

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра інфекційних хвороб

Рябокоть О. В., Оніщенко Т.Є., Савельєв В.Г.,
Ушеніна Л.О., Фурик О.О., Машко О.П.

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК З ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

для самостійної підготовки
студентів медичного факультету

Запоріжжя 2012

*Посібник затверджено на засіданні Центральної методичної ради
Запорізького державного медичного університету
(протокол №3 від 23.02.2012)*

Автори:

Рябоконт О. В., Оніщенко Т.Є., Савельєв В.Г., Ушеніна Л.О., Фурик О.О.,
Машко О.П.

Навчальний посібник з інфекційних хвороб : для самостійної
підготовки студентів медичного факультету / О. В. Рябоконт, Т. Є.Оніщенко,
В. Г. Савельєв. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2012. – 201 с.

Навчальний посібник для самостійної роботи студентів 5 курсу медичного факультету розроблено на основі програм з дисципліни інфекційні хвороби для спеціальностей 7.12010001 - лікувальна справа, 7.12010002 - педіатрія з урахуванням вимог державного освітнього стандарту позначених дисциплін.

Збірник складений відповідно до чинної програми і представлений трьома розділами. Перший розділ представлений темами для самостійної підготовки: протозойні кишкові інфекції (лямбліоз) та хвороба від укусів щурів (содоку, стрептобацильоз); другий - містить схему історії хвороби, та рекомендації з її написання; третій - містить тести з інфекційних хвороб для аудиторної та самостійної підготовки студентів з основних розділів курсу інфекційних хвороб. Крім того, наведена сучасна класифікація інфекційних хвороб (МКХ10), стандарти обстеження інфекційних хворих, показники лабораторних досліджень в нормі, рекомендації з лікувального харчування.

Зміст

Протозойні кишкові інвазії

Лямбліоз

Хвороба від укусів щурів

Содоку

Стрептобацильоз

Натуральна віспа

Методичні рекомендації

для написання історії хвороби з інфекційних захворювань

Додаток № 1 Стандарти обстеження хворих

на інфекційні захворювання

Додаток № 2 Показники лабораторних досліджень в нормі

Додаток № 3 Класифікація інфекційних та паразитарних захворювань

Додаток № 4 Характеристика дієтичного харчування та

лікувальних дієт по М.І. Певзнеру

Тести

Передмова

Навчальний посібник для самостійної роботи студентів 5 курсу медичного факультету розроблено колективом кафедри інфекційних хвороб на основі програм з дисципліни інфекційні хвороби для спеціальностей 7.12010001 - лікувальна справа, 7.12010002 - педіатрія з урахуванням вимог державного освітнього стандарту позначених дисциплін.

Викладання інфекційної патології в системі вищої професійної освіти є невід'ємною частиною підготовки лікарів різних спеціальностей. Це визначається тією великою роллю, яку відіграють інфекційні хвороби в структурі загальної захворюваності і смертності, епідеміологічною ситуацією в Україні, появою нових інфекцій, погіршенням екологічної обстановки, збільшенням міграції населення, тенденцією до зміни структури охорони здоров'я з акцентом на розвиток сімейної медицини.

Збірник складений відповідно до чинної програми і представлений трьома розділами. Перший розділ представлений темами для самостійної підготовки: протозойні кишкові інфекції (лямбліоз) та хвороба від укусів щурів (содоку, стрептобацильоз); другий - містить схему історії хвороби, та рекомендації з її написання; третій - містить тести з інфекційних хвороб для аудиторної та самостійної підготовки студентів з основних розділів курсу інфекційних хвороб. До кожної теми для самоконтролю подано контрольні питання, тести, ситуаційні задачі, які включають в себе діагностику, проведення диференційної діагностики, пошук тактичних рішень.

Крім того, на відміну від багатьох наявних збірок, в даному - введені додатки: сучасна класифікація інфекційних хвороб (МКХ10), стандарти обстеження інфекційних хворих, показники лабораторних досліджень в нормі, рекомендації з лікувального харчування.

Вивчення запропонованих тем, вирішення задач, тестів, відповіді на питання сприяє формуванню у студентів вмінь пошукової діяльності, наближає навчальний процес до умов практичної професійної діяльності лікаря.

ПРОТОЗОЙНІ КИШКОВІ ІНВАЗІЇ

ЛЯМБЛІОЗ

Лямбліоз – антропонозне протозойне захворювання, що характеризується ураженням шлунково-кишкового тракту.

Етіологія. Збудник - *Lambia intestinalis* відноситься до найпростіших. Існує у двох формах - вегетативній й у вигляді цист. На вентральній стороні вегетативної форми є присмоктувальний диск, що служить для прикріплення паразита до клітин слизової оболонки кишечника. Вегетативні форми рухливі, мають джгутики, паразитують у верхньому відділі тонкої кишки. При влученні в товсту кишку лямблії інцистуються. Цисти мають товсту двоконтурну оболонку, стійкі до умов зовнішнього середовища. Зберігають життєздатність в ґрунті від 9 днів (на сонці) до 75 днів (у тіні), у воді - більше 2-х місяців. Хлорування питної води цисти не інактивує. При кип'ятінні збудники гинуть протягом декількох секунд.

Епідеміологія. Джерелом інвазії є хвора людина або цистоноій. Механізм передачі - фекально-оральний. Основні шляхи передачі - харчовий, контактено-побутовий.

Патогенез. У більшості частини інфікованих осіб лямбліоз перебігає латентно. Манифестні форми розвиваються при масивній інвазії й зниженні резистентності макроорганізму. При влученні в шлунково-кишковий тракт цисти лямблій у верхньому відділі тонкої кишки звільняються від оболонки й швидко розмножуються (на 1 см² слизової оболонки кишечника перебуває 1 млн і більше збудників). Клінічна манифестація пов'язана із безпосередньою цитопатичною дією метаболітів паразита. Порушується пристеночне травлення й рухова активність тонкої кишки, знижується активність ферментів (ентеропептидази й ін.), особливо порушується усмоктування жирів і вуглеводів. Метаболіти паразита активують аденілатциклазну систему, що при участі й за допомогою стимулюючої дії простагландинів

збільшує утворення аденозинмонофосфату. У результаті активації цього механізму в просвіт тонкого кишечника продукується велика кількість ізотонічної рідини й електролітів, які не встигають всмоктуватися. Одночасно спостерігається посилене розмноження патогенної флори, що може приводити до порушення функцій жовчовивідних шляхів і підшлункової залози. Метаболіти паразита впливають на макроорганізм. Наявність імунодефіциту й дисбактеріоз сприяють формуванню тяжкого перебігу хвороби. Імунітет після перенесеного лямбліозу не напружений і не тривалий.

Клініка. Інкубаційний період триває від 10 до 15 діб. При латентних формах клінічні прояви не реєструються, проте хворі короткочасно виділяють із калом вегетативні форми або цисти паразита.

Клінічно виражені форми перебігають у вигляді гострої й хронічної форми. При гострій формі лямбліозу провідним є больовий, абдомінальний і диспептичний синдроми. Хворі скаржаться на схваткоподібний біль в середній частині живота й правому підребер'ї, зниження апетиту, відрижку, нудоту, частий до 3-5 разів на добу водянистий стілець, без домішок слизу й крові, гурчання по ходу кишечника. Можливе підвищення температури тіла. У ряду хворих виражений астеноневротичний синдром (дратівливість, астенія, головні болі, порушення сну). Гостра стадія лямбліозу в більшості хворих триває протягом тижня. У деяких випадках гостра форма може затягуватися. Затяжний і хронічний перебіг характеризується періодичними загостреннями, що перебігають із болем, частіше, у правому підребер'ї й в епігастральній ділянці, періодично з'являються здуття живота, рідкий стілець. Відзначається зниження харчування, астенизація.

Лабораторна діагностика. Основний метод ідентифікації збудника - мікроскопічний. Діагноз підтверджується виявленням вегетативних форм збудника в дуоденальному умісті, а також вегетативних форм і цист у фекаліях. Проводять дослідження нативного мазка свіжозібраних фекалій.

Визначення цист лямблій можливо в нативному мазку й фіксованому, і пофарбованому препараті.

Диференціальна діагностика. Лямбліоз диференціюють від амебного коліту, шигельозу й інших захворювань. Клінічний діагноз скрутний у зв'язку з відсутністю характерних симптомів.

Від амебного коліту лямбліоз відрізняється відсутність слизу у фекаліях, тенезмів, ознак інтоксикації.

Лікування. Специфічне лікування проводять метронідазолом (флагил, трихопол, ефлоран і ін.), тинідазолом (тиниба, фазижин і ін.), наксоджином (нимарозол), макмирором, тибералом і іншими препаратами. Флагил, трихопол призначають по 0,5 2 рази в добу протягом 5 днів, ефлоран по 0,4 2 рази в добу 5 днів. Фазижен і тинідазол застосовують однократно в дозі 2 гр. Тиніба призначають однократно в дозі 2 гр. або по 0,3 гр. 2 рази в добу 7 днів. Наксоджин по 0,5 гр. 2 рази в добу 5-7 днів.

Профілактика. Виявлення й лікування хворих і цистоносій. Знезаражування питної води.

ПИТАННЯ

1. Укажіть джерело інфекції при лямбліозі.
2. Назвіть основні ланки патогенезу лямбліозу.
3. Який відділ шлунково-кишкового тракту як правило уражується при лямбліозі?
4. Назвіть клінічні форми лямбліозу.

ТЕСТИ

1. До яких захворювань відноситься лямбліоз? А - антропонозів, В - зоонозів, С - сапронозів, D – конвекційних захворювань, Е – карантинних.
2. Основним джерелом інфекції при лямбліозі є інфікований організм: А - людини, В - свині, С - гризунів, D - собак, Е – кішки.

3. Основний метод лабораторної діагностики лямбліозу: А - мікроскопічний, В - бактеріологічний, С - вірусологічний, D - алергологічний, Е – серологічний.

4. Специфічна терапія лямбліозу включає призначення: А - ампициліну, В - тетрацикліну, С - метронидазолу, D - розчину Рингера, Е – спазмолітиків.

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ

1. – А; 2. – А; 3. – А; 4. – С.

ХВОРОБА ВІД УКУСУ ЩУРІВ

СОДОКУ

Содоку – гостра зоонозна інфекційна хвороба, що характеризується рецидивуючою лихоманкою, лімфаденітом і шкірною висипкою. Назва содоку (So-doku) походить від японських слів: So – щур, doku – отрута.

Актуальність. Історичні дані. Ця хвороба відома дуже давно на Сході і перші її описання відносяться до XVIII сторіччя.

Захворюваність на содоку на сьогодні є спорадичною.

Етіологія. Збудником содоку є *Spirilla minor*, що має вигляд коротких штопороподібних ниток. Рухлива, добре забарвлюється за Романовським-Гимзі (набуває фіолетово-рожевого кольору). Для виявлення спірил в тканинах використовують метод сріблення. Експериментально заражаються багато лабораторних тварин (морські свинки, кішки, собаки, мавпи і ін.). Спірохети погано зростають на живильних середовищах. Чутливі до пеніциліну, тетрацикліну. У довкіллі нестійкі.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є щури, ласки, білки, кролики, собаки, у яких *Spirilla minor* знаходяться на слизовій оболонці рота. Зараження відбувається при укусах щурами, рідше іншими тваринами. Хвора людина джерелом інфекції не являється.

Патогенез та патоморфологія. У місці інокуляції збудника відбувається його накопичення і формування первинного афекту, з якого спірохети поширюються лімфогенно, викликаючи в регіонарних лімфатичних вузлах запальний процес, потім проникають в кров. Спірохети гематогенно заносяться в органи ретикулоендотеліальної системи, де вони фіксуються і в подальшому обумовлюють повторну генералізацію інфекційного процесу. Одужання настає завдяки формуванню специфічного імунітету і фагоцитозу збудника клітинами системи мононуклеарних фагоцитів.

Клініка. Інкубаційний період триває від 3 днів до 2 місяців. Хвороба починається гостро з ознобу і підвищення температури. Симптоми інтоксикації помірно виражені. На місці укусу виникає первинний афект: щільний хворобливий інфільтрат, який піддається некрозу, нагноєнню. На інфільтраті утворюється міхур, потім виразка, що супроводжується лімфангітом і регіонарним лімфаденітом.

Лихоманка триває 6-7 днів, потім температура критично знижується до субфебрильних або нормальних цифр, відмічається рясне потовиділення. Через декілька днів напад повторюється. Число нападів (за відсутності етіотропної терапії) від 6 до 20 і більше. Захворювання може затягнутися на декілька місяців. Дуже часто, починаючи з 2-3 нападу, з'являється висип (плямистий, папульозний), що захоплює все тіло, але що особливо згущується в області первинного афекту. Під час нападів хворих турбують сильні м'язові та суглобові болі. У тяжких випадках з'являються зміни з боку нервової системи, порушуються слух і зір. Діагноз содоку ґрунтується на підставі даних епідеміологічного анамнезу (укус щуром або іншою твариною) і характерної симптоматики (температурна реакція, наявність первинного ефекту, регіонального лімфаденіту, рецидивів хвороби).

Ускладнення. Абсцеси мозку, абсцеси м'яких тканин. Можливі поліартрит, міокардит, сепсис.

Диференціальний діагноз. Содоку необхідно диференціювати від бактерійного гнійного лімфаденіту, фелінозу (хвороби котячої подряпини), стрептобацильозу.

Бактерійний гнійний лімфаденіт відрізняється вираженою хворобливістю лімфатичних вузлів, відсутністю первинного афекту і вказівок на укус щурів або інших тварин.

При фелінозі важливе значення мають анамнестичні дані про контакт з кішками, наявність подряпин.

При стрептобацильозі, на відміну від содоку, відсутній первинний афект, рідко виникає лімфангіт і лімфаденіт.

Лабораторна діагностика. Для ідентифікації збудника досліджують кров і матеріал з первинного афекту. Спірохети можуть бути виявлені у мазку з відокремлювань первинного афекту, у мазку і «товстій краплі» крові, забарвленої за Романовським-Гімзе. Починаючи з 6-8 дня хвороби можна використовувати реакцію лізису і аглютинації із спірохетою. Біологічний метод – внутрішньоочеревинне зараження білих мишей або морської свинки.

Лікування. Етіотропну терапію проводять пеніциліном по 500000 ОД внутрішньом'язово 6 разів на добу, тетрацикліном по 0,3 г перорально 4 рази на добу або доксициклином по 0,1 г перорально 2 рази на добу протягом 5-7 днів. Без вживання антибіотиків летальність досягає 10%.

Прогноз. При своєчасній антибіотикотерапії прогноз сприятливий.

Профілактика. Профілактика направлена на боротьбу зі щурами, дотримання правил безпеки при роботі з гризунами. При укусах щурами призначити тетрациклін протягом 5 днів по 0,25 перорально 4 рази на добу.

СТРЕПТОБАЦИЛЬОЗ

Стрептобацильоз (хейверхілська лихоманка) – гостра інфекційна хвороба з групи зоонозів з контактним або фекально-оральним механізмом передачі збудника, характеризується лихоманкою, інтоксикацією, висипом і поліартритом.

Актуальність. Історичні дані. Спалах цієї інфекції був описаний в 1926 році в м. Хейверхілл (США).

Захворюваність на стрептобацильоз на сьогодні є спорадичною.

Етіологія. Збудник *Streptobacillus moniliformis* – грампозитивна поліморфна паличка, нестійка в довкіллі.

Епідеміологія. Джерелом інфекції найчастіше є щури, рідше інші гризуни, в яких *Streptobacillus moniliformis* перебуває на слизистих оболонках рота і верхніх дихальних шляхів. Зараження відбувається при укусі гризунів, включаючи і лабораторних білих щурів. Можливо також інфікування при вживанні води і харчових продуктів, забруднених виділеннями гризунів, які не піддавалися перед вживанням термічній обробці.

Клініка. Інкубаційний період від 2 до 10 днів. Початок гострий. З'являються раптовий озноб, головний біль, міалгії. Первинний афект і лімфаденіт спостерігаються рідко. Характерна поява поліморфного (плямистого, петехіального) висипу на тулубі і кінцівках. Часто розвиваються моно- і поліартрити. Тривалість лихоманки до 2 тижнів, часто спостерігаються рецидиви.

Ускладнення. можливі ендокардит, абсцеси м'яких тканин, пневмонія, сепсис.

Діагноз і диференціальний діагноз. Діагноз встановлюють на підставі клінічної картини хвороби, її зв'язку з укусом щура і підтверджують бактеріологічним дослідженням крові, суглобової рідини, серологічними методами (реакції аглютинації і зв'язування комплементу).

Лікування. Призначають пеніцилін, препарати тетрациклінового ряду, левоміцетин в середніх терапевтичних дозах протягом 5-7діб. Без антибактеріальної терапії летальність досягає 7-10 %.

Профілактика. направлена на боротьбу з гризунами, захист від їх укусів, дотримання правил зберігання харчових продуктів.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Хто є джерелом інфекції при содоку?
2. Вкажіть основний шлях передачі даної хвороби.
3. Чим обумовлено одужання при содоку?
4. Назвіть основні симптомокомплекси при содоку.
5. Вкажіть лабораторні методи діагностики.
6. Хто є джерелом інфекції при стрептобацильозі?
7. Вкажіть основний шлях передачі даної інфекції.
8. Чим обумовлено одужання при стрептобацильозі?
9. Назвіть основні симптомокомплекси при стрептобацильозі.
10. Вкажіть основні лабораторні методи діагностики.

ТЕСТИ

1. Збудником содоку є: А – найпростіші, В – віруси, С – рикетсії, D – спірохети, Е – пріони.
2. Основний шлях передачі содоку: А – контактний, В – побутовий, С – трансмісивний, D – контактно-побутовий, Е – трансплацентарний.
3. Джерелом інфекції содоку є всі, за виключенням: А – щури, В – ласки, С – кролики, D – собаки, Е – людина.
4. У клінічній картині содоку характерним є: А – підвищення температури, В – наявність первинного ефекту, С – симптоми інтоксикації, D – поява висипки, Е – все перераховане вірно.

5. Основний специфічний метод лабораторної діагностики содоку: А – мікроскопія «товстої краплі», В – зараження курячого ембріона, С – зараження культури клітин, D – загальний аналіз крові, Е – алергологічний.

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ

1. – D; 2. – А; 3. – Е; 4. – Е; 5. – А.

ЗАДАЧІ:

ЗАДАЧА № 1

Хворий 36 років занедужав гостро з підвищення температури тіла до 39,5°C, ознобу, болю в м'язах, появи помірно вираженої слабкості, головного болю, на шкірі правої кисті з'явився щільний хворобливий інфільтрат. Хворий за медичною допомогою не звертався, лікувався самостійно. Через 6 днів температура тіла знизилася до субфебрильних цифр, на шкірі над інфільтратом сформувалася виразка, з'явилися ознаки регіонарного лімфаденіту. Через 5-6 днів субфебрилітету температура тіла знову різко підвищилася до 39,0°C, з'явилося рясне потовиділення, рясний висип, який згущався в області виразки. З епідеміологічного анамнезу відомо, що за декілька днів до захворювання пацієнта укусив щур.

Сформулюйте та обґрунтуйте попередній діагноз.

З якими захворюваннями слід провести диференціальну діагностику?

Призначте лабораторне обстеження для підтвердження діагнозу.

Складіть план лікування.

Еталон відповіді: Содоку. Слід провести диференційну діагностику з бактерійним гнійним лімфаденітом, фелінозом, стрептобацильозом. Для ідентифікації збудника дослідити кров і матеріал з відокремлювань первинного афекту у мазку і «товстій краплі» крові, забарвленої за Романовським-Гімзе. Починаючи з 6-8 дня хвороби можна використовувати реакцію лізису і аглютинації із спірохетою. В лікуванні головним є

антибактеріальна терапія: можуть бути застосовані пеніцилін, тетрациклін.

ЗАДАЧА № 2

Пацієнт 36 років захворів гостро з підвищення температури тіла до 38,4°C, ознобу, головного болю, болю в м'язах та суглобах. Температура на фебрильних цифрах утримувалася до 10 днів. З анамнезу захворювання відомо, що за 5 днів до захворювання мав місце укусу щура, проте на місці укусу первинного афекту не було виявлено. Через 4-5 днів лихоманки на шкірі тулубу і кінцівок з'явився петехіальний висип.

Сформулюйте та обґрунтуйте попередній діагноз.

З якими захворюваннями слід провести диференціальну діагностику?

Призначте лабораторне обстеження для підтвердження діагнозу.

Складіть план лікування.

Еталон відповіді: Стрептобацильоз. Слід провести диференційну діагностику з фелінозом, содоку, екзантемами іншої етіології. Для ідентифікації збудника дослідити кров і матеріал з відокремлювань первинного афекту у мазку. Починаючи з кінця першого тижня хвороби можна використовувати реакцію лізису і аглютинації із спірохетою. В лікуванні головним є антибактеріальна терапія тетрацикліном.

НАТУРАЛЬНА ВІСПА

Натуральна віспа - гостра антропоозна інфекційна хвороба з аспіраційним механізмом передачі збудника. Характеризується циклічністю течії, пустульозними висипаннями на шкірі, лихоманкою та інтоксикацією.

Актуальність. Історичні дані. Натуральна віспа відома з давніх часів. Перші згадки про неї відносяться до 3730-3710 рр. до н.е. У VI ст. н.е. віспа проникла в Європу, а в XVI - XVII ст. поширилася по усіх континентах, викликаючи спустошливі епідемії. Тільки у Європі щорічно захворювали до 10 млн чоловік, летальність досягала 25-40 %.

У 1796 р. англійський лікар Е.Дженер запропонував метод профілактики віспи шляхом щеплення людині коров'ячої віспи, в наступні роки вакцинація проти віспи набула усього більшого поширення. У СРСР в 1918 р. була введена загальна вакцинація. У 1958 р. ВООЗ за пропозицією СРСР прийняла програму ліквідації хвороби. Останній випадок натуральної віспи був зареєстрований в 1977 р. в Сомалі. У 1980 р. на 33-ій сесії ВООЗ був підписаний сертифікат про ліквідацію віспи на Землі, вакцинацію проти віспи припинили. Проте культура вірусу віспи зберігається в деяких вірусологічних центрах. Існують хвороби, що викликаються вірусами, генетично дуже близькими збудникові натуральної віспи, тому настороженість відносно цієї особливо небезпечної (карантинної) інфекційної хвороби повинна зберігатися.

Етіологія. Збудник (*Poxvirus Variolae major*) натуральної віспи є найбільш з відомих вірусів, має розміри 250-390x200-260 нм, його геном представлений дву-нитевою ДНК. У довкіллі вірус стійкий.

Епідеміологія. Єдиним джерелом збудника інфекції є хвора людина, яка заразлива з останніх днів інкубаційного періоду до відпадання скоринок. Зараження відбувається повітряно-краплинним шляхом, рідше - при контакті з хворим, його речами, предметами, які забруднені гноєм, скоринками, що містять вірус. Сприйнятливість до віспи загальна.

Патогенез і патоморфологія. Вірус проникає в організм через дихальні шляхи, рідше - шкіряний покрив, реплікація його відбувається в регіонарних лімфатичних вузлах. Потім він гематогенно поширюється по усьому організму, вражаючи епітеліальні клітини, які внаслідок цитопатичної дії вірусу піддаються дистрофічним змінам і некрозу. Вірусемія обумовлює інтоксикацію й супроводжується першою хвилею лихоманки. Ураження епітелію призводить до появи везикульозного висипу, який внаслідок швидкого приєднання вторинної інфекції перетворюється на пустули, поява якого супроводжується другою хвилею лихоманки з вираженою інтоксикацією. Смерть хворих можлива в результаті інфекційно-токсичного шоку, розвитку генералізованого тромбогеморагічного синдрому, бактерійних ускладнень. Після перенесеної хвороби формується довічний імунітет.

Клініка. Інкубаційний період - від 5 до 22 днів, частіше 9-14 днів. Початок хвороби гострий. З'являються озноб, головний біль, часто блювота, болі в крижах. Температура тіла підвищується до 39-40 °С і вище. На 2-3-й день часто з'являється краплинна або мілкоплямиста продромальна висипка, яка зникає через 1-2 дні. На 4-5-й день, на тлі зниження температури тіла до норми, поліпшення загального стану та уявного одужання поетапно з'являється спочатку на обличчі, потім на тулубі і кінцівках істинна віспяна висипка. Спочатку елементи висипки мають вигляд дрібних плямочок, що швидко перетворюються на везикули. На 7-8-й день хвороби везикули нагноються та перетворюються на пустули.

Для віспяного висипу мають характерні особливості: розташування пустул на інфільтрованій основі, наявність навколо них вінчика гіперемії, пупковидного вдавлення в центрі елемента, багатокамерність пустул. При проколванні пустули голкою виділяється крапля гною, але пустула повністю не спадається. Важливою особливістю віспяного висипу є регіонарний мономорфізм, який пов'язаний з одномоментністю висипання і перетворення елементів висипу на кожній частині тіла. Нагноєння висипу

супроводжується високою лихоманкою, інтоксикацією, сплутаною свідомістю, тахікардією, артеріальною гіпертензією, задишкою.

Характерним є висипання на слизових оболонках очей, носа, ротоглотки, дихальних шляхів, уретри. До 15-17-го дня пустули розтинаються та вкриваються кіркою. Виділення гною супроводжується свербіжем шкіри. Після розтину пустул стан хворого покращується. Кірки відпадають на 4-5-му тижні хвороби, залишаючи після себе стійкі рубці (горобина). Такий перебіг має віспа середньої тяжкості або "дискретна" віспа, оскільки елементи висипу не зливаються між собою.

Виділяють також важкі форми хвороби : зливну віспу та геморагічні форми (віспяна пурпура та пустульозно-геморагічна віспа). Для зливної віспи характерні різко виражена інтоксикація, рясний висип, який з'являється на тлі лихоманки. У стадії нагноєння елементи висипу зливаються між собою. При віспяній пурпурі вже в перші дні на тлі важкої інтоксикації з'являються геморагії на шкірі, носові, кишкові та інші кровотечі. Хворі часто гинуть ще до появи висипу при явищах інфекційно-токсичного шоку. При пустульозно-геморагічній формі вміст пустул просякає кров'ю і на цьому фоні з'являються інші ознаки підвищеної кровоточивості.

У осіб, що мають частковий імунітет, можливий розвиток легких форм хвороби – варіолоїду (абортивна форма) і віспи без висипу. При варіолоїді елементи висипу поодинокі, етапність висипання порушена, висип не нагноюється, друга хвиля лихоманки відсутня. Віспа без висипу характеризується короткочасною лихоманкою з помірною інтоксикацією, період висипання відсутній.

Ускладнення: інфекційно-токсичний шок, менінгоенцефаліт, пневмонія, абсцеси, флегмони, сепсис, кератит, що призводить до сліпоті.

Диференціальний діагноз проводять з вітряною віспою, коров'ячою віспою, з мавпячою віспою, піддермією, везикульозним рикетсіозом, менінгококемією, кором, скарлатиною.

Діагностика. Діагноз встановлюють на підставі клініко-епідеміологічних даних: контакт з хворим, або з матеріалом, що містить вірус, в лабораторних умовах; характерної циклічності перебігу хвороби; наявності типових елементів висипу.

Лабораторна діагностика проводиться шляхом виявлення вірусу в мазках з елементів висипу за допомогою електронної мікроскопії та методом флюоресцируючих антитіл, виділенням культури вірусу на курячих ембріонах, або на культурі тканини, визначенням в сироватці антитіл в РНГА і РГГА.

Лікування. Хворих госпіталізують у спеціально обладнані стаціонари. Застосовують противіспяний імуноглобулін, антибіотики широкого спектру дії, проводять дезінтоксикаційну терапію.

Прогноз захворювання серйозний, летальність у минулому складала 20-40 %, при важких формах хвороби 80-100 %.

Профілактика. У минулому основним профілактичним заходом була загальна планова вакцинація. Хворих з підозрою на натуральну віспу госпіталізують на спеціалізованому транспорті. Контактних осіб ізолюють на 14 днів, невакцинованим вводять нормальний людський імуноглобулін. У вогнищі проводять заключну дезінфекцію.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Хто є джерелом інфекції при натуральній віспі?
2. Вкажіть основний шлях передачі даної хвороби.
3. Вкажіть особливості віспяного висипу.
4. Назвіть форми даної хвороби.
5. Назвіть основні симптомокомплекси при натуральній віспі.
6. Вкажіть лабораторні методи діагностики.
7. Вкажіть лікування та профілактику даної хвороби.

ТЕСТИ

1. Для збудника натуральної віспи характерні усі наступні положення, крім:
 - A. Збудник віспи відноситься до ДНК вмісних вірусів
 - B. Розрізняють 2 різновиди вірусу : збудник натуральної віспи, збудник алястрима
 - C. Збудник віспи добре витримує нагрівання
 - D. Збудник віспи добре розмножується на хоріон - алантоїсній оболонці курячих ембріонів
 - E. Збудник віспи стійкий до низької температури і висушування
2. Вкажіть характерні морфологічні зміни при натуральній віспі:
 - A. Частіше вражається шкіра і слизові оболонки
 - B. У епідермісі шкіри характерна балонуюча дегенерація
 - C. Наявність усередині мембрани клітин телець Гварнієри
 - D. Правильної відповіді немає
 - E. Усі відповіді правильні
3. Серед клінічних форм віспи найбільш небезпечною є:
 - A. Рання або пізня геморагічна форма
 - B. Варіолоїд без висипу
 - C. Віспяна энантема, при якій ураження обмежуються слизовою оболонкою верхніх дихальних шляхів
 - D. Форма, при якій не розвиваються типові везикули
 - E. Звичайна віспа, при якій на 5-й день висипань спостерігається лихоманка
4. До клінічних особливостей натуральної віспи відноситься все, окрім:
 - A. Різноманіття інкубаційного періоду
 - B. Початок висипань супроводжується помітним погіршенням загального стану і зникненням початкових симптомів
 - C. Висипання найгустіше розташовані на відкритих поверхнях шкіри
 - D. Наявність ознаки Арчилл - Робертсона
 - E. Наявність нейропаралітичного кератиту

5. Висип при натуральній віспі характеризується:
- A. Етапністю
 - B. Інфільтратом шкіри в основі елементів
 - C. Однаковим віком елементів
 - D. Наявністю вдавлень в центрі пустул
 - E. Усім перерахованим
6. У щеплених віспа відрізняється наступними особливостями:
- A. Поява висипу на 2 - 3 день продромального періоду
 - B. Частіше висип не досягає стадії пустул
 - C. Мізерність висипання
 - D. Іноді поява висипу не супроводжується лихоманкою
 - E. Усе перераховане
7. Основними ознаками алястрима є:
- A. Помірна інтоксикація
 - B. Поява висипу на 3 день хвороби
 - C. Інкубаційний період триває 12 днів
 - D. Самопочуття хворих порушене мало, навіть при щедрому висипі
 - E. Усе перераховане

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ

1. С, 2.Е, 3. С, 4. Е, 5. Е, 6. Е, 7. Е

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

для написання історії хвороби з інфекційних захворювань
для студентів V курсу медичного факультету

Зміст:

Зразок титульного листа

Паспортна частина

Скарги

Анамнез хвороби

Анамнез життя

Епідеміологічний анамнез

Алергологічний анамнез

Об'єктивне обстеження пацієнта

Попередній діагноз і його обґрунтування

План обстеження пацієнта

Результати лабораторних досліджень та додаткових
методів обстеження

Диференціальний діагноз

Заключний клінічний діагноз та його обґрунтування

Етіологія і патогенез

Лікування

Прогноз захворювання

Щоденники спостережень

Виписний епікриз

Література

Зразок титульного листа

Завідувач кафедри інфекційних хвороб:

Д.мед.н., професор О.В. Рябоконт

Викладач: _____

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

Пацієнта: _____

Клінічний діагноз

Основного захворювання:

Ускладнення:

Супутні захворювання:

Куратор: _____

Студент (ка) V – го курсу

_____ групи

_____ факультету

Початок курації: _____

Закінчення курації: _____

Паспортна частина:

Прізвище, ім'я та по-батькові пацієнта:

Вік: _____

Стать: _____

Місце проживання: _____

Професія та місце роботи: _____

Дата госпіталізації пацієнта _____

День хвороби: _____

Пацієнт був направлений лікарем (дільничним, поліклініки, швидкої медичної допомоги) _____

Діагноз лікаря, що направляє: _____

Скарги пацієнта на момент курації

Студент отримує повну інформацію про скарги пацієнта під час цілеспрямованого опитування за схемою, наведеною нижче.

- Головні скарги: визначаються основним захворюванням і характеризують хворобу як інфекційне захворювання.

- Додаткові скарги: характерні для багатьох інфекційних захворювань.

Усі інфекційні хвороби розділені на групи: інфекції з загально-інтоксикаційним синдромом, з ураженням нервової системи, гострі кишкові інфекції, інфекції дихальних шляхів, інфекції шкіри й ураження слизових оболонок. Тому, зручніше ділити інфекційні захворювання на групи: інфекції з загально-інтоксикаційним синдромом, з ураженням нервової системи, гострі кишкові інфекції, інфекції дихальних шляхів, інфекції шкіри і ураження слизових оболонок.

Анамнез хвороби (Anamnesis Morbi)

(Він включає в себе детальний анамнез хвороби від початку захворювання до моменту курації).

Час і місце початку захворювання (в подорожі, на роботі, вдома).

Початок захворювання (гострий, підгострий - протягом 1-3 днів, поступовий - через 4-7 днів).

