ИЕРСИНИОЗЫ. Клинические варианты локализованной формы

- энтероколитический

ИЕРСИНИОЗЫ. Клинические варианты генерализованной формы

Менингеальная форма, иерсиниозный гепатит

ИЕРСИНИОЗЫ. Этиологическая диагностика включает

-ПЦР каках, серологические исследования, выделение культуры

ИЕРСИНИОЗЫ. Факторы патогенности иерсиний

- Эндотоксины и экзотоксины

ИЕРСИНИОЗЫ. Клинические варианты локализованной формы

-острый илеит, гастроэнтерит вариант

ИЕРСИНИОЗЫ. Этапы патогенеза

-преодоление слизистой, бактеремия, токсинемия

ИЕРСИНИОЗЫ. Особенности иерсиниозного менингита

-лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышение аминотрансф в 5 10 развитие

ИЕРСИНИОЗЫ. Варианты патогенеза

-Развитие гиперсекреторно-эксудативной диареи

ИЕРСИНИОЗЫ. Возможные клинические признаки

-экзантема, диарея, аппендицит, увеличение печени\селезенки

ИЕРСИНИОЗЫ. Наиболее эффективные препараты

-фторхинолоны, цефалоспорины 3поколения

ИЕРСИНИОЗЫ. В клинической классификации учитываются

-Тяжесть заболевания, формы проявления инфекционного процесса

ИЕРСИНИОЗЫ. Область дифференициально-диагностического поиска при локализованной форме

-сальмонеллез, шигеллез, гепатита  
ИЕРСИНИОЗЫ. Область дифференициально-диагностического поиска при генерализованной форме  
-сальмонеллез, брюшной тиф, сыпной тиф  
ИЕРСИНИОЗЫ. Пути передачи инфекции

- пищевой, водный

ИЕРСИНИОЗЫПри локализованной форме размножение возбудителя происходит в

- подвздошной кишке

ИЕРСИНИОЗЫ. Основные принципы терапии

– дезинтоксикац терапия, этиотропные препараты

ИЕРСИНИОЗЫ. Клинические формы

- генерализованная

ИЕРСИНИОЗЫ. Основные принципы лечения

-Дезинтоксикационная терапия, этиотропные препараты

Иерасиниозы. Патогенными для человека являются

- энтероколитика, псевдотуберкулезис, пестис

ИЕРСИНИОЗЫ. Симптом гастроэнтеритической формы:

- лихорадка, тошнота, рвота, жидкий стул, терминальный илеит.

ИЕРСИНИОЗЫ. Клинические формы:

-Гастроинтестинальная.

ИЕРСИНИОЗЫ. Клинические проявления обусловлены:

-Серовариантами возбудителей.

ИЕРСИНИОЗЫ. Особености иерсиниозного гепатита.

-Лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом,повышение аминотрансфераз в 5-10 раз

ЛЯМБЛИОЗ. Для выявления цист лямблий проводят микроскопию

-оформленного стула

ЛЯМБЛИОЗ. Для выявления вегетативных форм лямблий проводят микроскопию

-жидкого стула

ЛЯМБЛИОЗ. Это

- протозооз

ЛЯМБЛИОЗ. Синдромально, острый лямблиоз

- энтерит

ЛЯМБЛИОЗ.

КРАСНУХА. Возбудитель

-Тогавирус

КРАСНУХА. Механизм заражения

-вк

КРАСНУХА. Характеристика краснушного энцефалита

-на 1-2 неделе, лих, судор, гемипарезы

КРАСНУХА. Длительность инкубационного периода, как правило

-16-20 дней

КРАСНУХА. Сыпь

-с 1-4 дня…..

КРАСНУХА один из путей зараж

- вертикальный

КРАСНУХА это

-антропоноз

КРАСНУХА. Характеристики экзантемы

-с 1-4дня, мелкопятнистая, розеолезная, без этапности, без эритемы

КРАСНУХА.В начальном периоде заболевания

-лихорадка, катар явл, заднешейный и затыл лимфаденит, пяитна Форхгеймера

КРАСНУХА. Синдромокомплекс заболеваний;

- умеренная интоксикация,затылочный лтмфаденит,энантема с экзантемой

АНГИНА. Типичные клинические симптомы

-Лихорадка, интоксикация, углочелюстной лимфаденит, тонзиллит

АНГИНА. Лихорадочный период при неосложненной ангине продолжается не более

-5-6 дней

АНГИНА. Препарат выбора для этиотропной терапии

-цефалоспорины

АНГИНА. Иммунитет после перенесенной стрептококковой ангины

-типоспецифический непродолжительный

АНГИНА. Лакунарную ангину чаще всего приходится дифференцировать с

-пленчатой формой дифтерии

АНГИНА. Повторная ангина возникает после перенесенного заболевания не более чем через

- 2 года

ПОЛИОМИЕЛИТ. Для понтинного варианта паралитической формы заболевания характерны

-Односторонний парез или паралич мимической мускулатуры

ПОЛИОМИЕЛИТ. Механизмами заражения являются

- Фекально-оральный, орально-оральный, аспирационный

ПОЛИОМИЕЛИТ. Инкубационный период составляет

-3-35 сут

ПОЛИОМИЕЛИТ. В диагностике заболевания наиболее перспективно использовать

-ПЦР

ПОЛИОМИЕЛИТ. Для спинального варианта паралитической формы заболевания характерны

-вялые ассимитричные параличи конечностей, туловища, шеи и диафрагмы  
ПОЛИОМИЕЛИТ. Возбудитель заболевания относится к группе  
-полиовирусов  
ПОЛИОМИЕЛИТ. Характерные клинические проявления. Кроме интоксикации

- диарея. Серозный менингит, параличи

ПОЛИОМИЕЛИТ. Для бульбарного варианта паралитической формы заболевания характерны

- нарушение глотания, речи, дыхания, сердечной деятельности

ПОЛИОМИЕЛИТ. Специфическую профилактику в России проводят

- поливалентной пероральной живой вакциной – с 3 мес – троекратно кажд 45 сут

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Трансформация элементов сыпи

- Пятно-папула-везикула-пустула-корочка

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. ДД проводится с

-оспой обезьян

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Основные отличия локализованной формы опоясывающего лишая от ветряной оспы

- Экзантема в пределах одной ветви нерва, ганглиолит

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Для сыпи характерно

- Появление в первые 2 суток, истинный полиморфизм

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Синдромокомплекс заболевания

-лихорадка, интокс, истинный полиморфизм

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Ветряная оспа – это

-антропоноз

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Современный способ этиологической верификации

-геном в мазках

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Влечении тяжелой ВО ведущее знач имеют

-противовир препараты

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Дифференциальный диагноз производится с

-оспой обезьян

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Инкубационный период может составлять:

- 10-21 дней

ЛЕПТОСПИРОЗ. Патогенетические механизмы

-Повреждение эндотелия сосудов лептоспирами и их токсинами, усиление проницаемости сосудов микроциркуляторного русла

ЛЕПТОСПИРОЗ. Возможные клинические формы

- Менингеальный, геморрагический, желтушный

ЛЕПТОСПИРОЗ. Критерии тяжести течения

-Наличие признаков ИТШ, поражения цнс, геморрагического синдрома

ЛЕПТОСПИРОЗ. Путь передачи

-водный

-контактный,пищевой

ЛЕПТОСПИРОЗ. Критерии тяжести течения

-степень интоксикации, поражения почек, печени, геморраг синдр

ЛЕПТОСПИРОЗ. Критерии тяжести течения

-ИТШ, поре ЦНС, геморрагическая

ЛЕПТОСПИРОЗ. Признаки поражения почек

-олигоанурия, пастернацкий, изменение моч осад

ЛЕПТОСПИРОЗ. Клинические синдромы

-интоскикац, менингита, пневмонии

ЛЕПТОСПИРОЗ. Клинические симптомы

-геморрагическая сыпь, пневмония, боли в икрах  
ЛЕПТОСПИРОЗ. Клинические симптомы

-Боли в мышцах, особенно в икроножных, лихорадка, интоксикация

ЛЕПТОСПИРОЗ. Принципы лечения

-Госпитализация, антибактериальная , дезинтоксикационная терапия

ЛЕПТОСПИРОЗ. Патогенетические механизмыы

-первичная лептоспиремия, размноожение лептоспир в эндотелии

ЛЕПТОСПИРОЗ. Патогенетические механизмы

-повреждение гепатоцитов, эпителия почечных канальцев,рабдомиолиз

ЛЕПТОСПИРОЗ. Осложнения

-ИТШ, остраня почечная недостаточность, кровотечения

. Особенности лихорадочной реакции

-Относительно хорошая переносимость лихорадки

БРУЦЕЛЛЕЗ. Принципы Антимикробной терапии

- Длительное 5-6 нед курсовое лечение, комбинация различных препаратов

БРУЦЕЛЛЕЗ. Основной механизм формирования хронических форм болезни

-развитие иммунопатологических реакций, реактивных воспалительных процессов

БРУЦЕЛЛЕЗ. Особенность лихорадки при остро-септической форме

-хорошо переностится

БРУЦЕЛЛЕЗ. Клинические особенности

-Ацикличное течение, тенденция к хронизации

БРУЦЕЛЛЕЗ. Основные ээтапы патогенеза

-незавершенность фагоцитоза, специфический лимфаденит, лимфо и гематогенная диссеменеация взбудителя

