001. Эпидемиология инфекционных болезней – это медицинская наука:

Об эпидемиях

О закономерностях инфекционного процесса

О закономерностях эпизоотического процесса

О закономерностях возникновения и распространения инфекционных болезней, мерах борьбы и профилактики инфекций

О механизме передачи возбудителей инфекций

002. Задачей эпидемиологии инфекционных болезней является:

Ликвидация инфекционных болезней

Снижение заболеваемости до спорадического уровня

Предупреждение групповых заболеваний и эпидемиологических вспышек

Ликвидация возбудителей инфекционных болезней

Снижение инфекционной заболеваемости и ликвидация отдельных нозологических форм

003. Два основных раздела, которые выделяют в современной эпидемиологии, это:

Эпидемиология инфекционных и эпидемиология не инфекционных болезней

Эпидемиология доказательная медицина и клиническая эпидемиология

Эпидемиология паразитарных болезней

Эпидемиология вирусных и бактериальных инфекционных болезней

004. Использованный одноразовый медицинский инструментарий перед утилизацией следует

залить на 1 ч. раствором дезинфектанта

прокипятить

обработать в автоклаве в течении 30 мин. при температуре +110 градусов

обработать в автоклаве в течении 1 ч. при температуре +132 градуса

005. Эпидемиология изучает закономерности возникновения и распространения:

Любых болезней (инфекционных, не инфекционных, не установленной этиологии)

Только инфекционных болезней

Только не инфекционных болезней

Только болезней не установленной этиологии

006. Вакцинации против вирусного гепатита B подлежат

доноры

беременные женщины

гомосексуалисты старше 20 лет

медицинские работники

пенсионеры

007. Сезонность эпидемического процесса - это

изменение показателей заболеваемости

регулярный подъем заболеваемости в определенное время года

случайные колебания эпидемического процесса

изменение активности механизма передачи

изменение природно-климатических условий

008. Действие медицинских работников в случае загрязнения рук или перчаток кровью:

обработать тампоном, смоченным 70° спиртом, с последующим мытьем теплой, проточной водой с мылом, и повторно обработать 70% раствором этилового спирта

кровь смыть под проточной водой, с последующим мытьем с мылом

кровь смыть под струей проточной воды, с последующей обработкой 3,0 %. раствором хлорамина

009. Источником инфекции при сапронозных инфекциях является:

Загрязненное возбудителями молоко

Загрязненные возбудителями руки

Зараженные клещи

Зараженные вши

Зараженный организм человека, животного и объекты внешней среды

010. Источник возбудителя инфекции - это

любые объекты, на которых обнаружен возбудитель

живой зараженный организм человека или животного

любая среда, в которой возбудитель сохраняется длительный срок

переносчики, в которых возбудитель сохраняется и размножается

011. Фазы механизма передачи возбудителя включают в себя все, кроме:

Выделение из организма

Пребывание во внешней среде

Внедрение в восприимчивый организм

Размножение в организме и возникновение болезни

012. В классификации инфекционных болезней, предложенной Л.В. Громашевским, не нашел отражения механизм передачи:

Аспирационный

Трансмиссивный

Фекально-оральный

Вертикальный

Контактный

013. Влияние природного фактора на эпидемический процесс наиболее выражено при:

Кишечных антропонозах

Кишечных зооантропонозах

Природно-очаговых заболеваниях

Инфекциях дыхательных путей

Инфекциях наружных покровов

014. Природный очаг это:

Сообщество биологических видов

Участок территории, в пределах которой возбудитель болезни циркулирует среди диких животных независимо от человека

Очаг инфекции, поражающей диких животных

Территория, на которой постоянно регистрируется антропонозная инфекция

Место заражения человека зоонозной инфекцией

015. К членистоногим, имеющим эпидемиологическое значение при болезнях с природной очаговостью, относятся все кроме:

Комары

Москиты

Блохи

Клещи

Вши человека

016. Столбняк относится к:

Антропонозам

Зоонозам

Сапронозам

017. Экстренная профилактика в первые часы и дни после предполагаемого заражения преследует цели:

Предотвратить развитие болезни

Смягчить течение болезни

Снизить летальность

Перевести манифестное течение болезни в носительство

Прервать инфекционный процесс в инкубационном периоде до появления первых признаков болезни

018. В борьбе с кишечными инфекциями ведущей мерой является:

Фагопрофилактика

Самоизоляция

Госпитализация больных и носителей

Лечение антибиотиками

Меры по разрыву механизма передачи

019. Стафилококковый гаммаглобулин применяется для:

Лечения больных стафилококковыми инфекциями

Санации больных, выделяющих госпитальные штаммы стафилококка из верхних дыхательных путей

Санации длительных носителей стафилококка среди медицинского персонала

Профилактики стафилококковых внутрибольничных инфекций у лиц, длительное время находящихся в стационаре

Профилактика стафилококковых внутрибольничных инфекций у групп риска

020. Источником инфекции при антропонозах являются

зараженные люди

зараженные животные

зараженные переносчики

зараженные объекты окружающей среды

021.Ликвидация той или иной инфекционной болезни в глобальном масштабе означает:

Отсутствие заболеваний в большинстве стран мира

Отсутствие условий для реализации механизма передачи

Отсутствие носительства

Ликвидацию возбудителя как биологического вида

Отсутствие восприимчивых лиц

022. К инфекции, ликвидированной в глобальном масштабе, относятся:

Полиомиелит

Натуральная оспа

Дифтерия

Дракункулез

Корь

023. Санитарное законодательство – это:

Правила и гигиенические нормативы, устанавливающие критерии безопасности для человека факторов среды его обитания

Система нормативно–правовых актов, регулирующих общественные отношения в области санитарно–эпидемиологического благополучия населения

Свод законов, указов, постановлений и других актов органов государственной власти и управления по вопросам охраны животного, растительного мира

Методические рекомендации

024. Артифициальный механизм передачи действует при

вирусном гепатите "А"

вирусном гепатите "В"

боррелиозе

туляремии

дизентерии

025. Источником инфекции при ветряной оспе является

больной ветряной оспой

реконвалесцент

больное животное

026. Самые высокие показатели заболеваемости ИСМП, вызываемыми грамотрицательными бактериями, наблюдаются:

Среди детей раннего возраста

Среди детей дошкольного возраста

Среди взрослых среднего возраста

Среди лиц пожилого возраста

В любой возрастной группе

027. Внутрибольничные инфекции, вызванные грамотрицательными бактериями, наиболее часто встречаются в:

Родовспомогательных учреждениях

Детских отделениях соматических больниц

Урологических стационарах

Терапевтических отделениях

Гинекологических отделениях

028. Особенности профилактических и противоэпидемических мероприятий при внутрибольничной заболеваемости кишечным иерсиниозом основаны на необходимости пересечения:

Артифициального пути передачи

Контактно–бытового и пищевого пути передачи

Водного пути передачи

Воздушно-капельного пути передачи

029. Анализ помесячной динамики заболеваемости в качестве первой задачи имеет:

Своевременное выявление вспышечной заболеваемости

Определение уровня межсезонной заболеваемости

Выделение ведущих факторов передачи инфекции

Определение сезонности заболеваемости

Оценку качества проводимых мероприятий

030.Сезонный подъем заболеваемости - это:

Эпидемиологический подъем ее уровня в течение календарного года

Надбавка к уровню круглогодичной заболеваемости

Подъем заболеваемости, наступающий в одно и то же время года вслед за активизацией или началом действия причин природного, биологического или социального фактора

Эпидемический подъем заболеваемости, вызванный нерегулярным и случайно действующими причинами социального характера

Эпидемический подъем заболеваемости, всегда обусловленный активизацией механизма передачи инфекции