Прояви основного захворювання (озноб, підвищення температури, характер температурної кривої, нудота, блювота, випорожнення, їх характер, тенезми, наявність висипу на шкірі і слизових оболонках, катаральні явища (закладеність носу, нежить, кашель), судоми, об'єктивні відчуття та ін.).

Уточнюється, що на думку пацієнта викликало хворобу; можливий вплив умов навколишнього середовища (професія та умови життя, клімат і

погодні фактори); наявність фізичного або психоемоційне напруження, недостатність харчування та інші.

Уточнюється об'єм лікування пацієнта до госпіталізації, його ефективність: які він вживав ліки, динаміка перебігу захворювання від початку захворювання до госпіталізації (динаміка скарг пацієнта) та курації з урахуванням виразності симптомів захворювання та їх характеристики).

Анамнез життя (Anamnesis Vitae)

Включає інформацію:

- про короткі біографічні дані (місце народження, як пацієнт ріс і розвивався, навчання, спеціальність);
- про житлові умови;
- про характер професійної діяльності, наявність професійних шкідливостей;
- про сімейний стан;
- про шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю, наркотиків);
- про соматичні та інфекційні захворювання, травми, операції і т.д., які пацієнт мав або має (із зазначенням ступеня тяжкості та особливостей клінічного перебігу);
- про наявність спадкових захворювань;
- про працездатність (кількість непрацездатних днів у році, чи має групу інвалідності).

Для жінок - окремо: менструальний цикл, пологи і аборти.

Епідеміологічний анамнез

Являється специфічним розділом історії хвороби інфекційного хворого, який допомагає отримати важливу додаткову інформацію для діагностики інфекційного захворювання).

Необхідно з'ясувати у пацієнта:

- Наявність контакту з інфекційними хворими, особливо з подібними проявами захворювання.

- Наявність подібних захворювань у минулому.
- Відвідування вогнищ інфекцій, ендемічних регіонів інфекційних захворювань.
- Чи почалось захворювання під час інфекційного спалаху?
- Наявність контакту з птахами, тваринами, уточнюється стан їх здоров'я; укусів тваринами та комахами, які можуть бути джерелами або переносниками трансмісивних і деяких контактних інфекцій.
- Наявність переливань крові або її компонентів, операцій, інвазивних діагностичних маніпуляцій, відвідувань стоматолога, не захищених та випадкових статевих контактів (особливо у хворих із жовтяницею за останні 6 місяців).
- Уточнюються умови проживання: в квартирі, приватному домі, гуртожитку, наявність санітарно-гігієнічних навичок?
- Уточнюється професія пацієнта, умови праці, яким транспортом доставляється до роботи, використання засобів захисту у професійній діяльності (загальний чи окремий), умови зберігання одягу.
- Наявність відряджень або інших поїздок за останні три тижні, відвідував хто не будь пацієнта вдома за цей час?
- Уточнюються умови харчування (вдома, на роботі, їдальнях, вживання продуктів без термічної обробки куплених на ринку, кип'яченої або некип'яченої води).
- Уточнюється, які продукти вживав пацієнт перед захворюванням?
- З чим пов'язує своє захворювання?

Алергологічний анамнез

Необхідно отримати інформацію про:

- толерантність і реакції на лікарські препарати (гетерогенні сироватки, антибіотики), продукти (молоко, шоколад, цитрусові, тощо);
- наявність щеплень в анамнезі, реакцій на них;
- наявність гемотрансфузій;

- наявність різних клінічних форм алергічних захворювань (поліноз, бронхіальна астма, набряк Квінке, кропив'янка, хвороба Лайєла, тощо).

Об'єктивне обстеження пацієнта

(Status Presents)

Вказується на який день захворювання проводиться курація

- Загальний стан пацієнта: задовільний, середньої важкості, важкий.
- Свідомість: ясна, пригнічена, ступор, сопор, кома, збудження, ейфорія, марення, галюцинації.
- Положення пацієнта: активне, пасивне, вимушене.
- Вираз обличчя: спокійний, збуджений, байдужий, страждаючий, амімічний.
- Рухи: вільні, обмежені, специфічні (геміпарез, паркінсонізм і т.д.).
- Конституційний тип (нормостенічний, астенічний, гиперстенічний), зріст, вага.
- Шкіра і видимі слизові оболонки: колір (блідий, блідо - рожевий, червоний, синюшний, жовтяничний, сірий, вологість шкіри, тургор. Наявність: пігментацій, депігментацій; висипки (еритема, розеоли, папули, пустули, везикули, пухирі, петехії, луски, ерозії, тріщини, виразки, подряпини, рубці, судинні "зірочки", ксантоми, ксантелазми). Тип оволосіння.
- Підшкірно жирова клітковина: розвинена слабо, помірно, надмірно; пастозність, набряки - характеристика їх залежно від локалізації та розповсюдження (загальні, місцеві), колір шкіри у місці набряку (блідість, ціаноз, гіперемія), властивість набряку (щільний, м'який).
- Лімфатичні вузли (підщелепні, шийні, під-та надключичні, ліктьові, пахвинні, пахові) - визначення їх розміру, консистенції, болючність, рухливість, спаяність один з одним і зі шкірою.
- Характеристика слизової оболонки ротоглотки (колір, наявність нальоту, характеристика задньої стінки глотки, мигдаликів);
- М'язи: ступінь розвитку (нормальний, надлишковий, слабкий, м'язова атрофія, загальна або місцева), напруженість (збільшення, зменшення,

нормальна якість); болючість при пальпації й русі, загальне тремтіння або тремтіння окремих м'язів, парези, паралічі кінцівок.

- Кістки: деформації кісток черепа, грудної клітини, таза і кінцівок, періостит, кривизна, акромегалія, зміни фаланг пальців рук і ніг, гомілки, болючість при пальпації.

- Суглоби: конфігурація (нормальна, припухлість, деформація), гіперемія шкіри і місцеве підвищення температури у суглобах; обсяг активних, пасивних рухів (вільні або обмежені, болючість при пальпації і під час руху; тріск, флуктуація, контрактури, анкілози.

Система органів дихання

Зовнішній огляд – характеризуються:

- частота дихання за одну хвилину (норма, брадіпное, тахіпное);
- ритм (ритмічне, аритмічне, апное);
- патологічні типи дихання (Біота, Кусмауля, Чейн-Стокса);
- тип дихання (грудний, черевний, змішаний);
- носове дихання (вільне, утруднене, відсутнє);
- голос (афонія, осиплий та ін.);
- наявність кашлю, мокротиння;
- задишка (інспіраторна, експіраторна, змішана);
- форма грудної клітини, втягування або випинання надключичних та підключичних ямок;

Пальпація:

- резистентність грудної клітини, болючість;
- товщина шкірної складки по обидва боки на рівні кутів лопаток;
- голосове тремтіння;

Перкусія топографічна:

- висота верхівок легень спереду і позаду, ширина полів Креніга;
- нижні межі легень;
- екскурсія легень в см.

Перкусія порівняльна:

- визначають характер перкуторного звуку (ясний легеневий звук, притуплення перкуторного звуку, коробковий звук);
- визначити зони притуплення перкуторного звуку, тимпаніту та ін., вказати їх розмір і точну локалізацію;

Аускультация:

- визначити характер дихання (пуерильне, везикулярне, бронхіальне, жорстке, ослаблене, амфоричне, сакадоване);
- хрипи сухі (гудячі, дзижчачі, свистячі), хрипи вологі (дрібно-, середньо-, крупно-пухирчасті);
- крепітація, шум тертя плеври, їх локалізація;
- бронхофонія.

Серцево-судинна система

Зовнішній огляд та пальпація:

- видима пульсація судин, пульсація сонних артерій, випинання і пульсація шийних вен;
- венозна мережа;
- пульсація в ділянці епігастрія;
- серцевий горб;
- верхівковий поштовх, його локалізація, сила, поширеність;
- «котяче муркотіння»
- пульс на променевій артерії, його характеристика (частота за хвилину, синхронність, наповнення, напруга, ритм);

Перкусія:

- межі відносної та абсолютної серцевої тупості;
- амплітуда судинного пучка в сантиметрах.

Аускультация:

- тони серця, їх ясність, чистота, наявність акцентів, розщеплення тонів, ритм;

— шуми (систоличний, діастолічний), їх характеристика (тембр, інтенсивність, місце найкращого вислуховування, ірадіація, тривалість, провідність, залежність від зміни положення, навантаження);

— шум тертя перикарда.

Пульс:

— частота, наповнення, напруга, ритм, симетричність;

— «дефіцит пульсу» при аритміях.

Артеріальний тиск на обох руках.

Система органів травлення

Наявність блювоти, її частота, зв'язок з прийомом їжі. Частота і характер випорожнень (колір, запах, консистенція, патологічні домішки).

Зовнішній огляд:

— ротової порожнини: слизова оболонка (волога, суха, чиста, колір); язик (сухий, вологий, колір, чистий, обкладений, характер нальотів, тріщини, виразки, стан сосочків); стан зубів, ясен;

— огляд живота: форма і розмір, участь в акті дихання, розширення вен передньої черевної стінки, видима перистальтика, метеоризм, розбіжність прямих м'язів живота, стан пупка.

Перкусія живота:

— ознаки асцити,

— симптом Падалки,

— визначення розмірів печінки по Курлову,

— перкусія селезінки, визначення розмірів в см.

Пальпація:

— поверхнева пальпація живота: напруга черевної стінки, болючість, гіперестезія, їх локалізація, симптоми подразнення очеревини, розходження прямих м'язів животу;

— глибока методична пальпація за методом Образцова-Стражеска:

- пальпація сигмоподібної, сліпої, висхідної, поперечно-ободової, низхідної кишки;
- пальпація печінки: розмір, хворобливість, поверхня (гладка, горбиста), нижній край печінки (гострий, заокруглений), консистенція (м'яка, щільна);
- симптоми ураження жовчного міхура: симптоми Ортнера, Мерфі, Георгієвського-Мюссі та ін.;
- симптоми ураження підшлункової залози (Дежардена, Мейо-Робсона),
- пальпація шлунка (болючість, «шум плескоту»)
- пальпація селезінки в різних положеннях хворого (на спині, на правому боці): розмір, форма, консистенція, стан поверхні;
- пальпація брижових лімфатичних вузлів.

Аускультация: виразність перистальтики.

Система нирок і сечовивідних шляхів

Огляд: наявність характерної блідості, «ниркових» набряків, огляд поперекової ділянки;

- пальпація нирок (розмір, форма, консистенція, положення);
- пальпація вздовж сечоводу;
- перкусія верхньої межі сечового міхура;
- симптом постукування
- частота і характеристика сечовипускань (болісність, нетри-мання, тощо);
- добовий діурез;
- сеча (колір, прозорість, слиз, осад, гній).

Нервова система

- Свідомість (ясна, приголомшеність, сопор, кома);
- підвищена збудливість (ейфорія, надмірна балакучість, агресивність);
- пригнічення (млявість, апатія, сонливість);
- марення, галюцинації;
- головний біль, запаморочення, характеристика сну, пам'яті, мовлення;

- менингеальний синдром: ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, Брудзинського та ін.;
- моторна сфера, хода, симптом Ромберга;
- рефлекси: зіничний, глотковий, сухожильний, черевний та ін.;
- патологічні рефлекси;
- дермографізм;
- зір: зіниці, реакція їх на світло, конвергенція, акомодация, ністагм;
- слух: виділення з вуха, болючість при надавлюванні на козелок та сосковидний відросток.

Попередній діагноз та його обґрунтування

Обґрунтування попереднього клінічного діагнозу проводиться шляхом аналізу скарг, анамнезу захворювання, епідеміологічного анамнезу і результатів об'єктивного обстеження хворого.

В даному розділі історії хвороби куратор послідовно перераховує симптоми, які виявлені у хворого (суб'єктивні та об'єктивні) та ключові анамнестичні дані, які типові для певного захворювання. При цьому неприпустимо повторний повний виклад анамнезу та інших даних.

При наявності супутніх захворювань необхідно дати стисле обґрунтування кожного з них.

Обґрунтування попереднього захворювання та ускладнень проводиться окремо. Правильна та вчасна постановка попереднього діагнозу визначає наслідки хвороби.

Формулювання попереднього діагнозу за синдромальним принципом (гострий гастроентерит, гостра кишкова інфекція, гостра респіраторна вірусна інфекція тощо), дозволяє лікарю визначити план лабораторного обстеження та визначити тактику необхідної терапії до встановлення остаточного діагнозу.

План обстеження пацієнта

Лабораторні та інструментальні методи дослідження повинні бути спрямовані на вирішення завдань діагностики захворювання, визначення його тяжкості та активності процесу, а також виявлення функціонального стану органів і систем, залучених у патологічний процес.

План лабораторних досліджень повинен обов'язково включати:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- аналіз крові на сифіліс у пацієнтів з 14 років;
- аналіз калу на яйця гельмінтів дітям до 18 років;
- рівень цукру в крові;
- флюорографія або рентгенографія органів грудної клітини (якщо вона не була виконана протягом року).

За необхідністю до плану обстеження пацієнта треба включити:

- аналіз крові на ВІЛ
- визначення групи крові та резус-фактору;
- електрокардіограма та ін. лабораторні та інструментальні методи дослідження, вибір яких обумовлений захворюванням пацієнта.

Результати лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

У розділі наводяться результати обов'язкових і додаткових лабораторних та інструментальних досліджень (з інтерпретацією, в хронологічній послідовності), а також висновки спеціалістів-консультантів В історію хвороби вносяться лише ті дані обстеження, що підтверджують діагноз захворювання, характеризують важкість перебігу хвороби та стан окремих органів і систем хворого.

Диференціальний діагноз

Враховуючи симптоми основного захворювання, їх динаміку та результати проведених додаткових обстежень, необхідно порівняти клінічно подібні захворювання з клінікою курованого хворого. Диференційний діагноз повинен бути докладним, розгорнутим і не менше - ніж з трьома хворобами (одне захворювання має бути хірургічного профілю): потрібно перерахувати спільні синдроми, які присутні у курованого хворого та спостерігаються при захворюваннях, з яким проводиться диференціальний діагноз. Вказуються відмінності в клінічній симптоматиці з використанням анамнестичних даних, епідеміологічного анамнезу, результатів фізикального обстеження та лабораторних досліджень.

При захворюваннях з вираженою клінічною циклічністю диференційний діагноз проводиться відповідно до послідовності періодів перебігу хвороби.

Диференціацію необхідно провести так, щоб у поданому матеріалі була доведена наявність у хворого саме цього, зазначеного в паспортній частині, основного захворювання.

Заключний клінічний діагноз та його обґрунтування.

Обґрунтування заключного клінічного діагнозу проводиться виходячи зі скарг хворого, анамнестичних, епідеміологічних, клінічних, лабораторних даних і результатів інших додаткових методів дослідження з урахуванням проведеної диференціальної діагностики.

Обґрунтування діагнозів супутніх захворювань проводиться більш стисло.

Формулювання заключного клінічного діагнозу повинно бути повним, із зазначенням нозології, клінічної форми, важкості перебігу, ускладнень, відповідно до класифікації, прийнятої ВООЗ.

Етіологія і патогенез

Куратор зазначає етіологічні фактори і описує основні ланки патогенезу захворювання у курованого пацієнта.

Лікування

В першій частині цього розділу наводяться літературні данні щодо сучасних принципів та методів лікування захворювання, виявленого у хворого.

В другій частині наводиться лікування, що надавалося хворому в стаціонарі (зі стислим обґрунтуванням кожного призначення).

Планове лікування інфекційного хворого в стаціонарі повинно бути комплексним, що включає спеціальний режим, дієту, етіотропну, патогенетичну, симптоматичну терапію, з індивідуальним підходом у залежності від тяжкості, стадії хвороби, наявності ускладнень та супутньої патології.

Прогноз захворювання.

Включає прогноз стосовно життя, одужання, працездатності пацієнта (обов'язково враховуються розвиток можливих ускладнень захворювання та резидуальні явища). Прогноз може бути сприятливим, сумнівним і несприятливим.

Щоденники спостережень.

Опис стану хворого та його лікування в дні курації (не менш 2-х щоденників).

Дата	Дані огляду хворого	Лікування
Температура тіла	Уточнюються скарги хворого за минулу добу.	На день курації:
Пульс	Відзначається в динаміці:	1. Режим
Частота дихання	загальний стан хворого (задовільний, середньо	2. Дієта
Артеріальний	тяжкий, тяжкий), чим обумовлена тяжкість стану	3. Медикаментозне лікування

тиск (АТ)	хворого; вплив лікування на перебіг захворювання. Описуються результати зовнішнього огляду, пальпації, перкусії, аускультативні органи дихання, кровообігу, шлунково-кишкового тракту. Фізіологічні відправлення. Проводиться інтерпретація результатів додаткових методів досліджень в динаміці.	
-----------	---	--

Епікриз.

Епікриз є випискою з історії хвороби, що відображає основний її зміст.

Схема написання епікризу.

Прізвище, ім'я та по батькові хворого, вік. Перебував в стаціонарі з _____ по _____.

Клінічний діагноз _____. Ускладнення основного захворювання _____ Супутні захворювання _____.

Обґрунтування (стисло) діагнозу основного захворювання та його ускладнень (клінічне та лабораторне).

Проведене лікування та його ефективність.

Особливості перебігу захворювання (в динаміці).

Стан пацієнта на момент виписування зі стаціонару.

Реконвалесценту при виписуванні надаються рекомендації стосовно режиму, дієти, подальшого медикаментозного лікування, умов роботи та способу життя, диспансерного спостереження.

Використана література

Наводиться перелік літератури (підручники, монографії, журнали) в алфавітному порядку із зазначенням прізвища та ініціалів авторів, повної назви джерела, видавництва, року, номера сторінки.

Стандарти обстеження хворих на інфекційні захворювання**Стандарт обстеження хворого на вірусний гепатит:**

- загальний аналіз крові, тромбоцити;
- RW;
- печінкові проби: загальний і прямий білірубін, АЛТ, АЛТ у розведенні (1 : 10), тимолова проба, лужна фосфатаза, ГГТ, холестерин;
- протеїнограма;
- сахар крові, амілаза;
- коагулограма;
- сечовина, креатинін;
- маркери вірусного гепатиту: А, В, С, D та інш.
- ПЛР;
- аналіз сечі на жовчні пігменти;
- УЗД гепатобіліарної системи.

Стандарт обстеження хворого на кишкову інфекцію:

- загальний аналіз крові, Ht, відносна щільність плазми;
- RW;
- сечовина, креатинін;
- електроліти крові: K^+ , Na^+ , Cl^- ;
- кислотно-лужний баланс (КЛБ);
- загальний аналіз сечі;
- копрограма № 3;
- бактеріологічний посів промивних вод шлунку і калу на патогенну і умовно-патогенну флору (сальмонельоз, шигельоз, кампілобактеріоз, УПФ);
- бактеріологічний посів калу на холерний вибріон (ф.30);
- кал на рота-тест;

- РНГА з сальмонельозним і дизентерійним антигеном у динаміці (вторинний забор через 10 днів);
- РА з аутоштамом при висіві УПФ;
- добовий баланс рідини;

Стандарт обстеження хворого на ботулізм:

- загальний аналіз крові;
- RW;
- кров, промивні води шлунку (рвотні маси), кал на ботулотоксин (РН) до введення ПБС;
- загальний аналіз сечі;
- бактеріологічний посів промивних вод шлунку та калу на патогенну та умовно-патогенну флору (сальмонельоз, шигельоз, кампілобактеріоз, УПФ);
- копрограма № 3;
- печінкові проби, сечовина, креатинін, коагулограма (при необхідності);
- добовий баланс рідини;
- консультація ЛОР, невролога, окуліста;

Стандарт обстеження хворого на лептоспіроз:

- загальний аналіз крові, тромбоцити;
- RW;
- загальний аналіз сечі;
- коагулограма;
- печінкові проби;
- сечовина, креатинін;
- дослідження крові, сечі, ліквору методом мікроскопії та посів на середу Терських;
- кровь на РМА (парні сировотки);
- консультація окуліста, невролога, ЛОР (при необхідності);

Стандарт обстеження хворого на лихоманку невідомого генезу:

- загальний аналіз крові;
- RW;
- загальний аналіз сечі;
- гемокультура № 3 (під час підвищення температури);
- сечовина, креатинін;
- кров на стерильність № 3 (під час підвищення температури);
- реакція Відаля – Провачека (в динаміці через 7 -10 днів);
- мазок і толста крапля на малярію №3;
- кров на ВІЛ (при погодженні пацієнта);
- кров на лептоспіроз, ієрсиніоз, псевдотуберкульоз;
- копроуринокультура №3 (КУК);

Стандарт обстеження хворого на малярію

- загальний аналіз крові, тромбоцити;
- RW;
- загальний аналіз сечі;
- коагулограма;
- печінкові проби;
- сечовина, креатинін;
- мазок і толста крапля на малярію №5 в день госпіталізації (при тропічній малярії –щоденно під час лікування з підрахунком кількості плазмодіїв);
- консультація невролога, окуліста, кардіолога, ЛОР;

Стандарт обстеження хворого на гельмінти

- загальний аналіз крові;
- RW;
- загальний аналіз сечі;

- кров на РНГА з ехінококовим діагностикумом;
- кров на опісторхоз, токсакороз;
- УЗД гепатобіліарної системи;
- відбиток на ентеробіоз;
- кал на яйця гліст та простіші;
- кал на яйця гліст методом збагачення;
- рентгенограма органів грудної клітини;

Стандарт обстеження хворого на нейроінфекцію

- загальний аналіз крові, тромбоцити, гематокрит;
- загальний аналіз сечі;
- загально-клінічне дослідження ліквору з дослідженням цитозу, рівня глюкози, білків, електролітів, осадові реакції;
- глюкоза крові;
- консультація невролога, окуліста, ЛОР-лікаря;
- бактеріоскопія мазків крові методом «толстої краплі»
- бактеріологічне дослідження носоглоткового слизу, крові, ліквору на менінгокок та інші збудники;
- бактеріологічне дослідження крові та ліквору на стерильність №3;
- вірусологічне та серологічне дослідження ліквору і крові для встановлення вірусної етіології захворювання;
- дослідження ліквору на ВК;
- печінкові проби, сечовина, креатинін, електроліти крові;
- протейнограма, коагулограма;
- дослідження ліквору на ВЕБ, ЦМВІ, ВПГ, Лайм-Борреліоз методом ПЛР, ІФА;
- добовий баланс рідини;
- рентгенограма органів грудної клітини;

- консультація ЛОР, невролога, окуліста;

Стандарт обстеження хворого на ГРВІ, ГРЗ

- загальний аналіз крові, тромбоцити;
- RW;
- змив з носоглотки на віруси;
- кров на парні сироватки на віруси з інтервалом 5-7 днів;
- рентгенограма органів грудної клітини;
- аналіз мокротиння №3 - загальний, АК, БК, посів на флору з визначенням чутливості до антибіотиків;
- загальний аналіз сечі;
- коагулограма, печінкові проби, сечовина, креатинін;
- консультація ЛОР;

Показники лабораторних досліджень у нормі

Вміст в крові гемоглобіну, еритроцитів
та гематокритне число

Показники	Чоловіки	Жінки
Гемоглобін, г/л	132 - 164	115 - 145
Еритроцити	$(4...5) \times 10^{12}/л$	$(3,7...4,7) \times 10^{12}/л$
Гематокритне число	0,40 – 0,48	0,36 – 0,42
ШЗЕ	1 - 10 мм/г	2 - 15 мм/г

Показники лейкограми в нормі

Показники	%	Абс.число, $\times 10^9/л$
лейкоцити	-	4,0 – 6,0
нейтрофіли	1 – 6	0,04 – 0,3
палочкоядерні нейтрофіли	47 – 72	2,0 – 5,5
сегментоядерні еозинофіли	0,5 – 6	0,02 – 0,3
базофіли	0 – 1	0,0 – 0,065
лімфоцити	19 – 37	1,2 – 3,0
моноцити	3 – 11	0,09 – 0,6

Вміст білкових фракцій у крові в нормі, %

Білкові фракції	Показники
Загальний білок	64 – 82 г/л
альбуміни	56,5 – 66,8%
глобуліни:	-
$\alpha 1$	3 -5,6%

α 2	6,9 – 10,5%
β	7,3 – 12,5%
γ	12,8 - 19%
A/Г коеф	1,5 – 2,0

Вміст небілкових азотистих компонентів крові

Показники	Нормальні величини
залишковий азот	14,3 – 28,6 ммоль/л
сечовина	3,3 – 8,32 ммоль/л
креатинін:	
чоловіки	68 – 115 мкмоль/л
жінки	53 – 97 мкмоль/л

Спинномозкова рідина

Показники	Нормальні величини
білок	0,15 – 0,33 г/л
глюкоза	1,65 – 2,75 ммоль/л
хлориди	118 – 132 ммоль/л
цитоз	(0-5) x 10 ⁶ /л, лімфоцити
Якісні реакції:	
Ноне – Апелъта	отр.
Панді	отр.
Ланге	отр.

Коагулограма

Показники	Нормальні величини
протромбіновий індекс	93 – 103%
вільний гепарин	0,02 – 0,06 мг%
фібриноген	2,0 – 4,0 г/с
фібриноген В	Отр.
фібриноліз	2,0 – 4,0 год
фібриназа	80±10 сек
тромбиновий час	14 - 18"

Печінкові проби

Показники	Нормальні величини
АлАТ	0,1 – 0,68 мкмоль/(г·мл)
α - амілаза	3,3 – 8,9 мг/(с·л)
ГГТ	
чоловіки	15 – 106 МО
жінки	10 – 66 МО
фосфатаза лужна	
чоловіки	
жінки	
діти	
загальний білірубін	8,5 – 20,5 мкмоль/л
прямий	2,13 – 5,28 мкмоль/л
тимолова проба	0 – 4 ед.
загальні ліпіди	4 – 8 г/л
холестерин	2,4 – 5,07 ммоль/л

Нормальна копрограма

Загальні властивості:

Колір – коричневий.

Кількість – 100 – 200г.

Консистенція – плотна (оформлений).

Домішки – відсутні.

Хімічне дослідження:

Реакція – слаболужна або нейтральна;

Скрита кров – реакція негативна (-);

Стеркобілін - реакція позитивна (+);

Жовчні кислоти - реакція негативна;

Розчинний білок - реакція негативна;

Аміак – 2 – 4 ум.од.

Органічні кислоти – 14 – 16 ум.од.

Мікроскопічне дослідження:

М'язові волокна - поодинокі (\pm);

Нейтральний жир – відсутній (-);

Жирні кислоти- – відсутній (-);

Миля – незначна кількість (+);

Крахмал – відсутній (-);

Перетравлена клітковина — відсутня (-);

Неперетравлена клітковина – незначна кількість (+);

Сполучна тканина – відсутня (-);

Йодофільна флора – відсутня (-);

Слиз – відсутній (-);

Яйця гельмінтів – можуть бути виявлені при гельмінтозах;

Найпростіші – можуть бути виявлені непатогені найпростіші;

Лейкоцити – 0 – 3 у полі зору;

Еритроцити – можуть бути відсутні.

КЛІНІЧНІ КЛАСИФІКАЦІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ І ПАРАЗИТАРНИХ ХВОРОБ

Аденовірусна інфекція (adenovirus) (B97.0).

Клінічні форми: ринофарингіт, фарингокон'юнктивальна гарячка; тонзилофарингіт, кон'юнктивіт, кератокон'юнктивіт, мезаденіт, пневмонія, діарея.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ускладнення: пневмонія, ангіна, гайморит, фронтит та інш.

Ангіна (Angina) (J03)

За збудником: стрептококова, фолікулярна, лакунарна, виразково-некротична (гангренозна), Сімановського –Плаута-Венсана.

За часом виникнення: первинна, вторинна.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ускладнення: абсцеси мигдаликів і глибших тканин, перитонзиліт, отит, запалення придаткових пазух носа, гнійне запалення шийних лімфовузлів, хронічний тонзиліт, міокардит, сепсис, ревматизм, гломерулонефрит, ревматоїдний артрит, геморагічний васкуліт.

Ботулізм (Boulismus) (A05.1)

За збудником: Cl. Botulini тип А, В, С, D, Е, F, G.

За походженням: харчовий, рановий, новонароджених нез'ясованої причині.

Провідний синдром: офтальмоплегічний, фарингоплегічний, фоноларингоплегічний, асфіктичний.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ускладнення: пневмонія, бронхіт, ларингіт, фарингіт, цистит, пієліт, пієлонефрит, специфічний міозит, сироваткова хвороба, дисбактеріоз, пролежні та інш.

ВІЛ-інфекція/СНІД

(хвороба, яка зумовлена вірусом імунодефіциту ту людини (AIDS) (B20-B24)

Стадія: - гострого захворювання (B23.0);

- безсимптомного носійства (Z21);

- персистоючої генералізованої лімфаденопатії (B23.1);

- СНІД-асоційованого комплексу;

- СНІДу: з опортуністи стичними інфекціями (B20), зі саркомою Капоші (B21.0), змішаний (опортуністичні інфекції та злоякісні новоутворення) (B 23.8), з деменцією (B22.0).

Вірусні гепатити (Hepatitis virosae) (B15-B19)

За збудником: А, В, С, D, Е, F, G, не уточнений.

Клінічні форми: жовтянична, холестатична, без жовтянична, субклінічна (інапрантна), фулмінантна.

Перебіг: гострий, затяжний, хронічний.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий, дуже тяжкий.

Ускладнення: гостра печінкова енцефалопатія (I, II, III, IV стадії), загострення (клінічне, ферментне), функціональні та запальні захворювання жовчовивідних шляхів.

Наслідки: видужання, залишкові явища (астеновегетативний синдром, гепатомегалія), затяжна реконвалесценція , гіпербілірубінемія, хронічний гепатит, цироз печінки, первинний рак печінки.

Класифікація хронічних вірусних гепатитів (Всесвітній конгрес гастроентерологів, 1994р., м. Лос-Анжелес).

Етіологія: В,С, D, мікст-гепатит, неверифікований.

Фаза: верифікований-реплікації, інтеграції;

неверифікований-загострення, ремісії.

Ступінь активності: мінімальний, слабо виражений, помірний, виражений.

Стадія: без фіброзу, слабо виражений фіброз, тяжкий фіброз, цироз.

Порушення функції печінки: без порушення, незначне, помірне, значне.

Вітряна віспа (Varicella) (B01)

Клінічні форми:

- набута, атипова (рудиментарна, геморагічна, бульозна, міліарна, гангренозна, генералізована або вісцеральна);
- природжена.

Ступінь тяжкості (для типової): легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ускладнення: без ускладнень, з ускладненнями – з боку шкіри (нагноєння, абсцеси), енцефаліт, міокардит, кератит, артрит, гепатит, нефрит, сепсис та ін.

Грип (Grippe, influenza) (J10)

Серологічний тип вірусу: А (H1N1), (H2N2), (H3N2)

Клінічні форми: типова, атипова (афебрильна, акатаральна, блискавична).

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий, дуже тяжкий.

Ускладнення: пневмонія, гайморит, отит, синусити, тонзиліт, енцефаліт, менінгоенцефаліт, пієлонефрит, пієлоцистит, холангіт та ін.

Дифтерія (Diphtheria) (A36)

За локалізацією: ротоглотки, носа, гортані, трахеї та бронхів.

За тяжкістю: легка, середньотяжка, тяжка, геморагічна, гіпертоксична.

За поширенням: локалізована, поширена, комбінована.

За характером процесу: катаральна, острівцеві, плівчаста.

Ускладнення: інфекційно-токсичний шок, ДВЗ-синдром, міокардит (ранній, пізній), з боку нервової системи (ранні, пізні), нефрозонефрит та ін.

Субклінічна (бактеріоносійство).

Кампілобактеріоз (Campylobacteriosis) (A04.5)

За збудником: Campylobacter jejuni, C. coli, C. fetus, C. laridis та ін.

Клінічні форми: інтестинальна (ентерит, коліт, ентероколіт, проктит), генералізована (септична).

Перебіг: гострий, хронічний.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ускладнення: пневмонія, гострий апендицит, перитоніт, реактивний артрит, ДВЗ-синдром, інфекційно-токсичний шок.

Бактеріоносійство (субклінічна форма).

Лептоспіроз (Leptospirosis) (A27)

За збудником: L. icterohaemorrhagiae, L. grippotyphosa, L. pomona, L. tarassovi та інші.

Клінічні форми: жовтянична, без жовтянична.

Провідний синдром: ренальний, гепаторенальний, геморагічний, менінгеальний, легеневий, серцево-судинний, абдомінальний.

Перебіг: гострий, затяжний, без рецидивів, з рецидивом.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ускладнення: гостра ниркова недостатність, гостра нирково-печінкова недостатність, інфекційно-токсичний шок, ДВЗ-синдром, гостра серцево-судинна недостатність, міокардит, набряк мозку, увеїт, іридоцикліт, неспецифічна пневмонія, гепатит, панкреатит та інші.

Малярія (Malaria) (B50-B54)

За збудником: триденна (Plasmodium vivax), чотириденна (Pl. malariae), овалє-малярія (Pl. ovalae), тропічна (Pl. falciparum).

За походженням: природжена, первинна, реінфекція, прищеплена.

Перебіг: гострий, затяжний, з ранніми і пізніми рецидивами, без рецидивів.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ускладнення: малярійна кома, гемоглобінурійна гарячка, розрив селезінки, інфекційно-токсичний шок, ДВЗ-синдром тощо.