БРУЦЕЛЛЕЗ. Ключевое различие первично-хронической метастатической и вторично-хронической метастатической форм

-Наличие или отсутствие в анамнезе остро-септической формы

БРУЦЕЛЛЕЗ. Реакция подтверждающая диагноз

-райта, райта-хеддельсона

БРУЦЕЛЛЕЗ. Пути передачи

-пищевой контактный аэрогенный

БРУЦЕЛЛЕЗ. Продолжительность этиотропной терапии

- не менее 4 недель

БРУЦЕЛЛЕЗ. Методы диагностики

-клинико-эпидемиологический, серологический, аллергологический

БРУЦЕЛЛЕЗ. Клинические формы

-остросептическая

БРУЦЕЛЛЕЗ. Основные механизмы развития острого бруцеллеза

-бактеримия, токсинемия, размножение в лимфоузлах

Бруцеллез. В лечении хронических форм основное значение имеет

-специфическая иммунотерапия

БРУЦЕЛЛЕЗ. Клинические признаки острого бруцеллеза:

-Лихорадка неправильного типа.

БРУЦЕЛЛЕЗ. В лечении острого бруцеллеза чаще используют:

-Доксициклин.

БРУЦЕЛЛЕЗ. Виды бруцелл, патогенные для человека:

-Bnicella melitensis, Brucella abortus, Brucella suis.

БРУЦЕЛЛЕЗ. В диагностике чаще всего используют реакцию:

- Райта

ЯЩУР. Основное направление терапии

-Местная дезинфекция

ЯЩУР. Основные механизмы заражения

-Фекально-оральный, контактный

ЯЩУР. Типичная локализация элементов сыпи

-Слизистая полости рта, концевые фаланги пальцев

ЯЩУР. Основной источник инфекции

-Парнокопытные

ЯЩУР. Лучший метод верификации диагноза

-биологическая проба

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Атипичные формы болезни

-Глазная форма, Висцеральная форма, поражение ЦНС

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Лимфоузлы, Поражающиеся чаще всего

-Локтевые, подмышшечные, шейные

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Типичные проявления

- Сочетание первичного аффекта на коже и регионарного лимфаденита

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Возбудитель

- Bartonella hensetae

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Инкубационный период

-3-20 дней

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Методы лабораторной диагностики

- Гистоморфологическое и иммуногистохимическое, ПЦР-исследования биоптата пораженного лимфоузла

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Средняя продолжительность общетоксической симптоматики

-1-2нед

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Этиотропная терапия при среднетяжелых и тяжелых формах

- Азитромицин, фторхинолоны, рифапицин +доксициклин

БОЛЕЗНЬ КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ. Дополнительные клинические признаки при типичной форме

-Гепато спленомегал, экзантема

КОРЬ. Корь – это

-антропоноз

КОРЬ. Длительность инкубационного периода

- 9-11 дней

КОРЬ. Симптомокомплекс заболевания

-Лихорадка, интокс, полилимфаденит, конъюктивит, катаральные явления, энантема, экзантема

КОРЬ. Для продромального периода характерно

-лихорадка, конъюктивит, энантема(пятна Филатова-Коплика), катаральные явления, тонзилит

КОРЬ. Возбудитель

-парамиксовирус

КОРЬ. Лабораторное подтверждение диагноза в первые 5 суток болезни

- Обнаружение антигена вируса

КОРЬ. Характеристика коревого энцефалита

-развивается на 2-4 неделях заболевания: лихорадка, поражение черепных нервов, нарушение сознания, параличи

КОРЬ. Характеристика экзантемы

-с 3-4 дня, пятнисто-папулезная, лицо-туловище, затем ниж конечности

КОРЬ. Показания к системному назначению АБ

-БАК ПНЕВМОНИЯ

КОРЬ.Механизм заражения

-Воздушно-капельный

Гиперсекреторную диарею вызывают

- неинвазивные бактерии

БОТУЛИЗМ. Причина развития парезов и параличей

-Блокирование выброса АХ в нервно-мышечныом синапсе

БОТУЛИЗМ. Осложнения

-пневмония

БОТУЛИЗМ. Ятрогенные осложнения

-Сывороточная болезнь

БОТУЛИЗМ. Ятрогенные осложнения

- сывороточная болезнь, анафилактический шок

БОТУЛИЗМ. Принципы лечения

-промывание желудка

БОТУЛИЗМ. Область дифференциально-диагностического поиска

-Острое нарушение мозгового кровообращения

- Отравление атропином

БОТУЛИЗМ. Ятрогенные осложнения

-Нагноение трахеостомических ран

БОТУЛИЗМ. Характерные неврологические расстройства

-бульбарные

БОТУЛИЗМ. Основная причина дыхательной недостаточности

-Парез дыхательной мускулатуры

БОТУЛИЗМ. Средства для лечения

-лошадиная спец антитокс сыв

БОТУЛИЗМ. Риск заражения связан с употреблением

-консерв

БОТУЛИЗМ. Область ДД

-отравление атропином

БОТУЛИЗМ. Офтальмоплегический сидром

-наруш. Конвергенц

- отсут или снижение реакции зрачков на свет

БОТУЛИЗМ. Варианты начального периода

-гастроэнтеритический

БОТУЛИЗМ. Свойства ботулотоксина

-термолабильность, нейротропность  
БОТУЛИЗМ. Бульбарный синдром включает  
-нарушения фонации, артикуляции, глотания  
БОТУЛИЗМ. Симптомы. Обусловленные блокадой освобождения ацетилхолина

- парезы и параличи поперечно-полосатой муск

БОТУЛИЗМ. Формы по механизму заражения

- раневой

БОТУЛИЗМ. Симптомы ,обусловленные блокадой высвобождения ацетилхолина

-парезы и параличи поперечно-полосатой мускулатуры

БОТУЛИЗМ. Свойства возбудителя

-спорообразование

БОТУЛИЗМ.Клин признаки

- резрая сухость слизистых оболочек, бульбарный синдром

БОТУЛИЗМ. Правила выписки:

- Полное клиническое выздоровление.

БОТУЛИЗМ. Клинические признаки:

-Мидриаз, птоз

БОТУЛИЗМ. Формы ботулизма по механизму заражения:

-Пищевой, ингаляционный

ЛИСТЕРИОЗ. Клинические формы (1)

-Септическая

ЛИСТЕРИОЗ. Группы риска развития листериозного менингита

-дети до 3 лица старше 45

ЛИСТЕРИОЗ. Препараты для лечения локализованных форм

-котримоксазол, ампицилин, эритромицин докси

ЛИСТЕРИОЗ. Клинические формы (3)

-нервная

ЛИСТЕРИОЗ. Клинические формы (4)

-септическая

ЛИСТЕРИОЗ. Клинические формы(2)

-гастроэнтеритическая

ЛИСТЕРИОЗ. Для предварительного заключения об этиологии заболевания используют бактериоскопию с окраской препарата по-граму

ЛИСТЕРИОЗ. Основной резервуар возбудителя

-почва

ЛИСТЕРИОЗ. Ведущий механизм передачи

– фикально-оральный

ЛИСТЕРИОЗ. Изменения гемограммы, характерные для ангинозно-железистого варианта:

- Нейтрофильный лейкоцитоз.

ЛИСТЕРИОЗ. Изменения гемограммы, характерные для ангинозно-железистого варианта:

- Агранулоцитоз.