031. Для ИСМП, вызываемых грамотрицательными бактериями, характерна сезонность:

Зимняя

Осенне-зимняя

Осенне-весенняя

Летняя

Сезонность не выражена

032. Для госпитальных штаммов грамотрицательных и грамположительных бактерий характерно всё, кроме:

Множественная устойчивость к антибиотикам

Высокая устойчивость к нагреванию

Более высокая устойчивость к ультрафиолетовому облучению

Способность сохраняться и размножаться в присутствии дезинфекционных препаратов

033. Ведущий путь передачи бактериальных инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП):

Воздушно-капельный

Парентеральный

Контактный (через руки персонала и медицинские инструменты)

Пищевой

Множественный

034. Социально–профессиональные группы риска заболевания конкретной болезнью можно определить только при изучении:

Возрастной, социально–профессиональной или иной структуры

Распределения заболеваемости по характеру клинических проявлений

Многолетней динамики заболеваемости населения

Интенсивности эпидемиологического процесса в различных группах населения, расчлененного по всем известным социально–профессиональным признакам

Этиологической структурой заболеваемости

035. Брюшной тиф, паратиф А:

Относится к антропонозам

Имеют черты сапронозов

Имеют черты и антропонозов и сапронозов

Относятся к сапронозам

Относится к зоонозам

036. Летальность при брюшном тифе и паратифах:

Высокая

В отдельные годы не регистрируются

Отсутствует

Более высокая у больных преклонного возраста

Более высокая у подростков

037. К брюшному тифу, паратифам восприимчивы:

Лица с нарушением функции пищеварения

Лица с гипоацидным гастритом

Ослабленные интеркуррентными заболеваниями

Восприимчивость всеобщая, но не абсолютная

Лица с заболеваниями желчного пузыря

038. После перенесенного брюшного тифа:

Остается длительный иммунитет

Иммунитет возможен, но не во всех случаях

Иммунитета нет

Иммунитет кратковременный до 6 мес.

Иммунитет до 1 года

039. Перенесший паратиф В, как правило:

Гарантирован от заболевания брюшным тифом

Гарантирован от заболевания сальмонеллезами

Не гарантирован от заболевания брюшным тифом

Гарантирован от заболевания паратифом А

Гарантирован от заболевания паратифом В

040. Переболевший брюшным тифом, как правило:

Гарантирован от заболевания паратифом А

Гарантирован от заболевания паратифом В

Гарантирован от заболевания сальмонеллезами

Гарантирован от заболевания брюшным тифом

Не гарантирован от заболевания брюшным тифом

041. Механизм передачи при брюшном тифе и паратифе А:

Трансмиссивный

Вертикальный

Фекально-оральный

Аспирационный

Контактный

042. Воздушно–капельный путь передачи при тифопаратифозных заболеваниях:

Является ведущим

Не реализуется вовсе

Реализуется лишь в детских учреждениях

Не является ведущим

Реализуется в семейных очагах

043. Источником инфекции при брюшном тифе являются:

Домашние животные

Только человек

Птицы

Грызуны

Сельскохозяйственные животные

044. Динамика заболеваемости брюшным тифом характеризуется тенденцией к снижению:

Повсеместно

На территориях, где обеспечена потребность населения в доброкачественной воде

На территориях, где отработана система профилактической работы с бактерионосителями

Только в городах

Такая динамика не характерна ни для каких территорий

045. Для брюшного тифа характерна сезонность:

Весеннее–летняя

Летнее–осенняя

Зимняя

Зимнее–весенняя

Не имеет четких характеристик

046. Самые высокие показатели заболеваемости брюшным тифом наблюдается среди:

Детей первого года жизни

Детей первых 3-х лет жизни

Детей 3-7 лет

Подростков и лиц до 30 лет

Лиц старше 30 лет

047. С целью выявления больных брюшным тифом обследованию методом выделения гемокультуры подлежат:

Все обращающиеся за медицинской помощью

Лихорадящие более 2-х дней

Лихорадящие более 3-5-х дней

С болями в животе

С диареей более 5 дней

048. Материалами для лабораторного исследования с целью выявления хронических носителей возбудителей брюшного тифа и паратифов являются:

Кровь

Моча

Ликвор

Фекалии

Дуоденальное содержимое

049. Антисептиком, применяемым для обработки кожи рук, загрязненной кровью, является:

96 %. спирт

70 %. спирт

5 %. спиртовой раствор йода

3 %. спиртовой раствор хлоргексидина

6%. перекись водорода

050. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами:

Обязательная мера для всех переболевших

Проводится только в местах с повышенным уровнем заболеваемости

Обязательно только в отношении детей до 3-х летнего возраста

Обязательно только в отношении лиц декретированных профессий

Обязательно только для детей, посещающих детские дошкольные учреждения

051. Диспансерное наблюдение за переболевшими брюшным тифом осуществляется с целью выявления:

Больных

Хронического носительства

Транзиторного носительства

Групп «риска»

Больных и хронического носительства

052. В комплексе мер по разрыву механизма передачи при брюшном тифе ведущая роль принадлежит:

Дезинфекции

Дезинсекции

Соблюдению технологии производства молочных продуктов

Совершенствованию качества водоснабжения

Соблюдению правил личной гигиены

053. Массовая вакцинация населения против брюшного тифа оправдана на территориях:

С высоким уровнем заболеваемости (на эндемичных территориях)

Со средним уровнем заболеваемости

С низким уровнем заболеваемости

Только в сельской местности

Не оправдана

054. Вакцинацию против брюшного тифа целесообразно проводить в:

Январе

Феврале

Марте

Апреле

Мае

055. Экстренная профилактика в очагах брюшного тифа проводится:

Антибиотиками широкого спектра действия

Бактериофагом

Бактериофагом и антибиотиками оксациллинового ряда

Сульфаниламидными препаратами

Иммуноглобулином

056. Внутрибольничные вспышки брюшного тифа возникают преимущественно в стационарах:

Детских соматических

Хирургических

Туберкулезных

Психиатрических

Терапевтических

057. Для снижения риска профессионального заражения, при оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией, рекомендуется следующий набор спецодежды:

медицинский халат, маска, перчатки, бязевый фартук

хирургический халат, шапочка, маска, перчатки, закрытая кожаная обувь, клеенчатый фартук, защитные очки

хирургический халат, перчатки, закрытая кожаная обувь, фартук

медицинский халат, маска, войлочная обувь, маска

058. Наиболее частая продолжительность инкубационного периода при холере:

Несколько часов

2-3 дня

3-7 дней

7-13 дней

14-21 день

059. При водных вспышках холеры Эль –Тор факторами передачи может быть вода:

Водопроводная

Только открытых пресноводных водоемов

Только морская

Только минеральных источников

Морская, пресноводных водоемов, гидротехнических сооружений, минеральных источников

060. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные:

В период инкубации

В период клинических проявлений болезни

В период реконвалесценции

В период инкубации и клинических проявлений

В любой период инкубационного процесса

061. Выделение холерного вибриона Эль-Тор у носителей чаще превышает:

1-2 дня

7-14 дней

1-2 месяца

3-4 месяца

5-6 месяцев

062. Сезонность заболеваний холерой в странах с умеренным климатом:

Зимнее - весенняя

Не выражена

Весенне-летняя

Летне-осенняя

Летняя

063. При вспышках холеры Эль – Тор наибольшая заболеваемость отмечается среди:

Детей, посещающих ДДУ

Школьников

Работников предприятий общественного питания

Работников гидросооружений

Работников мясомолочной промышленности

064. При выявлении больного холерой контактными считаются лица, общавшиеся с ним:

В инкубационном периоде

В период клинических проявлений

В период клинических проявлений и в период ранней реконвалесценции

В инкубационный период и в периоде клинических проявлений

В любой период болезни

065. На территории, подвергшейся заразе холеры, развертывается всё кроме:

Холерный госпиталь

Провизорный госпиталь

Изолятор

Обсерватор

066. Из санитарно – гигиенических мероприятий при вспышках холеры Эль –Тор наиболее важную роль играет:

Контроль заболеваемости сельскохозяйственных животных

Соблюдение правил личной гигиены

Контроль за получением и переработкой молочных продуктов

Контроль за получением и переработкой мясных продуктов

Контроль за водоснабжением и водопользованием

067. Экстренная профилактика антибиотиками при холере Эль –Тор проводится:

Лицам, общавшимся с больными

Работникам предприятий общественного питания

Работникам предприятий мясомолочной промышленности

Лицам, проживающим на территориях, принадлежащих к открытым водоемам

Лицам, подвергавшимся реальной опасности заражения (употреблявшим зараженные продукты, воду, после прямого контакта с больными)

068. Во время вспышки холеры Эль –Тор вакцинация проводится:

Всему населению

Детям дошкольного возраста

Работникам предприятий общественного питания

Лицам, по профессии связанным с водой открытых водоемов

Не проводится

069. После ликвидации вспышки холеры проводятся следующие мероприятия:

Диспансерное наблюдение за переболевшими и носителями

Гиперхлорирование водопроводной воды

Фагирование лиц, проживающих на территориях, принадлежащих к открытым водоемам

Экстренная профилактика антибиотиками

Диспансерное наблюдение за переболевшими, санитарно–гигиенические мероприятия, провизорная госпитализация больных ОКЗ, после крупной вспышки вакцинация населения на следующий год

070. Наиболее эффективными мерами профилактики ВИЧ–инфекции среди населения в настоящее время являются:

применение медикаментов и вакцин для специфической профилактики групп риска среди населения

массовое лабораторное обследование на ВИЧ – инфекцию

изоляция ВИЧ - инфицированных и больных СПИДом

санитарно-просветительная работа среди населения

071. Для предупреждения внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекции в соматическом стационаре необходимо проводить:

тщательное проветривание помещений

УФО – облучение помещений

дезинфекцию и стерилизацию изделий медицинского назначения

дезинфекцию оборудования, помещений

072. Наиболее поражаемая эшерихиозами группа населения:

Дети первого года жизни

Дети от 1 года до 3 лет

Подростки и взрослые

Дети в возрасте от 4 до 7 лет

Лица преклонного возраста

073. Наибольшее эпидемиологическое значение как источники инфекции имеют:

Больные в инкубационном периоде

Больные в период разгара клинических проявлений

Реконвалесценты

Больные во все периоды болезни

Бактерионосители

074. Пути передачи инфекции, имеющие наибольшее значение в распространении эшерихиозной инфекции у детей раннего возраста:

Пищевой

Водный

Бытовой

Контактный

075. Факторы передачи, имеющие наибольшее значение в распространении эшерихиозов:

Вода

Мухи

Молоко и молочные продукты

Овощи и фрукты

Рыбные продукты

076. Риск заражения ВИЧ инфекцией уменьшается при:

увеличении числа половых партнеров

половых сношениях во время менструации

беспорядочных, гомо -, гетеросексуальных половых связях

половых сношениях с использованием презерватива

077. Источником при эшерихиозе, обусловленном энтерогеморрагическими кишечными палочками, являются:

Человек

Крупный рогатый скот

Мелкий рогатый скот

Птицы

Домашние животные

078. Шигеллезы относятся к:

Антропонозам и зоонозам

Только к антропонозам

Только к зоонозам

Сапронозам

Антропонозам с чертами сапронозов

079. Пищевой путь передачи возбудителя при шигеллезе Зонне:

Является ведущим повсеместно

Является ведущим на отдельных территориях страны

Не является ведущим

Может проявлять свое действие в определенных условиях

Является ведущим в отдельные месяцы

080. Водный путь передачи возбудителя при шигеллезе Флекснера:

Является ведущим повсеместно

Является ведущим на ряде территорий страны

Не является ведущим

Может проявлять свое действие только в определенных условиях

Является ведущим в отдельные годы

081. Бытовой путь передачи при шигеллезе Григорьева Шига:

Является ведущим

Не является ведущим

Является ведущим на ряде территорий

Может проявлять свое действие только в определенных условиях

Является ведущим в отдельные годы

082. Сезонность шигеллезов:

Зимнее–весенняя

Весеннее-летняя

Летнее-осенняя

Летняя

Не выражена

083. Запретить грудное вскармливание новорожденных детей, матери которых инфицированы ВИЧ:

следует в обязательном порядке

не следует, если соски не имеют трещин

не следует, если полость рта новорожденных без повреждений

не следует, если не прорезались зубы

084. При пищевом типе эпидемического процесса повышенный уровень заболеваемости отмечается среди:

Работников пищевых объектов и членов их семей

Медицинских работников

Работников детских дошкольных учреждений

Работников системы водоснабжения

Уровень заболеваемости от профессии не зависит

085. При водном типе эпидемического процесса повышенный уровень заболеваемости дизентерией отмечается среди:

Работников пищевых объектов

Медицинских работников

Работников детских дошкольных учреждений

Работников системы водоснабжения

Уровень заболеваемости от профессии не зависит

086. При бытовом типе эпидемического процесса повышенный уровень заболеваемости дизентерией отмечается среди:

Работников пищевых объектов

Медицинских работников

Работников детских дошкольных учреждений

Работников системы водоснабжения

Уровень заболеваемости от профессии не зависит

087. Выписка из стационара переболевших дизентерией из числа лиц, относящихся к декретированным контингентам (работники пищевых объектов, дети, посещающие дошкольные учреждения, школы –интернаты), проводится:

После клинического выздоровления

После клинического выздоровления и медицинского наблюдения в течение 3-4 дней

После клинического выздоровления и назначения дизентерийного фага

После клинического выздоровления и 3-кратного бактериологического обследования с отрицательным результатом

После дополнительного выздоровления и дополнительного курса лечения антибиотиками

088. Экстренная профилактика шигеллезом антибиотиками проводится:

В детских организованных коллективах с высоким уровнем заболеваемости

На предприятиях пищевой промышленности и общественного питания при возникновении единичных случаев

На пищевых объектах в детских организованных коллективах при возникновении повторных случаев

В квартирных очагах при возникновении повторных случаев

Не проводится

089. В комплексе мероприятий по ликвидации очагов и вспышек шигеллезов ведущая роль принадлежит:

Активной иммунизации групп риска

Фагопрофилактике

Мерам по нейтрализации источников инфекции (госпитализация больных)

Санитарно – гигиеническим мероприятиям

090. Затяжные и хронические формы инфекции формируются при вирусных гепатитах:

А и В

С и D

С

В, С и D

А и Е

091. Предметами быта, личной гигиены, через которые может передаваться ВИЧ от инфицированного к здоровому человеку, являются:

бритвенные приборы

мыло

банные мочалки

полотенце

092. Вирус иммунодефицита человека в организме больного после заражения присутствует:

не более 1 месяца

несколько месяцев

несколько лет

пожизненно

093. Больной вирусным гепатитом А наиболее интенсивно выделяет вирус с:

Фекалиями

Мочой

Слизью дыхательных путей

Фекалиями и рвотными массами

Фекалиями и мочой

094. Обязательному медицинскому освидетельствованию, согласно федеральному закону «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ» от 1995 г. подлежат:

медицинские работники лечебно-профилактического учреждения

реципиенты

доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей

беременные

095. Вирусный гепатит А наиболее часто встречается в следующих возрастных группах:

Дети до 1 года

Лица пожилого возраста

Взрослые

Дети от 4 до 14 лет

Дети от 1 года до 3 лет

096. Сезонный подъем заболеваемости вирусным гепатитом А приходится на период:

Весенний

Летний

Осенний

Осеннее-зимний

Зимнее–осенний

097. Гаммаглобулин с целью профилактики вирусного гепатите А может назначаться:

В очагах

В предсезонный период

Части детского населения –весной, части –в осенний период

Не рекомендуется назначать

Назначается лишь контингентам риска

098. У 90-95 %. ВИЧ – инфицированных АТ к ВИЧ появляются через:

3 недели

3 месяца

6 месяцев

12 месяцев

099. ВИЧ инфицированные состоят на диспансерном учете в:

в инфекционном стационаре

в поликлинике

в кабинете инфекционных заболеваний районных поликлиник

в стационаре

100. Для диагностики полиомиелита проводят лабораторное исследование:

Слизи из носоглотки

Ликвора

Фекалий

Крови

Комплексное исследование слизи, ликвора, фекалий, крови

101. Выделение вируса полиомиелита с отделяемым носоглотки происходит в течение:

Первой недели заболевания

Первых трех дней заболевания

Всего острого периода

Двух месяцев от начала заболевания

Стадии развития параличей

102. Максимально возможный срок выделения возбудителя полиомиелита из фекалий составляет:

5 дней

10 дней

Несколько недель

Несколько месяцев

Несколько лет

103. Для профилактики полиомиелита в настоящее время применяется:

Только убитая вакцина

Живая вакцина в драже

Только живая вакцина

Комбинация живых и убитых вакцин против вирусов 1-го, 2-го и 3-го типов

Комбинация живых и убитых вакцин против вирусов 1-го и 3-го типов

104. Вакцинация против полиомиелита на первом году жизни включает:

1 прививку

2 прививки

3 прививки

4 прививки

5 прививок

105. Вакцинацию людей наиболее целесообразно проводить:

При контакте с больными животными

С профилактической целью в профессиональных группах риска

С профилактической целью всему населению на неблагополучной по сибирской язве территории

При контакте с человеком, больным сибирской язвой

При контакте с больным животным и человеком

106. У 90-95 %. ВИЧ – инфицированных АТ к ВИЧ появляются через:

3 недели

3 месяца

6 месяцев

12 месяцев

107. ВИЧ инфицированные состоят на диспансерном учете в:

в инфекционном стационаре

в поликлинике

в кабинете инфекционных заболеваний районных поликлиник

в стационаре

108. Для клинического течения ротавирусного гастроэнтероколита характерно:

Легкие формы

Субклинические формы

Только тяжелые формы

Преимущественно формы средней тяжести

Полиморфизм клинических проявлений от бессимптомных до тяжелых форм

109. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтероколите являются:

Инфицированный человек

Животное

Сельскохозяйственные животные

Птицы

Грызуны

110. Алиментарный (пищевой) путь передачи возбудителя при ротавирусном гастроэнтероколите:

Реализуется часто

Является ведущим

Может проявить свое действие в случае массового инфицирования продуктов

Не может реализоваться

111. Водный путь передачи возбудителя при ротавирусном гастроэнтероколите:

Является ведущим

Имеет место, но не является ведущим

Изучен недостаточно

Не может реализоваться вовсе

Реализуется на отдельных территориях

112. Сезонность заболеваний при ротавирусном гастроэнтероколите:

Весеннее-летняя

Летнее-осенняя

Осеннее-зимняя

Осенняя

Заболевания выявляются в течение всего года, но пик заболеваемости происходит на зимнее–весенний период

113. Высокие показатели заболеваемости ротавирусным гастроэнтероколитом отмечаются среди:

Детей первых двух лет жизни

Детей 4-5 лет

Детей школьного возраста

Взрослых

Заболеваемость регистрируются во всех возрастах равномерно

114. Время сохранения вирулентности ВИЧ в капле крови при комнатной температуре составляет:

20 мин

несколько часов

4- 6 суток

6 месяцев

115. Сальмонеллы быстро погибают в продуктах при:

Замораживании

Солении

Копчении

Хранении при комнатной температуре

Кипячении

116. В очаге сибирской язвы лицам, подвергшимся угрозе заражения от животных, показаны:

Вакцинация

Экстренная госпитализация

Гаммаглобулинопрофилактика

Изоляция

Медицинское наблюдение в течение 2 недель, экстренная профилактика антибиотиками

117. Наибольшее значение для человека имеют кампилобактерии:

C. ferus

C. jejini

C. coli

C. laridis

C. hyointestinalis

118. При кампилобактериозе преимущественно поражается:

Желудочно-кишечный тракт

Сердечно–сосудистая системы

Нервная система

Органы дыхания

Опорно-двигательный аппарат

119. Противоэпидемические мероприятия, проводимые в окружении человека, больного сибирской язвой, включают:

Медицинское наблюдение за контактными

Экстренная профилактика антибиотиками

Не предусматривается

Гаммаглобулинопрофилактику

Разобщение

120. Основной путь передачи возбудителя кампилобактериоза:

Бытовой

Пищевой и бытовой

Пищевой

Водный

Водный и бытовой

121. Основной мерой для борьбы с корью является

изоляция заболевших

проведение заключительной дезинфекции в очаге

проведение текущей дезинфекции

иммунизация восприимчивых

гаммаглобулинопрофилактика в очагах

122. Максимальный срок инкубационного периода при ВИЧ – инфекции составляет:

5 лет

4 года

до 12 месяцев

6 месяцев

123. Сезонность при кампилобактериозе:

Зимняя

Весенняя

Летняя

Осеннее-зимняя

Сезонность не отмечается

124. Решение проблемы кампилобактериоза определяют мероприятия:

Медицинские

Медико-санитарные

Ветеринарные

Ветеринарно-санитарные

Медико-санитарные и ветеринарные

125. Актуальность дифтерии определяется прежде всего уровнем:

Заболеваемости

Летальности

Инвалидизации

Бактерионосительства

Экономического ущерба

126. Из культурально-биологических свойств коринебактерий дифтерии наибольшее эпидемиологическое значение имеют:

Фаготип

Биовар

Серовар

Токсигенность

Устойчивость во внешней среде

127. В патогенезе дифтерии наибольшее значение имеют:

Местный воспалительный процесс на месте внедрения возбудителя

Бактериемия

Токсинемия

Поражение стенок кровеносных сосудов

Лихорадка

128. В защите организма от дифтерийной инфекции наибольшее значение имеют:

Антитоксические и антибактериальные антитела

Цитотоксические лимфоциты и фагоциты

Иммуноглобулины класса А

Лизоцим

Комплемент связывающие антитела

129. ВИЧ–инфекция это:

сапроноз

антропоноз

зооноз

130. В период спорадической заболеваемости наиболее частой клинической формой дифтерии является:

Дифтерия носа

Дифтерия кожи

Локализованная дифтерия ротоглотки

Дифтерия токсическая

Дифтерий труп

131. В период спорадической заболеваемости дифтерий непрерывность эпидемиологического процесса поддерживается главным образом за счет:

Больных локализованной формой дифтерии ротоглотки

Больных дифтерией носа

Больных дифтерией кожи

Реконвалесцентов дифтерии

Бактерионосителей токсигенных коринебактерий

132. Минимальный срок инкубационного периода при ВИЧ–инфекции составляет:

2-4 недели

3-4 месяца

6-10 месяцев

1-2 года

133. С эпидемиологических позиций в патогенезе коклюша наибольшее значение имеют:

Бактериями

Токсинемия

Воспалительный процесс в дыхательных путях

Развитие специфической и неспецифической аллергии

Повышенная возбудимость нервных рецепторов

134. Наиболее заразным больной коклюшем является:

В конце инкубационного периода

В катаральном периоде и в начальном периоде судорожного кашля

На первой недели судорожного кашля

В разгар спазматического кашля

В конце периода спазматического кашля

135. Длительность заразности больного коклюшем в настоящее время не превышает:

10 дней

15 дней

25 дней

30 дней

40 дней

136. Иммунитет после перенесенного коклюша, как правило, сохраняется в течение:

5 лет

10 лет

15 лет

20 лет

Пожизненно

137. В период до введения вакцинации для многолетней динамики заболеваемости коклюшем были характерны периодические подъемы и спады с интервалами:

1-2 года

2-3 года

3-4 года

4-5 лет

5-7 лет

138. Длительность инкубационного периода при коклюше составляет в днях:

2-3

3-5

4-9

7-10

От 4 до 20

139. В условиях массовой вакцинопрофилактики периодические подъемы заболеваемости коклюшем отмечаются с интервалами:

2-3 года

3-4 года

4-5 лет

Нерегулярно

Вообще не отмечаются

140. Факторами передачи коклюша могут быть:

Аэрозоль

Пыль

Предметы быта (игрушки, посуда)

Молоко

Руки

141. Для внутригодовой динамики заболеваемости коклюшем характерно повышение ее уровня в месяцы:

Зимние

Зимнее-весенние

Весенне-летние

Летнее-осенние

Осеннее-зимние

142. Наиболее высокие показатели заболеваемости коклюшем в современных условиях отмечаются у детей в возрасте:

до 1 года

1-2 года

2-6 лет

6-10 лет

10-14 лет

143. Первый заболевший коклюшем (ребенок или взрослый) в школе, школе–интернате, детском доме, детском саду подлежат изоляции на срок:

7 дней

10 дней

14 дней

20 дней

25 дней

144. В очаге коклюша (в ДДУ, школе, семье, квартире) подлежит разобщению дети до 7 лет, контактировавшие с больным, на срок со дня изоляции больного:

7 дней

10 дней

14 дней

20 дней

25 дней

145. Курс иммунизации против коклюша вакциной АКДС состоит из:

Двух инъекций АКДС с интервалом 1,5-2 мес

Трех инъекций АКДС с интервалом 1,5-2 мес

Двух инъекций АКДС с интервалом 1,5 мес. и одной ревакцинации через год

Трех инъекций АКДС с интервалом 1,0 мес. и одной ревакцинации через 1,5-2 года

Трех инъекций АКДС с интервалом 1,5 мес. и двух ревакцинации через 1,5-2 года

146. Возбудитель ветряной оспы относится к семейству:

Вирусов оспы (Poxviridal)

Вирусов герпеса (Herpesviridae)

Ротавирусов (Rotaviridae)

Аденовирусов (Adenoviridae)

Парамикосвирусов (Paramyxoviridae)

147. После перенесенного заболевание ветряной оспой:

Иммунитет не вырабатывается

Возникает кратковременный иммунитет

Возникает напряженный, но непродолжительный иммунитет

Вырабатывается нестерильный пожизненный иммунитет с возможностью рецидивов инфекции (опоясывающий лишай)

Формируется кратковременный иммунитет слабой напряженности

148. Максимальная продолжительность инкубационного периода при ветряной оспе составляет:

7 дней

14 дней

21 день

17 дней

35 дней

149. Вероятность передачи ВИЧ – инфекции от матери к ребенку без проведения ППМР:

70-80 %.

30-50 %.

10 %.

150. Сезонные подъемы заболеваемости ветряной оспой:

Не характерны

зимне-весенняя сезонность

Возникают осенью при формировании детских коллективов

Характерны для зимнего периода

Возникают весной

151. Наиболее поражаемой возрастной группой при ветряной оспе являются:

Дети до 1 года

Дети 3-5 лет

Дети школьного возраста

Подростки

Взрослые

152. Не болевшие ветряной оспой контактные дети до 7 лет изолируются на:

10 дней

17 дней

21 день

31 день

Не изолируются

153. Переболевшие ветряной оспой контактные дети подвергаются изоляции в течение:

10 дней

17 дней

21 дня

1 месяца

Не изолируются

154. Если дата контакта известна точно, контактному ребенку разрешается посещать детское учреждение с момента контакта в течение:

Первых двух дней

10 дней

17 дней

21 дня

25 дней

155. Менингококковая инфекция:

Антропоноз вирусной этиологии

Антропозооноз вирусной этиологии

Антропоноз бактериальной этиологии

Антропозооноз бактериальной этиологии

Сапроноз бактериальной этиологии

156. Проводится ли послетестовое консультирование при медицинском освидетельствовании на антитела к ВИЧ при отрицательном результате обследования:

да

нет

157. Социальная значимость менингококковой инфекции:

Высокая

Очень высокая

Не заслуживает особого внимания здравоохранения

Надуманная проблема

Ныне не является проблемой для здравоохранения

158. Медицинское освидетельствование на ВИЧ–инфекцию проводится:

с обязательным дотестовым консультированием

с обязательным до и послетестовым консультированием

159. Возбудитель менингококковой инфекции принадлежит к роду:

Шигелл

Нейссерий

Сальмонелл

Коринебактерий

Клебсиелл

160. Возбудителем менингококковой инфекции является:

N. gonorrhoea

N. meningitidis

N. subflava

N. sicca

N. mucosa

161. При транспортировке материала для исследования на менингококковую инфекцию требуется:

Предохранение от высыхания

Предохранение от охлаждения

Соблюдение режима пониженной температуры

Тщательное предохранение от охлаждения и высыхания

Обычная пересылка материала в стерильной посуде

162. Вероятность передачи ВИЧ-инфекции от мужчины к женщине при незащищенном половом контакте:

0,01-0,2 %.

80-100 %.

13-50 %.

163. Источником менингококковой инфекции могут быть:

Человек

Животные дикие

Животные домашние

Птицы

Грызуны

164. Однозначны ли понятия СПИД и ВИЧ–инфекция:

нет

да

165. Могут ли ВИЧ-инфицированные лица быть источником заражения в первые 1,5 месяца после заражения:

да

нет

166. Наиболее поражаемыми группами населения при сибирской язве являются:

Дети дошкольного возраста

Дети школьного возраста

Мужчины 30-50 лет

Взрослые лица, участвующие в забое и разделке туш животных

Мужчины и женщины преклонного возраста

167. Ведущий механизм передачи возбудителя менингококковой инфекции:

Аэрозольный (аспирационный)

Фекально-оральный

Вертикальный

Трансмиссивный

Контактный

168. Передача возбудителя менингококковой инфекции преимущественно осуществляется через:

Пищевые продукты

Воду

Аэрозоль

Предметы обихода

Кровососущих насекомых

169. Возбудитель менингококковой инфекции в воздухе выживает:

1-5 минут

До 30 минут

1-2 часа

До 12 часов

24 часа и более

170. Сезон наибольшего подъема заболеваемости менингококковой инфекцией:

Осенний период (сентябрь – ноябрь)

Осеннее–зимний (октябрь – январь)

Зимнее–весенний (январь, май)

Летний (июль-август)

Летнее–осенний (июль-ноябрь)

171. Продолжительность иммунитета у привитых против гепатита В:

6 мес.