Менінгококова інфекція (Morbus meningococcus) (A39)

Клінічні форми:

- локалізована (менінгококоносійство, гострий назофарингіт);
- генералізована – менінгококцемія (типова, блискавична), хронічна, менінгіт, менінгоенцефаліт, змішана (менінгіт і менінгококцемія);
- рідкі форми – ендокардит, артрит, поліартрит, пневмонія, іридоцикліт.

Ускладнення: гострий набряк і набухання головного мозку, інфекційно-токсичний шок та ін.

Правець (Tetanus) (A35)

Клінічні форми: загальний (генералізований): типовий (нисхідний), атиповий (бульбарний, новонароджених, блискавичний, гінекологічний, торакоабдомінальний, висхідний);

Ступінь тяжкості: легкий (I ступінь), середньої тяжкості (II ступінь), тяжкий (III ступінь), дуже тяжкий (IV ступінь).

Ускладнення: пневмонія, сепсис, розрив м'язів і сухожилків, переломи кісток, анафілактичний шок, контрактури м'язів і суглобів та ін.

Сальмонельоз (Salmonellosis) (A02)

За збудником: S. enteritidis, S. typhimurium, S. Heidelberg, S. newport та ін.

Клінічні форми: гастроінтестинальна (гастрит, гастроентерит, гастроентероколіт, ентероколіт), тифоподібна, септична (без кишкових проявів).

Перебіг: гострий, затяжний.

Ступінь тяжкості: стертий, легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ступінь зневоднення: без зневоднення, зі зневодненням I, II, III, IV ступеня.

Ускладнення: без ускладнень, з ускладненнями – інфекційно-токсичний, змішаний, гіповолемічний шок, гостра ниркова недостатність, пневмонія,

гостре порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, тромбоз мезентеріальних судин та ін.

Бактеріоносійство (субклінічна форма): гостре, хронічне.

Сказ (Rabies, Hydrophobial, Lyssa) (A82)

Клінічні форми: типова;

атипова – бульбарна, паралітична (типу Ландрі), менінгоенцефалітна, мозочкові.

Стадія: початкова (депресії), збудження, паралітична.

Харчові токсикоінфекції (Toxicoinfectiones alimentares) (A05)

За збудником: спричинена стафілококом, *Vibrio parahaemolyticus*, *Bacillus cereus*, інша з уточненими бактеріями неуточнена.

Клінічні форми: гастрит, гастроентерит, гастроентероколіт.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ступінь зневоднення: без зневоднення, зі зневодненням I, II, III, IV ступеня.

Ускладнення: без ускладнень, з ускладненнями – інфекційно-токсичний чи змішаний шок, гостра ниркова недостатність, колапс, гостра серцева недостатність, сепсис та інш.

Холера (Cholera) (A00)

За збудником: *V. cholerae* O1 biovar cholerae (A00.0), *V. cholerae* O1 biovar eltor (A00.1), холера неуточнена (A00.9)

Клінічні форми: типова і атипова (блискавична, гастритна, у грудних дітей, у людей похилого віку).

Ступінь тяжкості: стертий, легкий, середньої тяжкості, тяжкий, дуже тяжкий.

Ступінь зневоднення: без зневоднення, зі зневодненням I, II, III, IV ступеня.

Ускладнення: холерний тифоїд, колапс, гостра ниркова недостатність, пневмонія, абсцес, флегмона, бешиха, пролежні та ін.

Вібрионосійство (субклінічна форма).

Черевний тиф (*Typhus abdominalis*) (A01.0)

Клінічні форми: типова;

атипова - абортівна, стерта, невиявлена (афебрильний тиф), замасковані (пневмотиф, менінготиф, колотиф, нефротиф, септична та гастроентеритна форми).

Перебіг: легкий, середньої тяжкості, тяжкий; із загостреннями; із рецидивами.

Ускладнення: кишкова кровотеча, перфорація кишки, інфекційно-токсичний шок та ін.

Бактеріоносійство: реконвалесцентне, хронічне.

Чума

Клінічні форми: шкірна, бубонна, шкірно-бубонна, первинно-легенева, вторинна – легенева, кишкова, первинно-септична, вторинна-септична, інші форми.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ускладнення: інфекційно-токсичний шок, менінгіт, аденофлегмона та ін.

Шигельоз (дизентерія)(*Dysentaria*) (A03)

За збудником: *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii*, *S. sonnei*.

Клінічні форми: колітна, гастроентероколитна, гастроентеритна.

Перебіг: гострий, затяжний, рецидив, загострення.

Ступінь тяжкості: легкий, середньої тяжкості, тяжкий.

Ступінь зневоднення: без зневоднення, зі зневодненням I, II, III, IV ступеня.

За пошкодженням слизової оболонки дистального відділу товстої кишки: катаральний, геморагічний, ерозивний, виразковий проктосигмоїдит.

Ускладнення: інфекційно-токсичний чи змішаний шок, перфорація кишки, пневмонія, поліартрит, поліневрит та інш.

Бактеріоносійство (субклінічна форма): гостре, хронічне.

Характеристика дієтичного харчування та лікувальних дієт по М.І. Певзнеру

Система дієтичного харчування - це сукупність лікувальних дієт, які охоплюють всі захворювання, при яких необхідне дієтичне харчування. Всі дієти пронумеровані по номенклатурі, яка запропонована М.І.Певзнером, від N1 до N15 (звідси і назва - номерні дієти), деякі з них включають різновиди, які позначаються буквами а, б, в.

Кожен з лікувальних столів регламентує харчування при певних захворюваннях, має свої показання до застосування і цільове (лікувальне) призначення. Кожною дієтою визначаються заборонені продукти і блюда, особливості кулінарної обробки і режиму харчування, що рекомендуються.

При призначенні лікувального харчування в обов'язковому порядку враховуються особливості перебігу захворювання у конкретного пацієнта, наявність супутніх захворювань і загальний стан здоров'я. Пацієнту, який страждає декількома захворюваннями, лікувальне харчування призначається з врахуванням вимог і обмежень всіх дієт, відповідних його хворобам. Наприклад, при загостренні виразкової хвороби у людини, яка страждає цукровим діабетом, призначається дієта N1а, але при цьому з раціону виключаються всі продукти, які протипоказані при діабеті згідно із столом N9.

Перелік лікувальних дієт /столів/ по Певзнеру.

Дієта	Показання
<u>Стол №1</u>	Призначається при затуханні загострення виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки; після загострення хронічного гастриту з нормальною або підвищеною кислотністю впродовж 6 – 12 місяців;

	гострому гастриті у періоді одужання.
<u>Стол №1а</u>	Призначається при загостренні виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки в перші 6-8 днів лікування; загостренні хронічного гастриту в перші дні лікування; гострому гастриті на 2-4-й день лікування, опіку стравоходу.
<u>Стол №1б</u>	Призначається при виразковій хворобі шлунку і дванадцятипалої кишки, затуханні загострення гострого та хронічного гастриту після дієти № 1а.
<u>Стол №2</u>	Призначається при хронічному гастриті з секреторною недостатністю при нерізкому загостренні та у стадії одужання після загострення; гострих гастритах, ентеритах, коліті у періоді одужання, як перехід до раціонального харчування; хронічних ентеритах і коліті після і поза загостренням без супутніх захворювань печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози або гастритах із збереженою або підвищеною секрецією. Період одужання після гострих інфекцій і операцій.
<u>Стол №3</u>	Хронічні захворювання кишечника із запорами при нерізкому або затухаючому загостренні і поза загостренням.
<u>Стол №4</u>	Призначається при гострих захворюваннях та загостреннях хронічних захворювань кишечника з сильними проносами.
<u>Стол №4а</u>	Призначається при колітах з переважанням процесів бродіння

Стол №4б	Призначається при гострих захворюваннях кишечника у періоді поліпшення; хронічних захворюваннях кишечника після загострення, а також при поєднанні з ураженням інших органів травлення.
Стол №4в	Призначається при гострих захворюваннях кишечника у періоді одужання як перехід до раціонального харчування; хронічних захворюваннях кишечника в період згасання загострення, а також поза загостренням при супутніх ураженнях інших органів травлення.
Стол №5	Призначається при гострих гепатитах і холециститах у стадії одужання; хронічному гепатиті поза загостренням; цирозі печінки без її недостатності; хронічному холециститі й жовчнокам'яній хворобі поза загостренням (у всіх випадках - без виражених захворюваннях шлунку і кишечника).
Стол № 5а	Призначається при гострому гепатиті та холециститі, загостренні хронічного гепатиту, холециститу і жовчнокам'яної хвороби, цирозі печінки у стадії компенсації, а також інших захворюваннях відповідно до цільового призначення дієти.
стол №5П	Призначається при хронічному панкреатиті в період одужання, після загострення і поза загостренням.
Стол №6	Призначається при подагрі та сечокам'яній хворобі з утворенням каменів з солей сечової кислоти (уратурія).
Стол №7	Призначається при гострому нефриті в період

	одужання (з 3-4-го тижня лікування), хронічному нефриті поза загостренням і недостатності нирок.
Стол №7а	Призначається при гострому та хронічному гломерулонефриті з явищами ниркової недостатності.
Стол №7б	Призначається при гострому гломерулонефриті з явищами ниркової недостатності після дієти № 7а, хронічному нефриті з помірно вираженою недостатністю нирок.
Стол №7в	Призначається при нефротичному синдромі, при хронічних захворювання нирок та інших захворюваннях.
Стол №8	Призначається при ожирінні
Стол №9	Призначається при: 1) цукровому діабеті легкого і середнього ступеня тяжкості; хворим з нормальною або злегка надлишковою масою тіла не одержуючим інсулін або одержуючим його в невеликих дозах (20-30 ОД); 2) для встановлення витривалості до вуглеводів і підбору доз інсуліну або інших препаратів.
Стол №10	Призначається при захворюваннях серцево-судинної системи у стадії компенсації або при не різко вираженій недостатності кровообігу (I-II А ступеню).
Стол №10а	Призначається при захворюваннях серцево-судинної системи з різко вираженою недостатністю кровообігу (II Б - III ступеню).
Стол №10и	Призначається при інфаркті міокарду.
Стол №10с	Призначається при атеросклерозі з ураженням судин серця, головного мозку або інших органів, ішемічній

	хворобі серця, яка обумовлена атеросклерозом, гіпертонічною хворобою на тлі атеросклерозу.
Стол №11	Призначається при туберкульозі легень, кісток, лімфатичних вузлів, суглобів при нерізкому загостренні або його згасанні, при зниженій масі тіла (виснаження після інфекційних хвороб, операцій, травм), у всіх випадках при відсутності ураження органів травлення.
Стол №12	Призначається при функціональних захворюваннях нервової системи.
Стол №13	Призначається при гострих інфекційних захворюваннях.
Стол №14	Призначається при сечокам'яній хворобі з лужною реакцією сечі та випаданні осаду фосфорно-кальцієвих солей (при фосфатурії).
Стол №15	Призначається при різних захворюваннях, які не вимагають спеціальних лікувальних дієт і без порушень стану травної системи. Ця дієта - перехід до звичайного харчування у періоді одужання та після використання лікувальних дієт.

ТЕСТИ

1. Хвора Н., у лютому захворіла гостро з підвищенням температури до 39,4°C, головного болю в області лоба та скронь, болю в очних яблуках, ломоти в усьому тілі, закладеності носа, сухого кашлю. Який ваш попередній діагноз?

A. аденовірусна інфекція,

B. парагрип,

C. грип,

D. РС-інфекція,

E. орнітоз.

2. Хворий напередодні відчув легке погіршення здоров'я, незначний головний біль, слабкість. Сьогодні температура підвищилася до 38,5°C з ознобом, значним головним болем, переважно в лобній області, вираженим болем при рухах очних яблук. Шкіра обличчя і кон'юнктива гіперемовані. Виник сухий надсадний кашель. Слизова оболонка ротоглотки гіперемована, на м'якому небі відзначається зерниста енантема, місцями точкові крововиливи. Над легеньми дихання з жорстким відтінком. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. лихоманка Ку,

B. висипний тиф,

C. дифтерія,

D. грип,

E. ентеровірусна інфекція.

3. Хвора 20-ти років, скаржиться на підвищену температуру тіла до 39°C, головний біль в лобній ділянці, біль в очних яблуках, світлобоязнь, біль у м'язах, сухий кашель. Захворіла гостро. Об'єктивно: стан важкий. Обличчя гіперемоване, очі блискучі, ін'єкція судин склер. Пульс - 96 уд./хв., ритмічний, тони серця ослаблені. У легнях розсіяні сухі хрипи, слизова оболонка ротоглотки гіперемована, зерниста, судини розширені.

Менінгеальних симптомів немає. Аналіз крові: лейкоцити - 3×10^9 /л, е-1 %, п - 6%, с -51%, л-35%, м-7%. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. кір,
- B. грип,
- C. менінгококова інфекція,
- D. пневмонія,
- E. висипний тиф.

4. Хвора 17 років, учениця 11 класу, де були відмічені випадки ГРЗ, звернулася в поліклініку на 2 день хвороби зі скаргами на озноб, загальну слабкість, помірний біль у горлі, нежить, набряк обличчя, слезотечу. Об'єктивно: незначна гіперемія піднебінних дужок та мигдалин на тлі помірного набряку тканин. Кон'юнктивіт. Пальпуються м'які, безболісні підщелепні, шийні та пахвові лімфатичні вузли. Хрипи не вислуховуються. Печінка та селезінка помірно збільшені. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. грип,
- B. дифтерія,
- C. менінгококовий назофарингіт,
- D. аденовірусна інфекція,
- E. інфекційний мононуклеоз.

5. На 2-й день хвороби з раптовим початком, хворий 20 років скаржить на сильний головний біль, біль в скронях і області орбіт, ломоту в тілі, сухий хворобливий кашель. Температура тіла - 39°C . Хворий адинамічний, слизова оболонка ротоглотки "палаюча", в легенях хрипи не вислуховуються. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- A. пневмонія,
- B. парагрип,
- C. респіраторний мікоплазмоз,
- D. грип,
- E. менінгококова інфекція.

6. У хворого 25-ти років температура тіла 38,0°C, біль в горлі. Мигдалики набрякли, помірно гіперемовані, покриті щільною сірою плівкою, яка поширена на дужки, язичок. Знімається плівка важко. Після зняття поверхня кровоточить. Достовірний діагноз:

- A. скарлатина,
- B. лакунарна ангіна,
- C. паратонзиллярний абсцес,
- D. дифтерія,
- E. інфекційний мононуклеоз.

7. Хворий 22 років, захворів гостро, температура тіла - 38 °C, з'явився незначний біль в горлі при ковтанні, гугнявий голос. Об'єктивно: на лівій мигдалині та на дужці є плівковий наліт. Поставлений діагноз: ангіна лакунарна. Призначене лікування: пеніцилін і полоскання. На другий день плівки поширилися на м'яке піднебіння та язичок. На шиї з'явився набряк до ключиці, голос гугнявий. Тони серця приглушені, пульс - 110 уд/хв., АТ 95/65 мм рт. ст. Яка лікувальна тактика в даному випадку:

- A. аутогемотерапія,
- B. дифтерійний анатоксин,
- C. еритроміцин,
- D. антитоксична протидифтерійна сироватка і еритроміцин,
- E. розкриття та дренивання паратонзиллярної клітковини.

8. До лікаря звернулася хвора із скаргами на підвищення температури тіла до 37,8 °C, помірні болі в горлі впродовж 3-х днів. Об'єктивно: підщелепні лімфовузли збільшені. Мигдалини гіпертрофовані, покриті сірим гладким нальотом, що поширюється на язичок, передні піднебінні дужки. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. виразково-некротична ангіна Симоновського-Венсана,
- B. інфекційний мононуклеоз,
- C. дифтерія ротоглотки,
- D. агранулоцитарна ангіна,

Е. кандидоз ротоглотки.

9. Хворий напередодні відчув легке погіршення здоров'я, незначний головний біль, слабкість. Сьогодні температура тіла підвищилася до 38,5°C з ознобом, значним головним болем, переважно в лобній ділянці, вираженим болем при рухах очних яблук. Шкіра обличчя і кон'юнктива гіперемовані. Виник сухий надсадний кашель. Зів гіперемований, на м'якому піднебінні зерниста енантема, місцями точкові крововиливи. Над легенями дихання з жорстким відтінком. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. лихоманка Ку,

В. висипний тиф,

С. черевний тиф,

Д. грип,

Е. дифтерія.

10. Хвора 20 років, скаржиться на підвищену температуру тіла до 39°C, головний біль в лобній області, біль в очних яблуках, світлобоязнь, біль у м'язах, сухий кашель. Захворіла гостро напередодні. Об'єктивно: стан важкий. Обличчя гіперемовано, очі блискучі, ін'єкція склер. Пульс – 96 уд./хв., ритмічний, тони серця ослаблені. У легенях розсіяні сухі хрипи, слизова оболонка ротоглотки гіперемована, зерниста, судини розширені. Менінгеальних симптомів немає. Аналіз крові : лейкоцити - $3 \times 10^9/\text{л}$, ε – 1%, π – 6%, σ – 51%, λ – 35%, μ – 7%. Який найбільш вірогідний діагноз:

А. кір,

В. грип,

С. менінгококова інфекція,

Д. Пневмонія,

Е. висипний тиф.

11. Хворій 14 років пред'являє скарги на нежить зі слизовим виділеннями, набряк обличчя та повік, слъозотечу. Об'єктивно: склерит, кон'юнктивіт, незначна гіперемія піднебіння, гіпертрофія фолікулів задньої стінки глотки з

незначною гіперемією. На 3-й день хвороби на кон'юнктиві з'явилися щільні жовтувато-білі плівки. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. грип,
- B. аденовірусна хвороба,
- C. парагрип,
- D. риновірусна інфекція,
- E. інфекційний моноклеоз.

12. Хворий 17 лет, на другий день хвороби пред'являє скарги на закладеність носа, субфебрильну температура тіла, слизові виділення з носа, закладеність вух, головний біль, постійне пересихання слизової оболонки рота, глотки. Шкіра біля носових отворів мацерована. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. грип,
- B. аденовірусна інфекція,
- C. риновірусна інфекція,
- D. парагрип,
- E. лептоспіроз.

13. Хвора П., 42 років, на початку хвороби скаржилася на загальний дискомфорт, легкий озноб, закладеність носа, сухість та дертя у горлі. Через 4 години: лихоманка 39 °С, головний біль, яскрава гіперемія, точкові крововиливи слизової оболонки м'якого піднебіння, задньої стінки глотки. На 3 день хвороби температура знизилася, стан покращився, слабкість зменшилася. Діагноз?

- A. неускладнений грип,
- B. аденовірусна інфекція,
- C. менінгококцемія,
- D. кір,
- E. вітряна віспа.

14. У хворого, 72 років, з ГРВІ на 5 день хвороби температура тіла нормалізувалася, гавкаючий кашель змінився на вологий. Задишка спостерігається при фізичній напрузі. Під час глибокого вдиху відчувається

поколювання під лопатками, відзначаються сухі та вологі дрібнопухирькові хрипи, незначне вкорочення перкуторного звуку. Рентгенологічно: дрібновогнищева бронхопневмонія. Діагноз?

- A. аденовірусна інфекція,
- B. туберкульоз легень,
- C. псевдотуберкульоз,
- D. грип, ускладнений пневмонією,
- E. орнітоз.

15. Яке ускладнення найчастіше зустрічається при парагрипі?

- A. ларингоспазм,
- B. отит,
- C. пневмонія,
- D. назофарингіт,
- E. ангіна.

16. Яке ускладнення найчастіше зустрічається при аденовірусної інфекції?

- A. ангіни та пневмонії,
- B. отит,
- C. пневмонія,
- D. назофарингіт,
- E. кон'юнктивіт.

17. Хворий працює хутровиком на шкіряному заводі. Захворів гостро, з'явився озноб, головний біль, слезотеча, біль в грудях, кашель. Через декілька днів почала виділятися велика кількість пінистої мокроти. Стан важкий. Температура тіла в межах 40-41°C. Хворий загальмований, виражений ціаноз і задишка. Пульс – 140 уд/хв. ЧДР - 52 в хв. В крові гіперлейкоцитоз. Діагноз?

- A. правець,
- B. бруцельоз,
- C. туляремія,
- D. грип,

Е. сибірка.

18. Хворій 18 років. Скарги на субфебрильну температуру тіла, нежить з незначним серозним виділенням, сухий "гавкаючий" кашель, незначний біль в горлі. Під час огляду - незначна гіперемія м'якого піднебіння, задньої стінки глотки. Діагноз?

А. парагрип,

В. аденовірусна інфекція,

С. інфекційний моноклеоз,

Д. грип,

Е. оперізуючий герпес.

19. Хвора Н, пташник. Захворіла гостро: підвищення температури тіла до 39,4 °С, головний біль в області лоба і скронь, біль в очних яблуках, ломота в усьому тілі, закладеність носа, сухий кашель. Попередній діагноз?

А. аденовірусна інфекція,

В. парагрип,

С. грип,

Д. РС-інфекція,

Е. Орнітоз.

20. Вхідними воротами інфекції при аденовірусній інфекції є.

А. шкірні покриви,

В. слизова оболонка верхніх дихальних шляхів,

С. слизова оболонка ротової порожнини,

Д. слизова оболонка товстої кишки,

Е. слизова оболонка тонкої кишки.

21. Збудник дифтерії відноситься до:

А. корінобактеріям,

В. коронавірусам,

С. ентеровірусам,

Д. ентеробактеріям,

Е. стрептококам групи В.

22. Вхідними воротами інфекції при дифтерії можуть бути:
- A. слизова оболонка ротоглотки,
 - B. слизова оболонка кон'юктив,
 - C. раньова поверхня,
 - D. шкірні покриви,
 - E. все перелічене вище.
23. Дифтерійний токсин здатний викликати:
- A. тромбоцитопенію,
 - B. пригнічувати синтез печінкових факторів згортання крові,
 - C. активувати систему фібринолізу,
 - D. знижувати гемостатичні властивості судинної стінки,
 - E. все перелічене вище.
24. Для дифтерії рани характерним є:
- A. тривале незагоєння рани,
 - B. гіперемія країв пошкоджених тканин,
 - C. брудно-сірий наліт на рані,
 - D. все перелічене вище,
 - E. щільна інфільтрація навколо рани.
25. Дифтерійний екзотоксин складається з наступних фракцій:
- A. гіалуронідаза,
 - B. некротоксин,
 - C. істинний дифтерійний токсин частина А,
 - D. істинний дифтерійний токсин частина В,
 - E. усе перелічене вище.
26. Щеплення дифтерійним анатоксином проводять в наступні терміни:
- A. 3 місяці,
 - B. 1,5 року (триразово з інтервалом 30 -40 днів),
 - C. 6 років,
 - D. 11 і 16 років,
 - E. все перелічене вище.

27. Первинна вірусемія при кліщовому енцефаліті відповідає:
- A. розпалу захворювання,
 - B. початку клінічних прояви захворювання,
 - C. інкубаційному періоду,
 - D. одужанню,
 - E. носійству.
28. Вторинна вірусемія при кліщовому енцефаліті співпадає з:
- A. формуванням носійства,
 - B. розпалом захворювання,
 - C. одужанням,
 - D. з початком клінічних проявів захворювання,
 - E. хронізацією захворювання.
29. Імунітет при кліщовому енцефаліті:
- A. короткочасний, загальний,
 - B. не формується,
 - C. короткочасний, типоспецифічний,
 - D. тривалий, стійкий, загальний,
 - E. довічний, стійкий, типоспецифічний.
30. Чим обумовлена можливість подолання гематоенцефалічного бар'єру:
- A. професією хворого,
 - B. віком і статтю хворого,
 - C. дозою збудника, станом реактивності та генетичними особливостями організму хворого,
 - D. агресивністю збудника,
 - E. наявністю супутньої патології у хворого.
31. Про несприятливий перебіг вірусного енцефаліту свідчить:
- A. відсутність змін в лейкограмі;
 - B. зниження змісту палочкоядерних нейтрофілів, лімфоцитоз, еозинофілія,
 - C. збільшення змісту сегментоядерних нейтрофілів, лімфоцитоз, прискорена ШОЕ,

D. збільшення змісту палочкоядерних нейтрофілів з появою юних форм, анеозинофілія;

E. лейкопенія, лімфоцитоз, атипові мононуклеари.

32. Діагностичною ознакою при кліщовому енцефаліті є:

A. зростання титру антитіл в 2 рази,

B. відсутність зростання титру антитіл в динаміці,

C. зростання титру антитіл в динаміці в 4 рази,

D. одноразове дослідження титру антитіл на початку захворювання,

E. одноразове дослідження титру антитіл у кінці захворювання.

33. Про важкий перебіг вірусного енцефаліту в розпал захворювання свідчить:

A. інфаркт міокарду,

B. тахікардія,

C. екстрасистолія,

D. брадикардія,

E. гіпертермія.

34. Тривалість менінгеального синдрому при кліщовому енцефаліті зберігається:

A. до повної санації ліквору,

B. до 2-х тижнів,

C. до 1-го місяця,

D. увесь гарячковий період,

E. 2-4 тижні.

35. Найбільш типовою формою для кліщового енцефаліту є:

A. поліомієлітоподібна,

B. двохвильова,

C. менінгеальна,

D. гарячкова,

E. полірадікулоневротична.

36. Ураження яких груп м'язів є найбільш небезпечним при поліомієлітоподібній формі кліщового енцефаліту:

- A. міжреберних і діафрагмальних,
- B. сідничих, м'язів нижніх кінцівок,
- C. потиличних,
- D. передньої черевної стінки,
- E. верхнього плечового поясу.

37. У які терміни захворювання з'являються клінічні прояви полірадікулоневротичної форми кліщового енцефаліту:

- A. в період одужання,
- B. на початку 1-го тижня захворювання,
- C. в період розпалу захворювання,
- D. на 1-2 тижні захворювання,
- E. після нормалізації температури.

38. Пошкоджуючий механізм при кліщовому енцефаліті реалізується:

- A. безпосередньою дією вірусу, аутоімунним характером уражень,
- B. безпосередньою дією вірусу, гіпоксією, порушенням мікроциркуляції,
- C. реакцією ГЧЗТ, порушенням мікроциркуляції,
- D. безпосередньою дією вірусу, реакцією ГЧНТ,
- E. внаслідок інтоксикації, порушення мікроциркуляції, лімфостазу, набряку головного мозку.

39. Септичні форми токсоплазмоза розвиваються

- A. у осіб молодого віку,
- B. у людей похилого віку,
- C. у новонароджених і дітей дошкільного віку,
- D. вагітних,
- E. при імунодефіциті.

40. У лікарню потрапив міський житель, який 12 днів тому повернувся з тайги. Хвороба почалася гостро, з ознобу, підвищення температури до 38-39°C. Відмічає слабкість, різкий головний біль, нудоту, блювоту, біль в

усього тілі, порушення сну. Об'єктивно: гіперемія шкіри обличчя, шиї, грудної клітки. Менінгеальні знаки позитивні. Який найбільш достовірний діагноз?

- A. кліщовий енцефаліт,
- B. грип,
- C. Омська геморагічна лихоманка,
- D. псевдотуберкульоз,
- E. висипний тиф.

41. У лікарню потрапив міський житель. Хвороба почалася гостро, з ознобу, підвищення температури тіла до 38-39°C. Скаржиться на млявість, різкий головний біль, нудоту, блювоту, біль в усьому тілі, порушення сну. Об'єктивно: гіперемія шкіри обличчя, шиї, грудної клітки. Менінгеальні знаки позитивні. Який діагноз?

- A. кір,
- B. кліщовий енцефаліт,
- C. Омська геморагічна лихоманка,
- D. псевдотуберкульоз,
- E. висипний тиф.

42. Хворий 7 років хворіє 4 дні. Скарги на різкий біль в м'язах ніг, спини, шиї, через декілька годин з'явилися в'ялі парези і паралічі м'язів ніг, більше проксимальної частини. М'язи атонічні, сухожильна арефлексія. Діагноз?

- A. енцефаліт,
- B. Японський енцефаліт,
- C. менінгіт,
- D. поліомієліт,
- E. кліщовий енцефаліт.

43. У хворого 45 років, що 2 тижні тому повернулося з відрядження в Узбекистан, з'явилися скарги на сильний головний біль, ломоту в кінцівках і попереку, рідке випорожнення і 3-х кратну блювоту, болі в животі без певної локалізації. З анамнезу відомо, що 12 днів тому його укусив кліщ, після чого

виникла гіперемія, що трансформувалася у вузлик розміром 3 мм. Об'єктивно: обличчя яскраво гіперемоване, субіктеричність склер, печінка і селезінка збільшені, брадикардія, тони серця приглушені. У аналізі крові лейкоцити - 10,2-109/л, э-1%, л-40%, гіпохромна анемія. Діагноз?

- A. ендемічний поворотний тиф,
- B. герпес,
- C. сказ,
- D. кліщовий енцефаліт,
- E. правець.

44. У лікарню потрапив М., 37 років, який 14 днів тому був в тайзі. Хвороба почалася гостро, з ознобу, підвищення температури до 38-39°C. Відмічає слабкість, різкий головний біль, нудоту, блювоту, біль в усьому тілі, порушення сну. Об'єктивно: гіперемія шкіри обличчя, шиї, грудної клітки. Менінгеальні знаки позитивні. Який найбільш достовірний діагноз?

- A. кліщовий енцефаліт,
- B. грип,
- C. Омська геморагічна лихоманка,
- D. псевдотуберкульоз,
- E. висипний тиф.

45. Який енцефаліт характерний для України ?

- A. кліщовий,
- B. японський (комариний),
- C. долини Муррея,
- D. Каліфорнійський,
- E. Венесуельський.

46. Додатковим і основним джерелом вірусного енцефаліту викликаного центральноєвропейським підтипом вірусу можуть бути?

- A. домашні тварини,
- B. мешканці морів, океанів,
- C. мешканці річок,

D. земноводні,

E. плазуни.

47. Яка форма вірусного енцефаліту розвивається при укусах самцями іксодових кліщів?

A. інапарантна,

B. гостра,

C. хронічна,

D. рецидивуюча,

E. затяжна.

48. При первинному попаданні збудника в організм людини інфекція в 95 % протікає у виді?

A. інапарантної форми,

B. гарячкової форми,

C. менінгеальної і менінгоенцефалітичної форми,

D. полірадікулоневритичної форми,

E. поліомієлітичної форми.

49. При якій формі кліщового енцефаліту вірус зазвичай не проникає через гематоенцефалічний бар'єр?

A. гарячкової,

B. менінгеальній,

C. менінгоенцефалітичній,

D. полірадікулоневритичній,

E. поліомієлітичній.

50. Коли вірус кліщового енцефаліту зникає з крові, СМР, речовини головного мозку?

A. до 7-10 дня захворювання,

B. до 3-го тижня захворювання,

C. до одужання,

D. після санації ліквору,

E. зберігається довічно.

51. Які зміни в лейкограмі свідчать про несприятливий перебіг вірусного енцефаліту?

A. збільшення вмісту палочкоядерних нейтрофілів з появою юних форм, анеозинофілія,

B. зниження вмісту палочкоядерних нейтрофілів, лімфоцитоз, еозинофілія,

C. збільшення вмісту сегментоядерних нейтрофілів, лімфоцитоз, підвищена ШОЕ,

D. незмінена лейкограма,

E. лейкопенія, лімфоцитоз, атипові мононуклеари.

52. Проникнення вірусу в кров при аліментарному зараженні відбувається?

A. через слизові оболонки шлунку і тонкої кишки,

B. через слизові оболонки товстої і прямої кишки,

C. периневрально,

D. лімфогенно,

E. гематогенно.

53. Терапія хворих кліщовим енцефалітом в гострий період представлена усім нижче перерахованим, окрім ?

A. антибіотиками,

B. серотерапією,

C. дезінтоксикаційною терапією,

D. регідративною терапією,

E. лейкоцитарним донорським інтерфероном.

54. Виписка хворих кліщовим енцефалітом з ураженням нервової системи проводиться?

A. через 2-3 тижні після нормалізації температури, зникнення неврологічної симптоматики,

B. на 2-3 день після нормалізації температури тіла,

C. після отримання негативних вірусологічних досліджень,

D. зникнення симптомів ураження нервової системи,

E. після санації ліквору.

55. Загальна профілактика кліщового енцефаліту включає усе перераховане, окрім?

- A. ізоляції хворих,
- B. термічна обробка молочних продуктів,
- C. знищення кліщів,
- D. застосування захисного одягу,
- E. застосування репелентів.

56. Екстрену профілактику кліщового енцефаліту проводять?

- A. специфічним донорським імуноглобуліном,
- B. антибіотиками,
- C. ретровіром,
- D. лейкоцитарним інтерфероном,
- E. вітамінами.

57. У хворого 20-ти років температура $39,5^{\circ}\text{C}$, головний біль, блювота. Позитивні менінгеальні знаки. Ліквор: цитоз - 7000 клітин (97 % нейтрофілів). Вкажіть достовірний діагноз:

- A. туберкульозний менінгіт,
- B. вірусний менінгіт,
- C. гнійний менінгіт,
- D. пухлина мозку,
- E. менінгізм.

58. Робітник, 22 років, захворів гостро: температура - 39°C , сильний головний біль, багаторазова блювота. Об'єктивно: стан важкий, психомоторне збудження, стогне від сильного головного болю, ригідність м'язів шиї. Виявлені різко позитивні симптоми Брудзинського і Керніга, загальна гіперестезія. Що треба зробити для уточнення діагнозу в першу чергу?