ХОЛЕРА. Растворы для оральной регидратации

-Регидрон

ХОЛЕРА. Объективный критерий тяжести

-Степень обезвоживания

ХОЛЕРА. Основной метод подтверждения диагноза

-Бактериологический

ХОЛЕРА. Область дифференциально-диагностического поиска

- Гастроинтестинальный сальмоннелез

ХОЛЕРА. Лабораторные показатели оценки степени дегидратации

-Гемоконцентрация

ХОЛЕРА. Оценка тяжести состояния включает

-измерение диуреза, объема испражнений и рвоты, КОС крови

ХОЛЕРА. Основные растворы регидратации

-кристаллоидные изотонические

ХОЛЕРА. Секреторную диарею вызывают

-возбудители холеры, вирусных диарей

ХОЛЕРА. Механизм заражения

-фекально-оральный

ХОЛЕРА. Показатели эффективности регидратации

-Восстановление диуреза, прекращение рвоты, уменьшение тахикардии, тахипноэ

ХОЛЕРА. Препараты для лечения

-ципрофлоксацин

ХОЛЕРА. Критерии эффективности первичной регидратаци

-диурез 0.5 мл /кг/час и более

ХОЛЕРА. Критерии тяжести заболевания

-объем диуреза  
ХОЛЕРА. При лечении необходимо использовать  
-внутривенные вливания полиионных кристаллоидных растворов  
ХОЛЕРА. Осложнения  
-острая почечная недостаточность, гиповолемический шок  
ХОЛЕРА. Принципы проведения регидратационной терапии

- проведения перв и компенс регидратации с исп кристалл растворов

ХОЛЕРА. Типичные симптомы

- диарея. Затем рвота. Обезвоживание

ХОЛЕРА. Основной принцип лечения

- регидратация

ХОЛЕРА. Локализация возбудителя в организме человека

- просвет кишечника. На слиз оболочке кишки

ХОЛЕРА Симптомы обезвоживания

- выраж жажда, гипотония, морщинистая кожа кистей и стоп

- рука прачки, гипотония, сухость слизистых

ХОЛЕРА. Причина коллапса

- гиповолемия

ХОЛЕРА. Виды регидратации

- первичная, корригирующая

ХОЛЕРА. Метод лабораторной диагностики

-бактериологический, серологический

ХОЛЕРА. Начальные клинические проявления

- появление водянистого стула

ХОЛЕРА. Регидратационная терапия включает введение раствора

-квартасоль

ХОЛЕРА. Принципы проведения парентеральной регидратационной терапии:

Первичная регидратация в течение 2 часов от момента госпитализации

ХОЛЕРА. Среднетяжелая степень обезвоживания - это потеря объема жидкости (% от массы тела):

- 4-6.

ХОЛЕРА. Принципы проведения парентеральной регидратации:

-Первичная регидратация в течение 2 ч от момента госпитализации.

ХОЛЕРА. Судорожный синдром развивается вследствие:

-Водно-электролитных расстройств

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Осложнения тифо паратифозных заболеваний

-Кишечное кровотечение, перитонит, ИТШ

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Признаки перфорации кишечника при брюшном тифе

-Появление симптомов раздражения брюшины

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Длительность антибактериальной терапии при тифо- паратифозных заболеваниях

-до 10 суток норм температуры

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Опорные клинические признаки в диагностике брюшного тифа

-Длительная высокая лихорадка, гепатолиенальный синдром, розеолезная экзантема

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Механизм длительной персистении возбудителя брюшного тифа в организме человека

-л-транс

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Ведущие факторы патогенности С.Тифи

-ви антиген

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Ведущие факторы патогенности S. Typhi

-Эндотоксин

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Период морфологических изменений, когда чаще всего развивается перфорация

-очищения язв

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Особенности экзантемы при брюшном тифе

-скудная розеолезная, на брюшной стенке

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Для брюшного тифа характерны

- Отечный язык с отпечатками, симптом падалка, гепатолиенальный  
БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Механизмы патогенеза брюшного тифа  
-Транслокация возбудителя через М-клетки в лимфоидные фолликулы, ….  
БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Диагноз брюшного тифа подтверждают  
-бактериологическим исследованием крови,кала,мочи  
БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В.Специфические патоморфлогические изменения развиваются в

- лимфатических образованиях тонкой кишки

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Врачебная тактика в разгаре тифо-паратифозных заболеваний

- дезинтоксикационная терапия

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Специфические патоморфологические изменения развиваются

-лимфатические образования тонкой кишки

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. Морфологические изменения в кишечнике при брюшном тифе

- мозговидное набухание пейеровых бл и солит фоликулов, некрозы лимф образ кишечника

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. АБ препараты выбора при лечении тифо-паратифозныхзабол

- цефалоспорины

БРЮШНОЙ ТИФ, ПАРАТИФЫ А и В. А/б препараты выбора для лечения

-фторхинолоны

САП. Клинические формы хронического сапа

-Кожная, легочная, Носовая

САП. Тип температурной кривой

-Перемежающийся

САП. Наиболее частый путь передачи инфекции

-контактный

САП. Эпидемиологически сап это

-бактериальный зооноз

САП. Источник инфекции

-однокопытные

САП. Период разгара наступает с (сутки болезни)

-4-8

САП. В лечении используют

-бета-лактамы, аминогликозиды, сульфаниламиды

САП Возбудитель резистентен к

- аминогликозидам, полимиксинам, бета-лактамам

САП. Биологическая проба проводится на:

- Самцах морских свинок, хомяков.

СКАРЛАТИНА РОЖА. Ранний гнойный тонзиллит является постоянным симптомом

-Ангины

СКАРЛАТИНА. РОЖА. Форма рожистого воспаления

-эритематозная

СКАРЛАТИНА. РОЖА. Препарат, применяемый для этиотропной терапии рожи

-бензил-пенициллин

СКАРЛАТИНА РОЖА. Мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи, бледный носогубный треугольник характерен для

-скарлатины

СКАРЛАТИНА. РОЖА. Местный симптом рожистого воспаления.

-Гиперемия кожи с четкими границами

ЛИХОРАДКА КУ. Средняя продолжительность общетоксической симптоматики (лихорадка, общая слабость, головная боль, анорексия, тошнота и др.)

-1-2 недели

ЛИХОРАДКА КУ. Возбудитель

- Коксиелла бурнетти

ЛИХОРАДКА КУ. Осложнения

-Эндокардит, энцефалопатии, артриты

ЛИХОРАДКА КУ. Преобладающие механизмы передачи

-Аэрогенный и фекально-оральный

ЛИХОРАДКА КУ. Сыпь у ряда больных, требующая дифференциальной диагностики с соответствующим заболеванием

-розеолезная как тиф

ЛИХОРАДКА КУ. Преимущественные поражения органов дыхания

-Очаговая пневмония

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА. Переносчики

-Комары, клещи

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА. Клиническая характеристика

-Острое начало, короткий лихорадочный период, серозный менингит, системное пор-е слизистых оболочек, лимфоузлов, органов ретикулоэндотелиальной системы

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА. Течение заболевания

-циклическое

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА. Длительность инкубационного периода, как правило

-3-6 суток  
ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА. Наиболее доказательное лабораторное подтверждение диагноза  
-культивирование вируса  
ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА. Характеристики менингита

- слабо выражены менинг симптомы, в ликворе – умер лимфоцит плейоцитоз, увелич содерж белка

ЛИХОРАДКА КУ. Ведущий метод лаб диагностики

- ИФА

ЛИХОРАДКА КУ. Инкубационный период.

-3-32 дней

МАЛЯРИЯ. Патогенетические механизмы пирогенного эффекта

- Воздействие продуктов распада Эритроцитов

МАЛЯРИЯ. Пирогенный эффект обусловлен

-Белками возбудителя, продуктами распада эритроцитов

МАЛЯРИЯ. Гематошизотропные препараты используют для лечения малярии, вызванной плазмодиями

-Вивакс, Малариае

МАЛЯРИЯ. Исследования, необходимые для подтверждения диагноза

-тонкий мазок, серология

МАЛЯРИЯ. Критерии тяжелого течения

-наличие острой поч недост

-энцефалопатия,анурия

МАЛЯРИЯ, Клинические периоды

-реконвалесценции

МАЛЯРИЯ. Осложнения малярии falciparum

-ИТШ ОПН

МАЛЯРИЯ. Гиметоцидные препараты целесообразно использовать для профилактики распространения малярии

-Falciparum

МАЛЯРИЯ. Развитие многолетней малярии (свыше 10 лет) возможно при малярии, вызванной

-Malariae

МАЛЯРИЯ. Последовательность стадий малярийного пароксизма

-Озноб, жар, пот  
МАЛЯРИЯ. Источники инфекции  
-больной малярией,носители

МАЛЯРИЯ. Пути передачи инф.

-трансмиссивный, парэнтеральный

МАЛЯРИЯ. Область дифференциально-диагностического поиска:

-Лептоспироз. Брюшной тиф

МАЛЯРИЯ. Для лечения тяжелых форм малярии falciparum используют парентеральное введение:

- Хинина

МАЛЯРИЯ. Область дифферинциально-диагностического поиска.

-Лептоспироз,брюшной тиф

ТОКСОПЛАЗМОЗ. Наиболее частый исход острого приобретенного токсоплазмоза

- Латентный токсоплазмоз - (Здоровое носительство ???)