2-3 года

1 год

4 года

5-10 лет

172. Гепатиту В свойственны:

Только острое течение

Бессимптомное течение

Только хроническое течение

Развитие первичной карциномы

Возможность хронизации инфекционного процесса с развитием цирроза, у части больных–первичной карциномы печени

173. Иммуноструктура к менингококкам формируется за счет всего, кроме:

Заболеваемости

Носительства

Плановой вакцинации

Вакцинации по эпидемическим показаниям

174. Из числа вирусных гепатитов к кровяным инфекциям относятся:

Вирусные гепатиты А,В,С

Вирусные гепатиты В,С,Д

Вирусные гепатиты А,Е

Вирусные гепатиты В,С,Е

Вирусные гепатиты С, Д,Е

175. Актуальность проблемы гриппа и ОРЗ обусловлена:

Высокой заболеваемостью и быстрым распространением

Высокой летальностью

Поражением детского населения

Необходимость вакцинации населения

176. Восприимчивость к гриппу:

Практически всеобщая, несколько выше у детей раннего возраста

Выше у детей дошкольного возраста

Выше у детей школьного возраста

Выше у лиц пожилого и старшего возраста

177. Иммунитет после перенесенного заболевания гриппом сохраняется:

До десяти лет

В течение 1-3 лет при любом типе вируса

В течение 2-6 лет при любом типе вируса

Течение 1-2 лет при вирусе типа А и 3-4 года при вирусе типа В

В течение нескольких месяцев при вирусе типа А и 1-2 лет при вирусе типа В

178. Наиболее поражаемая возрастная группа при аденовирусной инфекции:

Дети первых 6 месяцев жизни

Дети в возрасте от 6 месяцев до 5 лет

Дети 7-10 лет

Подростки

Все возрастные группы поражаются одинаково

179. Минимальная продолжительность инкубационного периода при гриппе составляет:

6-8 часов

3 дня

5 дней

7 дней

10 дней

180. Наиболее часто встречающаяся продолжительность инкубационного периода:

1-2 дня

3 дня

4 дня

12 часов

5 дней

181. Минимальная продолжительность инкубационного периода при аденовирусной инфекции составляет:

Несколько часов

1-2 дня

4 дня

5 дней

7 дней

182. Мера уголовной ответственности за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей согласно статье 122 УК РФ:

Лишение свободы на срок до 1 года

Арест на срок до 6 месяцев

Лишение свободы на срок до 5 лет с последующими ограничениями в работе на срок до 3 лет

Лишение свободы на срок до 8 лет

183. Источником и резервуаром вирусов гриппа А служат:

Только человек

Человек и животные (птицы и млекопитающие)

Только птицы

Только млекопитающие

184. При гриппе А сезонность:

Не выражена

Летне-осенняя

Зимняя

Зимне-весенняя

Весенне-летняя

185. Среди заболевших при гриппе и других ОРЗ:

Преобладают лица мужского пола на всех территориях

Преобладают лица женского пола на всех территориях

Заболеваемость не связана с половой структурой

На отдельных территориях преобладают лица мужского пола

На отдельных территориях преобладают лица женского пола

186. Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, обычно наблюдаются до исключения ВИЧ-инфекции:

6 месяцев

12-18 месяцев

1,5 – 3 года

187. Поражение нервной системы при острой ВИЧ-инфекции может проявляться следующей симптоматикой, за исключением:

Нарушения памяти

Нарушения способности к концентрации, восприятию текста и речи

Замедления произвольных движений

Тремора конечностей, признаков парапареза

Менингеального синдрома

188. Иммуномодуляторы применяются с целью экстренной профилактики:

Только гриппа А

Только гриппа В

Только парагриппа

Только коронавирусной и аденовирусной инфекции

Многих ОРВИ, включая грипп

189. Основное число заболевших столбняком в настоящее время регистрируется среди:

Новорожденных

Детей до 14 лет

Подростков

Взрослых до 14 лет

Взрослых старше 40 лет

190. Эпидемический паротит относится к группе:

Антропонозов

Зоонозов

Сапронозов

191. Актуальность паротитной инфекции определяется, прежде всего:

Высокой летальностью

Высокой заболеваемостью населения

Характером возможных осложнений (орхит, панкреатит, серозный менингит)

Высокой заболеваемостью детей первого года жизни

Значительным экономическим ущербом

192. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:

Парамиксовирусов

Аденовирусов

Поксвирусов

Парапоксвирусов

Пикорнавирусов

193. Возбудитель эпидемического паротита обладает тропностью к:

Лимфоидной ткани

Соединительной ткани

Ткани желез внутренней секреции

Эпителиальной ткани желудочно-кишечного тракта

Легочной ткани

194. После перенесенной паротитной инфекции иммунитет сохраняется, как правило, в течение:

3 месяцев

1 года

6 лет

20 лет

Пожизненно

195. Периодический подъем заболеваемости паротитной инфекцией в довакцинальный период возникали каждые:

1-2 года

2-3 года

3-4 года

5 лет

Периодичность не характерна

196. Механизм передачи паротитной инфекции:

Аэрозольный (аспирационный)

Контактно-бытовой

Фекально-оральный

Трансмиссивный

Вертикальный

197. Наиболее высокие уровни заболеваемости паротитом в довакцинальный период отмечались у:

Детей первого года жизни

Детей первых 3 лет жизни

Детей 3-6 лет

Детей 7-10 лет

Детей 10-16 лет

198. На современном этапе для паротитной инфекции характерна сезонность:

Осенне-зимняя

Зимне-весенняя

Весенне-летняя

Летне-осенняя

Сезонность не характерна

199. Схема иммунизации против эпидемического паротита моновакциной включает:

Двукратную вакцинацию с интервалами 6-10 мес

Однократную вакцинацию в возрасте 12 мес. и ревакцинацию в 6-7 лет

Трехкратную вакцинацию с интервалом 1,5-2 мес

Однократную вакцинацию и одну ревакцинацию

Трехкратную вакцинацию и одну ревакцинацию

200. Для массовой иммунопрофилактики эпидемического паротита в нашей стране используется:

Анатоксин

Живая вакцина

Убитая вакцина

Генно-инженерная вакцина

Субъединичная вакцина

201. При поверхностной травме кожных покровов инфицированным инструментом существует высокая опасность заражения:

Вирусным гепатитом В, С, сифилисом

ВИЧ-инфекцией, вирусным гепатитом В, С

Сифилисом, герпетической инфекцией

Герпетической инфекцией, вирусным гепатитом А

202. Экстренная профилактика в очаге паротитной инфекции включает:

Вакцинацию всех непривитых и не болевших ранее с учетом противопоказаний

Введение гаммаглобулина всем непривитым и неболевшим ранее

Антибиотикопрофилактику всем общавшимся с заболевшими

Гаммаглобулинопрофилактику всем непривитым и антибиотикопрофилактику всем общавшимся

Экстренную профилактику в очаге не проводят

203. Неблагополучными по сибирской язве считаются населенные пункты и пастбища после выявления больных животных в течение:

Одного года

Пяти лет

Десяти лет

Двадцати лет

Бессрочно

204. Наиболее частая этиология пневмонии в 4Б-4В стадии ВИЧ-инфекции:

Микоплазменная, аспергиллезная

Пневмоцистная, цитомегаловирусная

Туберкулезная

Атипичные микобактериозы

205. Актуальность краснухи обусловлена:

Тератогенным действием возбудителя и тяжелыми последствиями врожденной краснухи

Потерей трудоспособности при заболевании взрослых

Длительным носительством вируса

Большим экономическим ущербом

Проблемами дифференциальной диагностики с корью

206. Максимальная продолжительность инкубационного периода при краснухе составляет:

2-3 дня

11 дней

16 -20 дней

24 дня

1 месяц

207. Источником инфекции при краснухе может являться всё перечисленное, кроме:

Больной манифестной типичной формой

Больной атипичной формой

Ребенок с врожденной краснухой

Хронический носитель

Больной стертой субклинической формой

208. Больной краснухой заразен для окружающих:

В последние часы инкубации

За 7 дней до появления сыпи

В последние часы инкубации и весь период высыпания

В течение 7 дней после появления сыпи

За 7 дней до и в течение 4-7 дней после появления сыпи

209. После перенесенного заболевания формируется иммунитет:

Кратковременный

Продолжительный (до 8-10 лет)

Длительный (до 15-20 лет)

Стойкий, пожизненный

Иммунитет не возникает

210. Вероятность передачи инфекции плоду особенно велика при заболевании женщины краснухой в следующие сроки беременности:

Первые 3-4 мес.