- A. загальний аналіз крові і забір крові на стерильність,
- B. загальний аналіз ліквору і дослідження ліквору на мікрофлору,
- C. комп'ютерну томографію головного мозку,

- D. рентгенографію черепа в двох проекціях,
- E. ехоенцефалографію.

59. Хворий Г., 17 років, захворів гостро: підвищилася температура до 40°C, кричить від різкого головного болю, рухове збудження, часта блювота. Тремор пальців кінцівок. З'явилися геморагічні висипання неправильної форми різних розмірів, частіше у вигляді зірок, переважно на сідницях, стегнах, гомілках, на тулубі. Менінгеальні знаки позитивні. Який найбільш достовірний діагноз в хворого?

- A. кір,
- B. грип з геморагічним синдромом,
- C. енцефаліт,
- D. менінгококова інфекція,
- E. лептоспіроз.

60. З діагнозом "менінгіт" в лікарню доставлений хворий Г., 20 років, в сопорозному стані. Турбує головний біль, постійна блювота, яка не дає полегшення. Осередкових симптомів не має, менінгеальні знаки позитивні, температура 39 °C. На шкірі є висип, розташований на животі, стегнах, сідницях. Який висип зустрічається при цьому захворюванні?

- A. макульозний,
- B. геморагічний з некрозом в центрі,
- C. розеолезний,
- D. везикульозний,
- E. папульозний з тенденцією до злиття.

61. В осередку менінгококової інфекції у контактного хворого, 25 років, з'явилися головний біль, дертя у горлі, сухий кашель, закладеність носа і слизові виділення. T-37,4°C. яскрава гіперемія і набряк задньої стінки глотки, що супроводжується гіперплазією лімфоїдних фолікулів. Запальні зміни в носоглотці відзначалися упродовж 6 днів. Діагноз?

- A. менінгококовий назофарингіт,
- B. дифтерія,

С. ангіна Дюге,

Д. грип,

Е. аденовірусна інфекція.

62. Юнак 18 років захворів гостро. Температура тіла – 41°C, озноб, головний біль, загальна слабкість, ціаноз шкіри обличчя, кінцівок. На шкірі через 10 годин - геморагічний висип неправильної форми, щільний на дотик, з чіткими контурами, зірчастий на сідницях, задній поверхні стегон, віках, фалангах кистей рук. Діагноз?

А. висипний тиф,

В. менінгококовий менінгіт,

С. кір,

Д. менінгококцемія,

Е. черевний тиф.

63. У хворого К., 25 років відзначається лихоманка, Т 40°C з'явилася несподівано з ознобом за декілька годин, турбує головний біль, сильний, розпираючого характеру, що посилюється при зміні положення тіла, при яскравому світлі, різких звуках. Блювота, що виникає несподівано без нудоти, фонтаном, не дає полегшення. При бактеріології ліквору виділена *Neisseria meningitidis*. Діагноз?

А. менінгококовий менінгіт,

В. туберкульозний менінгіт,

С. менінгококцемія,

Д. ішемічний інсульт,

Е. вірусний енцефаліт.

64. Хвора Г., 22 років захворіла гостро з підвищення температури тіла до 41°C, турбує головний біль, загальна слабкість. Відзначається ціаноз шкіри обличчя, кінцівок. На шкірі спини, задній поверхні стегон через 18 годин з'явився зірчастий геморагічний висип неправильної форми, з чіткими контурами, з некрозом в центрі. Встановіть діагноз.

А. висипний тиф,

- В. менінгококцемія,
- С. кір,
- Д. менінгококовий менінгіт,
- Е. черевний тиф.

65. У хворої 60 років, температура тіла 38,5°C, головний біль, блювота. Позитивні менінгеальні знаки. Ліквор: цитоз – 7000 клітин (78 % лімфоцитів). Вірогідний діагноз:

- А. пухлина мозку,
- В. гнійний менінгіт,
- С. туберкульозний менінгіт,
- Д. вірусний менінгіт,
- Е. менінгізм.

66. Стан хворого важкий. Температура тіла 35,8 °С, свідомість порушена. Менінгеальні знаки позитивні. На шкірі багато геморагічних елементів. Пульс – 132 уд/хв. ЧД - 28/хв., АТ – 60/40 мм рт. ст. Хворіє 3-й день. Гостро підвищилася температура до 40°C . На кінцівках з'явилися геморагічний висип. Потім приєднався сильний головний біль, блювота, знизилися температура і АТ. Визначите основне ускладнення хвороби.

- А. геморагічний інсульт,
- В. гостра серцева недостатність,
- С. дихальна недостатність,
- Д. церебральна недостатність,
- Е. інфекційно-токсичний шок.

67. Хвора 16 років, поступила в стаціонар на 6-й день хвороби. Захворювання почалося з появи нежиті і кашлю. Температура тіла 37,7°C. На 5-й день хвороби несподівано підвищилася температура до 40°C . Стан погіршився: з'явилися млявість, різкий головний біль, часта блювота, не пов'язана з їжею. Загальний стан дуже важкий, свідомість затьмарена, зіниці розширені, реакція на світло відсутня. Позитивні менінгеальні симптоми. Загальна

гіперестезія, тони серця глухі, тахікардія, АТ - 100/50 мм рт. ст. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. ентеровірусне захворювання,
- B. аденовірусна інфекція,
- C. інфекційний мононуклеоз,
- D. менінгококовий менінгіт,
- E. орнітоз.

68. Хвора 24 років, скаржиться на підвищену температуру до 39°C, головний біль в лобній ділянці, біль в очних яблуках, світлобоязнь, біль у м'язах, сухий кашель. Захворіла гостро напередодні було переохолодження. Об'єктивно: стан важкий. Обличчя гіперемоване, очі блискучі, ін'єкція склер. Пульс - 96/хв., ритмічний. Тони серця приглушені. У легенях розсіяні сухі хрипи. Слизова оболонка ротоглотки гіперемована, зерниста, судини розширені. Менінгеальних симптомів немає. Аналіз крові: лейкоцити - 3×10^9 /л, ε -1 %, п-3%, с-51%, л-39%, м-6% Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. парагрип,
- B. грип,
- C. менінгококова інфекція,
- D. пневмонія,
- E. висипний тиф.

69. Хворий захворів дуже гостро: озноб, підвищення температури до 40,1 °С, інтенсивний головний біль в лобно-скроневих областях, біль в очних яблуках, закладеність носа, сухий кашель, біль за грудиною. Через 4 години приєдналися носова кровотеча, нудота, двократна блювота. Об'єктивно: склерит, кон'юнктивіт, гіперемія, набряк, точкові крововиливи в слизову оболонку ротоглотки, тахікардія, гіпотонія. Жорстке дихання в легенях. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. грип,
- B. висипний тиф,
- C. лептоспіроз,

- D. менінгококцемія,
- E. ентеровірусна інфекція.

70. У хворого 17 років захворювання виникло дуже гостро і розвивалося бурхливо: озноб, підвищення температури до 40,0 °С, інтенсивний розлитий головний біль, блювота, поступово настала втрата свідомості. Об'єктивно: менінгеальні знаки позитивні. Ліквор каламутний. Цитоз – 4600 кл./мкл, білок - 1680 мг/л, цукор - 2,5 ммоль/л, хлориди - 100 ммоль/л, нейтрофіли - 98 %, лімфоцити - 2 %. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. паротитний менінгіт,
- B. туберкульозний менінгіт,
- C. лімфоцитарний хориоменінгіт,
- D. ентеровірусний менінгіт,
- E. менінгококовий менінгіт.

71. Хворий 27 років упродовж останніх 3-х днів скаржився на нежить і невеликий біль в горлі. Після переохолодження стан різко погіршився: раптовий озноб, підвищення температури до 40°С, головний біль. На шкірі нижніх кінцівок, тулуба і сідниць відзначаються різної величини і неправильної форми геморагічні висипання з ціанотичним відтінком. Свідомість збережена. Менінгеальні знаки відсутні. Попередній діагноз?

- A. лептоспіроз,
- B. грип,
- C. висипний тиф,
- D. геморагічна лихоманка,
- E. менінгококова інфекція, менінгококемія.

72. Хворий 27 років, доставлений бригадою швидкої допомоги в інфекційну лікарню на 2 день хвороби із скаргами на сильний головний біль, багаторазову блювоту. Об'єктивно: температура 37 °С, пульс 120 уд/хв., АТ 80/50 мм рт. ст. Стан важкий. У свідомості. Адинамічний. У ліжку займає вимушене положення із закиненою головою. На шкірі нижніх кінцівок, сідницях, тулубі множинні геморагічні висипання з некрозами в центрі.

Виражена ригідність м'язів потилиці, симптоми Керніга, Брудзинського позитивні. Чим обумовлено зниження артеріального тиску?

- A. набряком головного мозку,
- B. ДВС-синдром,
- C. гіперпродукцією імуноглобулінів,
- D. зневодненням,
- E. інфекційно-токсичним шоком.

73. Хвора 23 років несподівано відчула інтенсивний головний біль, нудоту, біль в шиї, попереку. Об'єктивно: на тілі геморагічний висип. Температура - 39,2 °С. Виражені менінгеальні симптоми, світлова, тактильна, слухова гіперестезія. Кров: лейкоцити - $25 \times 10^9/\text{л}$. Який метод обстеження найбільш показаний хворому?

- A. електроенцефалографія,
- B. комп'ютерна томографія,
- C. люмбальна пункція,
- D. транскраніальна доплерографія,
- E. ехоенцефалографія.

74. Хворий менінгококовим менінгітом отримує пеніцилін упродовж 7 днів. З 4-го дня температура тіла нормальна. Менінгеальні знаки відсутні. Коли можна відмінити антибіотик?

- A. при цитозі в лікворі 100 кл/мкл і менше, переважають нейтрофіли,
- B. при відсутності лейкоцитозу і палочкоядерного зрушення в крові,
- C. при цитозі в лікворі 100 кл/мкл і менше, переважають лімфоцити,
- D. при цитозі в лікворі 150 кл/мкл, переважають лімфоцити,
- E. відразу.

75. У хворого 18-ти років температура 39,5 °С, головний біль, блювота. Позитивні менінгеальні знаки. Ліквор: цитоз - 4200 кл/мкл (67 % нейтрофілів). Достовірний діагноз:

- A. гнійний менінгіт,
- B. серозний менінгіт,

- C. туберкульозний менінгіт,
- D. пухлина мозку,
- E. менінгізм.

76. Студент, 22 років, захворів гостро після переохолодження під час зимової сесії: температура - 39°C, сильний головний біль, багаторазова блювота. Об'єктивно: стан важкий, стогне від сильного головного болю, ригідність м'язів шиї. Різко позитивні симптоми Брудзинського і Керніга. Що треба зробити для уточнення діагнозу в першу чергу?

- A. загальний аналіз ліквору,
- B. загальний аналіз крові і забір крові на стерильність,
- C. комп'ютерну томографію головного мозку,
- D. рентгенографію черепа,
- E. електроенцефалографію.

77. Хвора, 82 років, захворіла гостро: з'явився головний біль, різка слабкість, температура - 39°C. З 4-го дня хвороби почала марити. На 5-й день з'явився висип. Обличчя гіперемоване, набрякле, склерит, кон'юнктивіт. Язик збільшений, висовується товчкоподібно. На шкірі тулуба і кінцівок рясний розеолезно-петехіальний висип. Пульс – 130 уд/хв. АТ - 110/70 мм рт. ст. Глухість тонів серця. Печінка збільшена на 2 см. В час Вітчизняний війни уся сім'я хворіла на висипний тиф. Яке захворювання можна запідозрити?

- A. сепсис,
- B. черевний тиф,
- C. менінгококова інфекція,
- D. хвороба Брилла,
- E. ерсиніоз.

78. Хворий 19 років, захворів гостро, коли підвищилася температура тіла до 39,2 °C, з'явилися покашлювання, закладеність носа, нежить, болі в м'язах, суглобах. На 3-й день хвороби приєднався дрібний зливний висип на тулубі, кінцівках, гіперемія і набряклість кистей і стоп. При обстеженні виявлено

генералі зовану лімфаденопатію, гіперемію і збільшення мигдалин, збільшення печінки й селезінки. Попередній діагноз:

- A. грип,
- B. псевдотуберкульоз,
- C. інфекційний мононуклеоз,
- D. ЕСНО-екзантема,
- E. висипний тиф.

79. Хворий 10 років. Захворювання почалося гостро з підвищення Т до 40°C. На 2 день хвороби була блювота. З діагнозом токсичний грип спрямований в лікарню. При огляді: шкірні покриви чисті, слизова оболонка м'якого піднебіння рожева. Визначаються позитивні менінгеальні симптоми. Цереброспінальна рідина прозора, безбарвна, витікає струменем, плеоцитоз 300 клітин в 1 мкл, нейтрофілів 10%. Через 2 дні поступив однокласник, у якого запідозрили епідемічну міалгію. Діагноз?

- A. гнійний менінгіт,
- B. серозний менінгіт,
- C. епідемічна міалгія,
- D. грип,
- E. енцефаліт.

80. Малярія відноситься до групи:

- A. вірусних інфекцій,
- B. бактерійних інфекцій,
- C. гельмінтозів,
- D. протозойних хвороб,
- E. міазам.

81. У хворого 20 років 7 липня - підйом температури тіла, озноб, слабкість, біль в голові і попереку, нудота, шкіра бліда, через 3 години - жар, потім піт. 8 і 9 липня - температура нормальна. 10 липня знову підвищення Т тіла. Діагноз?

- A. сепсис,

- В. лептоспіроз,
- С. малярія,
- Д. бруцельоз,
- Е. туляремія.

82. У хворого 30 років 17 липня - підйом температури тіла, озноб, слабкість, головний біль і біль в попереку, нудота, блювота, наполеглива діарея, шкіра бліда, гепатоспленомегалія. 18, 19 та 20 липня - температура нормальна. 21 липня знову підвищення Т тіла до 40°C. Діагноз?

- А. сепсис,
- В. триденна малярія,
- С. малярія *Ovale*,
- Д. тропічна малярія,
- Е. чотириденна малярія.

83. У хворого М., 47 років, який 8 місяців тому хворів на триденну малярію, підозрюють рецидив хвороби. Яке лікування необхідно призначити?

- А. сульфаніламідні препарати,
- В. хінін і пеніцилін,
- С. сульфаніламідни і тетрациклін,
- Д. делагіл і хіноцид,
- Е. тетрациклін, симптоматична терапія.

84. Хворий Д., 67 років, знаходиться в клініці з діагнозом "Епідемічний висипний тиф". У вогнищі проведені протиепідемічні заходи. Скільки днів необхідно спостерігати за вогнищем?

- А. 25 днів,
- В. 32 дні,
- С. 64 дні,
- Д. 71 день,
- Е. 76 днів.

85. Хворий М., 39 років, спрямований в клініку інфекційних хвороб з діагнозом сепсис (+). Захворювання почалося гостро з приголовшливого

ознобу, потім з'явилося почуття жару, підвищилася температура до 40,5°C, яка трималася 6 годин. Падіння температури до норми супроводжувалася вираженим потовиділенням. Такі напади повторювалися кожен третій день. Хворіє 12-й день. На губах герпетичний висип. Склери і шкірні покриви субіктеричні. Тони серця ослаблені. Пальпуються щільні, збільшені, хворобливі печінка й селезінка. Фізіологічні відправлення в нормі. Загальний аналіз крові: ер. $3,1 \cdot 10^{12}$ /л, гем.- 100 г/л, лейкоц. $3,1 \cdot 10^9$ /л, е.2%, п.5%, с.40%, л.41%, м.12%, ШОЕ - 21 мм/год. Діагноз?

- A. сепсис,
- B. висипний тиф,
- C. триденна малярія,
- D. грип,
- E. правець.

86. При дослідженні товстої краплі крові хворого В., 45 років, у якого запідозрена малярія, виявлені тіні еритроцитів і малярійний плазмодій у стадії кільця. Діагноз?

- A. висипний тиф,
- B. триденна малярія,
- C. сибірка,
- D. сепсис,
- E. лептоспіроз.

87. Хворій 28 років, безпритульник, поступив в інфекційний стаціонар на 2 день хвороби із скаргами на підвищену температуру до 41°C, приголомшливий озноб, сильний головний біль, болі в попереку, біль в області лівого підребер'я і носову кровотечу. У аналізах периферичної крові кількість еритроцитів, гемоглобіну, тромбоцитів знижені, ШОЕ 38 мм/год. У хворого виявлений педикульоз. Діагноз?

- A. ботулізм,
- B. лептоспіроз,
- C. висипний тиф,

D. сальмонельоз,

E. епідемічний поворотний тиф.

88. Хворий, 32 років, хворіє 4 день, пред'являє скарги на несподівано виниклий напад у вигляді приголовшливого ознобу, загальної слабкості, болі в суглобах, сильного головного болю, підвищення температури до 41°C, болі в попереку і лівому підребер'ї. При огляді язик густо обкладений, печінка і селезінка збільшені, тахікардія, тахіпное. У хворого виявлені лобкові та головні воші. Діагноз?

A. висипний тиф,

B. епідемічний поворотний тиф,

C. туляремія,

D. сап,

E. малярія.

89. У хворого Ш., 37 років, запідозрена малярія. Загальний стан важкий. Температура в межах 40-41°C. В мазці крові виявлені півмісячні мамонти, в еритроцитах по 2-3 малярійні плазмодії у стадії кільця. Діагноз?

A. бруцельоз,

B. триденна малярія,

C. туляремія,

D. сальмонельоз,

E. тропічна малярія.

90. В клініці інфекційних хвороб знаходиться хворий Б., 51 року, у якого напади лихоманки з приголовшливим ознобом і вираженим потовиділенням повторюються кожен четвертий день. Запідозрена малярія. У мазці крові виявлені шизонти у вигляді стрічки. Діагноз?

A. чотириденна малярія,

B. триденна малярія,

C. туляремія,

D. сальмонельоз,

E. тропічна малярія.

91. У хворого 48 років без постійного місця проживання, госпіталізованого з попереднім діагнозом "грип", на 5 день хвороби з'явився розеольозно-петехіальний висип на тулубі і внутрішніх поверхнях кінцівок. Температура 41°C, ейфорія, гіперемія обличчя, почервоніння склер, тремор язика, тахікардія, спленомегалія, збудження. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. черевний тиф,
- B. алкогольний делірій,
- C. лептоспіроз,
- D. малярія,
- E. висипний тиф.

92. Чоловік 42 років, захворів гостро. Поступив в лікарню на 6-й день хвороби з температурою 39,7°C із скаргами на сильний головний біль, шум у вухах, безсоння. Об'єктивно: збуджений та ейфорійний, балакливий. Обличчя почервоніло, очі блискучі, склери і кон'юктива з посиленням судинним малюнком. На внутрішніх поверхнях плечей і на бічних поверхнях грудної клітки розеольозно-петехіальний висип. У волоссі голови знайдені воші. Вкажіть достовірний діагноз.

- A. епідемічний висипний тиф,
- B. Ку-лихоманка,
- C. ендемічний (блошиний) висипний тиф,
- D. гострий сепсис,
- E. туляремія.

93. Хворий 45 років, захворів поступово з підвищення температури до 37,3°C, слабкості, головного болю, до кінця першого тижня температура 39,9°C, став в'ялим, адинамічним. Шкіра бліда, дихання везикулярне, одиничні сухі хрипи. Пульс – 54 уд/хв., АТ - 100/60 мм рт. ст. Язик сухий, обкладений в центрі коричневим нальотом. Живіт вдутий, безболісний, печінка і селезінка збільшені. Випорожнення затримані на 2 дні. Вірогідний діагноз:

- A. черевний тиф,

- В. висипний тиф,
- С. сепсис,
- Д. ерсиніоз,
- Е. хвороба Брила.

94. У хворого 47 років без певного місця проживання упродовж 7 днів температура 38,5-39,5°C. Балакучий, ейфорія, скарги на сильний головний біль. Обличчя гіперемоване, одутле. Виражена ін'єкція судин склер, не може висунути язик далі за передні нижні зуби. На шкірі тулуба рясний розеолезно-петехіальний висип. У крові: лейкоц. $14 \times 10^9/\text{л}$; п-15%; с-15%; л-18%; м-15%; ШОЕ- 30 мм/год. Вкажіть достовірний діагноз?

- А. висипний тиф,
- В. черевний тиф,
- С. геморагічна Кримська лихоманка,
- Д. сепсис,
- Е. малярія.

95. Хворого, 30 років, турбують напади ознобу, лихоманки, профузного поту, які повторюються кожен третій день. Хворіє 2 тижні, склера і шкіра яскраво жовтяничні. Печінка і селезінка збільшені. Рік тому працював в Африці. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний?

- А. малярія *vivax*,
- В. рак голівки підшлункової залози,
- С. сепсис,
- Д. вірусний гепатит,
- Е. лептоспіроз.

96. У хворого 38 років без постійного місця проживання, на 6 день хвороби з'явився розеолезно-петехіальний висип на тулубі і внутрішніх поверхнях кінцівок. Температура тіла 40.5°C, ейфорія, гіперемія обличчя, почервоніння склер, тремор язика, тахікардія, спленомегалія, збудження. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. висипний тиф,

- В. алкогольний делірій,
- С. лептоспіроз,
- Д. кір,
- Е. черевний тиф.

97. Хвора 50 років захворіла гостро з ознобу, температури тіла 39-40°C, скаржить на головний біль, слабкість, біль в кістках і м'язах, пригнічена, неспокійна, турбує безсоння, шум у вухах. При огляді збуджена, балакуча, неспокійна. Обличчя гіперемоване, одутле. Шкіра шиї, верхній частині тулуба, кон'юнктиви гіперемовані, судини склер ін'єковані, очі червоні. У хворой позитивна проба Авцина, Розенберга. Встановите діагноз.

- А. висипний тиф,
- В. грип,
- С. менінгіт,
- Д. кір,
- Е. черевний тиф.

98. Хворий П., 60 років хворіє 5-й день. Захворювання почалося гостро з підвищення Т-39°C, головного болю, шуму у вухах, безсоння, потім з'явилися зміни слухового, світлового і тактильного сприйняття. Сьогодні з'явилася висип розеолезно-петехіальний на внутрішній поверхні плечей, під пахвами. Т-40°C, хворий збуджений, сильний головний біль, порушення сну, гепатоспленомегалія, симптом Говорова-Годельє - позитивний. Діагноз?

- А. висипний тиф,
- В. грип,
- С. менінгококовий менінгіт,
- Д. геморагічна лихоманка,
- Е. черевний тиф.

99. Хворий Л., 38 років, повернувся з відрядження з Конго, лихоманка до 41°C, стан важкий, свідомість сплутана, інтенсивний головний біль, блювота, біль в епігастральній області, гепатоспленомегалія. У мазці крові: в еритроцитах - плямистість Мауера. Діагноз?

- A. малярія,
- B. лептоспіроз,
- C. сепсис,
- D. вісцеральний лейшманіоз,
- E. бруцельоз.

100. Хворий 18 років, приїхав з Азербайджану, через декілька днів захворів гостро - озноб, підвищення температури тіла, слабкість, спленомегалія. У крові анемія. Через декілька годин жар, потім потовиділення. Діагноз?

- A. малярія,
- B. туляремія,
- C. сепсис,
- D. бруцельоз,
- E. черевний тиф.

101. У хворого 22 років після приїзду з Індії 10 травня підйом температури тіла, озноб, слабкість, біль в голові і попереку, нудота, шкіра бліда, через 3 години - жар, потім піт. 11 і 12 травня - температура нормальна. 13 травня знову підвищення T тіла до 40°C. Діагноз?

- A. малярія,
- B. висипний тиф,
- C. сепсис,
- D. бруцельоз,
- E. туляремія.

102. У хворого 20 років, госпіталізованого в клініку інфекційних хвороб з приводу важкого перебігу грипу, на 6-й день хвороби з'явився розеолезно-петехіальний висип на тулубі, верхніх кінцівках, животі, стегнах. Лихоманка до 40°C. Хворий збуджений, балакучий. Обличчя гіперемоване, одутле. Тахікардія. Збільшена і хвороблива селезінка. Діагноз?

- A. висипний тиф,
- B. хвороба Брилла,
- C. епідемічний поворотний тиф,

Д. ендемічний висипний тиф,

Е. грип.

103. Хворий 28 років, повернувся з Латинської Америки, захворів через 2 дні гостро з підвищення температури тіла до 39,5°C. У крові анемія. Гепатоспленомегалія. Діагноз?

А. Ку-лихоманка,

В. малярія,

С. висипний тиф,

Д. гострий бруцельоз,

Е. епідемічний висипний тиф.

104. Військовослужбовець повернувся з Іраку. Пред'являє скарги на підвищення температури тіла до 38,5°C, інтенсивний головний біль, біль в лівому підребер'ї. Гикавка, блювота, біль в області попереку, жовтяниця, сеча темного кольору, гепатоспленомегалія, олігоурія, азотемія. У мазці і товстій краплі крові виявлені трофозоїти та шизонти. Встановите діагноз.

А. висипний тиф,

В. кліщовий борреліоз,

С. малярія,

Д. лихоманка Денге,

Е. жовта лихоманка.

105. Хворий 33 років, прибув з В'єтнаму, був доставлений бригадою швидкої допомоги в інфекційний стаціонар. Відомо, що в літаку на тлі підвищення Т тіла до 40°C відчув нестерпний головний біль, відзначалася багаторазова блювота. При огляді в приймальному відділенні відзначається сплутана свідомості, хворий реагує на сильні подразники, судоми, менінгеальні знаки позитивні. У аналізах реєструється гемолітична анемія, еритроцити нормальних розмірів, азурофільні елементи у вигляді плям. Встановите діагноз.

А. вірусний менінгоенцефаліт,

В. малярійна кома,

C. сепсис,

D. висипний тиф,

E. сап.

106. Реплікація ВІЛ відбувається в:

A. плазмоцитах і макрофагах,

B. В-лімфоцитах і плазмоцитах,

C. пейерових бляшках,

D. макрофагах і Т-хелперах,

E. В-лімфоцитах.

107. До опортуністичних інфекцій при СНІДі відносяться:

A. бруцельоз,

B. лептоспіроз,

C. дифтерія,

D. ехінококоз,

E. пневмоцистоз.

108. Персистуюча генералізована лімфаденопатія при ВІЛ-інфекції характеризується збільшенням:

A. будь-яких 3-х груп лімфовузлів, їх хворобливостю, нагноєнням;

B. не менш 2-х лімфовузлів в 2-х різних групах, за винятком пахових, більше 1 см, впродовж 3-х місяців;

C. усіх груп лімфовузлів впродовж 1 місяця;

D. пахових і пахових лімфовузлів впродовж 6 місяців;

E. пахових лімфовузлів, їх хворобливостю, спаяністю між собою.

109. Вірус імунодефіциту людини відноситься до:

A. параміксовірусів,

B. ретровірусів,

C. герпесвірусів 2 типу,

D. флавівірусів,

E. арбовірусів.

110. У хворого СНІДом вірус може міститися в:

- A. слині,
- B. крові,
- C. секреті потових залоз,
- D. спермі,
- E. у складі усіх секретів і біологічних рідинах.

111. Вірус імунодефіциту може проникати в:

- A. макрофаги,
- B. моноцити,
- C. гліальні клітини мозку,
- D. Т-хелпери,
- E. усе перераховане вірно.

112. До групи ризику №1 зараження ВІЛ-інфекцією відносяться:

- A. повії,
- B. гомосексуалісти,
- C. наркомани,
- D. акушери,
- E. хірурги.

113. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 в гостру фазу ВІЛ-інфекції понижений за рахунок:

- A. зниження кількості CD4+,
- B. зниження кількості CD8+,
- C. збільшення кількості CD4+,
- D. збільшення кількості CD8+,
- E. збільшення кількості плазматичних клітин.

114. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 в термінальну фазу ВІЛ-інфекції понижений за рахунок:

- A. зниження кількості CD4+,
- B. зниження кількості CD8+,
- C. збільшення кількості CD4+,
- D. збільшення кількості CD8+,

Е. збільшення кількості плазматичних клітин.

115. Саркома Капоши у ВІЛ-інфікованого спостерігається при:

- А. вірусоносійстві,
- В. деменції,
- С. гострій стадії,
- Д. персистуючій генералізованій лімфаденопатії,
- Е. СНІД-асоційованому комплексі.

116. До опортуністичних інфекцій відносяться:

- А. пневмоцистна пневмонія,
- В. криптоспоридіоз,
- С. цитомегаловірусна інфекція,
- Д. криптококоз,
- Е. усе перераховане вірно.

117. До опортуністичних інфекцій відносяться:

- А. феліноз,
- В. содоку,
- С. пневмоцистна пневмонія,
- Д. ешерихіоз,
- Е. борреліоз.

118. Збудником пневмоцистної пневмонії є:

- А. бактерії,
- В. віруси,
- С. найпростійші,
- Д. спірохети,
- Е. гриби.

119. При рентгенографії легенів дрібно сітчастий малюнок - симптом "матового скла" спостерігається передусім при:

- А. орнітозі,
- В. пневмококовій пневмонії,
- С. пневмоцистній пневмонії,

D. респіраторно-синцитіальній вірусній інфекції,

E. респіраторній мікоплазменій інфекції.

120. До структурних генів ВІЛ, що кодують утворення внутрішніх білків, відносяться:

A. gp 41,

B. gp 120,

C. p 24,

D. ген "tat",

E. вірно усе перелічене вище.

121. До структурних генів ВІЛ, що кодують глікопротеїни оболонки, відносяться:

A. p 18,

B. p 24,

C. gp 120,

D. ген "tat",

E. вірно усе перелічене вище.

122. До регуляторних генів (генів-активаторів) відносяться:

A. зворотна транскриптаза,

B. ген "tat",

C. gp 120,

D. gp 41,

E. p 24.

123. Імунодефіцит при ВІЛ розвивається в результаті:

A. високої реплікації вірусу,

B. утворення синцитія,

C. утворенням антитіл до gp120,

D. активації природних кілерів,

E. усе перераховане вірно.

124. До опортуністичних інфекцій відносяться:

A. феліноз,

- В. содоку,
- С. атипичний мікобактеріоз,
- Д. ешерихіоз,
- Е. борреліоз.

125. У більшості ВІЛ інфікованих антитіла з'являються в період:

- А. 1 тижня,
- В. 2-3 тижні,
- С. 1 місяць,
- Д. 3 місяці,
- Е. 6-8 місяців.

126. Препаратом вибору для етіотропної терапії пневмоцистної пневмонії є:

- А. ганцикловір,
- В. триметопрім,
- С. пентамідін,
- Д. ацикловір,
- Е. фоскарнет.

127. Наявність в 1 мкл крові 50 Т-хелперів у хворих ВІЛ-інфекцією спостерігається при:

- А. гострій стадії,
- В. хронічній генералізованій лімфаденопатії,
- С. СНІД-асоційованому комплексі,
- Д. опортуністичних інфекціях,
- Е. термінальній стадії.

128. Азидотимідин є препаратом вибору для лікування:

- А. герпетичної інфекції,
- В. ВІЛ-інфекції,
- С. цитомегаловірусної інфекції,
- Д. токсоплазмозу,
- Е. вірусного гепатиту С.

129. Вкажіть критичний рівень CD4+-лімфоцитів для латентної стадії ВІЛ інфекції:

- A. 50,
- B. 150-200,
- C. 300,
- D. 500,
- E. 800-900.

130. Вкажіть широко вживаний метод лабораторної діагностики ВІЛ інфекції.

- A. РА,
- B. РЗК,
- C. ІФА,
- D. РПГА,
- E. ІБ.

131. У фазу розгорнутого СНІДУ при ВІЛ-інфекції кількість Т-хелперів в 1 мкл крові складає:

- A. 800,
- B. 400,
- C. 300,
- D. 200,
- E. 100.

132. Для експрес-діагностики грипу та ГРВІ використовують:

- A. виділення збудника на культурі тканини або курячих ембріонах,
- B. РЗК,
- C. імунофлюоресцентний метод,
- D. біологічна проба,
- E. загальний аналіз крові.

133. Вкажіть препарат, що використовується для лікування генералізованої цитомегаловірусної інфекції:

- A. інтрон,
- B. ріфампіцин,

- C. флюконазол,
- D. ацикловір,
- E. ганцикловір.

134. Саркома Капоші у ВІЛ-інфікованого характерна при:

- A. вірусоносійстві,
- B. деменції,
- C. гострій стадії,
- D. генералізованій лімфаденопатії,
- E. СНІД-асоційованому комплексі.

135. Хворий В., 38 років, комерсант, 3 місяці тому повернувся із Заїру, де неодноразово відвідував публічні будинки і мав гомо- і гетеросексуальні стосунки. Скаржить на лихоманку до 38-39°C, біль в горлі, п'ятнисто-папульозний висип, збільшення периферичних лімфовузлів. У периферичній крові виявлені атипові мононуклеари. Діагноз?

- A. хламідіоз,
- B. легіонельоз,
- C. ВІЛ-інфекція,
- D. вітряна віспа,
- E. інфекційний мононуклеоз.

136. Збудниками скарлатини є:

- A. віруси,
- B. стафілококи,
- C. токсигенні стрептококи групи А,
- D. нетоксигенні стафілококи,
- E. рикетсії.

137. Збудник скарлатини:

- A. здатний продукувати токсин Таллера,
- B. не здатний продукувати ендотоксин,
- C. не продукує екзотоксин,
- D. продукує екзотоксин Діка,

Е. продукує екзотоксин Дюпона.

138. Джерелом скарлатини можуть бути:

А. здорові,

В. носії,

С. хворі,

Д. реконвалесценти,

Е. контактні.