ТОКСОПЛАЗМОЗ. Наиболее частый исход острого приобретенного токсоплазмоза

-Латентный токсоплазмоз (1вт отв)

ТОКСОПЛАЗМОЗ. Для латентного токсоплазмоза характерно

-отсутствие жалоб и клиники

ТОКСОПЛАЗМОЗ. Этиотропная терапия является основным направлением лечения этого заболевания

-острой и септической форм

ТОКСОПЛАЗМОЗ. Половое развитие токсоплазм происходит в организме

-животных кошачьих  
ТОКСОПЛАЗМОЗ. Острый токсоплазмоз у иммунокомпетентных лиц может протекать  
-субклинически

ТОКСОПЛАЗМОЗ. У окончательного хозяина токсоплазм реализуется

-и половой и бесполый циклы развития

ТОКСОПЛАЗМОЗ. Риск рождения ребенка с тяжелыми последствиями врожденного токсоплазмоза максимален при заражении беременной в:

- Во втором триместре.

ТОКСОПЛАЗМОЗ. Наиболее эффективные токсоплазмицидные препараты

Пириметамин в сочетании с сульфаниламидами короткого действия

СЕПСИС. Для сепсиса характерна следующая температурная кривая

- С большими суточными колебаниями

СЕПСИС. При тяжелом сепсисе и септическом шоке показан

-пентаглобин

СЕПСИС. Препарат первого выбора для стабилизации гемодинамики при тяжелом сепсисе

-Допмин

СЕПСИС. При септическом шоке показаны

-гкс

СЕПСИС. В основе сепсиса лежит синдром

-Системной воспалительной реакции

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. В лечении применяют

-Дезинтоксикационную терапию, введение спец ИГ, управляемую дегидратацию

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Клинические признаки менингоэнцефалополиомиелитической формы

-Невозможность удержания головы в вертикальном пложении, отсутствие движений верхних конечностей

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Методы этиологической диагностики

-Серологический

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Область дифференциально-диагностического поиска

-менингококк, лайма, лептоспироз, грипп

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. При клещевом энцефалите поражаются

-передние рога шейного отдела спинного мозга ядра чер нерв корешки перив

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Особенности паралитического синдрома

-Вялые парезы шейо грудной обл и боли

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Ликворологическая характеристика менингеальной формы

-лимфоцитарный плеоцитоз, умеренное повышение белка

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Клинические формы

- Менингеальная, полиомиелитическая

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Клинические формы

-лихорадочная, менингеальная, полираддикулоневритическая

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Симптомы

-стойкие очаговые неврологические симптомы на фоне интоксикации

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Клинические признаки менингеальной формы

-лихорадка, менингеальный синдром, серозный характер ликвора

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Клинические признаки менингоэнцефалитической формы

- психомоторное возб, спаст парезы конечн, ЧМН

- высокая лихор, бред, продукт симптоматика, с-мы Бабинского, Россолимо

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Клинические признаки полирадикулоневритической формы

- симптомы инторксикации, кожные парастезии

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Клинические признаки менингоэнцефалитической формы:

- Высокая лихорадка, бред продуктивная симптоматика, симптомы Бабинского, Россолимо

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Пути заражения:

-Алиментарный, трансмиссивный

ВИЧ инфекция. У пациента, обследуемого по контакту с больным ВИЧ инфекцией, выявлено отсутствие рецепторов CCR5 и CXCR4. Прогноз по развитию ВИЧ инфекции

- ВИЧ инфекция не разовьется

ВИЧ-инфекция. Проявления острого ретровирусного синдрома

-Лихорадка, эритематозно-макулопапулезная сыпь, фарингит, полилимфаденит

ВИЧ-инфекция. Рецепторы для ВИЧ

-СД4, CCR-5, CXCR-4

ВИЧ-инфекция. Принципы лечения

-Антиретровирусная терапия, лечение оппортунистических инфекций

ВИЧ-инфекция. Поражение органов дыхания при СПИДе чаще обусловлено

-Микобактериями, пневмоцистами, цитомегаловирусом

ВИЧ-инфекция. Поражение иммунной системы характеризуется

- наруш функции Т- и В- ЛФ, ЕК

ВИЧ-инфекция. Обязательному лабораторному обследованию на ВИЧ-инфекцию подлежат

-доноры, беременные, медработники

ВИЧ-инфекция. Стадия 4Б вторичных заболеваний инфекции ВИЧ характеризуется

-рецидивирующим стойким поражением кожи и слизистых грибами баками вирусами саркомой

ВИЧ-инфекция. К СПИД-индикаторным заболеваниям относятся

-внелегочный гистоплазмоз, первичная лимфома головного мозга

ВИЧ-инфекция. Проявления острого ретровирусного синдрома

-лихорадка полилимфаденит фарингит

ВИЧ-инфекция. Клинические показания к обследованию на ВИЧ-инфекцию

-необъяснимая потеря массы на 10%

ВИЧ-инфекция. Стадия первичных проявлений инфекции ВИЧ характеризуется

-лихорадочной реакцией более 3 мес, полилимфаденопатией, диаареей неясного генезадольше 2 мес

ВИЧ-инфекция. Стадия 4В вторичных заболеваний инфекции ВИЧ характеризуется

-кахексией, генерализованными бактериальными, вирусными, грибковыми заболеваниями, токсоплазмозом цнс, пневмоцистной пневмонией  
ВИЧ-инфекция. Лабораторные показатели стадии СПИДа

-снижение уровня CD4+ Т-лимфоцитов <200 клеток в 1 мкл  
ВИЧ-инфекция. Окончательный диагноз Вич устанавливается на основании

- продолжительных ИФА, иммуноблота, определения Сд4+. Соответствующей клинической картины

ВИЧ. ВИЧ в организме инфицированного в наибольшей концентрации присутствует в

- плазме, нейроглии

ВИЧ инфекция.Субклиническая стадия ВИЧа карактеризуется

- наличием АТ к ВИЧ, персист лимфаденопатиями, медл сниж количества СД4+ ЛФ

ВИЧ. Показания к началу антиретровирусной терапии

- уровень СД4 концентрация РНК ВИЧ в крови, клинические проявления

ВИЧ-инфекция. Поражение иммунной системы характеризуется:

-Нарушениями функции Т- и В-лимфоцитов, естественных киллеров.

ВИЧ инфекция. У пациента выявлено отсутствие рецептора CCR5 при наличии CXCR4. Прогноз по ВИЧ инфекции для данного пациента при заражении:

- Разовьется медленно прогрессирующая ВИЧ инф

ВИЧ-инфекция. ВИЧ в организме инфицированного присутствует в наибольшей концентрации в:

- Плазме, нейроглии

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЫПНОЙ ТИФ. Для профилактики большое значение имеет

-больба с вшивостью

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЫПНОЙ ТИФ. Инкубационный период составляет

-6-21 день

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЫПНОЙ ТИФ. После питания кровью вошь становится заразной через

-5-6 дней  
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЫПНОЙ ТИФ. БОЛЕЗНЬ БРИЛЛЯ-ЦИНСЕРРА. Для сыпи при сыпном тифе характерны  
-ложный полиморфизм сыпи, розеолы, петехии

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ИНФЕКЦИИ. Важнейшей особенностью энтеровирусов, приводящей к развитию разнообразных форм заболевания, является тропизм к эпителиальным клеткам и

-Нервной ткани, мышцам

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ИНФЕКЦИИ. Наиболее легко предположить энтеровирусный характер заболевания при его течении в виде

-Герпангины (???)