5 мес.

6 мес.

7-8 мес.

9 мес.

211. Обнаружение специфическихIgG у новорожденного с пороками развития свидетельствует о:

Врожденной краснухе

Приобретенной краснухе

Пассивном иммунитете, полученном от матери

Отсутствие краснухи у матери в анамнезе

Краснухе, перенесенной матерью во время беременности

212. Наиболее эффективным профилактическим мероприятием при краснухе является:

Изоляции больного

Разобщение контактных

Вакцинация

Выявление серонегативных лиц и их вакцинация

Дезинфекция

213. Рекомендуется прерывание беременности женщине, перенесшей краснуху в сроки беременности:

Первые 12 недель

В 13-15 недель

4-5 мес.

6-7 мес.

В 8 мес.

214. Наиболее ранним симптомом столбняка является:

Дисфагия

Тризм

Сардоническая улыбка

Дисфония и сардоническая улыбка

Судороги конечностей

215. Возбудитель кори во внешней среде сохраняется:

Не более 1-2 часов

В течение 6 часов

В течение 24 часов

В течение 7-10 часов

В течение 20 минут

216. С вирусом кори связаны:

Подострый склерозирующий панэнцефалит

Болезнь Крейтцфельд - Якоба

Куру

Рассеянный склероз

Инфекционный мононуклеоз

217. Иммунитет после переболевания корью сохраняется:

Пожизненно

Около 20 лет

Около 10 лет

5-6 лет

1-3 года

218. Коревая инфекция передается путем:

Водным

Пищевым

Воздушно-капельным

Воздушно-пылевым

Контактно-бытовым

219. Механизм передачи коревой инфекции:

Фекально-оральный

Трансмиссивный

Аэрозольный (аспирационный)

Контактный

Вертикальный

220. Периодические подъемы заболеваемости коревой инфекцией в довакцинальный период возникали каждые:

1-2 года

2-3 года

3-4 года

4 года

Периодичность не характерна

221. Сезонность, характерна для коревой инфекции в довакцинальный период:

Осенне-зимняя

Зимняя

Зимне-весенняя

Весенне-летняя

Сезонность не характерна

222. Заболеваемости коревой инфекцией на современном этапе возникают:

каждые 1-2 года

каждые 2-3 года

каждые 3-4 года

каждые 4 года

в случае заноса инфекции из эндемичных районов мира

223. Действие медицинского работника при попадании крови на слизистую оболочку рта, горла:

прополоскать 0.05%. раствором марганцево – кислого калия или 1%.раствором борной кислоты

прополоскать 0.5%. раствором марганцево – кислого калия или 96%. спиртом

прополоскать раствором пищевой соды, затем 0.5%. раствором марганцево–кислого калия

прополоскать кипяченной водой, затем прополоскать70% спиртом

224. Биологические жидкости, являющиеся основными факторами передачи ВИЧ:

Слезы, слюна

Кровь, семенная жидкость, грудное молоко

Спинномозговая жидкость, околоплодные воды

Ушной секрет

225. Живая коревая вакцина вводится непривитым по эпидемическим показаниям:

С 3-х мес. возраста

С 6-ти мес. возраста

С 12-ти мес. возраста

С 18-ти мес. возраста

С 3-х летнего возраста

226. Минимальный защитный титр противокоревых антител в РПГА равен:

1:4.

1:10.

1:20.

1:40.

1:60.

227. По рекомендациям ВОЗ иммунная прослойка к кори среди детей 2-х лет жизни должна быть не менее:

50%.

60%.

75%.

80%.

95%.

228. После вскрытия ампулы коревая вакцина по наставлению к препарату должна быть использована в течении:

20 мин.

30 мин.

2 часов

До конца рабочего дня

В течение суток

229. Изоляция больного корью после высыпания прекращается через:

3 дня

4 дня

5 дней

6 дней

10 дней

230. Ведущим мероприятием в профилактике сибирской язвы являются:

Снижение и ликвидация заболеваемости сельскохозяйственных животных

Вакцинация людей

Контроль за импортным сырьем

Правильное травосеяние

Воздействие на физико-химические свойства почвы

231. Действия медицинского работника при попадании крови на слизистую оболочку носа:

промывают 0.05%. раствором марганцево–кислого калия или 1%. раствором борной кислоты

промывают проточной водой, затем закапывают 30% альбуцид

промывают проточной водой, затем закапывают 2.0% раствор новокаина

промывают 0.05% раствором марганцево–кислого калия и закапывают 1.0% раствор азотнокислого серебра

обильно промыть проточной водой (не тереть)

232. Элементы патогенеза чумы у человека, имеющее наибольшее эпидемиологическое значение:

Выделение возбудителя с мочой и калом

Локальное накопление возбудителя при бубонной форме

Наличие возбудителя в лимфатической системе

Нахождение возбудителя в крови

Выделение возбудителя с отделяемым верхних дыхательных путей при легочной форме

233. Действие медицинского работника при попадании крови на слизистые оболочки глаз:

промывают 0.05% раствором марганцево-калия, закапывают 2.0-3.0% раствором протаргола или 1.0% альбуцидом

промывают 0.5% раствором марганцево–кислого калия

промывают проточной водой, затем 0.5% раствором марганцево-кислого калия

обильно промывают проточной водой, закапывают 1.0% раствором протаргола, при болезненности 2.0% раствором новокаина

промывают 1% раствором борной кислоты.

обильно промыть проточной водой (не тереть)

234. Восприимчивость к чуме:

Практически всеобщая

Высокая, но не всеобщая

Выше у лиц пожилого возраста

Выше у детей до 1 года

Выше у детей дошкольного возраста

235. Переносчики инфекции при чуме являются:

Блохи

Комары

Слепни

Вши

Клещи

236. Действия медицинских работников в случае повреждения целостности кожных покровов рук в процессе работы:

выдавить каплю крови из ранки, вымыть руки с мылом, обработать место укола 70% спиртом, а затем 5% раствором йода

выдавить из ранки кровь, обработать ранку 1.0 % раствором хлорамина, затем йодом или зеленкой

обработать ранку йодом или зеленкой

промыть ранку проточной водой, затем обработать йодом

237. Сезонность заражения людей в природных очагах в странах с умеренным климатом:

Летне-осенняя

Зимняя

Без сезонных закономерностей

Весенне-летняя и осенняя

Зимне-осенняя

238. При легочной чуме медицинский персонал в изоляторе работает в защитном костюме:

1 типа

2 типа

3 типа

4 типа

В обычной медицинской одежде

239. Экстренная профилактика в чумы после контакта с больным легочной чумой или в аварийной ситуации осуществляется:

Химической сорбированной вакциной

Живой вакциной

Анатоксином

Иммуноглобулином

Антибиотиками

240. Специфическая профилактика чумы проводится:

Химической сорбированной вакциной

Живой вакциной

Анатоксином

Гаммаглобулином

Инактивированной вакциной

241. Продолжительность иммунитета после вакцинации чумной вакциной:

Пожизненная

10 лет

5 лет

6мес. -1год

2-3 мес.