139. Основним шляхом поширення скарлатини є:

А. контактний,

В. парентеральний,

С. трансмісивний,

Д. ентеральний,

Е. аерозольний.

140. Вхідними воротами при скарлатині служать:

А. слизова оболонка тонкої кишки,

В. слизова оболонка ротоглотки,

С. слизова оболонка товстої кишки,

Д. слизова оболонка носоглотки,

Е. шкірні покриви.

141. Інкубаційний період при скарлатині складає:

А. 1-3 діб,

В. 12-21 день,

С. 1 міс.,

Д. 21-30 днів,

Е. 2-3 міс.

142. Характерними ознаками скарлатини є:

А. фарингіт,

В. ларингіт,

С. бронхіт,

Д. тонзиліт,

Е. трахеїт.

143. Найбільш важким ускладненням скарлатини є:

А. стоматит,

В. міокардит, нефрит,

С. бронхіт,

Д. полісегментарна пневмонія,

Е. дисбактеріоз кишечника.

144. До етіотропних препаратів при скарлатині відносяться:

А. фурасемід, трифас,

В. бензилпеніцилін, метицилін,

С. гентаміцин,

Д. тіенам,

Е. нітроксолін.

145. Скарлатину необхідно диференціювати з:

А. ботулізмом,

В. бешихою,

С. псевдотуберкульозом, краснухою,

Д. корью,

Е. епідемічним паротитом.

146. Збудником вітряної віспи є:

А. ретровіруси,

В. ортоміксовіруси,

С. герпесвіруси,

Д. гепадновіруси,

Е. тогавіруси.

147. Резервуаром вітряної віспи є:

А. птахи,

В. синантропні гризуни,

С. дикі тварини,

Е. людина.

148. Воротами інфекції при вітряній віспі є:

- A. шкіра,
- B. слизова оболонка дихальних шляхів,
- C. слизова оболонка травного тракту,
- D. слизова оболонка кон'юнктиви,
- E. слизова оболонка статевих органів.

149. Найчастіше інкубаційний період при вітряній віспі триває:

- A. 1-3 дні,
- B. 6-18 годин,
- C. 5-9 днів,
- D. 14-17 днів,
- E. 21-28 днів.

150. Розмір везикул при вітряній віспі складає:

- A. 0.2-1.0 мм,
- B. 5-10 мм,
- C. 1-3 см,
- D. 4-5 см,
- E. 6-8 см

151. Протягом якого часу при вітряній віспі везикула переходить в стадію підсихання:

- A. 4-6 годин,
- B. 7-12 годин,
- C. 1-2 доби,
- D. 3-4 доби,
- E. 4-5 діб.

152. Етіотропна терапію при вітряній віспі включає:

- A. інтерферон ендоназально,
- B. ацикловір на шкіру і слизові оболонки,
- C. видарабін внутрішньовенно,
- D. циклоферон в/м'язово,

Е. герпесвірус ентерально.

153. Хворих вітряною віспою ізолюють вдома:

А. на 6-8 годин,

В. На 1-2 дні,

С. На 3-4 дні,

Д. на 5 днів,

Е. на 8 днів.

154. Діти у віці до 7 років, що були у контакті з хворим на вітряну віспу, роз'єднуються на:

А. 3 дні,

В. 7 днів,

С. 14 днів,

Д. 21 день,

Е. 28 днів.

155. Збудник кору відносяться до:

А. параміксовірусів,

В. гепадновірусів,

С. ретровірусів,

Д. арбавірусів,

Е. тогавірусів.

156. Джерело інфекції при корі є:

А. вірусоносій,

В. хворий,

С. реконвалесцент,

Д. особа, що раніше перехворіла,

Е. особа, що була вакцинована.

157. Вірус кору розмножується у клітинах:

А. шкіри,

В. волосся,

С. слизовій оболонці дихальних шляхів,

D. слизовій оболонці кон'юнктиви,

E. слизовій оболонці ШКТ.

158. Інкубаційний період при корі складає:

A. 1-2 дні,

B. 3-5 днів,

C. 6-8 днів,

D. 9-11 днів,

E. 23-25 днів.

159. При введенні живої вакцини проти кору у деяких щеплених виявляється реакція, що нагадує митиговану кір. Вкажіть інкубаційний період в цьому випадку.

A. 1-2 дні,

B. 3-4 дні,

C. 5-6 днів,

D. 7-8 днів,

E. 9-10 днів

160. Імунізація живої протикоровою вакциною забезпечує захисний ефект протягом:

A. 1-3 року,

B. 5 років,

C. 10 років,

D. 15 років,

E. 20 років

161. Кір можна попередити пасивною імунізацією Ig в дозі 0,25мг/кг маси тіла в перші декілька:

A. 6-8 годин,

B. 12-24 години,

C. 5 днів,

D. 3 дні,

E. 2 дні.

162. Збудник краснухи відноситься до:

- A. тогавірусів,
- B. арбовірусів,
- C. ентеровірусів,
- D. параміксовірусів,
- E. коронавірусів.

163. Інкубаційний період при краснусі складає

- A. 1-6 днів,
- B. 7-10 днів,
- C. 11-24 дні,
- E. 45-60 днів.

164. Вірус краснухи проникає в організм через:

- A. слизову оболонку ротоглотки,
- B. шкіру і слизову оболонку дихальних шляхів,
- C. шкіру і слизову оболонку травного тракту,
- D. парантерально,
- E. ентерально.

165. При краснушних артритих в лікування призначають:

- A. преднізолон,
- B. фіналгель місцево,
- C. хлорохін,
- D. відарабін,
- E. циклоферон.

166. При природженій краснусі збудник захворювання може зберігатися в організмі дитини:

- A. 2 тижні,
- B. 4-6 тижнів,
- C. 3-6 місяців,
- D. 12-20 місяців,
- E. 21-31 місяць.

167. Збудник епідемічного паротиту відноситься до:

- A. параміксовірусів,
- B. ентеровірусів,
- C. арбовірусів,
- D. коронавірусів,
- E. ортоміксовірусів.

168. Джерелом інфекції паротиту є:

- A. птахи,
- B. хвора людина,
- C. синантропні гризуни,
- D. дикі тварини,
- E. домашні тварини.

169. Максимум захворюваності епідемічним паротитом доводиться на:

- A. серпень-вересень,
- B. червень-липень,
- C. березень-квітень,
- D. жовтень-листопад,
- E. січень-лютий.

170. Інкубаційний період при епідемічному паротиті складає:

- A. 1-2 дні,
- B. 4-8 днів,
- C. 11-23 дні,
- D. 21-28 днів,
- E. 29-45 днів.

171. Воротами інфекції при епідемічному паротиті є:

- A. верхні дихальні шляхи і мигдалини,
- B. слизова оболонка рота і стравоходу,
- C. шкірні покриви,
- D. слизова оболонка статевих органів,
- E. слизова оболонка тонкого і товстого кишечника.

172. Вірус епідемічного паротиту знаходить сприятливі умови для репродукції в:

- A. шкірі,
- B. волоссі,
- C. дихальних шляхах,
- D. травному тракті,
- E. нервовій системі і залізистих органах.

173. У типових випадках епідемічного паротиту лихоманка триває протягом:

- A. 8-12 годин,
- B. 1-3 дні,
- C. 4-7 днів,
- D. 21 день,
- E. 28 днів.

174. Хворих епідемічним паротитом при легкому та середньо тяжкому перебігу ізолюють удома терміном на:

- A. 5 днів,
- B. 9 днів,
- C. 14 днів,
- D. 21 день,
- E. 28 днів.

175. Найбільш інформативним і достовірним методом діагностики ботулізму є?:

- A. РЗК,
- B. РПГА,
- C. метод гемокультури,
- D. біопроба на мишах,
- E. метод епідеміологічного аналізу.

176. Вкажіть патогенетичну роль вегетативної форми клостридії ботулінуму в розвитку захворювання:

- A. пряма пошкоджуюча дія на ендотелій судин,

- В. пряма пошкоджуюча дія на дихальний центр,
- С. вироблення ботулотоксину,
- Д. пошкоджуюча дія на мотонейрони,
- Е. усе перелічене вище.

177. Абсолютним показником для переводу хворого ботулізмом в реанімаційне відділення є:

- А. підвищення парціального тиску вуглекислоти в сироватці крові,
- В. зниження парціального тиску кисню в сироватці крові,
- С. прояви метаболічного ацидозу,
- Д. частота дихання 12 в хв. і рідше,
- Е. наявність шлуночкових екстрасистол на ЕКГ.

178. Для проведення етіотропної терапії ботулізму, що впливає на вегетативну форму, використовують наступний препарат:

- А. протиботулінічну сироватку,
- В. хлорамфенікол (левоміцетин),
- С. напівсинтетичні пеніциліни,
- Д. цефаллоспорини,
- Е. нітрофуранові препарати.

179. Основною ідеєю профілактики ботулізму є:

- А. підвищення санітарно-гігієнічної культури населення,
- В. унеможливлення проростання спор,
- С. санітарно-гігієнічний нагляд,
- Д. профілактичне використання антибіотиків,
- Е. профілактичне використання протиботулінічної сироватки.

180. У хворого О., 18 років, скарги на підвищення температури тіла, слабкість, головний біль, сухість у роті, припухлість і болочість в лівій привушній області, що іррадіює в ліве вухо. При огляді - в області лівої вушної раковини визначається припухлість, що заповнює ретромандібулярний простір. Мочка лівого вуха відстовбурчена, піднята догори і вперед. Позитивні симптоми Мурсона, Філатова. Ваш діагноз?:

- A. гнійний паротит,
- B. епідемічний паротит,
- C. ЦМВІ,
- D. пухлина привушної залози,
- E. інфекційний мононуклеоз.

181. Зміни в ротоглотці при інфекційному мононуклеозі:

- A. слизова задньої стінки глотки гіперемована, зерниста, набрякла, фолікули гіпертрофовані, мигдалики збільшені, рихлі, покриті білястим нальотом, що легко знімається,
- B. помірна гіперемія слизової ротоглотки з ціанотичним відтінком, мигдалики набряклі, покриті гладким, брудно-сірим нальотом з чіткими краями (+) тканина, при спробі зняти наліт не знімається, поверхня мигдаликів кровоточить,
- C. помірна гіперемія слизової ротоглотки, один з мигдаликів помірно набряклий, в кратероподібному заглибленні набряклого мигдалика брудно - сірий наліт,
- D. слизова ротоглотки яскраво гіперемована, мигдалики набряклі, лакуни заповнені гноєм жовтого кольору, що легко знімається,
- E. відсутні.

182. Характерні зміни в крові при інфекційному мононуклеозі:

- A. паличкоядерний нейтрофіліоз, лімфомоноцитоз, наявність атипових мононуклеарів менше 10%,
- B. паличкоядерний нейтрофіліоз, лімфомоноцитоз, наявність атипових мононуклеарів не менше 10%,
- C. нейтрофіліоз, лімфопенія, наявність атипових мононуклеарів менше 10%,
- D. нейтропенія, лімфоцитоз, відсутність атипових мононуклеарів,
- E. відсутні.

183. Для катаральної форми дифтерії характерно все, крім:

- A. сильних болів в горлі,
- B. нормальної або субфебрильної температури тіла,

- C. помірної гіперемії слизової оболонки мигдаликів з ціанотичним відтінком,
- D. відсутні або помірно виражені болі в горлі,
- E. відсутність фібринозних нальотів в ротоглотці.

184. Характер запалення розвивається при дифтерії гортані:

- A. гнійне,
- B. дифтеритичне,
- C. крупозне,
- D. не розвивається,
- E. катаральне.

185. Антитоксичний протидифтерійний імунітет представлений:

- A. Ig A,
- B. Ig M,
- C. Ig G,
- D. Ig E,
- E. гетерофільними антитілами.

186. Антибактеріальний протидифтерійний імунітет представлений:

- A. Ig E,
- B. Ig G,
- C. Ig A,
- D. Ig M,
- E. гетерофільними антитілами.

187. Вірус імунодефіциту людини належить до:

- A. парамиксовірусам,
- B. ретровірусів,
- C. герпесвірусів 2 типу,
- D. флавивірусів,
- E. арбовірусів.

188. У хворого на СНІД вірус може міститися в:

- A. слині,
- B. крові,

- C. секреті потових залоз,
- D. спермі,
- E. у складі всіх секретів і біологічних рідинах.

189. Вірус імунодефіциту може проникати в:

- A. макрофаги,
- B. моноцити,
- C. гліальні клітини мозку,
- D. Т-хелпери,
- E. все перераховане вірно.

190. До групи ризику № 1 зараження ВІЛ-інфекцією відносяться:

- A. повії,
- B. гомосексуалісти,
- C. наркомани,
- D. акушери,
- E. хірурги.

191. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 в гостру фазу ВІЛ-інфекції знижений за рахунок:

- A. зниження кількості CD4,
- B. зниження кількості CD8,
- C. збільшення кількості CD4,
- D. збільшення кількості CD8 +,
- E. збільшення кількості плазматичних клітин

192. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 в термінальну фазу ВІЛ-інфекції знижений за рахунок:

- A. зниження кількості CD4,
- B. зниження кількості CD8,
- C. збільшення кількості CD4,
- D. збільшення кількості CD8 +,
- E. збільшення кількості плазматичних клітин.

192. Саркома Капоші у ВІЛ-інфікованого спостерігається при:

- A. вірусоносійстві,
- B. деменції,
- C. гострій стадії,
- D. персистуючій генералізованій лимфаденопатії,
- E. СНІД-асоційованому комплексі.

193. До опортуністичних інфекцій належать:

- A. пневмоцистна пневмонія,
- B. криптоспоридіоз,
- C. цитомегаловірусна інфекція,
- D. криптококоз,
- E. все перераховане вірно.

194. До опортуністичних інфекцій належать:

- A. феліноз,
- B. содоку,
- C. пневмоцистна пневмонія,
- D. ешеріхіоз,
- E. бореліоз.

195. Збудником пневмоцистної пневмонії є:

- A. бактерії,
- B. віруси,
- C. найпростіші,
- D. спірохети,
- E. гриби.

196. При рентгенографії легенів дрібно-сітчастий малюнок - симптом «матового скла» спостерігається перш за все при:

- A. орнітозі,
- B. пневмококовій пневмонії,
- C. пневмоцистній пневмонії,
- D. респіраторно-синцитіальній вірусній інфекції,
- E. респіраторній мікоплазмовій інфекції.

197. Вкажіть, яку основну мету переслідує інфекційний стаціонар?:

- A. ізоляція інфекційних хворих на весь період заразливості,
- B. попередження розвитку ускладнень,
- C. створення специфічного імунітету,
- D. профілактики інфекційних захворювань,
- E. проведення дезінфекції.

198. Інфекційні хворі госпіталізуються в стаціонар на основі поточно-пропускної системи. Вкажіть, які принципи закладені в цю систему?:

- A. хворі, що надійшли, від моменту надходження і до виписки не повинні стикатися з хворими, що страждають іншими інфекційними захворюваннями,
- B. все хворі, що надійшли, отримують базис-монотерапію,
- C. всі інфекційні хворі підлягають сан.обробці,
- D. всім інфекційним хворим обов'язкове обстеження на RW,
- E. всім інфекційним хворим, що надійшли, обов'язкова вакцинація.

199. При госпіталізації хворого до інфекційного відділення обов'язковим є:

- A. правильна санітарна обробка хворого при надходженні,
- B. своєчасна вакцинація,
- C. введення специфічного імуноглобуліну,
- D. проведення патогенетичної терапії,
- E. проведення санітарно-просвітньої роботи.

200. Хворий надходить в інфекційне відділення зі змішаною інфекцією (вірусний гепатит із гострою бактеріальною дизентерією. Вкажіть, в яку палату можна госпіталізувати даного хворого?:

- A. окрема палата,
- B. в палату з хворими на вірусний гепатит,
- C. в палату з хворими бактеріальної дизентерією,
- D. в палату з діагностично не основними хворими,
- E. в палату з трансмісивними захворюваннями.

201. Вкажіть, хворий з яким діагнозом повинен госпіталізуватися в бокс системи «Мельцера»?:

- A. хворий на дизентерію Флекснера,
- B. хворий на вітряну віспу,
- C. хворий на вірусний гепатит А,
- D. хворий на малярію,
- E. хворий на висипний тиф.

202. Тривалість перебування інфекційного хворого в стаціонарі визначається наступним фактором:

- A. формуванням імунітету,
- B. зниженням температури тіла,
- C. припиненням періоду заразливості,
- D. завершенням курсу антибіотикотерапії,
- E. проведенням специфічної вакцинації.

203. Вкажіть основні критерії, якими необхідно керуватися при виписці інфекційних хворих:

- A. рекомендації епідеміолога,
- B. негативні бактеріологічні результати,
- C. повне клінічне одужання,
- D. відсутність змін у периферичній крові,
- E. завершення курсу базисної терапії.

204. Вкажіть, який з видів гельмінтозів відноситься до контагіозних?:

- A. трихоцефальоз,
- B. теніоз,
- C. ентеробіоз,
- D. опісторхоз,
- E. аскаридоз.

205. Яйця якого виду гельмінтів здатні до інвазії без попереднього розвитку в зовнішньому середовищі?:

- A. аскаридоз,
- B. гіменолепідоз,
- C. теніоз,

D. опісторхоз,

E. діфіллоботріоз.

206. Зараження людини аскаридозом відбувається в теплу пору року. Вкажіть оптимальну температуру ґрунту для дозрівання яєць аскарид до інвазивної стадії?:

A. 8°C,

B. 12°C,

C. 0°C,

D. 24°C,

E. 40°C.

207. Хворого 30 років, турбують слабкість, підвищення температури тіла до 39°C. При R-графії легенів виявлені еозинофільні інфільтрати, мігруючого характеру. Про яке захворювання можна думати?:

A. туберкульоз легенів,

B. вогнищева пневмонія,

C. аскаридоз, міграційна фаза,

D. полісегментарна пневмонія,

E. рак легенів.

208. Хворому поставлений діагноз: «Аскаридоз. Синдром Леффлера». Вкажіть, скільки днів пройшло з моменту інвазії?:

A. 1 - 2 дні,

B. 5 - 6 днів,

C. 8 - 10 днів,

D. 15 - 16 днів,

E. 20 - 21 день.

209. Хворий скаржиться на слабкість, погіршення апетиту, періодичні болі в животі. При овоскопічному дослідженні калу виявлені яйця аскарид. Що необхідно призначити хворому для дегельмінтизації?:

A. сан.-гіг. режим,

B. левамизол,

C. цефтріаксон,

D. норфлксацин,

E. фенасал.

210. Хворий скаржиться на головний біль, біль у дельтовидних м'язах, періодичні висипання на шкірі по типу «кропив'янки». При огляді - болючість м'язів лівого плечового суглоба, в крові еозинофілія до 40%. При R-графії області лівого плечового суглоба в м'яких тканинах дельтовидного м'яза виявлені кальцинати розміром 3 мм x 1,2 мм з явищами перифокального запалення. Для якого захворювання характерні дані клінічні прояви?:

A. неспецифічний поліартрит,

B. трихінельоз,

C. лептоспіроз,

D. токсико-алергічний дерматит,

E. позалегеневий туберкульоз.

211. Хворий страждає паналлергією на мед. препарати і в нього були виявлені гострики. Виберіть оптимальний метод дегельмінтизації:

A. призначення первініум пармоата в дозі 5 мг / кг,

B. призначення вермоксу в дозі 100 мг,

C. призначення піперазину в дозі 3 г / сут.,

D. санітарно-гігієнічний режим строком не менше 4 тижнів,

E. призначення глюкокортикоїдів у поєднанні з вермоксом.

212. Вкажіть причину, у зв'язку з якою хворим на теніоз не призначаються такі препарати як: феносал, діхлорофен, тріхлорофен:

A. алергічна дія,

B. виражену нефротична дія,

C. нейротоксична дія,

D. можливість формування цистецеркоза при теніозі,

E. виражена гепатотоксична дія .

213. У хворого з клінікою гастродуоденіта, який підтверджений гастрофіброскопією, при овоскопічному дослідженні калу виявлені яйця

карликового цип'яка. Вкажіть найбільш вірогідну причину розвитку гастродуоденіта:

- A. наявність стресових ситуацій,
- B. порушення режиму харчування,
- C. порушення раціону харчування,
- D. вживання алкоголю,
- E. механічне пошкодження слизової тонкого кишечника дорослими гельмінтами та їх личинками.

214. Хворого періодично турбують болі в правому підребер'ї, нудота, гіркота в роті. При об'єктивному огляді хворого в точці Кера печінка + 1,5 см. При дослідженні дуоденального вмісту виявлені лейкоцити до 10 - 12 в полі зору, яйця котячої двуустки. Вкажіть найбільш вірний діагноз:

- A. гострий холецистит,
- B. загострення хронічного гепатохолециститів,
- C. опісторхоз,
- D. холецистопанкреатит,
- E. дуоденіт.

215. Хворий проживає в районі розташування великої водойми, захворів на опісторхоз. Вкажіть найбільш вірогідний фактор зараження:

- A. забруднена вода,
- B. сира свинина,
- C. сира яловичина,
- D. сира риба,
- E. все перераховане вище.

216. У хворого на анкілостомідоз виявлені прояви залізодефіцитної анемії (зниження абсолютної кількості еритроцитів, зниження рівня гемоглобіну та кольорового показника). Вкажіть причину розвитку даного клінічного прояву при анкілостомідозі?:

- A. кровотеча,
- B. анкілостоми істинні гематофаги,

- C. токсико-алергічна дія метаболітів анкілостом,
- D. перфорація судин,
- E. порушення судинної проникності.

217. Серед шахтарів шахти, розташованої в помірній кліматичній зоні, виник спалах анкілостомідозу. Вибрати найбільш можливу причину, що привела до зараження шахтарів:

- A. вживання обсіяних овочів,
- B. обсіяні яйцями анкілостомід ґрунти шахтних виробок,
- C. погіршення якості води,
- D. забруднення робочого обладнання,
- E. забруднення робочого одягу.

218. У хворого з клінікою гострого холецистити з дуоденального вмісту виділена котяча двуустка. Вибрати найбільш ефективний препарат для етіологічного лікування:

- A. антибіотики,
- B. фуразолідон,
- C. метроджіл,
- D. хлоксил,
- E. ацикловір.

219. У хворого з явищами жовтяниці та загальної астенизації продромальний період протікав по респіраторному варіанту. Про яке захворювання можна думати?:

- A. вірусний гепатит В,
- B. вірусний гепатит С,
- C. вірусний гепатит А,
- D. лептоспіроз,
- E. механічна жовтяниця.

220. Виберіть біохімічний показник найбільш інформативний для постановки діагнозу вірусного гепатиту:

- A. рівень холестерину,

- В. рівень фібриногену,
- С. рівень аланінамінотрансферази,
- Д. рівень альбуміну,
- Е. рівень лужної фосфатази.

221. Хворий 42 років, скаржиться на біль у правому підребер'ї, гіркоту в роті, жовтяницю. У крові помірний лейкоцитоз, підвищення рівня холестерину, лужної фосфатази, визначаються Ig G анти HAV. Ваш діагноз?:

- А. вірусний гепатит А,
- В. лептоспіроз,
- С. інфекційний мононуклеоз,
- Д. механічна жовтяниця,
- Е. вірусний гепатит С.

222. Хворому з клінікою паренхіматозної жовтяниці поставлений діагноз «вірусний гепатит А». В який період захворювання у хворого буде найбільш активне виділення вірусу в навколишнє середовище?:

- А. продромальний період,
- В. період розпалу хвороби,
- С. період реконвалесценції,
- Д. інкубаційний період,
- Е. все перераховане.

223. Хворому, що проживає в сім'ї з 4 осіб, поставлений діагноз «вірусний гепатит А». Вкажіть фактори, що сприяють поширенню вірусного гепатиту А в сім'ї:

- А. питна вода,
- В. продукти харчування,
- С. предмети загального користування,
- Д. зубна щітка,
- Е. туалетний папір.

224. Хворого Р., який страждає на вірусний гепатит А, середньоважкий перебіг, турбують нудота, слабкість, зниження апетиту. Який лікарський препарат доцільно використовувати для корекції даних симптомів?:

- A. ацикловір,
- B. глюкокортикоїди,
- C. сорбенти,
- D. вітаміни групи «В»,
- E. інфузійна терапія колоїдних розчинів.

225. У хворого після перенесеного вірусного гепатиту «А» протягом 6 місяців зберігається легка іктеричність склер, при задовільному самопочутті. У крові: загальний білірубін 43 мкмоль / л, вільний білірубін 30 мкмоль / л, АЛТ 0,68 ммоль / л, тимолова проба 4 од. Розміри печінки і селезінки звичайні. Про що свідчать ці показники?:

- A. формування хронічного гепатиту,
- B. формування цирозу печінки,
- C. синдром Жильбера,
- D. гіпомоторна дискінезія жовчовивідних шляхів,
- E. механічна жовтяниця.

226. У хворого, що страждає гепатитом «В», захворювання набуло блискавичного характеру течії. Вкажіть, який патогенетичний фактор визначає розвиток даної клінічної форми вірусного гепатиту В?:

- A. аутоімунні реакції лімфоцитів, сенсibiliзованих до глікопротеїдів печінкових мембран,
- B. вплив несприятливих екологічних факторів,
- C. вплив токсичних чинників: алкоголю, медикаментів,
- D. дефіцит глюкозо-6 -фосфатдегідрогенази,
- E. нічого з перерахованого.

227. У хворого після перенесеного гострого вірусного гепатиту «В» протягом 6 місяців диспансерного спостереження реєструється виділення HBsAg.

Вкажіть можливу патогенетичну причину формування «носійства» антигену вірусного гепатиту «В»:

- A. наявність хронічної супутньої патології печінки,
- B. неадекватне лікування,
- C. інтегративне включення вірусної ДНК в геном гепатоциту,
- D. використання в лікуванні глюкокортикоїдів,
- E. велика інфікуюча доза вірусу.

228. У хворого перебіг вірусного гепатиту «В» ускладнився розвитком печінкової енцефалопатії 1 ст. з наявністю геморагічних проявів та рівнем протромбіну в сироватці крові до 60%, зниження рівня тромбоцитів. Яким комплексом лікувальних заходів необхідно посилити базисну терапію?:

- A. глюкокортикоїди, інгібітори протеаз,
- B. антибіотики,
- C. гемосорбція,
- D. лімфосорбції,
- E. протівірусні препарати.

229. Хворий, працівник тваринницької ферми, захворів гостро: висока температура тіла, крововилив в склеру, дрібноплямистий геморагічний висип на тулубі, болі в литкових м'язах. Був поставлений діагноз лептоспіроз.

Вкажіть первинний патогенетичний фактор, який зумовлює дані клінічні прояви:

- A. дія ендотоксину,
- B. дія метаболізму лептоспір,
- C. адгезивні здібності лептоспір щодо ендотеліальних клітин капілярів і еритроцитів,
- D. зменшення рівня протромбіну,
- E. мікротромбоцитоутворення.

230. Хворий захворів гостро. Висока температура тіла до 39 ° С, головні болі, болі в литкових м'язах, зниження діурезу. У крові помірний лейкоцитоз, ШОЕ 32 мм / год, в сечі: білок 2,5 г / л, лейкоцити, циліндри. У крові

наростання рівня залишкового азоту, сечовини, білірубін загальний 60 мкмоль / л, АЛТ-1,2 ммоль / л, тимолова проба - 7 од. 10 днів тому хворий був на водоймі. Про яке захворювання слід думати?:

- A. вірусний гепатит,
- B. інфекційний мононуклеоз,
- C. лептоспіроз,
- D. сечокам'яна хвороба,
- E. бруцельоз.

231. Професійний рибалка, захворів гостро: висока температура тіла 40 ° С, головний біль, блювота, виражені м'язові болі. При огляді склери ін'єктовані, субіктеричні. Виражений менінгеальний синдром. Позитивний симптом Пастернацького з обох сторін. При дослідженні ліквору методом прямої мікроскопії в темному полі виявлені рухливі грампозитивні з безліччю завитків мікроорганізми. Етіологія даного захворювання:

- A. пневмококи,
- B. спірохети,
- C. мікобактерії,
- D. менінгококи,
- E. лептоспіри.

232. У хворого діагноз «лептоспіроз» бактеріологічно підтверджений. Оптимальним препаратом стартової етіотропної терапії є?:

- A. цефалоспоріни,
- B. пеніцилін,
- C. аміноглікозиди,
- D. еритроміцин,
- E. сульфаніламід.

233. Для серологічної діагностики лептоспірозу найбільш чутливим та інформативним методом є:

- A. РЗК,
- B. РНГА,

- C. реакція мікроаглотинації і лізису,
- D. біопроби,
- E. метод гемокультур.

234. У хворого через 2 години після вживання в'яленої риби з'явилася різка слабкість, відчуття «нестачі повітря». При огляді зниження сухожильних рефлексів, зниження глоткового рефлексу, диплопія. Частота дихання 8/хв. Ваш діагноз?:

- A. харчова токсикоінфекція,
- B. геморагічний інсульт,
- C. ботулізм,
- D. поліомієліт,
- E. енцефаліт.

235. При міастенічному синдромі при ботулізмі точкою прикладання ботулотоксину є?:

- A. поперечносмугаста мускулатура,
- B. гладка мускулатура,
- C. порушення синтезу ацетилхоліну вставних мотонейронів,
- D. ураження ендотелію судин,
- E. тимус.

236. При наданні медичної допомоги хворим на ботулізм в першу чергу необхідно?:

- A. проведення штучної вентиляції легень,
- B. промити шлунок і кишечник,
- C. корекція водно-електролітних порушень,
- D. проведення інфузійної дезінтоксикаційної терапії,
- E. призначення антибіотиків.

237. При ботулізмі, в період розпалу клінічних проявів, для відновлення медіаторної провідності необхідно використовувати наступні лікарські препарати: A. протиботулінічну сироватку,
B. глюкокортикоїди,

С. ретаболіл, церебролізин,

Д. вітаміни групи «В»,

Е. стимулятори дихального центру.

238. При профілактичному огляді у громадянина Н. з крові виділена сальмонела тифі. Ваш діагноз?:

А. черевний тиф,

В. бацилоносійство черевнотифозної сальмонели,

С. транзиторне носійство,

Д. локалізована форма сальмонельозу,

Е. нічого з перерахованого.

239. Зміни в лейкограмі, що характерні для лістеріозу:

А. лейкопенія, нейтрофіллез, прискорена ШОЕ,

В. лейкоцитоз, лімпopenія, анеозинофілія, прискорена ШОЕ,

С. лейкоцитоз, еозинофілія, прискорена ШОЕ,

Д. зміни відсутні,

Е. лейкоцитоз, збільшення кількості мононуклеарів до 60 -80%, прискорена ШОЕ.

240. Клінічні форми лістеріозу:

А. артралгічна і кишкова,

В. жовтянична і безжовтянична,

С. ангінозно-септична, неврологічна, очно-залозиста, тифоїдна, септико-гранульоматозна,

Д. легенева і фарингокон'юнктивальна лихоманка,

Е. первинно-легенева, вторинно-легенева, кишкова.

241. Найбільш часто содоку ускладнюється:

А. ендокардитом,

В. ангіною,

С. ревматизм,

Д. пневмонією,

Е. анемією.

242. Реакція аглютинації-лізису стає позитивною у хворих на содоку:

- A. з 1-го дня захворювання,
- B. на 10-12 день захворювання,
- C. в період реконвалесценції,
- D. з 6-8 дня захворювання,
- E. в період початкових клінічних проявів .

243. Проникнення збудника сапу в організм відбувається через:

- A. неушкоджені шкірні покриви,
- B. слизові оболонки шлунково-кишкового тракту,
- C. при переливанні препаратів крові,
- D. пошкоджені шкірні покриви, слизові оболонки носа і дихальних шляхів,
- E. трансплацентарно.

244. У хворого на черевний тиф , на 10 день хвороби, виникли болі в животі, метеоризм. При огляді шкірні покриви бліді, кров'яний тиск 120/80 мм рт.ст. Живіт помірно напружений, болючий по ходу кишечника. При обстеженні черевної порожнини визначається вільний газ. Про яке ускладнення черевного тифу свідчать ці дані?:

- A. внутрішньочеревна кровотеча,
- B. перфорація кишечника,
- C. пенетрація кишечника,
- D. розвиток ниркової недостатності,
- E. розвиток кишкової непрохідності.

245. У громадянина при профілактичному огляді з калу виділена сальмонела тифі. Скарг немає. Самопочуття задовільне. Виникло припущення про наявність черевнотифозної сальмонели. Який тест найбільш інформативний для підтвердження бактеріоносійства?:

- A. РНГА з «О» антигеном,
- B. РНГА з «Н» антигеном,
- C. РНГА з «Vi» антигеном,
- D. реакція Відаля,

Е. посів крові на середу Рапопорта.

246. Хворий захворів гостро, через добу після приїзду з Індії. Скарги на слабкість, часті рідкі, рясні, водянисті випорожнення до 20 разів, без патологічних домішок. При огляді сині кола під очима, язик сухий, зниження тургору шкіри, м'язові посмикування литкових м'язів, біль в області серця. На ЕКГ - екстрасистоли, зниження вольтажу, розширення комплексу QRS, зниження рівня калію в плазмі крові. Запідозрена холера. Який препарат доцільно використовувати для ургентної регідратаційної терапії?:

А. Дисоль,

В. ізотонічний розчин хлориду натрію,

С. «Трисоль»,

Д. левоміцетин,

Е. ізотонічний розчин глюкози

247. Основним джерелом інфекції при токсоплазмозі є:

А. кішки,

В. свині,

С. хвора людина,

Д. гризуни,

Е. об'єкти навколишнього середовища.