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ИНФЕКЦИИ. Инкубационный период составляет

-2-10 суток

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ИНФЕКЦИИ. Наиболее тяжелая форма энтеровирусной инфекции

-энцефаломиокардит новорожденных

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ИНФЕКЦИИ. В диагностике перспективно

-пцр

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ИНФЕКЦИИ. Клиническая диагностика какой из форм кроме герпангины не очень сложна

-Эпидемическая миалгия

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ИНФЕКЦИИ. Продолжительность течения энтеровирусной инфекции  
-зависит от формы и тяжести течения

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ НЕПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ИНФЕКЦИИ. Достаточно ли обнаружения вируса или его генома в фекалиях для верификации диагноза

-нет

ЧУМА. Факторы патогенности возбудителя

-Антифагоцитарные факторы, V\W антигены

ЧУМА. Наиболее приемлемый в современных условиях метод лаб диагн

- прямая микроскопия

ЧУМА. Клинические формы

-Первично септическая, вотрично септическая

-септическая

ЧУМА. Клинико-эпидемиологические данные, позволяющие заподозрить чуму

- Высокая лихорадка, яркая гиперемия лица, конъюктевит, склерит

ЧУМА. Клинические синдромы

-Инфекционно-токсический, геморрагический

ЧУМА. Клинико-эпидемиологические данные, позволяющие заподозрить чуму

- Быстирое развитие интоксикации, появление бубона, развитие легочной недостаточности

ЧУМА. Антибиотики выбора

-стрептомицин

ЧУМА. Пути заражения

-трансмиссивный, контактный, воздушно-капельный, алиментарный

ЧУМА. Характеристика первичных бубонов

-Резко блезненность, вынужд положение, спаянность

ЧУМА. При первично-легочной чуме в начале заболевания доминируют проявления

-ОДН

ЧУМА. Кожные проявления

-геморрагическая сыпь, бубоны

ЧУМА. Методы диагностики

-бактериологический, серологический

ЧУМА. Антимикробные препараты

-Стрептомицин, доксициклин, левомицетин

ЧУМА. Первично-септическая форма чумы характеризуется

-быстро прогрессирующей интоксикацией, геморрагическим синдромом

ЧУМА. Клинические признаки легочной формы

-Боль в области грудной клетки, нарастающая острая дыхательная недостаточность

ЧУМА. Области д.д. поиска при бубонной чуме

- туляремия, болю. Кош. Царапин, сибирская язва

ЧУМА. Области д.д. поиска при септической чуме

-геморрагические лихорадки, менингококкемия,лептоспироз

ЧУМА. Клинические данные, позволяющие заподозрить чуму

- наличие болезненного бубона, выраженная интоксикация

ЧУМА. Клинические проявления интоксикации

- делириозное состояние. Прогрессирующаяэнцефалопатия

ЧУМА. Принципы лечения

-а/б, дезинтаксикационная

ЧУМА. Клинические признаки легочной формы:

-Выраженная интоксикация, несвертывающаяся кровь в мокроте.

ЧУМА. Наиболее приемлемый в современных условиях метод лабораторного подтверждения диагноза:

- прямая микроскопия

СТОЛБНЯК, БЕШЕНСТВО. Стадии (периоды) бешенства

-Инкубационный период, стадия возбуждения, параличей

СТОЛБНЯК, БЕШЕНСТВО. Судорожный синдром при столбняке характеризуется

-Генерализованные тетанические судороги

СТОЛБНЯК. Цель одновременного введения раненому столбнячного анатоксина и противостолбнячной сыворотки

-повышение титра антител

СТОЛБНЯК. Введение противостолбнячной сыворотки проводится под наркозом с целью

-профилактики шока

СТОЛБНЯК. БЕШЕНСТВО. Критерии тяжести столбняка

-темп нарастания судорог

СТОЛБНЯК. Явные симптомы столбняка

-Сардоническая улыбка

СТОЛБНЯК. БЕШЕНСТВО. Основной фактор патогенеза столбняка

-блокада тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны

БЕШЕНСТВО. В стадии возбуждения отсутствует

-Нормальная температура тела  
СТОЛБНЯК. БЕШЕНСТВО. Судорожный синдром при столбняке хар-ся  
-тоническим напряжением мышц, сильными болями в мышцах  
СТОЛБНЯК. БЕШЕНСТВО. Для лечения больных бешенством применяют этиотропную терапию  
-введение антирабической вакцины, антирабического гаммаглобулина  
БЕШЕНСТВО. Храктерные симптомы в стадии предвестников

- чувство страха.тоски, тревоги

БЕШЕНСТВО. Храктерные симптомы в стадии паралитической

- бульбарные расстройства

СТОЛБНЯК. БЕШЕНСТВО. Основной звено патогенеза бешенства

- развитие специфического энцефалита

СТОЛБНЯК. БЕШЕНСТВО. Основные критерии тяжести столбняка

- темп нарастания судорожного синдрома

СТОЛБНЯК. БЕШЕНСТВО. Основные источники бешенства

-Псовые,сельскохозяйственные животные

СТОЛБНЯК. Иммунитет после перенесенного столбняка

-Не формируется

ЭШЕРИХИОЗЫ. Для энтерогеморрагического эшерихиоза характерно

- Отсутствие высокой лихорадки

ЭШЕРИХИОЗЫ. Для диагностики необходимо

- Типирование эшерихий по серогруппам с определением механизма патогенности

ЭШЕРИХИОЗЫ. Клинических признак, сближающий энтеротоксигеный эшерихиоз с холерой

- отсутствие лихорадки

ЭШЕРИХИОЗЫ. Иммунитет после перенесенного заболевания

-нестойкий типоспецифический

ЭШЕРИХИОЗЫ. Основное напрвление в терапии энтеротоксигенного эшерихиоза

-восст КЩР

ЭШЕРИХИОЗЫ. Для энтероинвазивного эшерихиоза, в отличии от типичной формы шигеллеза характерно

-более выраженный энтерит

ЭШЕРИХИОЗЫ. Препараты выбора для лечения энтерогеморррагического эшерихиоза

-рифаксимин

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. В диссеминированную стадию наиболее часто поражаются

-Опорно-двигательный аппарат, нервная система, сердечнососудистая система

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Варианты поражения сердечно-сосудистой системы

-Миокардит, атривентрикулярные блокады, дилатационная кардиомиопатия

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Хроническое течение обусловлено

-Изменением структурыы осп-антигенов, иммунопатологическими реакциями

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Область дифференциально-диагностического поиска

-Полиомиелит, клещевой энцефалит, узловатая эритема

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Характерные особенности мигрирующей эритемы

-гомогенная округлой формы с бледноцианотичным центром и яркими краями

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Возбудители

-бореллия бургдофери, афзелии, гаринии

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Характеристика поражений опорно-двигательной системы

-летучие артралгии, артриты крупных суставов, околосуставные поражения

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Особенности проведения этиотропной тераапии при диссеминированной стадии

-длительный (до2 нед) непрерывный курс, парентерально

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Препараты выбора для лечения

-Полусинтетические тетрациклины, цефалоспорины 3, бета лактамы

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. При хронической боррелиозе наиболее часто поражаются

-кожные покровы, опорно-двигательный аппарат, нервная система

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Поражение нервной системы

-Радикулонейропатия, менингит, менингорадикулит  
ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Поражение нервной системы

-невриты черепных нервов, демиелинизирующие-подобные симптомы, хр энцефаломиелит

ЧУМА. Принципы лечения

-а/б, дезинтаксикационная

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Методы лабораторного подтверждения диагноза:

-НРИФ, ИФА, ПЦР.

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Особенности возбудителя:

- Антигенная изменчивость белков наружной мембраны (Осп) боррелий, грамм-отцательный анаэроб

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Поражения кожи:

- хронич атрофич акродерматит, склеродермо-подобные изменения

ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. Поражение опорно-двигательной системы обусловлено;

-Генетической предрасположенностью, имунопатологическими реакциями

ГРИПП. Осложнения

-ОДН, отек мозгов, ИТШ

ГРИПП. В первую очередь нужно дифференцировать с

- менингитом

ГРИПП. Основные структурные белки вируса гриппа А

-Нейраминидаза, гемагглютинин

ГРИПП. Наиболее часто встречающийся путь передачи инфекции

-ВК

ГРИПП. При тяжелом течении гриппа наблюдается

-Носовые кровотечения, гиперпирексия, менингизм

ГРИПП. Принципы лечения неосложненного среднетяжелого гриппа

-дезинтоксикационная и витаминотерапия

ГРИПП. Клиника неосложненного гриппа.

-Инъекция сосудов склер, гиперемия лица, першение в горле

ГРИПП. Этапы патогенеза

- адгезия на клетках цилиндр эпителия ВДП, репрод, токсинемия

ГРИПП. Клинические симптомы при тяжелом неосложненном течении гриппа.

-Лихорадка выше 40 градусов, геморрагический синдром, интоксикация, трахеит

ГРИПП. Клинические симптомы при неосложненном гриппе

-Острое(острейшее) начало болезни

ГРИПП. Методы лабораторной диагностики

-Выделение вируса, серологический, иммунофлуорисцентный

ГРИПП. Характеристика головной боли

-Ноющая, в лобно-теменных областях

ГРИПП. Ведущие синдромы:

- лихорадки, интоксикации, катаральный

ГРИПП. Показания к антибактериальной терапии

- Тяжелое течение, наличие бактериальных осложнений

ГРИПП. Принципы диагностики на практике

- эпид данные, клиническая картина

ГРИПП. В Первую очередь грипп следует дифференцировать с

-менингитом

ГРИПП. Основные синдромы, выраженность которых определяет тяжесть неосложненного гриппа

ГРИПП. Механизмы, обусловливающие изменчивость возбудителя гриппа:

- Антигенные дрейф и шифт.

