛПС.
Клинические критерии угрожающей или начинающейся дислокации ствола мозга.
Возможные варианты последствий укуса иксодового клеща.

Билет № 16

Основные клинические проявления фелиниоза.
План обследования больного с подозрением на брюшной тиф.
Неотложная помощь при анафилактическом шоке.

Билет № 17

Прогнозирование исходов вирусного гепатита В.
Терапевтическая тактика при абдоминальной форме псевдотуберкулеза.
Патогенез острой почечной недостаточности при лептоспирозе.

Билет № 18

Клинико-лабораторные критерии диагностики трихинеллеза.
Неотложная помощь при дегидратационном шоке.
Наиболее частые осложнения менингококкового сепсиса.

Билет № 19

Перечислите инфекционные заболевания, сопровождающиеся артритами.
Показания и техника проведения серотерапии при дифтерии.

Диагностическая и терапевтическая тактика при подозрении на ботулизм.

Билет № 20

План обследования при лихорадке неясного генеза.
Патогенез основных осложнений при брюшном тифе.
Основные клинические проявления клещевого боррелиоза.

Билет № 21

Лабораторная диагностика хронического бруцеллеза.
Дифференциальная диагностика полилимфоаденопатий.
Методы и средства дезинтоксикационной терапии.

Билет № 22

Патогенез острой почечной недостаточности при лептоспирозе.
Клиническая классификация ВИЧ-инфекции.
Принципы терапии болезни Лайма.

Билет № 23

Диагностика болезни Брилла.
Неотложная помощь при синдроме Уотерхауса-Фридериксена.
Причины смерти при дифтерии.

Билет № 24

Клинико-лабораторная диагностика дизентерии.
Принципы лечения малярии; основные средства с указанием схем доз.
Дифференциальная диагностика синдрома пневмонии.

Билет № 25

Индивидуальные средства защиты в очаге чумы.
Диагностика осложнений брюшного тифа.
Клинические и лабораторные признаки Ку-лихорадки.

Билет № 26

Неотложные мероприятия при отеке-набухании головного мозга.
Клиническая классификация клещевого энцефалита.
Тактика при подозрении на ботулизм.

Билет № 27

Диагностика аденовирусной инфекции.
Профилактика полиомиелита.
Клинико-эпидемиологическая характеристика туляремии.

Билет № 28

План обследования больного с длительной субфебрильной лихорадкой.
Клинико-лабораторные критерии диагностики хронического вирусного гепатита.
Причины развития острой дыхательной недостаточности в клинике инфекционных болезней.

Билет № 29

Клинические проявления сывороточной болезни.
Тактика врача при подозрении на пищевую токсикоинфекцию.
Клиника дифтерии гортани.

Билет № 30

Наиболее частые осложнения ветряной оспы.

Дифференциальная диагностика серозного менингита.

Неотложная помощь при ИТШ.

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Атлас инфекционных болезней: учебное пособие для мед. вузов/ под ред. В.И. Лучшева, С.Н. Жарова, В.В. Никифорова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 192 с.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство + CD / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2010. - 1056 с.
3. Учайкин В.Ф. Инфекционная гепатология : руководство для врачей / В. Ф. Учайкин, Т. В.Чередниченко, А. В. Смирнов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 607 с.

Дополнительная литература

1. Тропические болезни. Учебник/Под ред. Е.П. Шуваловой 5-у издание перераб. и доп. СПб «ЭЛБИ- СПб», 2004,-704с.
2. Медицинская паразитология и паразитарные болезни: учебное пособие / под ред. А. Б. Ходжаян, С. С. Козлова, М. В. Голубевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с
3. Вакцины и вакцинация: национальное руководство/под ред. В.В. Зверева, Б.Ф. Семенова, Р.М. Хаитова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 880 с
4. Радченко Е.А., Куватова Д.О., Мамбетова А.И. и др. «Особо-опасные инфекции» учебно-методическое пособие ,Бишкек: КРСУ, 2018г
5. Абдикеримов М.М.,Куватова Д.О., Радченко Е.А. «Вирусные гепатиты» учебное пособие, Бишкек: КРСУ, 2017г

Перечень ресурсов "Интернет"

1. Вестник инфектологии и паразитологии <http://www.infectology.ru>
2. Детские инфекции <http://www.detinf.ru/journal/>
3. Эпидемиология и инфекционные болезни <http://www.epidemiology-journal.ru>
Информационный портал об инфекциях и антимикробных препаратах <http://www.antibiotic.ru>
4. Национальное научное общество инфекционистов www.nnoi.ru
5. Ассоциация педиатров-инфекционистов России <http://www.detinf.ru/assoc.h>