248. Найбільш частий шлях зараження токсоплазмозом:

А. повітряно-крапельний,

В. пиловий,

С. перкутанний,

Д. гемотрансфузійний,

Е. пероральний.

249. Хвору 30 років, що займається розведенням кішок, протягом останніх 2-х місяців турбує слабкість, субфебрильна температура тіла.

Гепатоспленомегалія, вогнищевий хоріоретиніт. Діагноз:

А. бруцельоз,

В. токсоплазмоз,

- C. легіонельоз,
- D. содоку,
- E. сап.

250. Хвору 20 років протягом декількох місяців турбує слабкість, епізоди підвищення температури до субфебрильних цифр, артралгії, порушення менструального циклу. При огляді полілімфаденіт, гепатомегалія, увеїт. У будинку у хворої є кішка. Діагноз:

- A. бруцельоз,
- B. ерізепелюїд,
- C. легіонельоз,
- D. содоку,
- E. токсоплазмоз.

251. У хворого на лямбліоз вегетативні форми лямблій локалізуються переважно в просвіті:

- A. шлунку,
- B. верхнього відділу тонкого кишечника,
- C. товстого кишечника,
- D. в жовчному міхурі,
- E. все вище перераховане вірно.

252. Основним у підтвердженні діагнозу «амебна дизентерія» є виявлення у випорожненнях хворого:

- A. великої вегетативної форми амеби,
- B. предцистної форми амеби,
- C. цист амеби,
- D. просвітної форми амеби,
- E. все вищеперераховане вірно.

253. У хворого кишкової формою амебіазу на третьому тижні хвороби підйом температури до 39 ° C, болі в області печінки, що посилюються при глибокому диханні, зміні положення тіла. Печінка збільшена в розмірі переважно за рахунок правої частки, болісна. Діагноз:

- A. звичайний перебіг кишкової форми амебіази,
- B. амебний абсцес печінки,
- C. інфекційно-токсичний шок,
- D. приєднався вірусний гепатит,
- E. гостра печінкова недостатність.

254. Основним методом для підтвердження діагнозу «малярія» є:

- A. біологічний,
- B. мікроскопічний,
- C. бактеріологічний,
- D. серологічний,
- E. алергічний.

255. Основним методом для підтвердження діагнозу «черевний тиф» є:

- A. біологічний,
- B. мікроскопічний,
- C. бактеріологічний,
- D. серологічний,
- E. алергічний.

256. У хворого А. через 20 днів після колотої рани стопи температура 38,5 °, з'явилася дратівливість, посмикування м'язів навколо рани, судомні скорочення жувальних м'язів. Діагноз:

- A. сепсис,
- B. сказ,
- C. енцефаліт,
- D. правець,
- E. паротит.

257. У хворої 30 років через 7 днів після кримінального аборту температура 39 ° С, часті тетанічні судоми, постійний м'язовий гіпертонус між нападами судом, тахікардія, рясне потовиділення. Діагноз:

- A. стафілококовий сепсис,
- B. клебсіельозний сепсис,

- C. правець,
- D. отруєння стрихніном,
- E. епілепсія.

258. Лікувальна доза протистолбнячного імуноглобуліну, що вводиться хворому з правцем становить:

- A. 250 МО,
- B. 900 МО,
- C. 3000 МО,
- D. 50000 МО,
- E. 100 000 МО.

259. Хворий В., мисливець. Протягом 8-ми днів температура 38-38,5 ° С, головний біль. У паховій області вузол діаметром 5 см, незначно болючий, чітко контурує, рухливий, шкіра над ним не спаяна, нормального забарвлення. Діагноз:

- A. чума,
- B. сибірська виразка,
- C. вульгарний лімфаденіт,
- D. туляремія,
- E. феліноз.

260. Мінімальним діагностичним титром реакції аглютинації, що підтверджує діагноз «туляремія» є:

- A. 1:20,
- B. 1:40,
- C. 1:100,
- D. 1:400,
- E. 1:800.

270. У хворого протягом 3-х тижнів температура 38-39 ° С, головний біль. В області стегна - кільцеподібна еритема діаметром 5 см, регіонарний лімфаденіт. Серозний менінгіт. Парез лицьового нерва. З цереброспінальної рідини виділені боррелії. Діагноз:

- A. висипний тиф,
- B. ерізепелюїд,
- C. кліщовий енцефаліт,
- D. комариний енцефаліт,
- E. хвороба Лайма.

271. Етіотропним препаратом для лікування хвороби Лайма є:

- A. інтерферон,
- B. ацикловір,
- C. ганцикловір,
- D. преднізолон,
- E. пеніцилін.

272. Переносником поворотного тифу є:

- A. кліщі,
- B. блохи,
- C. воші,
- D. комарі,
- E. нічого з перерахованого вище.

273. Хворий А. захворів гостро. З 1.03 по 7.03 температура 39-40 ° С, з 7.03.по 12.03 температура нормалізувалася, з 13.03 по 18.03 температура 39-40 ° С. Головний біль, біль в м'язах і суглобах. У товстій краплі крові виявлені боррелії. Діагноз:

- A. черевний тиф,
- B. висипний тиф,
- C. Ку-лихоманка,
- D. поворотний тиф,
- E. хвороба Лайма.

274. Гіпоендемичні по малярії населені пункти вважаються в тому випадку, якщо селезінковий індекс у дітей від 2-х до 9-ти років становить:

- A. 7%,
- B. 15%,

- C. 30%,
- D. 60%,
- E. 80% .

275. Голоендемичні по малярії населені пункти вважаються в тому випадку, якщо паразитарний індекс у дітей грудного віку становить:

- A. 10%,
- B. 30%,
- C. 50%,
- D. 60%,
- E. 75%.

276. Мезоендемичні по малярії населені пункти вважаються в тому випадку, якщо селезінковий індекс у дітей від 2-х до 9-ти років становить:

- A. 10%,
- B. 30%,
- C. 60%,
- D. 70%,
- E. 80% .

277. Самка комара роду *Anopheles*, заразившись *P. vivax*, залишається заразною протягом:

- A. 24 години,
- B. 48 годин,
- C. 72 години,
- D. 96 годин,
- E. до кінця життя.

278. Препаратом вибору етіотропної терапії при середньотяжкому перебігу шигельозу є:

- A. похідні нітрофурану,
- B. сульфаніламідни,
- C. похідні хінолону,
- D. гентаміцин,

Е. левоміцетин.

279. Тенезми при шигельозі можуть бути ослаблені при призначенні:

А. Хілак-форте,

В. свічок з анестезином,

С. Біфі-форму,

Д. пентоксилу,

Е. відвару ромашки.

280. Інкубаційному періоду бруцельозу відповідає фаза патогенезу:

А. гематогенного заносу,

В. лімфогенного занесення,

С. полівогнещевих локалізацій,

Д. екзогенних обсіменіння,

Е. фаза резидуального метаморфозу.

281. Кінцю бруцельозу відповідає фаза патогенезу:

А. гематогенного заносу,

В. лімфогенного занесення,

С. полівогнещевих локалізацій,

Д. екзогенного обсіменіння,

Е. фаза резидуального метаморфозу.

282. Хворий В., пастух. Протягом року турбують болі в колінних суглобах, субфебрильна температура, рясне потовиділення. Колінні суглоби набряклі, рухи в них хворобливі. Гепатоспленомегалія. Імпотенція. Діагноз:

А. туберкульоз,

В. ревматоїдний артрит,

С. сифілітичний поліартрит,

Д. бруцельоз,

Е. хроніосепсис.

292. Головною токсичною субстанцією, утвореною *Cl. botulinum* є:

А. ендотоксин,

В. нейрамінідаза,

- С. гіалуронідаза,
- Д. екзотоксин,
- Е. стрептолізин.

293. У хворого на ботулізм часте і поверхнєве дихання розвивається в результаті: А. набряку легенів,

- В. механічної обструкції дихальних шляхів,
- С. парезу м'язів діафрагми, міжреберних м'язів і м'язів черевного пресу,
- Д. ларингоспазму,
- Е. дегідратації.

294. Збудником ящура є:

- А. спірохета,
- В. рикетсії,
- С. бактерія,
- Д. РНК-вірус,
- Е. ДНК-вірус.

295. Основний шлях зараження ящуром для людини:

- А. аспіраційний,
- В. трансмісивний,
- С. вертикальний,
- Д. фекально-оральний,
- Е. контактний.

296. Опорними симптомами для діагностики ящуру є:

- А. поступовий початок захворювання, плямисто-папулезний характер висипу з етапним розповсюдженням і пігментацією,
- В. гострий початок захворювання, висип дрібний з елементами згущення в природних складках,
- С. гострий початок захворювання, пухирці та ерозії на слизових оболонках і кон'юнктиві, висипання навколо нігтів і міжпальцевих складках,

Д. гострий початок захворювання, ін'єкція судин склер, розеольозно-петехіальний характер висипу на внутрішній поверхні плечей, бічних поверхнях тулуба,

Е. поступовий початок захворювання, висип розеольозного характеру на передній поверхні грудної клітини.

297. Джерело інфекції при сибірці:

А. людина,

В. сільськогосподарські тварини,

С. комахи,

Д. водоплаваючі птахи,

Е. кліщі.

298. Вхідними воротами інфекції при сибірці найчастіше є:

А. слизова дихальних шляхів,

В. слизові шлунково-кишкового тракту,

С. ушкоджена шкіра,

Д. кон'юнктива,

Е. лімфоглоткове кільце Пирогова.

299. Карбункул при сибірці характеризується:

А. вираженою набряклістю тканин і різкою болючістю,

В. вираженим набряком і безболісністю тканин,

С. відсутністю набряку тканин і різкою болючістю,

Д. відсутністю набряку тканин і безболісністю,

Е. нагноєнням з різкою болючістю.

300. Ведучий метод діагностики сибірки:

А. бактеріоскопічний,

В. біологічний,

С. бактеріологічний,

Д. серологічний,

Е. алергологічний.

301. Основний метод лікування шкірної форми сибірки:

- A. пов'язки з маззю Вишневського,
- B. розтин і дренування карбункула,
- C. вакцинація,
- D. введення сироватки,
- E. антибактеріальна терапія.

302. Інкубаційний період при чумі:

- A. 3-7 днів,
- B. 5-7 днів,
- C. 1-6 днів,
- D. 7-14 днів,
- E. 11-21 день.

303. Екстрена профілактика контактним при чумі проводиться:

- A. еритроміцином,
- B. пеніциліном,
- C. гентаміцином,
- D. стрептоміцином,
- E. цефазоліном.

304. Найчастіша причина смерті хворих при септичній формі чуми:

- A. гостра ниркова недостатність,
- B. гостра дихальна недостатність,
- C. інфекційно-токсичний шок,
- D. набряк-набухання головного мозку,
- E. поліорганна недостатність.

305. Лікування хворого бубонною формою чуми слід починати з:

- A. введення імуноглобуліну,
- B. дезінтоксикаційної терапії,
- C. місцевої терапії,
- D. антибактеріальної терапії,
- E. стимулюючої терапії.

306. Основна причина анемії при малярії:

- A. гіперфункція селезінки з гіперспленізмом,
- B. гемоліз еритроцитів в результаті розвитку малярійних плазмодіїв,
- C. аутоімунний гемоліз еритроцитів,
- D. зниження осмотичної резистентності еритроцитів з подальшим їх гемолізом,
- E. в результаті кровотечі.

307. Близні рецидиви при малярії обумовлені:

- A. спорогонією,
- B. гаметоцитогонією,
- C. тканинною шизогонією,
- D. еритроцитарною шизогонією,
- E. приєднанням вторинної інфекції.

308. Віддалені рецидиви при малярії обумовлені:

- A. спорогонією,
- B. гаметоцитогонією,
- C. тканинною шизогонією,
- D. еритроцитарною шизогонією,
- E. приєднанням вторинної інфекції.

309. Віддалені рецидиви характерні для малярії:

- A. чотириденної,
- B. триденної,
- C. тропічної,
- D. все перераховане вище вірно,
- E. не характерні.

310. Малярійна кома характерна для малярії:

- A. чотириденної,
- B. триденної,
- C. тропічної,
- D. ovale,
- E. не характерні.

311. Ведучий метод лабораторної діагностики малярії:

- A. серологічний,
- B. паразитоскопічний,
- C. бактеріологічний,
- D. імунологічний,
- E. біологічний.

312. Жовтяниця при малярії обумовлена переважно:

- A. порушенням захоплення і кон'югації білірубіну в гепатоцитах,
- B. обтюрцією жовчної протоки,
- C. розвитком гепатиту,
- D. аутоімунним гемолізом еритроцитів,
- E. надлишковим гемолізом еритроцитів в результаті шизогонії.

313. Лихоманка, типова для малярії:

- A. ремітуюча,
- B. постійна,
- C. інтермітуюча,
- D. хвилеподібна,
- E. субфебрильна.

314. Ускладнення, характерне для розпалу висипного тифу:

- A. пневмонія,
- B. тромбоемболія,
- C. перитоніт,
- D. інфекційно-токсичний шок,
- E. перфорація кишечника.

315. Ускладнення, характерне для періоду реконвалесценції висипного тифу:

- A. менінгоенцефаліт,
- B. тромбоемболії,
- C. психоз,
- D. пневмонія,
- E. перфорація кишечника.

316. В інкубаційному періоді висипного тифу розмноження збудника відбувається в:

- A. регіонарних лімфатичних вузлах,
- B. лімфоцитах периферичної крові,
- C. макрофагах,
- D. ендотелії кровоносних капілярів,
- E. пейєрових бляшках.

317. Типова екзантема при висипному тифі:

- A. везикуло-папульозна,
- B. п'ятнисто-папульозна,
- C. розеольозно-петехіальна,
- D. розеольозно-папульозна,
- E. поліморфна.

318. Хворий на висипний тиф може служити джерелом інфекції:

- A. в початковому періоді хвороби,
- B. з останніх 1-2 днів інкубаційного періоду і весь гарячковий період,
- C. з початку клінічних проявів і до 21 дня нормальної температури тіла,
- D. з кінця інкубаційного періоду і до появи висипу,
- E. увесь гарячковий період і в період реконвалесценції.

319. Лихоманка в періоді розпалу висипного тифу:

- A. ремітуюча,
- B. постійна,
- C. інтермітуюча,
- D. хвилеподібна,
- E. субфебрильна.

320. З боку серцево-судинної системи в розпалі захворювання при висипному тифі та хвороби Бриля зазначається:

- A. відносна брадикардія, помірна гіпотонія,
- B. тахікардія, гіпотонія,
- C. брадикардія, гіпертонія,

- D. тахікардія, гіпертонія,
E. брадикардія, гіпертонія.
321. Основний метод специфічної лабораторної діагностики висипного тифу:
A. бактеріологічний,
B. шкірно-алергічний,
C. серологічний,
D. біологічний,
E. імунологічний.
322. Зміни в лікворі при гарячкової формі кліщового енцефаліту:
A. відсутні,
B. високий лімфоцитарний плеоцитоз,
C. високий нейтрофільний плеоцитоз,
D. низький лімфоцитарний плеоцитоз,
E. низький нейтрофільний плеоцитоз.
323. Вакцинація проти кліщового енцефаліту проводиться:
A. хворим будь-якою формою кліщового енцефаліту,
B. після видалення кліща, що присмоктався,
C. робітникам інфекційних стаціонарів,
D. не проводиться,
E. особам, які виїжджають на роботу в природні вогнища кліщового енцефаліту.
324. Екзантема, характерна для менінгококцемії:
A. розеольозна,
B. папульозна,
C. еритематозна,
D. везикульозна,
E. геморагічна.
325. Висип при менінгококцемії з'являється на:
A. 1-2 день хвороби,
B. 3-4 день хвороби,

- С. 5-6 день хвороби,
- Д. 7-8 день хвороби,
- Е. 9-10 день хвороби.

326. Вхідні ворота при інфекційному мононуклеозі:

- А. слизові верхніх дихальних шляхів,
- В. ушкоджена шкіра,
- С. слизові верхніх відділів шлунково-кишкового тракту,
- Д. лімфо-глоткове кільце Пирогова,
- Е. кон'юнктива.

327. Запалення верхніх дихальних шляхів при неускладненому грипі:

- А. катаральне,
- В. фібринозне,
- С. фібринозно-некротичне,
- Д. фібринозно-геморагічне,
- Е. фібринозно-гнійне.

328. Шлях передачі при дифтерії:

- А. контактено-побутовий,
- В. повітряно-крапельний,
- С. трансмісивний,
- Д. водний,
- Е. парентеральний.

329. Плівкову форму дифтерії найчастіше доводиться диференціювати з:

- А. ангіною Симановського-Венсана,
- В. грибковим ураженнями слизової ротоглотки,
- С. лакунарною ангіною,
- Д. афтозним стоматитом,
- Е. термічним опіком ротоглотки.

330. Реплікація ВІЛ відбувається в:

- А. плазмоцитах і макрофагах,
- В. В-лімфоцитах і плазмоцитах,

- С. пейєрових бляшках,
- Д. макрофагах і Т-хелперах,
- Е. В-лімфоцитах.

331. К опортуністичним інфекціям при СНІД відносяться:

- А. бруцельоз,
- В. лептоспіроз,
- С. дифтерія,
- Д. ехінококоз,
- Е. пневмоцистоз.

332. Персистуюча генералізована лімфаденопатія при ВІЛ-інфекції характеризується збільшенням:

- А. будь-яких 3-х груп лімфовузлів, їх болючістю, нагноєнням,
- В. не менше 2-х лімфовузлів в 2-х різних групах, за винятком пахових, більше 1 см, протягом 3-х місяців,
- С. всіх груп лімфовузлів протягом 1 місяця,
- Д. пахових і пахових лімфовузлів протягом 6 місяців,
- Е. пахових лімфовузлів, їх болючістю, спаяністю між собою.

333. Кишкова фаза розвитку токсоплазм відбувається в організмі:

- А. людини,
- В. свині,
- С. крупної рогатої худоби,
- Д. кішки,
- Е. собаки.

334. Джерело інфекції при токсоплазмозі:

- А. людина,
- В. тварини з сімейства котячих,
- С. крупна рогата худоба,
- Д. свині,
- Е. собаки.

335. Імунітет при токсоплазмозі:

- A. стійкий стерильний,
- B. нестійкий стерильний,
- C. стійкий нестерильний,
- D. нестійкий нестерильний,
- E. відсутній.

336. Токсоплазми в організмі людини при латентному токсоплазмозі зберігаються у вигляді:

- A. ооцист,
- B. псевдоцист,
- C. тахізоїтів,
- D. тканинних цист,
- E. ендозоїтів.

337. Препарат для етіотропної терапії токсоплазмозу:

- A. піріметамін,
- B. пеніцилін,
- C. делагіл,
- D. метронідазол,
- E. вермокс.

338. Шляхи зараження людини токсоплазмозом:

- A. парентеральний, гемоконтактний,
- B. харчовий, трансплацентарний,
- C. повітряно-краплинний, повітряно-пиловий,
- D. водний, перкутанний,
- E. повітряно-пиловий, водний.

339. Спостереження за контактними з хворим на дифтерію здійснюється:

- A. протягом 7 днів,
- B. протягом 7 днів з моменту роз'єднання з хворим,
- C. протягом 14 днів з моменту роз'єднання з хворим,
- D. до одужання хворого на дифтерію,
- E. протягом одного року в КІЗ.

340. Для гіпертоксичної форми дифтерії характерно:

- A. бурхливе прогресування симптомів інтоксикації з розвитком ІТШ, з відставанням у розвитку місцевих змін в ротоглотці,
- B. прогресування симптомів інтоксикації з розвитком ІТШ,
- C. відсутність в ротоглотці змін характерних для дифтерії,
- D. помірно виражені симптоми інтоксикації і фібринозне запалення в ротоглотці,
- E. відсутність симптомів інтоксикації.

341. Помірне підвищення активності АлАТ і субіктеричність шкірних покривів характерні для:

- A. калькульозного холециститу,
- B. вірусного гепатиту,
- C. лептоспірозу,
- D. інфекційного мононуклеозу,
- E. цирозу печінки.

341. Хвора Л., 26 років, перебуває на диспансерному обліку в центрі СНІД протягом 5 років. 6 місяців тому діагностовано саркому Капоші, протягом місяця високо лихоманить, нестійкі випорожнення, збільшені всі групи лімфовузлів. При обстеженні вміст у крові СД4 - 250 в 1 мкл, рівень РНК ВІЛ - 55000 копій \ мл. Яка стадія ВІЛ-інфекції?:

- A. гостра,
- B. безсимптомна,
- C. ПГЛП,
- D. маніфестна,
- E. СНІД-індикаторна.

342. Для ангінозно-бубонної форми чуми характерно все, крім:

- A. болів в горлі при ковтанні,
- B. вираженої і тривалої лихоманки, вираженої загальної інтоксикації,
- C. одностороннє ураження мигдаликів,
- D. діареї,

Е утворення бубону в області регіонарних лімфовузлів.

343. Плівчата форма дифтерії мигдаликів характеризується:

А. наявністю фібринозно-плівчастих нальотів, які не виходять за межі мигдаликів,

В. некротичними змінами на мигдаликах,

С. наявністю кратероподібної виразки на одній з мигдаликів,

Д. наявністю фібринозно-плівчастих нальотів, що виходять за межі мигдаликів,

Е утворення бубону в області регіонарних лімфовузлів.

344. Характер запалення, що розвивається при дифтерії гортані:

А. гнійне,

В. дифтеритичне,

С. крупозне,

Д. не розвивається,

Е. катаральне.

345. Розрив селезінки при інфекційному мононуклеозі розвивається:

А. після одужання,

В. на 5 - 7 день захворювання,

С. не характерний,

Д. на 2 - 3 тижні захворювання,

Е. через 1 рік після перенесеного захворювання.

346. Захисним титром антитоксичного протидифтерійного імунітету є:

А. 0.1 МО / мл і вище,

В. 0.03 МО / мл і вище,

С. 0.1 МО / мл і нижче,

Д. 0.03 МО / мл і нижче,

Е. 0.03 - 0.1 МО / мл.

347. Санація бактеріоносіїв *C. diphtheriae* здійснюється:

А. в терапевтичному відділенні,

В. в ЛОР-відділенні,

- С. в інфекційному відділенні,
- Д. в провізорному відділенні,
- Е. на дому.

348. Специфічна терапія при дифтерії представлена:

- А. бактеріофагами,
- В. протидифтерійною сироваткою,
- С. антибіотиками,
- Д. протидифтерійною сироваткою, антибіотиками,
- Е. сульфаніламидами.

349. Ураження нирок при дифтерії обумовлено:

- А. впливом ЦК,
- В. токсичним впливом,
- С. порушенням мікроциркуляції,
- Д. гіпоксією,
- Е. безпосереднім впливом токсину, ЦК.

350. Розвиток неспецифічних ускладнень при дифтерії обумовлений:

- А. приєднанням і активацією вторинної бактеріальної мікрофлори,
- В. активацією вторинної бактеріальної мікрофлори,
- С. приєднанням вторинної бактеріальної мікрофлори,
- Д. віком хворого,
- Е. вакцинальним статусом хворого.

351. Локалізована форма дифтерія носа представлена:

- А. плівчастою,
- В. катаральною,
- С. катарально-виразковою,
- Д. катаральною, катарально-виразковою, плівчастою,
- Е. поширеною.

352. Для гіпертоксичної форми дифтерії характерні: бурхливий початок, наростання клінічних симптомів протягом 1-2-х днів з розвитком:

- А. ДВЗ-синдрому,

В. ІТШ,

С. ІТШ, ДВЗ-синдрому,

Д. пневмонії,

Е. крупа.

353. У ранні терміни захворювання на дифтерію з боку нервової системи уражаються:

А. глоткові нерви,

В. діафрагмальні нерви,

С. міжреберні нерви,

Д. черепні нерви,

Е. відсутнє ураження нервової системи.

354. Показанням для госпіталізації при епідемічному паротиті є:

А. вік хворого,

В. наявність ускладнень,

С. тяжкий перебіг захворювання, ураження нервової системи, неможливість ізоляції хворого,

Д. двобічне ураження привушних залоз,

Е. ураження нервової системи.

355. Лейкограма при тяжкому перерізі дифтерії характеризується:

А. лейкоцитозом, еозинофілією, клітинами Тюрка,

В. лейкопенією, лімфоцитозом, еозинофілією,

С. лейкоцитозом, палочкоядерним зрушенням вліво, лимфопенією,

Д. лейкопенією, нейтропенією, лімфоцитозом,

Е. вираженим нейтрофільним лейкоцитозом, анеозинофілією, моноцитопенією.

357. У хворого 18 років, скарги на підвищення температури тіла, слабкість, головний біль, сухість у роті, припухлість, болючість в лівій привушній області, іррадіює в ліве вухо. При огляді - в області лівої вушної раковини визначається припухлість, що заповнює ретромандибулярний простір, пружною консистенції, мало болюча на дотик. Мочка лівого вуха

відстовбурчена, піднята догори і вперед. Позитивні симптоми Мурсона, Філатова. Ваш діагноз:

- A. гнійний паротит,
- B. епідемічний паротит,
- C. ЦМВІ,
- D. пухлина привушної залози,
- E. інфекційний мононуклеоз.

358. При вірусно-бактеріальних ускладненнях грипу найбільш ефективним є призначення:

- A. антибіотиків,
- B. рекомбінантного інтерферону, п\грипозного g\глобуліну, антибіотиків,
- C. сульфаніламідів,
- D. нормального імуноглобуліну людини,
- E. дезінтоксикаційної терапії.

359. Прогностичне значення появи тріади Молчанова (блювота, болі в животі, стійкий ритм галопу) у хворого з дифтерійним міокардитом:

- A. не має прогностичного значення,
- B. прогностично благоприємна ознака,
- C. неблагоприємна прогностична ознака,
- D. свідчить про покращення,
- E. свідчить про інфаркт міокарда.

360. Септичні форми токсоплазмозу розвиваються:

- A. у осіб молодого віку,
- B. у старих,
- C. у новонароджених і дітей дошкільного віку,
- D. у вагітних,
- E. при імунодефіциті.

361. Хворий М., хворіє 3-й день. Захворів гостро з підвищення Т тіла до 40 °, головного болю, анорексії, болю в горлі. При огляді - на щоках, тулубі, згинальних поверхнях кінцівок точкова висипка на гіперемійованому тлі

шкіри з елементами згущення в природних складках. Язик обкладений сіруватим нальотом. В ротоглотці «відмежована» гіперемія мигдалин, дужок, язичка, м'якого неба, на твердому небі - енантема, мигдалини пухкі. Ваш діагноз:

- A. скарлатина,
- B. кір,
- C. псевдотуберкульоз,
- D. ентеровірусна інфекція,
- E. вітряна віспа.

362. У хворого 5 років на протязі 2-х днів температура тіла 37.8°C , слабкість, кашель. На 3-ю добу температура тіла 40°C , хрипкий голос, "гавкаючий кашель». Дихання шумне з втягнення міжреберних проміжків. Діагноз?:

- A. ентеровірусна інфекція,
- B. парагрип,
- C. грип,
- D. аденовірусна інфекція,
- E. менінгококовий назофарингіт.

363. Хворий 19 років, скаржить на головний біль, запаморочення, блювоту, підвищення T тіла до $38,9^{\circ}\text{C}$. Хворіє 3-й день. При огляді - стан хворого середньої важкості, в ротоглотці - гіперемія слизової, на м'якому небі, передніх піднебінних дужках везикули з прозорим вмістом, на тулуб елементи плямистої висипки, виражена ригідність м'язів потилиці, позитивний симптом Керніга. Діагноз:

- A. герпетичний менінгіт,
- B. коровий менінгоенцефаліт,
- C. менінгококовий менінгіт,
- D. ентеровірусний менінгіт,
- E. вітряний менінгоенцефаліт.

364. Хворий Н., 54 років, захворів гостро з підйому T тіла, головного болю. При огляді на 5-й день захворювання - обличчя гіперемійоване, склери

ін'єктовані, на бічних поверхнях тулуба розеольозно-петехіальний висип. Язик при висовуванні з рота тремтить. Діагноз?:

- A. черевний тиф,
- B. висипний тиф,
- C. сепсис,
- D. лептоспіроз,
- E. бешиха.

365. Хворого 42 років зі скаргами на слабкість, лихоманку, головний біль, галюцинації госпіталізували в інфекційну лікарню. При огляді виникла підозра на висипний тиф. Який антибіотик необхідно призначити цьому хворому?:

- A. пеніцилін,
- B. тетрациклін,
- C. левоміцетин,
- D. еритроміцин,
- E. ампіцилін.

366. В інфекційну лікарню поступив хворий з діагнозом грип. Скарги на головний біль, високу лихоманку, слабкість, безсоння. Об'єктивно-обличчя гіперемійоване, склери ін'єктовані, на тулубі петехіальний висип. Гепатоспленомегалія. Яке дослідження слід призначити в першу чергу?:

- A. реакцію Пауля-Бунелля,
- B. пробу Бюрне,
- C. реакцію Райта-Хеддельсона,
- D. РСК з рикетсіями Провачека,
- E. змив із носоглотки.

367. Хвора 19 років, видалила дрібний гнійник на верхній губі. Після дуже сильного ознобу, підвищилася температура тіла до 39°C. У важкому стані хвора поступила у відділення щелепно-лицевої хірургії. В аналізі крові: л-25, $5 * 10^9$ / л, ШЗЕ-36мм / год. Діагноз:

- A. туляремія,

- В. малярія,
- С. бруцельоз,
- Д. сепсис,
- Е. вітряна віспа.

368. Хворий 35 років, ветеринар. 2-й день захворювання, відзначається виражений поширений набряк шкіри лівої половини обличчя, бульозні елементи з геморагічним вмістом. Біль в зоні ураження відсутня, Т тіла 39°C, вміст лейкоцитів $7,0 \times 10^9$ / л. Ваш діагноз:

- А. бешиха,
- В. флегмона обличчя,
- С. сибірка,
- Д. алергічний дерматит,
- Е. СЧВ.

369. Вторинна вірусемія при кліщовому енцефаліті збігається з:

- А. формуванням носійства,
- В. розпалом захворювання,
- С. одужанням,
- Д. з початком клінічних проявів захворювання,
- Е. з хронізацією захворювання.

370. У хворої Ю., 18 років, через 3 дні після абортів на дому, з'явився головний біль, озноб, слабкість, підвищилася температура тіла до 39.8°C. Яке захворювання необхідно виключити у хворої?:

- А. сепсис,
- В. ящур,
- С. сепсис,
- Д. грип,
- Е. туляремія.

371. У перші дні захворювання на дифтерію смерть може настати від:

- А. алгїду,
- В. набряку легенів,

- С. важкого міокардиту,
- Д. інфаркту міокарда,
- Е. ІТШ, крупа.

380. Для гіпертоксичної форми дифтерії характерно:

- А. бурхливе прогресування симптомів інтоксикації з розвитком ІТШ, з відставанням у розвитку місцевих змін в ротоглотці,
- В. прогресування симптомів інтоксикації з розвитком ІТШ,
- С. відсутність в ротоглотці змін характерних для дифтерії,
- Д. помірно виражені симптоми інтоксикації і фібринозне запалення в ротоглотці,
- Е. відсутність симптомів інтоксикації.

381. Хворий 32 років, захворів гостро. Т тіла 38,5 ° С, сильний головний біль, блювота не приносить полегшення. Ригідність м'язів потилиці +10 см, позитивний симптом Керніга. В лікворі: цитоз-10000 клітин, з них 97% нейтрофіли, цукор знижений, білок підвищено в 2 рази. Для якого захворювання характерно вище зазначене?:

- А. менінгізма,
- В. туберкульозного менінгіту,
- С. субарахноїдального крововиливу,
- Д. гнійного менінгіту,
- Е. серозного менінгіту.

382. У хворого 47 років Т тіла 38,5 ° С, скаржиться на біль в горлі. Мигдалини набряклі, помірно гіперемійовані з ціанотичним відтінком, покриті щільною сірої плівкою, яка поширюється на м'яке піднебіння, язичок. Для якого захворювання характерно вище зазначене?:

- А. лакунарної ангіни,
- В. локалізованої форми дифтерії,
- С. паратонзиллярного абсцесу,
- Д. комбінованої форми дифтерії,
- Е. поширеної форми дифтерії.

383. У хворої М., 23 років, на 3-й день захворювання ГРВІ, з'явилися позитивні менінгеальні знаки. При обстеженні: ліквор прозорий, безбарвний, витікає струменем, плеоцитоз 150 клітин в 1 мкл., Білок 0.45 г / л, лімфоцитів 89%. Вище зазначені зміни характерні для:

- A. гнійного менінгіту,
- B. серозного менінгіту,
- C. менінгізма,
- D. субарахноїдального крововиливу,
- E. зміни відсутні.

384. Хворий 40 років, повернувся з Пакистану. Захворів гостро, у першій половині дня з ознобу, головного болю, нудоти, підвищення Т тіла до 39,5 С - 40°C. Через 10 годин зазначалося профузне потовиділення, зниження температури. Аналогічні напади відзначалися через день. У крові еритропенія, зниження гемоглобіну. У хворого спленогепатомегалія. Діагноз?:

- A. триденна малярія,
- B. чотириденна малярія,
- C. тропічна малярія,
- D. малярія овале,
- E. сепсис.