ГРИПП. Осложнения, обусловленные бактериальной флорой:

- Синусит, пневмония

ГРИПП. Синдромы, выраженность которых определяет тяжесть неосложненного гриппа:

-Инфекционная интоксикация, Лих, геморраг синдр, ОДН

ОРВИ. Осложнение в виде ложного крупа встречается при

-парагриппе

ОРВИ. К специфической профилактике риновирусного заболевания относится

-не разработана

ОРВИ. Продолжительность выделения аденовируса во внешнюю среду

-свыше 45

ОРВИ. Особенности течения аденовирусного заболевания у детей

-Частое развитие диарейного синдрома

ОРВИ. Выраженные клинические проявления респираторно-сенсит вирусн. Заболевания набл.

- пациентов с иммунодеф. Сост.

ОРВИ. Наиболее распостраненный клин вариант аденовирусного заболевания

- фаринго-конъюктивальная лихорадка

ОРВИ. Выраженные клинические проявления рсв завболевания наблюдаются у

-пациентов с иммунодефицитом

ЯПОНСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Основным в патогенезе является

-Генерализованный каппиляротоксикоз и поражение вещества головного мозга

ЯПОНСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Летальный исход наступает

-чаще в первую неделю заболевания

ЯПОНСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Переносчиком являются

-комары

ЯПОНСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ. В терапии используется:

-средства симптоматической терапии

ЯПОНСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ. Изменения в ликворе характеризуются преобладанием:

- Лимфоцитов.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Только на стадии личинки в организме человека паразитируют

-эхинококк

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Цистицеркоз является осложнением

-Тениоза

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Наиболее частым симптомом при энтеробиозе является

-зуд в перианальной области

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Ведущим методом в диагностике кишечных гельминтозов является

-паразитлогических

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Современные препараты, применяемые для лечения кишечных гельминтозов

-Албендазол, мебендазол

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Инвазия, которой заражаются при контакте с больным кишечным гельминтозом

-цистицеркоз

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Способны размножаться в организме человека без выхода во внешнюю среду

-карликовый цепень

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Больной 25 лет, студент, проживает в общежитии. Жалуется на боли в животе, тошноту, снижение ааппетита, плохой сон,ухудшение работоспособности, зуд в перианальной области. Считает себя больным в течение 2 лет. Вероятный гельминтоз

-энтеробиоз

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. При микроскопии дуоденального содержимого можно обнаружиь яйца

-Фасциолы  
ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Способны размножаться в организме человека без выхода во внешнюю среду кишечные гельминты  
-кишечная угрица  
ГЕЛЬМИНТОЗЫ. Только на стадии личинки в организме человека паразитируют  
-токсокара

ГЕЛЬМИНТОЗЫ развив в организме человека с миграц через легкие

-анкилостомы

-аскарида

ГЕЛЬМИНТОЗЫ. В хир отделение поступил ребенок с подозрением на аппендицит. В пробах фекалий обнаружены яйца гельминта….

- Власоглав

ОРНИТОЗ. Особенности орнитозной пневмонии

-Процесс в основном в нижних долях. Спава- чаще, гепатоспленомегалия и интокс

ОРНИТОЗ. Возбудитель

-хламидофилия пситтаци

ОРНИТОЗ. Ведущие методы диагностики

-РСК и РТГА крови, ПИФ в мокроте

ОРНИТОЗ. Лечение

-тетрациклины, макролиды, кетолиды

ОРНИТОЗ. Фекально-оральным путем может передаваться

- орнитоз

ОРНИТОЗ. Хронический

- развивается у лиц с иммуносупрессией

ОРНИТОЗ. Атипичные формы

-эндокардит

ОРНИТОЗ. Инкуб. Период

- 7 – 10 дней

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Синдромы, определяющие тяжесть заболевания

-Распространение сыпи на лиц

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Клинические формы

-Назофарингит, менингит, менингококцемия

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Препарат выбора в качестве эмпирической старт-терапии при смешанной форме (менингит + менингококкемия)

-бензил пенициллин

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Путь инфицирования

-ВК

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Летальный исход наиболее вероятен при

-Фульминантной форме менингококкемии

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Патоморфологическая характеристика сыпи при менингококкемии

-некроз тсосудичтой стенки в месте тромбоза

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Локализовванные формы

-назофарингит, носительство менингококка

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Патогенетические механизмы

-эндотоксинемия, продукция цитокинов клетками мфс при взаимодействии с ЛПС

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Выраженность синдромов как критерий тяжести

-интокс гемор пор-еЦНС

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Основной источник распространения инфекции

-здоровые носители

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Изменения спинномозговой жидкости в периоде разгара менингококкового менингита

-нейтрофильный цитоз, пониженная глюкоза

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Препарат выбора в качестве эмпирической старт-терапии при менингококковом менингите

-цефалоспорины 3 поколения

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Препарат выбора в качестве эмпирической старт-терапии при смешанной форме

-бензил-пенициллин

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Экстрацеребральные осложнения менингококкемии

-острая надпочечниковая недостаточность

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Основной патогенетический механизм

- поражение микроциркуляторного русла

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Главный фактор патогенности менингококков:

- Капсула.

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Основные симптомы менингита:

- Гиперестезии.

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. Клинико-лабораторные признаки менингококкового менингита:

Общемозговая симптоматика, менингеальный синдром, «звездчатая» геморрагическая сыпь

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ. Длительность инкубационного периода, КАК ПРАВИЛО

-15-19

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ. Критерии тяжести заболевания

-выр лих, интокс, налич осложнений

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ. Резидуальные явления

- бесплодие

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ.Возбудитель

- парамиксовирус

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ. Воспал реакция слиз оболочки в области выводного протока пораж околоушн железы – симптом

- Мурсу

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ. Симптом Филатова это:

- Боль пальпации впереди и позади мочки уха.

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ. осложнения:

- Орхит, менингит, артрит, пакреатит.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Ведущие пути передачи вируса гепатита А

-водный пищевой контктно бытовой парентеральный

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Диагностика гепатита А основана на выявлении в разгар заболевания

-ИгМ анти-НАV

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Маркеры острого ВГД (ко-инфекция)

-анти-ХДВ-ИгМ, ХДВ-РНА, ХБэс антиген

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Механизмы персистенции вируса гепатита В

-изменчивость вируса, интеграция в геном гепатоцитов

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Основная группа риска тяжелого течения ВГЕ

-беременные

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Инкубационный период при гепатите А в среднем составляет

-14-28дней

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). В развитии интоксикации играют роль

-Азотсодержащие продукты катаболизма белков, липополисах билируб своб

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Маркеры острого ВГВ в желтушном периоде

- HBsAg HBe ag Anti-HBc IGM, genom ВГВ

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Клетки, реализующие имунный лизис гепатоцитов

-макрофаги, цитотоксические ЛФ,ЕК

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Маркеры поствакцинального иммунитета

-АнтиНВэс

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Область дифференциально-диагностического поиска

-лептоспироз, не вг, мононуклеоз

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Наиболее частый вариант преджелтушного периода при ВГА

-гриппоподобный

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ. Возможные исходы ВГВ

-выздоровление, хронический ВГ, гепатоцеллюлярная карцинома, аутоимунный гепатит

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). При ВГВ главную эпидемиологическую опасность преддставляют больные

-Бессимптомным ВГВ (острым,хроническим)

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Печеночно-клеточное воспаление при гепатите А связано с

-прямым цитопатическим действием

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Клинические критерии тяжести течения острых ВГ.

-геморрагический синдром, лихорадка, рвота, тошнота в преджелтушном периоде

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Базисная терапия острых ВГ

-режим,диета

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ).В преджелт периоде вир гепатита В можно обнаружить в крови

- ашбс АГ, ашбе АГ, геном ВГВ

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Маркеры постинфекционного иммунитета

-анти ашбц суммарный. Анти ашбс

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Клинико-лабораторные критерии тяжести течения острых ВГ

- Величина протромбинового индекса, уменьшение размеров печени на фоне нарастающей желтухи, геморрагический синдром

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Основной механизм патогенеза вг

-иммунноопосредованный цитолиз

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Наибольшую эпидемическую опасность пациент с ВГА представляет

- в конце инкубационного, преджелтушном периодах

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Основной принцип терапии ХВГ с высокой репликацией вируса

-Этиотропная терапия

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Маркеры острого ВГВ в преджелтушном периоде

- HBsAg, HBV-DNA

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Маркеры острого ВГА определяемые на практике:

- Anti-HAV-IgM, Anti-HAV-IgG

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ВГ). Критерии выписки пациентов с острым ВГ:

- Клиническое выздоровление, нормализация трансаминаз

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ. ВПГ. Основными механизмами заражения ВПГ являются перкутнный, а так же

- аспирационный, вертикальный

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ. ВПГ. Наиболее легким вариантом при атипичном течении тегментальной формы является

-отечный

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ. ВПГ. Наиболее серьезным прогнозом при висцеральной форме заболевания характеризуется