242. Действие медицинских работников в случае загрязнения рук или перчаток кровью:

обработать тампоном, смоченным 70° спиртом, с последующим мытьем теплой, проточной водой с мылом, и повторно обработать 70% раствором этилового спирта

кровь смыть под проточной водой, с последующим мытьем с мылом

кровь смыть под струей проточной воды, с последующей обработкой 3,0 %. раствором хлорамина

243. Клинические формы проявления туляремия у человека, представляющие опасность для окружающих:

Язвенно-бубонная

Бубонная

Кишечная

Легочная

Ни одна из форм не представляет опасности

244. Восприимчивость к туляремии:

Практически всеобщая

Высокая

Низкая

Выше у лиц пожилого возраста и детей

Выше у детей до 1 года

245. Основной механизм передачи возбудителя туляремии:

Аспирационный

Фекально-оральный

Трансмиссивный

Контактный

Вертикальный

246. Для кожной формы сибирской язвы у человека характерно:

Болезненность в зоне некроза

Отсутствие болезненности в зоне некроза

Выделение гноя

Отсутствие струпа

Отечность и развитие сибиреязвенного карбункула

247. Сезонность при туляремии:

Исключительно летняя

Исключительно зимнее-весенняя

Сезонность зависит от типа эпидемии

Без сезонных закономерностей

Исключительно зимняя

248. Основное число заболеваний туляремий регистрируется среди:

Школьников

Работников промышленных предприятий

Домохозяек, пенсионеров

Детей дошкольного возраста

Работников сельского хозяйства, охотников, рыболовов

249. Основным мероприятием в комплексе мер борьбы и профилактики туляремии является:

Санитарная пропаганда

Ветеринарно-санитарные мероприятия

Дератизация

Иммунизация населения

Использование средств неспецифической защиты

250. На энзоотичной территории целесообразна вакцинация:

Детей

Отдельных возрастных групп

Отдельных профессиональных групп

Населения, проживающие на данной территории

Населения, проживающего, а также работающего на данной территории

251. Специфическая профилактика против туляремии на энзоотичных территориях проводится:

Только при наличии эпизоотий

При выделении культур от клещей

Постоянно, независимо от активности природного очага

В течение 10 лет после последней эпизоотии

В течение 5 лет после последней эпизоотии

252. Продолжительность иммунитета при вакцинации против туляремии:

До 2-х лет

До 5 лет

6-9 мес.

1 год

До 10 лет

253. Укажите неправильное утверждение. Ограничению распространения ВИЧ-инфекции могут способствовать следующие меры:

пропаганда безопасного секса

массовый скрининг с использованием тест-систем

поисковый скрининг среди групп риска

полная изоляция ВИЧ-инфицированных лиц

уголовная ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией

254. Укажите правильное утверждение. При обнаружении ВИЧ-инфекции у беременной женщины следует:

прервать беременность

назначить антиретровирусную терапию

рекомендовать грудное вскармливание новорожденного

рекомендовать смешанное вскармливание новорожденного

255. Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) относится к группе:

Антропонозов

Зоонозов

Сапронозов

256. Укажите правильное утверждение. Результат исследования сыворотки крови методом иммунного блоттинга следует считать положительным:

при выявлении антител к 2-3 гликопротеинам ВИЧ

при выявлении антител к одному из протеинов ВИЧ

при отсутствии антител к антигенам ВИЧ

при выявлении антител к одному гликопротеину ВИЧ

при выявлении антител к одному гликопротеину и какому-либо протеину ВИЧ

257. Госпитализация больного КГЛ проводится:

По клиническим показаниям

Обязательно в ранние сроки в отдельную палату

При появлении геморрагического синдрома

Только детей и лиц пожилого возраста

По эпидемиологическим показаниям

258. Наличие природных очагов КГЛ установлено в следующих ландшафтных зонах:

Тундра

Лесная (таежная) зона

Лесостепь

Высокогорье

Степи и полупустыни

259. К основным мерам, направленным на разрыв механизма передачи возбудителя КГЛ, относится все кроме:

Обработка сельскохозяйственных животных акарицидами

Использование репеллентов и защитной одежды во время пребывания в природном очаге

Противоэпидемический режим при оказании медицинской помощи больным

Организация специальных скотомогильников

260. В арсенал средств иммунопрофилактики КГЛ входят:

Живые инактивированные культуральные вакцины

Лошадиная сыворотка, содержащая антитела против КГЛ

Гаммаглобулин против КГЛ (человеческий)

Гаммаглобулин против КГЛ, полученный от гипериммунизированных лошадей

Нет средств для иммунопрофилактики КГЛ

261. Укажите неправильное утверждение. Диагноз ВИЧ-инфекции подтверждают следующими методами:

вирусологическим

иммунологическим

генетическим (ПЦР)

микроскопическим

262. Бешенство относится к:

Антропонозам

Зоонозам

Сапронозам

263. Заболевания бешенством встречается в странах:

Только в Европейских странах

Только в Азии и Африке

Во всех странах, кроме некоторых островных государств

Только в странах Северной и Латинской Америки

Повсеместно

264. Инкубационный период при бешенстве варьирует в пределах:

От 12 дней до1года и более

1-10 дней

10-40 дней

50-60 дней

2-12 месяцев

265. Диагноз ВИЧ – инфекции ставят на основании следующих данных:

клинических

эпидемиологических

клинических, эпидемиологических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге)

клинических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА)

лабораторных (снижение СД 4 лимфоцитов)

266. Наиболее чувствительный и достоверный метод лаб. диагностики применяемый в настоящее время для подтверждения ВИЧ:

иммуноблоттинг

ИФА метод

ПЦР метод

РНГА

267. Могут ли лица больные ВИЧ быть источником заражения в стадии инкубации:

да

только как доноры

только при половом контакте

не могут

только гомосексуалисты

268. Инфицированный вирусом бешенства человек опасен для окружающих:

С первых дней инкубационного периода

В конце инкубационного периода

При появлении симптомов болезни

В конце инкубационного периода и в течение всей болезни

Не опасен для окружающих как источник инфекции

269. Инкубационный период при ВИЧ–инфекции:

10 лет

до 3 месяцев

2 недели

0.5 мес. – 6 лет

270. Основное мероприятие, проводимое в отношении человека, пострадавшего от укуса животного:

Медицинское наблюдение

Лабораторное обследование

Химиопрофилактика

Первичная обработка раны и проведение антирабических прививок

Госпитализация

271. Необходимость назначения антирабического гаммаглобулина определяется:

Состояние здоровья пострадавшего

Тяжестью и локализацией укуса

Эпизоотической обстановкой

Обстоятельствами укуса

Возрастом пострадавшего

272. Продолжительность иммунитета после введения антирабической вакцины составляет:

3 месяца

6 месяцев

1 год

3 года

Десятки лет

273. Введение антирабического гаммаглобулина обеспечивает:

Пассивный иммунитет

Уменьшение необходимого числа введений вакцины

Облегчение состояния вакцинируемого

Предупреждение осложнений

Уменьшение дозы вакцины

274. Какие клетки из перечисленных более часто поражаются при ВИЧ:

Т–хелперы

эпителиальные клетки

клетки печени

275. Условный курс антирабических прививок назначается в случаях:

Единичного укуса животным без признаков бешенства

Множественных укусов животным без признаков бешенства

Укусов, нанесенных диким животным

Единичных и множественных укусов собакой или кошкой без признаков бешенства, за которыми установлено ветеринарное наблюдение в течение 10 дней

Укусов животным в местности, более 5 лет благополучной по бешенству

276. Наиболее целесообразно сибирскую язву отнести к группе:

Зоонозов

Антропонозов

Сапронозов

277. Основными источниками заражения человека сибирской язвой являются:

Сельскохозяйственные животные

Дикие животные

Грызуны

Человек

Домашние и дикие птицы

278. Максимальный инкубационный период при сибирской язве составляют:

2 дня

5 дней

7 дней

10 дней

14 дней