385. Хворий повернувся з Південної Америки. Захворів гостро з ознобу, підвищення Т тіла до 39.5°C з періодами через 2 дні. У хворого помірна гепатоспленомегалія У крові зниження еритроцитів, гемоглобіну, лейкопенія: Діагноз?:

- A. триденна малярія,
- B. чотириденна малярія,
- C. тропічна малярія,
- D. малярія овале,
- E. сепсис.

386. У хворого на тропічну малярію з'явився сильний головний біль, багаторазова блювота, судоми. Хворий загальмований, сухожилльні рефлекси знижені, позитивні менінгеальні знаки. Яке ускладнення розвинулося у хворого?:

- A. інфекційно-токсичний шок,
- B. гемоглобінурійна лихоманка ,
- C. розрив селезінки ,
- D. малярійна кома ,
- E. гостра нирково-печінкова недостатність.

387. У хворого на менінгококцемію, через 4 години від початку захворювання, з'явилася геморагічна висипка зливного характеру, з ділянками некрозу, зниження артеріального тиску до 80/40, тахікардія, анурія. Яке ускладнення розвинулося?:

- A. набряк головного мозку,
- B. гостра ниркова недостатність,
- C. інфекційно-токсичний шок,
- D. менінгіт,
- E. менінгоенцефаліт.

388. У хворого на менінгококову інфекцією через 20 годин від початку захворювання з'явилися інтенсивний головний біль, блювота, збудження, судоми, змінився характер дихання. Яке ускладнення розвинулося?:

- A. набряк легень,
- B. інфекційно-токсичний шок,
- C. пневмонія,
- D. ендокардит,
- E. набряк головного мозку.

389. У хворого на менінгококовий назофарингіт через 3 дні від початку захворювання підвищилася температура тіла до 41°C, з'явився головний біль, блювота, позитивні менінгеальні знаки. В лікворі: цитоз 150000 в 1 мкл, 90% - нейтрофіли. Діагноз?:

- A. менінгізм,
- B. менінгококовий менінгіт,
- C. субарахноїдальний крововилив,
- D. ендокардит,
- E. інфекційно-токсичний шок.

390. Хвора 70 років, захворіла гостро. Хвора збуджена, судини склер ін'єктовані, обличчя гіперемійоване, симптом Говорова-Годельє позитивний? РСК з рикетсіями Провачека 1:160, Ig G - 87%. Діагноз?:

- A. менінгококова інфекція,,
- B. черевний тиф
- C. епідемічний висипний тиф,
- D. хвороба Брилля,
- E. грип.

391. Хворий Р, захворів гостро, температура тіла підвищилася до 41°C, з'явився головний біль, слабкість, на 5-й день - розеолезно-петехіальний висип на бічній поверхні грудної клітини, спині. РСК з рикетсіями Провачека 1:640, IgM - 89%. Діагноз?:

- A. черевний тиф,
- B. ентеровірусная інфекція,
- C. хвороба Брилля,
- D. висипний тиф,
- E. грип.

392. Безпосередньою причиною загибелі хворих при блискавичній формі сепсису є:

- A. ураження серцево-судинної системи,
- B. ураження наднирників,
- C. ураження печінки,
- D. ураження легень,
- E. набряк-набухання речовини головного мозку.

393. Принципи лікування хворих сепсисом включає все, крім:

- A. антибіотиків,
- B. імунотерапії,
- C. дезінтоксикаційної терапії,
- D. інгібіторів протеолізу,
- E. імунодепресантів.

394. Визначте, що характерно для сапу?

- A. ураження нервової системи, переважно вставних нейронів полісинаптичних рефлекторних дуг екзотоксинів,
- B. блискавичне, підгострий і рецидивуючий перебіг,
- C. гострий та хронічний перебіг захворювання з утворенням специфічних гранульом в різних органах і тканинах,
- D. гострий перебіг з ураженням нервової системи,
- E. гострий перебіг захворювання з вираженим геморагічним синдромом, тромбоцитопенією.

395. У хворого на краснуху на 5-й день від початку захворювання підйом температури тіла до 39 ° C, поява головного болю, 3-х разової блювоти, неврологічної симптоматики, втрата свідомості. Діагноз?

- A. гостре порушення мозкового кровообігу,
- B. гіпертонічний криз,
- C. краснушний енцефаліт,
- D. приєдналася вторинна інфекція,
- E. субарахноїдальний крововилив.

396. У хворого 5 років на протязі 2-х днів температура тіла 37,8 ° C, слабкість, кашель. На 3-ю добу температура 40 ° C, хрипкий голос, "гавкаючий кашель». Дихання шумне з втягненням міжреберних проміжків. Діагноз?

- A. ентеровірусна інфекція,
- B. парагрип,
- C. грип,
- D. аденовірусна інфекція,

Е. менінгококовий назофарингіт.

397. У хворого 18 років скарги на субфебрильну температура тіла, нежить з незначним серозним виділенням, сухий "гавкаючий" кашель. При огляді помірна гіперемія м'якого піднебіння, задньої стінки глотки. Діагноз?

А. ентеровірусна інфекція,

В. пневмонія,

С. грип,

Д. аденовірусна інфекція,

Е. парагрип.

398. У хворої 20 років слизові виділення з носа, набряк обличчя й повік, слъозотеча, склерит, гіперемія дужок і гіпертрофія фолікулів задньої стінки глотки, кон'юнктивіт з плівками, лихоманка 38,5 ° С. Діагноз?

А. аденовірусна інфекція,

В. кір,

С. грип,

Д. герпетична інфекція,

Е. ентеровірусна інфекція.

399. У хворого 15 років, на 3-й день хвороби, скарги на різучу біль в очах, слизові виділення і гіперемію кон'юнктиви. Ін'єкція судин склер і кон'юнктиви з щільними біло-жовтими плівками. В школі три випадки подібного захворювання. Діагноз?

А. парагрип,

В. аденовірусна інфекція,

С. герпес,

Д. ентеровірусна інфекція,

Е. цитомегаловірусна інфекція.

400. Для екстреної профілактики холери для контактних у вогнищі використовується:

А. ампіцилін,

В. фуразолідон,

С. хінін,

Д. фталазол,

Е.

доксидиклін.

401. Вкажіть, що є основним профілактичним заходом, який попереджає зараження холерою:

А. контроль за громадським харчуванням,

В. бактеріологічний контроль за особами, які прибули з районів ендемічних по холері,

С. застосування профілактичної дезінфекції,

Д. вживання кип'яченої води,

Е. дотримання правил особистої гігієни .

402. Виберіть, який з сольових розчинів слід використовувати в якості стартового, якщо у хворого на холеру має місце 3 ступінь зневоднення:

А. 5% розчин глюкози,

В. 0,9% розчин натрію хлориду,

С. реополіглюкін,

Д. нативна плазма,

Е. трисоль.

403. Вкажіть морфологічну особливість менігококу, яка сприяє фіксації його на слизових оболонках носоглотки:

А. здатність до токсиноутворення,

В. наявність типоспецифічного антигену,

С. здатність продукувати гемолізину,

Д. наявність тришарової капсули,

Е. наявність ворсинок.

404. Вкажіть, морфологічну особливість менігококу, яка сприяє його стійкості до фагоцитозу:

А. наявність тришарової капсули,

В. грам негативне фарбування по Граму,

С. здатність продукувати гемолізину,

D. наявність ворсинок,

E - наявність протеаз.

405. Вкажіть, яка біокультуральна особливість менінгококу сприяє його виживанню як виду в міжепідемічеській період:

A. здатність продукувати гемолізину,

B. стійкість до фагоцитозу,

C. наявність групоспецифічного антигену,

D. наявність L-форм,

E. здатність розщеплювати молекули IgA.

406. Вкажіть, при якій формі менінгококової інфекції, спостерігатиметься найбільш активне виділення збудника в навколишнє середовище:

A. назофарингіт,

B. менінгіт,

C. менінгоенцефаліт,

D. менінгококцемія,

E. менінгококовий артрит.

407. Основним у лікуванні поствакцинальних енцефалітів є:

A. призначення антибіотиків,

B. застосування типоспецифічних вакцин,

C. регідратаційна терапія,

D. вітамінотерапія,

E. призначення кортикостероїдів.

408. Які засоби індивідуальної профілактики кліщового енцефаліту існують:

A. використання репелентів,

B. використання спецодягу,

C. проведення самоогляду та видалення кліщів,

D. взаємоогляди,

E. все перераховане вірно.

409. В яких регіонах Україні зустрічається кліщовий енцефаліт:

A. Карпати,

- В. Луганська область,
- С. Приазов'ї,
- Д. Донецька область,
- Е. Запорізька область.

410. Переносником сезонного вірусного енцефаліту є:

- А. воші,
- В. кліщі,
- С. блохи,
- Д. клопи,
- Е. мухи.

411. Механізм передачі інфекції при Ку-лихоманці:

- А. аліментарний,
- В. контактний,
- С. трансмісивний,
- Д. інгаляційний,
- Е. все перераховане вірно.

412. Вкажіть, до яких морфологічних структур виражена тропність збудника Ку-лихоманки:

- А. ендотелію судин,
- В. клітинам центральної нервової системи,
- С. ниркової тканини,
- Д. ретикулоендотеліальної системи,
- Е. поперечно-смугастої мускулатури.

413. У хворого з клінікою вогнищевої пневмонії, РСК з антигеном коксієли Бюрнету 1:16. Вкажіть препарат вибору.

- А. напівсинтетичні пеніциліни,
- В. антибіотики тетрациклінового ряду,
- С. бісептол,
- Д. гентаміцин,
- Е. макроліди.

414. Зараження людини чумою відбувається:

- A. при укусі інфікованими блохами,
- B. при обробці тушок інфікованих гризунів,
- C. при знятті шкурок з інфікованих гризунів,
- D. від хворих легеневою формою чуми,
- E. все перераховане вірно.

415. Активні осередки чуми у теперішній час зберігаються на наступних територіях:

- A. райони Північно-Східної Європи,
- B. Південно-Східна Азія,
- C. Південна Африка,
- D. Балкани,
- E. Північна Америка.

416. Який з антибактеріальних препаратів є базовим у лікуванні чуми:

- A. стрептоміцин,
- B. пеніцилін,
- C. цефтріаксон,
- D. бісептол,
- E. фуразолідон.

417. Які правила виписки зі стаціонару хворого, який переніс шкіряно-бубонну форму чуми:

- A. через 2 тижні після повного клінічного одужання,
- B. після нормалізації температури і показників периферичної крові,
- C. після розсмоктування бубон,
- D. з дозволу епідеміолога,
- E. через 4 тижні після повного клінічного одужання і 3-х негативних результатів бакпосіву вмісту бубону.

418. Хворий 18 років з діагнозом інфекційний мононуклеоз скаржить на біль при ковтанні. При огляді - збільшені мигдалини, вкриті гнійним

нальотом, гепатоспленомегалія. Які медикаменти необхідно призначити в першу чергу:

- A. вітаміни,
- B. сироватку,
- C. антибіотики,
- D. вакцину,
- E. салуретики.

419. У хворого 17 років, з важким перебігом інфекційного мононуклеозу в лікуванні показано призначення:

- A. салуретиків,
- B. глюкокортикостероїдів,
- C. спазмолітиків,
- D. сироватки,
- E. вакцини.

420. Яке ускладнення інфекційного мононуклеозу є типовим:

- A. міокардит,
- B. ниркова недостатність,
- C. пневмонія,
- D. сепсис,
- E. розрив селезінки.

421. Які зміни гомеостазу найбільш типові при інфекційному мононуклеозі?

- A. підвищення артеріального тиску,
- B. зниження артеріального тиску,
- C. метаболічні зміни,
- D. зміна клітинного складу крові,
- E. зміна клітинного складу ліквору.

422. У хворого 18 років температура 37,8 ° C, помірні катаральні явища і інтенсивні м'язові болі у всьому тілі. В анамнезі контакт з хворим на герпетичну ангіну. Діагноз?

- A. аденовірусна інфекція,

- В. грип,
- С. лептоспіроз,
- Д. епідемічна міалгія,
- Е. дифтерія.

423. У хворого 17 років на 3-й день хвороби головний біль, запаморочення, блювота, температура $38,9^{\circ}\text{C}$, виражена ригідність м'язів потилиці, позитивний симптом Керніга. В анамнезі контакт з хворим на епідемічну міалгію. Діагноз?

- А. вітрянковий менінгіт,
- В. коровий менінгіт,
- С. менінгококовий менінгіт,
- Д. герпетичний менінгіт,
- Е. ентеровірусний менінгіт.

424. Хворий 15 років, захворів гостро: температура $37,5^{\circ}\text{C}$, нездужання. На 2-й день з'явився блідий плямисто-папульозний висип на обличчі, тулубі, кінцівках, біль у м'язах. В дитинстві хворів на кір, скарлатину, краснуху. У класі випадки герпетичної ангіни та епідемічної міалгії. Діагноз?

- А. кір,
- В. скарлатина,
- С. ентеровірусна інфекція,
- Д. менінгококова інфекція,
- Е. краснуха.

425. У гострий період поліомієліту лікування включає призначення:

- А. антибіотиків,
- В. протівірусних препаратів,
- С. протизапальних засобів, аналгетиків,
- Д. вітамінів,
- Е. санаторно-курортне лікування.

426. Хворий 15 років, хворіє 3-й день. На тлі помірних катаральних явищ з'явилися слабкість в руках, порушення ковтання, двоїння в очах, косоокість.

Голос слабкий, параліч м'якого піднебіння і верхніх кінцівок, пульс 90 в 1 хв., АТ 130/80 мм.рт.ст. Діагноз?

- А. отруєння атропіном,
- В. дифтерія,
- С. ботулізм,
- Д. поліомієліт,
- Е. отруєння грибами.

427. У хворого, 40 років, на тлі нормальної температури тіла розвинувся сильний пронос, пізніше - блювота фонтаном. Шкіра і слизові оболонки сухі, шкіра збирається в складку, яка не розправляється, тахікардія, різке зниження артеріального тиску, тотальний ціаноз, афонія, анурія. Для підтвердження діагнозу який аналіз необхідно зробити?:

- А. виділення культури збудника з калу,
- В. гемокультуру,
- С. серологічне дослідження крові,
- Д. копрологічне дослідження,
- Е. визначення електролітів у крові.

428. Хвора 21 рік, без постійного місця проживання, скаржиться на послаблення випорожнень протягом 2-х місяців, втрату ваги на 13 кг, слабкість, постійну субфебрильну температуру, рецидивуючий герпес. При огляді: герпетичні висипання на губах, генералізована лімфаденопатія, збільшення печінки на 2 см. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. затяжний перебіг шигельозу,
- В. інфекційний мононуклеоз,
- С. лімфогранулематоз,
- Д. амебіаз,
- Е. СНІД.

429. У хворого 27 років, через 10 годин після вживання консервованих грибів, з'явилася м'язова слабкість, парез кишечника, диплопія, двосторонній

- птоз, порушення ковтання і дихання, поверхнєве дихання частотою 40/хв. Який медичний захід необхідно провести найпершим?
- A. інтубація трахеї для проведення штучного дихання,
 - B. промивання шлунку та кишечника,
 - C. введення протиботулінічної сироватки,
 - D. введення глюкокортикостероїдів,
 - E. інфузійно-дезінтоксикаційну терапію.
423. У хворого 27 років спостерігається блювота, пронос у вигляді "рисового відвару". Напередодні вживав невідомі спиртні напої та гриби. 3 дні тому знаходився в місцевості, де був спалах кишкової інфекції. Об'єктивно: температура - 35,6 ° С, АТ не визначається. Шкіра суха, бліда, складки на ній не розправляються, пульс ниткоподібний, тони серця ослаблені. Який діагноз є найбільш імовірним?
- A. ротавірусний гастроентерит,
 - B. холера,
 - C. отруєння сурогатами алкоголю,
 - D. сальмонельоз,
 - E. отруєння грибами.
424. Хвора 30 років в лютому захворіла гостро з підвищення температури до 39,4 ° С, головного болю в області лоба і скронь, болю в очних яблуках, ломоти у всьому тілі, закладеності носу, сухого кашлю. Попередній діагноз?
- A. грип,
 - B. парагрип,
 - C. аденовірусна інфекція,
 - D. риносинцитіальна інфекція,
 - E. орнітоз.
425. У хворого 40 років, на 2-й день високої температури і симптомів загальної інтоксикації, з'явилися нападоподібні болі в нижніх відділах животу, часті рідкі випорожнення з домішками слизу. При пальпації: живіт

болючий у лівій здухвинній ділянці, сигмовидна кишка спазмована.

Попередній діагноз?

А. гострий шигельоз,

В. кишкова форма амебіазу,

С. сальмонельоз,

Д. холера,

Е. ешеріхіоз, викликаний ентеротоксигенним штамом ешерихій.

426. Хворому 23 років проведена апендектомія, після чого зберігався субфебрилітет, рідкі випорожнення. З 10-го дня хвороби температура $39,5^{\circ}\text{C}$, озноб, з'явилася висипка, збільшення печінки, помірна жовтяниця, поліартралгії. Найбільш ймовірний діагноз?

А. амебіаз,

В. сальмонельоз,

С. алергодерматит,

Д. ієрсиніоз,

Е. бруцельоз.

427. До інфекційного відділення доставлений хворий 30 років, захворювання якого почалося за добу: з'явилася нудота, повторна блювота, часті рідкі випорожнення пінисті, зеленого кольору. При огляді: блідий, млявий, температура $39,2^{\circ}\text{C}$, АТ 70/50 мм рт. ст. Пульс - 90/хв., Живіт роздутий, болючий в ілеоцекальній і біляпупковій області. Найбільш вірогідний діагноз:

А. сальмонельоз,

В. гострий шигельоз,

С. амебіаз,

Д. холера,

Е. ешеріхіоз.

428. Хворий 30 років, рибалка, захворів гостро з підвищення температури до $39,5^{\circ}\text{C}$, слабкості, болів в м'язах ніг і тулуба. З 3-го дня хвороби стан

погіршився: нароста слабкість, з'явилася кровоточивість ясен і носові кровотечі, шкіра та склери жовтяничні, знизився діурез. Попередній діагноз?

- A. лептоспіроз,
- B. вірусний гепатит В, важкий перебіг,
- C. грип,
- D. епідемічна міалгія,
- E. трихінельоз.

429. У хворого 45 років без певного місця проживання протягом 7 днів температура 38,5-39,5 ° С. Балакучий, ейфорія, скарги на сильний головний біль. Обличчя гіперемоване, набрякле, виражена ін'єкція склер, язик не може висунути далі передніх нижніх зубів. На шкірі тулуба рясний розеолезно-петехіальний висип. У крові лейкоцитів 14×10^9 / л; ШОЕ-30мм/год. Попередній діагноз?

- A. черевний тиф,
- B. висипний тиф,
- C. геморагічна кримська лихоманка,
- D. сепсис,
- E. малярія.

430. Вкажіть найбільш вірогідний діагноз хворому 20 років зі скаргами на підвищення температури до 38,5 ° С, слабкість, головний біль, переймоподібний біль по ходу кишечника, дефекацію до 15 разів на добу. Випорожнення мізерні з прожилками крові і слизу, тенезми.

- A. гострий шигельоз,
- B. сальмонельоз,
- C. неспецифічний виразковий коліт,
- D. амебіаз, кишкова форма,
- E. ієрсиніоз.

431. У хворого 20-ти років температура 39,5 ° С, головний біль, блювота. Позитивні менінгеальні знаки. Ліквор: цитоз - 7000 кл / мл (97% нейтрофілів). Попередній діагноз:

- A. гнійний менінгіт,
- B. серозний менінгіт,
- C. туберкульозний менінгіт,
- D. пухлина мозку,
- E. менінгізм.

432. У хворого 25-ти років температура 38,0 ° C, біль у горлі, мигдалини набрякли, помірно гіперемовані, вкриті щільною сірою плівкою, яка поширюється на дужки, язичок. Знімаються плівки важко, після зняття поверхня кровоточить. Клінічний діагноз:

- A. ангіна Симановського-Венсана,
- B. дифтерія мигдаликів, локалізована форма,
- C. паратонзілярний абсцес,
- D. дифтерія мигдаликів, поширена форма,
- E. інфекційний мононуклеоз.

433. У хворі 35 років (працює дояркою) на шкірі передпліччя чорний безболісний щільний струн. Навколо нього на запальному червоного кольору валику вторинні бульбашки, які оточують його вінцем, головний біль, слабкість, температура 38,5 ° C. У господарстві є випадки падежу корів. Попередній діагноз.

- A. сибірська виразка,
- B. туляремія,
- C. чума,
- D. бешіха,
- E. стафілококовий карбункул.

434. У хворого 46 років, зоотехніка, лихоманка протягом 2-х тижнів до 39 ° C, озноб, значний біль у м'язах і суглобах. Гепатоспленомегалія, збільшення лімфовузлів, проба Бюрне - 6,5 см. Діагноз?

- A. псевдотуберкульоз,
- B. інфекційний мононуклеоз,
- C. лімфогранулематоз,

Д. бруцельоз,

Е. токсоплазмоз.

435. Хворий 22 роки, захворів гостро, температура 38°C , з'явився незначний біль у горлі при ковтанні, гугнявий голос. Об'єктивно: на лівій мигдалині та дужці є плівкові нашарування. Діагностовано лакунарну ангіну, призначено пеніцилін і полоскання. На 2 день плівки поширилися на м'яке піднебіння і язичок. На шиї з'явився набряк до ключиці, голос гугнявий. Тони серця приглушені, пульс 11/хв., АТ 95/65 мм рт. ст. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

А. введення антитоксичної противодифтерійної сироватки та еритроміцину,

В. введення дифтерійного анатоксину,

С. призначення еритроміцину,

Д. призначення кортикостероїдів,

Е. розкриття і дренирування паратонзілярної клітковини.

436. Громадянин Пакистану 30 років захворів гостро: з'явилися часті водянисті випорожнення, які нагадували «рисовий відвар». Об'єктивно: температура $35,4^{\circ}\text{C}$, кінцівки холодні, акроціаноз, сухість у роті, різко знижений тургор тканин. Що слід визначити для оцінки стану хворого?

А. питому вагу плазми крові,

В. активність аланінамінотрансферази,

С. копрограму,

Д. концентрацію гемоглобіну,

Е. активність лужної фосфатази.

437. У лікарню поступив міський житель, який 12 днів тому повернувся з тайги. Хвороба почалася гостро з ознобу, підвищення температури до $38-39^{\circ}\text{C}$.

С. Скарги на млявість, різкий головний біль, нудоту, блювоту, біль у всьому тілі, порушення сну. Об'єктивно: гіперемія шкіри обличчя, шиї, грудної клітини. Менінгеальні знаки позитивні. Попередній діагноз?

А. геморагічна лихоманка з нирковим синдромом,

В. кліщовий енцефаліт,

- С. грип, тяжкий перебіг,
- Д. псевдотуберкульоз,
- Е. висипний тиф.

438. Хворого 30 років непокоять напади ознобу, лихоманки, профузного поту, які повторюються кожен третій день. Хворіє 2 тижні, склери і шкіра жовтяничні. Печінка і селезінка збільшені. Рік тому працював у Африці. Який з діагнозів є найбільш вірогідним? А. малярія *vivax*,

- В. малярія *malariae*,
- С. сепсис,
- Д. вірусний гепатит,

Е. лептоспіроз.

439. Хвора 45 років, госпіталізована на 2-й день хвороби зі скаргами на слабкість, двоїння в очах, сухість у роті, запори. За 3 дня до захворювання їла копчену свинину домашнього приготування. Шкірний покрив блідий, свідомість ясна. Температура 37,2 ° С; пульс 68/хв., АТ 120/80 мм рт. ст. Зіниці розширені, реакція на світло уповільнена, птоз, горизонтальний ністагм. Парез м'якого піднебіння. Чутливість не порушена. Найбільш ефективним лікуванням є:

- А. протиботулінічна антитоксична сироватка,
- В. інфузійно-дезінтоксикаційна терапія,
- С. протівірусні препарати,
- Д. введення анатоксину,
- Е. антибактеріальна терапія.

440. В інфекційну лікарню госпіталізовано хворого 43 років зі скаргами на високу температуру тіла і сильний головний біль. Хворіє 2-й день. При огляді: на передпліччі карбункул, навколо якого виражений набряк і незначна болючість. Регіонарний лімфаденіт. Епід. анамнез: хворий працює на тваринницькій фермі. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. туляремія,
- В. чума,

С. сибірська виразка,

Д. еризпелоїд,

Е - рак шкіри.

441. Хвора 40 років скаржиться на погане самопочуття, головний біль, підвищення температури до $39,2^{\circ}\text{C}$, біль у м'язах, пітливість. За 2 тижні до захворювання їла сало з прожилками м'яса. Стан середньої тяжкості. набряк обличчя і особливо повік. Аналіз крові: еритроцити $4,8 \times 10^{12}$ / л, КП - 1,0, ШОЕ - 26 мм / год., Л - $12,4 \times 10^9$ / л, ео - 19%, п - 2%, с - 59%, л - 16 %, м - 4%. Попередній діагноз?

А. лептоспіроз,

В. трихінельоз,

С. трихоцефальоз,

Д. черевний тиф,

Е. лептоспіроз.

442. У травмпункт звернувся фермер, який під час роботи в полі поранив праву ступню. Коли був щеплений не пам'ятає, в армії не служив. При огляді ступні виявлена забруднена рана довжиною 5 см з нерівними краями. Тактика лікаря?

А. ввести правцевий анатоксин і протиправцеву сироватку,

В. ввести правцевий анатоксин,

С. тільки хірургічна обробка рани,

Д. призначити антибіотик,

Е. ввести протиправцеву імуноглобулін.

443. Хворий 33 років, шахтар, поступив в клініку інфекційних хвороб на 7 день захворювання зі скаргами на різку слабкість, температуру, біль в м'язах ніг і спини, жовтяницю, темний колір сечі, головний біль. Захворів гостро: озноб, температура 40°C , головний біль, біль у литкових м'язах і спині. На 4 день з'явилася жовтяниця, носова кровотеча, зменшилася кількість сечі. Діурез 200 мл. Попередній діагноз?

А. сепсис,

- В. ієрсиніоз,
- С. вірусний гепатит,
- Д. черевний тиф,
- Е. лептоспіроз.

444. Хворий 20 років, поступив в клініку на 7 день хвороби зі скаргами на жовтушність шкіри та склер, темну сечу, одноразову блювоту, зниження апетиту, підвищення температури тіла до 38 ° С протягом 2-х днів. Три тижні тому з друзями користувався одним посудом. Об'єктивно: млявий, температура 36,8 ° С, шкіра і склери жовтушні, печінка виступає з-під підребер'я на 2 см, чутлива при пальпації. Сеча темна, кал ахолічний. Діагноз?

- А. вірусний гепатит,
- В. лептоспіроз, С. кишковий ієрсиніоз,
- Д. гемолітична анемія,
- Е. інфекційний мононуклеоз.

445. Хворий 30 років, скаржиться на біль внизу живота переймоподібного характеру, часті рідкі випорожнення до 10 разів на добу, підвищення температури. З 2-го дня хвороби рідкі незначні випорожнення з домішками слизу. При пальпації виявлено болючість усіх відділів товстого кишечника. Сигма спазмована. Попередній діагноз?

- А. холера,
- В. кишковий амебіаз,
- С. сальмонельоз,
- Д. шигельоз,
- Е. балантидіаз.

446. Хворий 28 років, споживач наркотиків. Хворіє на протязі року, турбує загальна слабкість, підвищена пітливість, схуднення. Часто хворів респіраторними захворюваннями. За останні 2 дні була лихоманка з профузними нічними потами, посилилася загальна слабкість, приєднався понос з домішками слизу і крові. При огляді: полілімфаденопатія, в

порожнині рота герпетичні висипання, при пальпації животу гепатоспленомегалія. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. СНІД,
- B. туберкульоз,
- C. хронічний лімфолейкоз,
- D. рак товстого кишечника,
- E. хроніосепсис.

447. Хворий 32 років, ветеринар, госпіталізований на 5-й день хвороби зі скаргами на підвищення температури до 38,4 ° С, загальну слабкість, появу в лівій клубовій ділянці щільного утворення 5х6 см, малоболючого, рухомого. Шкіра над утворенням не змінена. Обличчя хворого гіперемоване, пастозне, ЧСС 95/хв., АД 100/80 мм рт. ст. В загальному аналізі крові помірна лейкопенія. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. туляремія,
- B. гідраденіт,
- C. чума,
- D. ієрсиніоз,
- E. сибірська виразка.

448. До лікаря звернулася хвора зі скаргами на підвищення температури до 37,8 ° С, помірні болі в горлі протягом 3-х днів. Об'єктивно: підщелепні лімфовузли збільшені до 3 см в діаметрі. Мигдалини гіпертрофовані, покриті сірим нальотом, який поширюється на язичок, передні дужки. Попередній діагноз?

- A. дифтерія ротоглотки,
- B. інфекційний мононуклеоз,
- C. виразково-некротична ангіна Симоновського-Венсана,
- D. кандидоз ротоглотки,
- E. паратонзілярний абсцес.

449. Дівчина 18 років, нещеплена, захворіла гостро: з нежиті, кашлю, болю в животі, послаблення випорожнень до 2-х разів, підвищення температури тіла

до 38,5 ° С. До 3-го дня катаральні явища зникли, температура нормалізувалася. На 4-й день з'явилася слабкість у правій нозі. Об'єктивно: активні рухи у нозі відсутні, пасивні болючі, чутливість збережена. М'язи стегна мляві, болючість по ходу нервових стовбурів. Колінний і ахіловий рефлeksi на правій нозі не викликаються, симптом "триножника" позитивний. У крові: Лейк. $4,2 \times 10^9$ / л, ШОЕ 30 мм / год. Попередній діагноз?

- A. поліомієліт,
- B. полінейропатія,
- C. ботулізм,
- D. кліщовий енцефаліт,
- E. дифтерія.

450. Хворий 50 років, госпіталізований у важкому стані зі скаргами на озноб, високу температуру тіла, сухість в роті, багаторазову блювоту, болі в епігастрії, часті водянисті випорожнення з неприємним запахом, брудно-зеленого кольору, пінисті. Язик і шкіра сухі, АТ 80/40 мм рт. ст. Вкажіть невідкладну допомогу хворому.

- A. інфузія сольових розчинів,
- B. переливання свіжозамороженої плазми,
- C. інфузія тільки колоїдних розчинів,
- D. введення симпатоміметиків,
- E. гемосорбція.

451. Хворий 25 років захворів гостро з підвищення температури тіла до 38,5 ° С з ознобом, сильного головного болю та болю при рухах очних яблук. Шкіра обличчя і кон'юнктиви гіперемійовані. Виник сухий надсадний кашель. Зів гіперемований, на м'якому піднебінні зерниста енантема, місцями точкові крововиливи. Над легеньми жорстке дихання. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. грип,
- B. висипний тиф,

- С. черевний тиф,
- Д. Ку-лихоманка,
- Е. ентеровірусна інфекція.

452. У хворого 28 років без постійного місця проживання, госпіталізованого з попереднім діагнозом "грип", на 5 день хвороби з'явився розеольозно-петехіальний висип на тулубі та внутрішніх поверхнях кінцівок. Температура 41°C , ейфорія, гіперемія обличчя, склерит, тремор язика, тахікардія, спленомегалія, збудження. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. алкогольний делірій,
- В. висипний тиф,
- С. лептоспіроз,
- Д. ієрсиніоз,
- Е. черевний тиф.

453. Хвора 20 років скаржиться на підвищену температуру тіла до 39°C , головний біль, біль в очних яблуках, болі в м'язах, сухий кашель. Захворіла гостро. Об'єктивно: стан важкий. Обличчя гіперемовано, очі блискучі, ін'єкція склер. Слизова ротоглотки гіперемійована, зерниста. Пульс 96/хв., ритмічний, тони серця ослаблені. У легенях розсіяні сухі хрипи. Менінгеальних симптомів немає. Аналіз крові: Лейк. - $3,0 \times 10^9 / \text{л}$. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. грип,
- В. аденовірусна інфекція,
- С. менінгококова інфекція,
- Д. висипний тиф,
- Е. пневмонія.

454. Хвора 17 років, учениця 11 класу, де були відзначені випадки ГРЗ, звернулася в поліклініку на 3-й день хвороби зі скаргами на озноб, загальну слабкість, помірну біль у горлі, нежить, набряк обличчя, сльозотечу. Об'єктивно: незначна гіперемія піднебінних дужок і мигдаликів на тлі

вираженої гіперемії задньої стінки глотки. Кон'юнктивіт. Полілімфаденіт. Гепатоспленомегалія. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. грип,
- B. аденовірусна інфекція,
- C. дифтерія,
- D. інфекційний мононуклеоз,
- E. ротавірусна інфекція.

455. Хвора 62 років, захворіла гостро з підвищення температури до 39,8 ° C, ознобу, інтенсивного головного болю, ломоти в тілі. Через 18 годин відмітила збільшення і болючість пахових лімфовузлів справа. Ще через 6:00 годин з'явилися набряк правої гомілки і гіперемія шкіри з чіткими нерівними контурами. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. бешиха, еритематозна форма,
- B. чума, бубонна форма,
- C. туляремія, бубонна форма,
- D. флегмона правої гомілки,
- E. сибірська виразка.

456. На 2-й день хвороби з раптовим початком, хворий 20 років скаржиться на сильний головний біль у скронях, ломоту в тілі, сухий болючий кашель, температуру 39 ° C. Слизова оболонка ротоглотки "палаюча", в легких хрипи не вислуховуються. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. аденовірусна інфекція,
- B. парагрип,
- C. грип,
- D. респіраторний мікоплазмоз,
- E. менінгококова інфекція.