-Энцефалит и менингоэнцефалит

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ. ВПГ. Реактивации вируса способствуют

-сниж интер итд

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ. ВПГ. Наиболее легким вариантом при атипичном течении тегментальной формы является

-Отечный

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ. Особенностью вируса простого герпеса, приводящей к развитию разнообразных форм заболевания, является тропизм к

-эпителиальным клеткам, нервной ткани

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ. Для острого простого герпеса у иммунокомпетентных лиц характерно сочетание

-Стоматит, энцефалит или субклиника

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ. Инкуб пер при простом герпесе

- 2-14сут

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ. Для инфекционного мононуклеоза характерно

-постепенное начало, лихорадка, полилимфаденит, гепатолиенальный, поздний острый тонзиллит

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ. ВПГ. В этиотропной терапии герпетического энцефалита и менингоэнцефалита используются

- ацикловир по 10 мг/кг в/в капельно 3 раза в сутки

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ. Самое грозное осложнение и. мононуклеоза

-спонтанный разрыв селезенки

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ. Инкубационный период при инфекционном мононуклеозе составляет:

- 5-14 суток.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Резервуаром инфекции лихорадки Ласса являются

- Грызуны

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Геморрагические высыпания по типу «удара хлыста»

- для геморр лихорадки с почечн синдромом

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Метод ПЦР в диагностике геморрагических лихорадок используют

- в первые дней болезни

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Для Омской гемррагической лихорадки основным резервуаром инфекции являются

-Ондатра и водяная крыса

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. «Комариная» геморрагическая лихорадка

-лихордка денге

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. К заражению вирусом лихорадки Рифт-Валли приводят

-укусы комаров

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Возбудителями Эбола и Марбург

-флавивиридае

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Возбудитель лихорадки Ласса относится к роду

-Аренавирус

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Продолжительность иммунитета у лиц, вакцинированных желто лихорадки

-10 лет и более

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. При геморрагической лихорадке с почечным синдромом полиурический период наступпает на

-8-12й день

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Самый частый механизм передачи

-трансмессивный

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Резервуаром возбудителя лихорадки Западного Нила являются

-птицы

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Течение Крымской геморрагической лихорадки бывает

-Острое

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Основным резервуаром и источником инфекции Крымской геморрагической лихорадки являются

-клещи  
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Относительно благоприятное течение характерно для  
-Омской геморр лихорадки

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Возбудитель крымской лихорадки

- Бунъявирусы

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Источником инфекции лихорадок ЭБбола и Марбург

- обезьяны

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Пути передачи лихорадки зап Нила

- при укусе зараженными комарами

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Заражение Конго-Крымской лихорадкой происходит

-присасывании клещей

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ.Выраженные миалгии, артралгии характерны для

- лихорадки Денге

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Источниками инфекции Конко-Крымской геморрагической лихорадки являются:

-Дикие и домашние животные

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Геморрагические высыпания по типу «удара хлыста» характерны для:

- Геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ. Сыпь у ряда больных,требующая диф диагн с соответствующим заболеванием: - Розеолезная, как при брюшном тифе

ДИФТЕРИЯ. Для дифтерии зева характерно

- застойная гиперемия, отечность слизистой, пленчатые налеты

ДИФТЕРИЯ. Разовая доза противодифтерийной сыворотки зависит от

-форм и давности

ДИФТЕРИЯ. Основной источник инфекции.

-Носители токсигенных коринебактерий дифтерии

ДИЗЕНТЕРИЯ. Патогенетические типы диарей

-Гиперэкссудативный, гиперсекреторно-эксудативный

ДИЗЕНТЕРИЯ. Правила выписки

-Клиническое выздоровление, отрицательные результаты бактериологического исследованиякала

ДИЗЕНТЕРИЯ. Вариант течения острого шигеллеза

-стертое

ДИЗЕНТЕРИЯ. Характерные признаки колитического варианта

-скудный стул с примесью слизи и крови ложные позывы тенезмы

ДИЗЕНТЕРИЯ. Критерии тяжести колитического варианта

- частота дефекаций, выраженность интоксикации

ДИЗЕНТЕРИЯ. Критерии тяжести гастроинтеритического варианта

-степень обезвоживания, выраженность интоксикации

ДИЗЕНТЕРИЯ. Факторы патогенности шигелл

- экзотоксин, эндотоксин, адгезины

ДИЗЕНТЕРИЯ. Наибольшей эффективностью в лечении обладает

-ципрофлоксацин

ДИЗЕНТЕРИЯ. Патоморфологичские изменения

-Катаральный проктосигмоидит эрозивноязвенный проктосигмоидит

ДИЗЕНТЕРИЯ. Препараты выбора в лечении дизентерии средней тяжести

-фторхинолоны

ДИЗЕНТЕРИЯ. Область дифференциально-диагностического поиска

-Амебиаз, иерсиниоз, сальмонеллез

ДИЗЕНТЕРИЯ. Наиболее патогенны шигеллы

-группы А

ДИЗЕНТЕРИЯ. Основные методы верификации диагноза

-бак исслед кала, пцр, аглют

ДИЗЕНТЕРИЯ. Причины патогенеза

-секреция шигеллами белков инвазинов и экзотоксинов, деструкция слизистой оболочки кишечника

ДИЗЕНТЕРИЯ. Размножение шигелл в организме заболевшего происходит в

-слизистой оболочке толстой кишки

ДИЗЕНТЕРИЯ. Симптомы начального периода гастроэнтеритического варианта

-интоксикация, рвота, водянистая диарея

ДИЗЕНТЕРИЯ. Принципы лечения

-этиотропная терапия, дезинтоксикация  
ДИЗЕНТЕРИЯ. Последствия болезни  
-постдизентерийный колит, с-м Рейтера, дисбиоз кишечника

ДИЗЕНТЕРИЯ. Ист. Инф.

Больной дизентерией, бактерионоситель

ДИЗЕНТЕРИЯ. Симптомы колитического варианта

- патологические примеси в стуле.болезненная и спазмированная сигмов кишка

ДИЗЕНТЕРИЯ. Особенности течения острого шигеллеза

- затяжное

ДИЗЕНТЕРИЯ. Характер стула при колитическом варианте течения шигеллеза

-скудный со слизью и кровью

ДИЗЕНТЕРИЯ. Осложнения колитического варианта

- ИТШ

ДИЗЕНТЕРИЯ. Принципы лечения

-диетотерапия, пробиотики

ДИЗЕНТЕРИЯ. И. период

-1-7 суток

ДИЗЕНТЕРИЯ. Классификация шигеллезов учитывает:

- Вид возбудителя, вариант течения, степень тяжести

ДИЗЕНТЕРИЯ. Механизмы патогенеза: - Гиперпрод слизи бокаловидными клетками…

ТУЛЯРЕМИЯ. В лечении менингита при туляремии применяют комбинацию

-Стрептомицин+хлорамфеникол

ТУЛЯРЕМИЯ. Продолжительность инкубационного периода чаще всего

-3-5 дней

ТУЛЯРЕМИЯ. Отличие лёгочной формы туляремии от лёгочной формы чумы

При рентген исследованиях выявляютяся значит увеличенные внутригркудн л\у

ТУЛЯРЕМИЯ. Отличие легочной формы туляремии от легочной формы чумы:

- При рентгенологическом исследовании выявляются значительно увеличенные внутригрудные лимфатические узлы.

ТУЛЯРЕМИЯ. Типичное поражение лимфатических узлов:

-Гранулематоз с исходом в некроз.

ТУЛЯРЕМИЯ. Наиболее частая клиническая форма:

- Кожно-бубонная

СИБИРСКАЯ ЯЗВА. Наиболее часто кожную форму дифференцируют с

-кожной формой чумы

СИБИРСКАЯ ЯЗВА. Осложнения и исходы при кожной форме

-выздоровление

СИБИРСКАЯ ЯЗВА. Препарат выбора для этиотропной терапии сибирской язвы с тяжелым течением

-бензилпенициллин

СИБИРСКАЯ ЯЗВА. Источниками для человекаявляются

-домашние животные

ТУЛЯРЕМИЯ. Наиболее частая форма

- кожно –бубонная

СИБИРСКАЯ ЯЗВА. И. период

-2-3 дня

СИБИРСКАЯ ЯЗВА. Самой частой клинической формой является:

- Кожная карбункулезная.

СИБИРСКАЯ ЯЗВА. Возбудители:

-Бактерии

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Ограны-мишени

-Легкие

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Ведущий клинический синдром при болезни легионеров

-пневмония

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Максимальный срок инкубационного периода

-14 дней

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Специфическая профилактика легионеллеза заключается в применении

-Нет прав ответа

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Дифференциальную диагностику проводить

-с орнитозом

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Основные противоэпидемические мероприятия

-Санитарно-гигиенические мероприятия

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Антимикробный препарат для лечения больного

- эритромицин

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Лекартсвенные средства для лечения среднетяжелых и тяжелых форм легионеллеза:

- Макролиды.