457. Жінка 24 років, звернулася до лікаря у зв'язку з довготривалою лихоманкою, нічною пітливістю. За останні три місяці схудла на 7 кг. В анамнезі неупорядковані статеві зв'язки. Об'єктивно: збільшення всіх груп

лімфатичних вузлів, гепатолієнальний синдром. У крові: Лейк. $2,2 \times 10^9$ / л.
Яке захворювання необхідно запідозрити?

- A. ВІЛ-інфекцію,
- B. лімфогранулематоз,
- C. туберкульоз,
- D. інфекційний мононуклеоз,
- E. хроніосепсис.

458. Хворий 17 років, захворів раптово: підвищилась температура до 40°C , кричить від різкого головного болю, рухове збудження, часта блювота, тремор пальців кінцівок. З'явилася геморагічна висипка неправильної зірчастої форми, переважно на сідницях, стегнах, гомілках, тулубі.

Менінгеальні знаки позитивні. Діагноз?

- A. грип з геморагічним синдромом,
- B. менінгококова інфекція,
- C. енцефаліт,
- D. лептоспіроз,
- E. герпетична інфекція.

459. В інфекційне відділення госпіталізовано 8 пацієнтів зі скаргами на головний біль, болючість в литкових м'язах, набряк обличчя і повік, біль в грудній клітині при диханні, підвищення температури тіла до 40°C . Усі хворі 10 днів тому були на полюванні і їли м'ясо дикого кабана. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. трихінельоз,
- B. бруцельоз,
- C. черевний тиф,
- D. лептоспіроз,
- E. псевдотуберкульоз.

460. У пацієнтки 46 років захворювання протікає з наявністю HBV-ДНК у високій концентрації в крові. Хвора живе разом з невісткою, сином і

чоловіком. Який метод первинної профілактики членів сім'ї найбільш є ефективний?

- A. вакцинація всіх членів сім'ї,
- B. вакцинація чоловіка,
- C. інтерферонотерапія членів сім'ї,
- D. вакцинація сина,
- E. всім членам сім'ї провести курс лікування ламівудином.

461. Жінка 42 років три роки тому перенесла гепатит С. Останнім часом відзначає слабкість, іктеричність склер. Показник АЛАТ 2,0 ммоль / л.год). Виявлена HCV-РНК. Визначте найбільш ефективні засоби терапії:

- A. рекомбінантний інтерферон- α ,
- B. преднізолон,
- C. монотерапія рибавірином,
- D. ламівудин,
- E. ацикловір.

462. Протягом 2-х днів хворий 50 років скаржиться на болючість і почервоніння шкіри правої гомілки. Об'єктивно: температура тіла 38,5 ° С, збільшені і хворобливі лімфатичні пахові вузли з правого боку, шкіра правої гомілки гіперемована, межі між почервонінням і здоровою шкірою чіткі, є набряк, пляшечки з геморагічної рідиною в середині, пальпація болюча.

Діагноз?

- A. бешиха, геморагічна форма,
- B. сибірська виразка, шкірна форма,
- C. екзема,
- D. тромбофлебіт,
- E. флегмона.

463. З діагнозом "менінгіт" в лікарню доставлений хворий 20 років, у стані сопору. Турбує головний біль, багаторазова блювота, яка не приносить полегшення. Вогнищевих симптомів немає, менінгеальні знаки позитивні,

температура 39 ° С. На шкірі живота, стегон, сідниць висип. Який висип характерний для цього захворювання?

- A. точкова зі згущенням у природних складках,
- B. геморагічний з некрозом в центрі,
- C. розеольозний, схильний до злиття,
- D. везикулярний, поліморфний,
- E. папульозний з тенденцією до злиття.

464. В інфекційне відділення поступив хворий 30 років у важкому стані (гіповолемічний шок III ступеня, судоми кінцівок) з підозрою на сальмонельоз. Що з перерахованих нижче засобів невідкладної допомоги є найбільш адекватним?

- A. струйне введення сольових розчинів,
- B. симпатоміметики,
- C. 5% розчин глюкози з рибоксином внутрішньовенно крапельно,
- D. кортикостероїди,
- E. введення нативної плазми.

465. Хворий 19 років захворів гостро: підвищилася температура до 39,2 ° С, з'явилося покашлювання, закладеність носу, біль у м'язах, суглобах. На 3-й день хвороби приєдналася дрібна зливна висипка на обличчі, кінцівках, гіперемія і набряклість кистей і стоп. При обстеженні виявлена генералізована лімфаденопатія, гіперемія мигдалин, збільшена печінка. Попередній діагноз?

- A. псевдотуберкульоз,
- B. грип,
- C. інфекційний мононуклеоз,
- D. скарлатина,
- E. висипний тиф.

466. Хворий 24 років захворів гостро, через 16 годин після вживання в'яленої риби: з нудоти, блювання, млявості, двоїння в очах. Об'єктивно: зниження

м'язового тонусу, анізокорія, мляві глотковий і сухожильний рефлекси.

Найбільш вірогідний діагноз?

- A. харчова токсикоінфекція,
- B. ботулізм,
- C. шигельоз,
- D. енцефаліт,
- E. сальмонельоз.

467. Хворого 24 років, на 4-й день хвороби турбує біль у горлі при ковтанні, підвищення температури тіла до 38 ° С. При огляді мигдалини гіпертрофовані, рихлі. Збільшені підщелепні, шийні, пахвові лімфовузли. Печінка +2 см, селезінка +3 см. При дослідженні крові: IgM anti-EBV-VCA +, EBV-DNA +. Діагноз?

- A. хронічний тонзиліт,
- B. дифтерія, важкий перебіг,
- C. гострий лейкоз,
- D. мононуклеарна реакція,
- E - інфекційний мононуклеоз.

468. Хворий 32 років, скаржить на часті водянисті випорожнення до 30 разів на добу, повторну блювоту, м'язову слабкість, осиплість голосу, періодичні судоми без втрати свідомості. При огляді температура 36,0 ° С, шкіра суха, тургор знижений. Яка основна причина виникнення судом?

- A. гіпокаліємія,
- B. гіпохлоремія,
- C. гіпокальціємія,
- D. метаболічний ацидоз,
- E. підвищена збудливість нервової системи.

469. Хвора 72 років, захворіла гостро з появи головного болю, різкої слабкості, підйому температури до 39 ° С. З 4-го дня з'явилася маячня, на 5-й день висип. Обличчя гіперемовано, набрякле, склерит, кон'юнктивіт. Язик збільшений, висовується поштовхами. На шкірі тулуба і кінцівок рясний

розеольозно-петехіальний висип. Пульс 130/хв., АТ 110/70 мм рт. ст.

Гепатомегалія. Під час Вітчизняний війни всі члени сім'ї хворіли висипним тифом. Попередній діагноз?

- A. хвороба Бріла,
- B. сепсис,
- C. лептоспіроз,
- D. ієрсиніоз,
- E. черевний тиф.

470. Хворий 37 років, поступив в інфекційну лікарню на 3 добу хвороби у вкрай важкому стані. За два тижні до захворювання був в Індії. Скарги на високу лихоманку, різку слабкість, сильний біль в пахвовій області.

Об'єктивно: свідомість сплутана, температура 41 ° С, у правій пахвовій області пакет збільшених, спаяних лімфовузлів, дуже болючий, шкіра над ним гіперемована. Через добу виник біль в правій половині грудної клітини, кашель з кривавим мокротинням. Діагноз?

- A. туляремія,
- B. холера,
- C. чума,
- D. сибірська виразка,
- E. СНІД.

471. Хворий 45 років захворів поступово з підвищення температури до 37 ° С, слабкості, головного болю, до кінця першого тижня температура підвищилася до 39,9 ° С. Шкіра бліда, дихання везикулярне, поодинокі сухі хрипи. Пульс 54/хв., АТ 100/60 мм рт. ст. Язик сухий, обкладений в центрі коричневим нальотом. Живіт роздутий, безболісний, печінка та селезінка збільшені. Запори. Попередній діагноз?

- A. черевний тиф,
- B. висипний тиф,
- C. сепсис,
- D. ієрсиніоз,

Е. ентеровірусна інфекція.

472. Під час медичного огляду у 19-річного робітника виявлено генералізоване збільшення лімфатичних вузлів з переважним ураженням задньошийних, пахвових і ліктьових. На шкірі ліктьових згинів множинні сліди від ін'єкцій. У крові: Ер $3,2 \times 10^{12}$ / л Нв 100 г / л, Лейк. $3,1 \times 10^9$ / л, лімфопенія. Яке дослідження необхідно провести в першу чергу?

А. антитіл до ВІЛ методом ІФА:

В. імунограму,

С. стернальну пункцію,

Д. біопсію лімфовузлів,

Е. бактеріологічне дослідження крові.

473. Чоловік, у якого 2 дні тому був статевий контакт, як з'ясувалося пізніше з ВІЛ-інфікованим партнером, звернувся з проханням виключити ймовірність інфікування. Коли необхідно проводити перше дослідження антитіл на ВІЛ у даного пацієнта?

А. через місяць після статевого контакту,

В. в день звернення,

С. через 3 місяці,

Д. через 6 місяців,

Е. через 1,5 року.

474. У хворої 23 років (працює дояркою) після викидня підвищилася температура до $38,6^\circ \text{C}$, відзначалися повторний озноб, виражена пітливість. Об'єктивно: Поліаденіт, болючість в попереково-крижовому відділі хребта, припухлість лівого колінного суглоба, збільшена печінка і селезінка.

Найбільш вірогідний діагноз?

А. бруцельоз,

В. сепсис,

С. токсоплазмоз,

Д. ревматоїдний поліартрит,

Е. ієрсиніоз.

475. У хворої 62 років, через 10 днів після травми в ділянці стопи, з'явилося утруднення при відкритті рота. На наступний день - напруга м'язів потилиці, спини, живота. Під час госпіталізації в стаціонар, на 3 день хвороби, відзначено тонічне напруження всіх груп м'язів, генералізовані судоми кожні 10-15 хвилин. Діагноз?

- A. менінгоенцефаліт,
- B. геморагічний інсульт,
- C. правець,
- D. рановий ботулізм,
- E. полірадикулоневрит.

476. У хворого 22 років захворювання розвинулося гостро: з підвищення температура до 39°C , сильного головного болю, багаторазової блювоти. Об'єктивно: стан важкий, психомоторне збудження, стогне через сильний головний біль. Різко позитивний симптоми Брудзинського і Керніга, загальна гіперестезія. Що потрібно зробити для уточнення діагнозу в першу чергу?

- A. загальний аналіз ліквору і посів ліквору на мікрофлору,
- B. загальний аналіз крові та бактеріологічне дослідження крові,
- C. комп'ютерну томографію головного мозку,
- D. рентгенографію черепа у двох проекціях,
- E. ехоенцефалографію .

477. Чоловік 42 років, захворів гостро. Госпіталізований на 6-й день хвороби з температурою $39,7^{\circ}\text{C}$, зі скаргами на сильний головний біль, шум у вухах, безсоння. Об'єктивно: збуджений, ейфоричний, говіркий. Обличчя гіперемовано, очі блискучі, склери і кон'юнктиви з посиленням судинним малюнком. На внутрішніх поверхнях плечей і на бічних поверхнях грудної клітини розеольозно-петехіальний висип. Діагностований педікуллез.

Клінічний діагноз?

- A. поворотний тиф,
- B. Ку-лихоманка,
- C. епідемічний висипний тиф,

D. гострий сепсис,

E. туляремія.

478. З метою корекції дефіциту об'єму рідини хворому з інфекційно-токсичним шоком показано введення:

A. кристалоїдних і колоїдних розчинів у співвідношенні 1:3,

B. кристалоїдних і колоїдних розчинів у співвідношенні 3:1,

C. тільки розчин трисолі,

D. тільки колоїдні розчини,

E. тільки розчин Рінгера і розчин глюкози 5%.

479. У мешканця Ставропольського краю на 4-й день лихоманки з'явився геморагічний петехіальний висип. Кровотеча з носа, гепатоспленомегалія, олігурія, гематурія, циліндрурія. Нейтрофільний лейкоцитоз, тромбоцитопенія. Діагноз?

A. геморагічна лихоманка з нирковим синдромом,

B. грип,

C. геморагічний васкуліт,

D. менінгококцемія,

E. тромбоцитопенічна пурпура.

480. У хворого 64 років, який страждає на еритематозно-бульозну форму бешихи відзначається висока лихоманка, виражені симптоми інтоксикації. Визначте патогенетичну терапію хворому.

A. регідратація,

B. дезінтоксикація,

C. переливання крові,

D. переливання плазми,

E. гормонотерапія.

481. Імунодефіцит при ВІЛ розвивається внаслідок:

A. високої реплікації вірусу,

B. утворення синцитія,

C. утворення антитіл до gp120,

D. активації природних кілерів,

E. все перераховане вірно.

482. Хвора 73 років, страждає на цукровий діабет. Звернулася до лікаря зі скаргами на слабкість, припухлість лівої гомілки. На шкірі гомілки плями розміром 6x4 см без чітких меж. В цьому ж місці збільшені і болючі поверхневі вени кінцівки. Діагноз?

A. бешиха,

B. еризипелоїд,

C. флегмона,

D. рецидив бешихи,

E. трофічне ураження гомілки.

483. Гіперендемичні по малярії населені пункти вважаються в тому випадку, якщо селезінковий індекс у дітей від 2-х до 9-ти років дорівнює:

A. 5%,

B. 10%,

C. 30%,

D. 60%,

E. 80% .

484. Основний шлях передачі дизентерії, викликаной шигелами Флекснера:

A. водний,

B. контактнo-побутовий,

C. через молочні продукти,

D. мушиний фактор,

E. повітряно-пиловий.

485. У хворого 42 років, який страждає на хронічну ниркову недостатність розвинулася клініка важкої пневмонії з вираженими рентгенологічними і мізерними фізікальними даними Через шкірний трансстрахеальний апарат на спеціальному середовищі виділена L. pneumonia. Діагноз?

A. легіонельоз,

B. орнітоз,

- C. пневмококова пневмонія,
- D. псітакоз,
- E. мікоплазмоз.

486. У жінки 42 років, що тримає в будинку хвилястих папужок, захворювання почалося гостро, з високої лихоманки, ознобу, вираженої слабкості. До 7-го дня сухий кашель і клініка пневмонії. Яким методом підтвердити діагноз при такому епіданамнезі та клініці? А. проба Бюрне,

- B. гемокультура,
- C. реакція Пауля-Буннеля,
- D. реакція Відаля,
- E. РСК, РТГА.

487. До опортуністичних інфекцій належать:

- A. феліноз,
- B. содоку,
- C. пневмоцистна пневмонія,
- D. ешеріхіоз,
- E. бореліоз.

488. Основним у підтвердженні діагнозу "амебна дизентерія" є виявлення у випорожненнях хворого:

- A. великої вегетативної форми амеби,
- B. предцистної форми амеби,
- C. цист амеби,
- D. просвітної форми амеби,
- E. все вище перераховане вірно.

489. Вірус імунодефіциту людини належить до:

- A. параміксовірусів,
- B. ретровірусів,
- C. герпесвірусів 2 типу,
- D. флавівірусів,

Е. арбовірусів.

490. Препаратом вибору для етіотропної терапії пневмоцистної пневмонії є:

А. ганцикловір,

В. гентаміцин,

С. пентамідин,

D. ацикловір,

Е. фоскарнет.

491. Переносниками туляремії є:

А. іксодові кліщі,

В. гамазові кліщі,

С. гедзі,

D. комарі,

Е. все перераховане вірно.

492. Екзотоксини продукують шигели:

А. груп А, В, С;

В. 1 серовар групи А;

С. 1 серовар групи В;

D. 1 і 3 серовар групи С;

Е. все перераховане вірно.

493. Мінімальна інфікуюча доза для дорослих шигелами 1 серовара становить:

А .10 мікробних клітин (мк),

В. 100мк,

С. 200мк,

D. 1000мк,

Е. 106мк.

494. Які фази перебігу інфекції характерні для патогенезу бруцельозу:

А. лімфогенна,

В. гематогенна,

С. полівогнищевих локалізацій,

D. екзогенного обсіменіння,

E. все перераховане вірно.

495. Енцефаліт при краснусі розвивається:

A. на 1-2-й день захворювання,

B. на 30-й день захворювання,

C. не розвивається,

D. на 4-5-й день від початку захворювання,

E. через 2 тижні після одужання .

496. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 в термінальну фазу ВІЛ-інфекції знижений за рахунок:

A. зниження кількості CD4,

B. зниження кількості CD8,

C. збільшення кількості CD4,

D. збільшення кількості CD8 +,

E. збільшення кількості плазматичних клітин.

497. Переймоподібні болі по ходу кишечника при шигельозі обумовлені:

A. коліціногенністю шигел,

B. нерівномірним скороченням сегментів кишечника,

C. підвищеною проникністю капілярів ШКТ,

D. активацією аденілатцікласної системи,

E. інвазивністю шигел.

498. Який з перерахованих методів діагностики вірусних енцефалітів найбільш типоспецифічний?

A. епідемічний,

B. клінічний,

C. полімеразна ланцюгова реакція,

D. РПГА,

E. РГГА.

499. У хворого 28 років, різко виражений набряк половини шиї. У центрі набряку чорний струп, обмежений дрібними бульбашками. Збільшені шийні,

підщелепні лімфовузли. Запідозрений сибірська виразка. Вкажіть обстеження для підтвердження діагнозу.

- A. проба Бюрне,
- B. реакція Відаля,
- C. шкірно-алергічна проба з антраксином,
- D. біологічна проба,
- E. товста крапля крові.

500. До біогельмінтозів відносять:

- A. ехінококоз,
- B. трихінельоз,
- C. теніоз,
- D. теніаринхоз,
- C. дифілоботріоз,
- E. все перераховане вірно.

501. Вкажіть, яка біокультуральна особливість менінгокока сприяє його виживанню як виду в межепідемічний період:

- A. здатність продукувати гемолізину,
- B. стійкість до фагоцитозу,
- C. наявність групспецифічних антигенів,
- D. наявність L-форм,
- E. здатність розщеплювати молекули IgA.

502. Для підтвердження шигельозу посів калу проводять на середовища:

- A. жовчний бульйон,
- B. фосфатно-сироватковий агар,
- C. Плоскірева,
- D. кров'яно-телуритовий агар,
- E. пептонна вода.

503. Тенезми при шигельозі можуть бути ослаблені при призначенні:

- A. хілаку-форте,
- B. супозиторіїв з анестезіном,

С. біфі-форму,

Д. пентоксил,

Е. відвару ромашки.

504. Мезоендемичні по малярії населені пункти вважаються в тому випадку, якщо селезінковий індекс у дітей від 2-х до 9-ти років становить:

А. 10%,

В. 30%,

С. 60%,

Д. 70%,

Е. 80% .

505. Вкажіть, що є основним профілактичним заходом, який попереджає зараження холерою:

А. контроль за громадським харчуванням,

В. бактеріологічний контроль за особами, які прибули з районів ендемічних по холері,

С. застосування профілактичної дезінфекції,

Д. вживання кип'яченої води,

Е. дотримання правил особистої гігієни .

506. Наявність в 1 мкл крові 100 Т-хелперів у хворих на ВІЛ-інфекцією спостерігається при:

А. гострій стадії,

В. генералізованій лімфаденопатії,

С. СНІД-асоційованім комплексі,

Д. опортуністичних інфекціях,

Е. термінальній стадії.

507. Вкажіть відмінність крупа при парагрипі від крупа при дифтерії:

А. супроводжується афонією,

В. клінічно не відрізняється,

С. розвивається гостро,

Д. розвивається поступово,

Е. розвивається під гостро.

508. Вкажіть зміни в лейкограмі при скарлатині:

А. лейкопенія, лімфоцитоз;

В. лейкоцитоз, нейтрофіліоз, моноцитопенія,

С. лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом вліво, еозинофілія,

Д. лейкоцитоз, лімфоцитоз, атипіві мононуклеари,

Е. лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом вліво, анеозинофілія.

509. Провідним механізмом у розвитку висипу при менінгококцемії є:

А. осідання імунних комплексів в капілярах шкіри,

В. пошкодження ендотелію капілярів циркулюючими в крові мікробами і токсинами,

С. занос збудника в лімфатичні судини дерми з розвитком продуктивно-запальних змін,

Д. інтоксикація,

Е. генералізований деструктивно-проліферативний тромбоваскуліт.

510. Азидотимідин є препаратом вибору для лікування:

А. герпетичної інфекції,

В. ВІЛ-інфекції,

С. цитомегаловірусної інфекції,

Д. токсоплазмозу,

Е. вірусного гепатиту С.

511. При призначенні етіотропного лікування хворому на менінгококовий менінгіт необхідно враховувати:

А. спектр дії антибіотика,

В. здатність антибіотика проникати через гематоенцефалічний бар'єр,

С. масу тіла хворого,

Д. алергоанамнез пацієнта,

Е. все перераховане вірно.

512. Симптоми, що характерні для парагрипу:

А. тонзиліт, кон'юнктивіт,

- В. незначна інтоксикація, рино-фаринго-ларингіт,
- С. рино-фарингіт, виражена інтоксикація,
- Д. гепатоспленомегалія, виражена інтоксикація,
- Е. фарингіт в поєднанні з бронхітом.

513. Вірус імунодефіциту може проникати в:

- А. макрофаги,
- В. моноцити,
- С. гліальні клітини мозку,
- Д. Т-хелпери,
- Е. все перераховане вірне.

514. Хвора 72 років, звернулася у лікаря зі скаргами на підвищення температури тіла, появу червоної плями з чіткими межами в нижній третині лівої гомілки. Діагностовано бешиху, еритематозну форму. Назвіть збудника даної патології:

- А. аденовірус,
- В. стафілокок,
- С. β -гемолітичний стрептокок,
- Д. менінгокок,
- Е. вірус Епштейн-Барр.

515. Наслідкам бруцельозу відповідає фаза патогенезу:

- А. гематогенного заносу,
- В. лімфогенного занесення,
- С. полівогнищевої локалізації,
- Д. екзогенного розповсюдження,
- Е. фаза резидуального метаморфозу.

516. У хворого клініка одностороннього геморагічно-гнійного кон'юнктивіту, температура 39 ° С. При огляді - збільшені підщелепні, шийні лімфовузли, печінка + 2см. Діагноз?

- А. лімфолейкоз,
- В. ВІЛ-інфекція,

- C. аденовірусна інфекція,
- D. грип,
- E. риновірусна інфекція.

517. У хворого 36 років клініка правобічної вогнищевої пневмонії, підтвердженої рентгенологічно. Тяжкість перебігу і тривалість хвороби диктують необхідність обстежити на мікоплазмоз. Які дослідження необхідні для підтвердження діагнозу:

- A. пробу Бюрне,
- B. гемокультуру,
- C. реакція Пауля-Буннеля,
- D. реакцію Відаля,
- E - РСК, РНГА, РГГА.

518. Інтоксикація при шигельозі Бойда (група С) обумовлена дією:

- A. екзотоксину,
- B. термостабільного компонента ендотоксину,
- C. термолабільного компонента ендотоксину,
- D. порушенням всмоктувальної функції кишечника,
- E. цитотоксичною дією токсину.

519. До макролідів відносять:

- A. амікацин,
- B. тіенам,
- C. ампіцилін,
- D. сумамед,
- E. хлорамфенікол.

520. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 в гостру фазу ВІЛ-інфекції знижений за рахунок: A. зниження кількості CD4,

- B. зниження кількості CD8,
- C. збільшення кількості CD4,
- D. збільшення кількості CD8 +,
- E. збільшення кількості плазматичних клітин.

521. Переносниками хвороби Лайма є:

- A. блохи,
- B. воші,
- C. іксодові кліщі,
- D. аргасові кліщі,
- E. комарі.

522. Голоендемичні по малярії населені пункти вважаються в тому випадку, якщо паразитарний індекс у дітей грудного віку становить:

- A. 10%,
- B. 30%,
- C. 50%,
- D. 60%,
- E. 75%.

523. Мінімальна інфікуюча доза для дорослих шигелами групи D становить:

- A. 10 мікробних клітин (мк),
- B. 100мк,
- C. 200мк,
- D. 1000мк,
- E. 10⁷мк.

524. Який з перерахованих гельмінтозів відноситься до контактних антропонозних:

- A. дифілоботріоз,
- B. гіменолепідоз,
- C. трихінельоз,
- D. аскаридоз,
- E. теніаринхоз.

525. Препаратом вибору етіотропної терапії при легкому перебізі шигельозу є:

- A. похідні нітрофурану,
- B. левоміцетин,

- C. тетрациклін,
- D. ампіцилін,
- E. гентаміцин.

526. Для імуноалергічної перебудови організму при хронічному бруцельозі характерні:

- A. реакції негайного типу,
- B. реакції уповільненого типу,
- C. параалергія,
- D. аутоалергія,
- E. все перераховане вірно.

527. Пентамідин є препаратом вибору для лікування опортуністичної інфекції:

- A. герпетичної інфекції,
- B. цитомегаловірусної інфекції,
- C. пневмоцистної пневмонії,
- D. саркоми Капоші,
- E. все перераховане вірно.

528. Реакція аглютинації-лізису стає позитивною у хворих содоку:

- A. з 1-го дня захворювання,
- B. на 10-12 день захворювання,
- C. в період реконвалесценції,
- D. з 6-8 дня захворювання,
- E. в період початкових клінічних проявів .

529. У дитячому колективі, при скринінговому обстеженні, виявлено високий титр антитіл до аденовірусу. Про що це свідчить:

- A. про високу сприйнятливність колективу до аденовірусної інфекції,
- B. прояв поствакцинальної реакції АКДС,
- C. колектив переніс спалах аденовірусної інфекції,
- D. результат перенесеної грипозної інфекції,

Е. результат активації неспецифічних факторів захисту.

530. До опортуністичних інфекцій належать:

- А. пневмоцистна пневмонія,
- В. криптоспоридіоз,
- С. цитомегаловірусна інфекція,
- Д. криптококоз,
- Е. все перераховане вірно.

531. При огляді хворого, який прибув з Індії, мають місце рідкі випорожнення у вигляді "рисового відвару", виражений периферичний ціаноз. Про яке захворювання слід думати: А. амебіаз,

- В. холера,
- С. шигельоз,
- Д. черевний тиф,
- Е. дисбактеріоз.

532. У хворого протягом 3-х днів температура 38,5-39 ° С, нудота, блювота, переймоподібні болі в животі, що передують дефекації. Випорожнення скудні з домішками слизу до 15 разів на добу. Тенезми. Сигма спазмована. Діагноз?

- А. сальмонельоз,
- В. шигельоз,
- С. паратиф А,
- Д. амебіаз,
- Е. балантидіаз.

533. На рентгенограмі легенів дрібно сітчастий малюнок - симптом "матового скла" спостерігається перш за все при:

- А. орнітоз,
- В. пневмококовій пневмонії,
- С. пневмоцистній пневмонії,
- Д. респіраторно-синцитіальній-вірусній інфекції,

Е. респіраторно-мікоплазмовій інфекції.

534. У дитини 3-х років на підставі наявності симптомів млявого паралічу м'язів правого стегна запідозрений поліомієліт. У якому випадку діагноз буде вважатися підтвердженим: А. наявності типової клінічної картини, В. наявності залишкових явищ після перенесеного захворювання, С. при виділенні поліовірусу, D. відсутність в анамнезі щеплень проти поліомієліту, Е. у віці до 7-ми років.

535. Хворий 25 років, рибалка. На другий день хвороби температура 39,5 ° С, озноб, головний біль, болі в литкових м'язах. Склери субіктеричні. Пальпація м'язів, особливо литкових, хвороблива, сеча темна, кал звичайного кольору.

Діагноз?

- А. вірусний гепатит;
- В. епідемічна міалгія;
- С. лептоспіроз;
- D. черевний тиф;
- Е. загострення ревматизму.

536. У сім'ї з 5-ти чоловік один із членів сім'ї захворів на висипний тиф. Що необхідно зробити в першу чергу в осередку?

- А. обстежити контактних на печінкові проби,
- В. всіх госпіталізувати,
- С. госпіталізувати хворого, контактних обстежити на педікульоз,
- D. провести вакцинацію,
- Е. призначити всім антибіотики.

537. Хвора 58 років, хворіє на хронічну форму бешихи. Який антибіотик краще застосувати для попередження рецидивів цього захворювання:

- А. стрептоміцин,
- В. біцилін,
- С. пеніцилін,
- D. ампіцилін,

Е. еритроміцин.

538. До групи левоміцетину відносять:

А. амікацин,

В. тіенам,

С. ампіцилін,

Д. сумамед,

Е. хлорамфенікол.

539. Мінімальним діагностичним титром реакції аглютинації, що підтверджує діагноз "туляремія" є:

А. 1:20,

В. 1:40,

С. 1:100,

Д. 1:400,

Е. 1:800.

540. Основний шлях передачі дизентерії, викликаной шигеллами Григор'єва-Шига є:

А. водний,

В. контактено-побутовий,

С. через молочні продукти,

Д. мушиний фактор,

Е. повітряно-пиловий.

541. При розвитку неускладненої форми парагрипу диференціальний діагноз необхідно проводити з:

А. сепсисом,

В. черевним тифом,

С. грипом,

Д. бруцельозом,

Е. малярію.

542. Який з перерахованих збудників має здатність продукувати екзотоксин:

А. *Clostridium botulinum*,

- B. вірус герпесу тип 1,
- C. вірус Епштейна-Барра,
- D. Plasmodium falciparum,
- E. все перераховане вірно.

543. У стадію лімфаденопатії при ВІЛ-інфекції кількість Т-хелперів в 1 мкл крові становить:

- A. 800,
- B. 400,
- C. 300,
- D. 200,
- E. 100.

544. Для експрес-діагностики грипу та ГРВІ використовують:

- A. виділення збудника на культурі тканини або курячих ембріонах,
- B. РСК,
- C. імунофлюоресцентний метод,
- D. біологічна проба,
- E. загальний аналіз крові.

545. У хворого на СНІД вірус може міститися в:

- A. слині,
- B. крові,
- C. секреті потових залоз,
- D. спермі,
- E. у складі всіх секретів і біологічних рідинах.

546. У хворого з лихоманкою виявляється відносна брадикардія з дікротією пульсу протягом 9 днів. У крові: лейкопенія, анеозинофілія, відносний лімфоцитоз. Попередній діагноз?

- A. висипний тиф;
- B. менінгококцемія;
- C. аденовірусна інфекція;
- D. черевний тиф,

Е. вірусний гепатит.

547. Основний шлях передачі дизентерії, викликаной шигеллами Зонне:

А. водний,

В. контактнo-побутовий,

С. через харчові продукти,

Д. мушиний фактор,

Е. повітряно-пиловий.

548. Хворий 20 років, у 1-й день хвороби: температура тіла 38,9 ° С, головний біль, перхотиння в горлі. Обличчя хворого, склери і слизові оболонки ротоглотки гіперемовані, задня стінка зерниста. У легенях жорстке дихання. Тахікардія. Яке лікування в домашніх умовах буде найбільш доцільним?

А. антибіотикотерапія,

В. анальгін,

С. ацикловір, парацетамол,

Д. ремантадин,

Е. вітамінотерапія.

549. Чим холерний вібріон Ель-Тор відрізняється від класичного?

А. має гіалуронідазну активність,

В. аглютинується холерною сироваткою,

С. не має рухливості,

Д. утворює спори,

Е. володіє гемолітичними властивостями.

550. У хворого 36 років, протягом 5-ти днів температура 40 ° С, головний біль, інтенсивні болі в м'язах, «важко вставати на ноги», жовтяниця, носові кровотечі. Обличчя гіперемовано, набрякле, кон'юнктивіт, склерит.

Гепатоспленомегалія. Лейкоцити $24,0 \times 10^9$ / л, ШОЕ 50 мм / год. У сечі сліди білка, гіалінові і зернисті циліндри. Діагноз?

А. вірусний гепатит;

В. лептоспіроз;

- С. висипний тиф;
- Д. аденовірусна інфекція;
- Е. черевний тиф.

Література.

1. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. — СПб.: Фолиант, 2000.
2. Покровский В. В. и др. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. — М.: Гэотар Медицина, 2000.
3. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. — М.: Гэотар Медицина, 1998.
4. Черкасский Б.Л. Инфекционные и паразитарные болезни человека. Справочник эпидемиолога. — М.: Медицинская газета, 1994.
5. Юшук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. Т. 1, т. 2. — М.: ВУНМЦ, 1999.
6. Юшук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни . Москва.-'Медицина' 2003.- с.379.
7. Андрейчин М.А., Руденко А.О., Івахів О.Л., Чеміч М.Д. Класифікація інфекційних і паразитарних хвороб. Тернопіль "Укрмедкнига".- 2002.с.143.
8. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико И.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология.- М.: Гэотар Медицина, 2008.
9. Інфекційні хвороби за редакцією М.Б.Тітова.- Київ. "Вища школа".- 1995.- с.566.
10. Денисенко О.В. Інфекційні хвороби в модулях. Навчальний посібник.- Київ. "Медицина".- 2009.- с.167.
11. И.В.Богодельгиков Дифференциальный диагноз инфекционных болезней у детей. — Симферополь - 2007.- с.689.
12. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. — Київ: „Здоров'я”, 2001. — Т.1. — 854 с.
13. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. — Київ: „Здоров'я”, 2002. — Т.2. — 656 с.
14. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. — Київ: „Здоров'я”, 2002. — Т.3. — 902 с.