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Заболевание относится к:

- Сапрофитозам.

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ. Основной способ подтверждения диагноза в клинических условиях:

- Серологический

ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ. Методы, применяемые в этиологической верификации инфекционных заболеваний

-Вирусологичекие, бактериологические, серологические

ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ. К первичным элементам экзантемы относятся

-Пятно, папула, везикула, волдырь

ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ. Инфекционные заболевания характеризует

-Контагиозность

ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ. Инфекционная служба в России представлена

-инф. Отделениями больниц, кафедрами, нии

ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ. Инфекционная служба в Росси представлена

-Кабинетами инфекционных заболеваний, инфекционными больницами

ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ. Наиболее характерный, из перечисленных, синдром инфекционных болезней:

- Синдром экзантемы (энантемы).

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ MYCOPLASMA PNEUMONIAE. Типичные проявления

-Острое респираторное заболевание(фарингит, ринофарингит), пневмония

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ MYCOPLASMA PNEUMONIAE. Возбудитель относится к

-бактериям

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ MYCOPLASMA PNEUMONIAE. Осложнения

-синуситы, отиты, плеврит, тромбофлебит, полиневрит, пери-миокардит, отеклегкого,гемолитическая анемия, тромбогеморрагический синдром

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ MYCOPLASMA PNEUMONIAE. Преоблад механизм передачи инф

- аэрогенный

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ MYCOPLASMA PNEUMONIAE. Особенности поражения органов дыхания

-чаще правосторонняя нижнедолевая пневмония

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ MYCOPLASMA PNEUMONIAE. И. период

-4-25 дней

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ MYCOPLASMA PNEUMONIAE. Поражение ЦНС при инфекции, вызванной м-ма р-ае:

- Гнойный или серозный менингит

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. Основное значение в активации аденилатциклазы имеет воздействие

-Энтеротоксина

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. Схваткообразные режущие боли преимущественно обусловлены

- интестинитом

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. Наличие генерализованной формы сальмонеллеза предполагает назначение

-фторхинолоны и цефалоспорины вв  
САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. Эту инфекцию наиболее часто вызывает  
-S. Enteritidis  
САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. Факторы передачи в России

Мясо,яица,молоко, молочные продукты

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. Наиболее чкастый вариант течения гастроинтестинальной формы

- гастроэнтеритический

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. В патогенезе диареи наиб значение имеют

- гиперсекреция и кишечная гиперэкссудация

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. Наиболее частый вариант течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза

-гастроэнтеритический

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ. Клиника тифоподобного варианта генерализованной формы

- рвота и диареяимеет место лишь впервый день болезни, а лихорадка продолжается не менее2-3 недель, сопр. Гепатоспленомегалией

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ: Наибольшее значение в скорейшем подавление высокой активности аденилатциклазы в первые часы заболевания имеет воздействие:

- Препаратов кальция

АМЕБИАЗ. В этиотропной терапии кишечного амебиаза используют

-дилоксонида фуроат

АМЕБИАЗ. В лечении кишечного амебиаза используют

-Метронидазол

АМЕБИАЗ. Начальные признаки кишечного амебиаза

-Эпизоды слабо выраженной диареи, слабые ноющие боли в правой половине живота

АМЕБИАЗ. Пути передачи

-водный, пищевой контактный

ПРИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. Общее число известных прионных заболеваний человека и живтоных

-десять

ПРИОННЫЕ БОЛЕЗНИ. Верификация диагноза

-МРТ, обнаружение нейроспец белка в ликворе

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ. Типичная клиническая картина

-Повышение Т в первые 2 дня диарея 5 дней

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ. Инкубационный период в среднем составляет

-1-2 дня

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИИ. Наиболее часто их вызывают

-Ротавирусы и норовирусы

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ. Для купирования диареи наиболее важно

- строго сбалансированная диета

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ. Основные направлении терапии – купирование

- осмотической гипоферментативной диареи, бодильной диареи, регидратация

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ. В лабораторной диагностике чаще используется:

- ПЦР кала

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ ВИРУСОМ Э-Б. Одной из причин иммуносупрессии, вызываемой этим вирусом, является

-индукция белка гена BCRF1

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ ВИРУСОМ Э-Б. Основным в лечении неосложненного с нетяжелым течением инфекционного мононуклеоза являются

-щадащий режим, диета, уход за полостью рта, средства общеукрепляющей терапии

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ ВИРУСОМ Э-Б. Лимфопролиферативные заболевания, ассоциированные с этим вирусом

-лимфома беркита, лимфогрануломатоз

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ ВИРУСОМ Э-Б. Основные механизмы заражения кроме перкутанного

- аспирационный, вертикальный

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗЫВАЕМАЯ ВИРУСОМ Э-Б. в патогенезе лимфом и карцином, ассоциированных с эбв, наибольшее значение имеет

-нарушения в системе распознавания чужеродных аг

НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА. Высыпания хаарактеризуются

-Этапностью высыпаний, однотипностью элементов, наличием раш-сыпи

НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА. Источник инфекции

- больной человек

БАЛАНТИДИАЗ. Синдромально, острый балантидиаз это

-колит

БАЛАНТИДИАЗ. Для острого балантидиаза характерно:

Анемия, эозинофилия, ускорение СОЭ.

Желтушная окраска склер и кожи после физической нагрузки появляется при

-синдроме Жильбера

Расширение холедоха характерно для

-Подпеченочных желтух

Для надпеченочной желтухи характерно повышение

-Свободного билирубина

Лимфаденопатии по распространенности

-Локализованные, регионарные, генерализованные

Кожный зуд чаще наблюдается

-при подпеченочной желтухе

При гемолитической желтухе отмечается

-Ретикулоцитоз

Гиперсекреторно-экссудативную диарею вызывают

-Инвазивные бактерии

Пленчатое поражение слизистых оболочек респираторного тракта характерно для

-дифтерии

Основные структуры лимфоузла

-синусы коркового и мозгового слоя

Важные дифференциально-диагностические признаки термоневроза

-Проба Голло, нормальная ночная температура у спящего

Тонзиллит является постоянным симптомом

-скарлатины

Гиперсекреторно-экссудативную дирею вызывают

-инвазивные бактерии

В патогенезе диареи, развивающейся при эшерихиозе, вызванном ЭТКП (холероподобный эшерихиоз), наибольшее значение имеет

-гиперсекреция

В патогенезе диареи, развивающейся при криптоспоридиозе

- повыш осмот давления хумуса

Дополнительные признаки для дифференциальной диагностики лимфаденопатий

-спленомегалия,экзантема, артропатия, лихорадка, устойчивость к аб

Характер экзантемы при псевдотуберкулезе

-мелкопятнистая, скарлатиноподобная

Основные этиологические агенты хронических мезаденитов:  
- иерсинии,хладии, токсоплазмы, туберкулезные палочки

Клинических типов и форм лихорадки  
-6 и 2

Гиперосмолярную диарею вызывают  
-все перечисленное(прост,неинв и инваз бак, вирусы)

Основные функции лимфоузлов

- фильтрация лимфы, концентрация антигенов

фекально-оральным путем может передаваться

-Орнитоз

Нормальный размер ЛУ  
- 0,7 см в поперечнике

Для печеночной желтухи характерно повышение  
- связанного билирубина

Посев крови на стерильность это посев на

-наличие гр- и гр+ гемолитической, микотической микроаэрофильной флоры

* Гиперэкссудативную диарею вызывают:

- Инвазивные бактерии, вирусы, простейшие.

* Гиперсекреторную диарею вызывают:

- Неинвазивные бактерии.

* Посев крови информативен для диагностики:

-Менингококковой инфекции

* В патогенезе диареи, развивающейся при гастроинтерстициальной форме сальмонеллеза наибольшее значение имеет:

- Гиперсекреция и кишечная гиперэкссудация

* Бронхиолит является частым проявлением:

- Респираторно-синцитиальной инфекции

* Сыпь является характерным клиническим симптомом:

-Скарлатины

* В патогенезе диареи, развивающейся при дизентерии (колитический вариант) наибольшее значение имеет:

-Кишечная гиперэкссудация

* Наиболее эффективный тест для этиологической верификации туляремии:

- ПЦР

* Некротический тип коэффициента де Ритиса чаще наблюдается при:

-Токсическом гепатите

Бронхиолит является частым проявлением;

-Респираторно-синтициальной инфекции

Количество типов и форм лихорадок;

-6и2

Лихорадочный период при неосложненной ангине продолжается не более.

-5-6