

Эпидемиология (паразитология) (СО) Первая категория

1. При каких из тропических лихорадок пациент не опасен для окружающих:

- 1) Марбурга
- 2) Эбола
- 3) Денге
- 4) Ласса

2. Кем утверждается паспорт холерного, провизорного госпиталей, изолятора, обсерватора:

- 1) руководителем учреждения, которое является госпитальной базой
- 2) директором Департамента здравоохранения
- 3) руководителем, начальником территориального отдела Роспотребнадзора
- 4) решением областной санитарно-противоэпидемической комиссии

3. Холера относится к

- 1) инфекциям, вызывающим ЧС эпидемического характера
- 2) эндемичным инфекциям
- 3) природно-очаговым
- 4) социально-значимым

4. Сроки забора испражнений при холере:

- 1) в первый день болезни
- 2) на фоне антибиотикотерапии
- 3) до начала антибиотикотерапии
- 4) при обращении

5. Фекальные массы при холере представляют собой:

- 1) обычный кал
- 2) прозрачную жидкость
- 3) «рисовый» отвар
- 4) разжиженный кал с зеленью

6. Специфическая профилактика холеры возможна

- 1) холерной вакциной
- 2) водно-солевыми растворами
- 3) люминесцирующей холерной сывороткой
- 4) комплексным бактериофагом

7. Во время вспышек холеры больных лечат

- 1) в инфекционных отделениях
- 2) амбулаторно в поликлиниках
- 3) в специализированных госпиталях
- 4) обсерваторах

8. Основное место обитания холерного вибриона:

- 1) почва
- 2) водоемы
- 3) грызуны
- 4) продукты

9. Механизм передачи возбудителя холеры:

- 1) аспирационный
- 2) контактный
- 3) трансмиссивный
- 4) фекально-оральный

10. Средняя продолжительность инкубационного периода при холере:

- 1) 1-2 дня
- 2) 11-14 дней
- 3) 5-7 дней
- 4) 8-10 дней

11. Тюменская область по типу эндемических проявлений холеры относится к:

- 1) I типу
- 2) II типу
- 3) III тип подтип А

4) III тип подтип Б

12. Клещевой вирусный энцефалит относится к:

- 1) опасным инфекциям
- 2) зооантропонозным инфекциям
- 3) природно-очаговым инфекциям
- 4) социально-значимым

13. Механизм передачи возбудителя при КВЭ:

- 1) трансмиссивный
- 2) алиментарный (сырое молоко)
- 3) контактный
- 4) все вышеперечисленное

14. Группы риска по заболеванию КВЭ:

- 1) жители эндемичных территорий
- 2) работники вирусологических лабораторий, занимающиеся накоплением вируса
- 3) лица, занятые в промышленной, геологической, гидромелиоративной отраслях
- 4) все вышеперечисленное

15. Клинический диагноз КВЭ подтверждается:

- 1) выявлением IgM в сыворотке крови на 3-4 день болезни
- 2) обнаружение 4х-кратного повышения титра Ig G в парных сыворотках
- 3) обнаружение РНК вируса КЭ в крови, ликворе
- 4) все вышеперечисленное

16. Основной природный резервуар возбудителя иерсиниозов:

- 1) синантропные и дикие грызуны
- 2) водоплавающие птицы
- 3) летучие мыши
- 4) плотоядные животные

17. Путь передачи иерсиниозов человеку:

- 1) пищевой

- 2) водный
- 3) контактно-бытовой
- 4) все вышеперечисленное верно

18. Возбудителями Геморрагической лихорадки с почечным синдромом являются вирусы:

- 1) семейства хантавирусы
- 2) семейства флавивирусы
- 3) семейства энтеровирусы
- 4) семейства поксвирусы

19. При диагностике острых кишечных инфекций чаще всего берут на исследование:

- 1) кал
- 2) мочу
- 3) кровь
- 4) ликвор

20. Основным механизмом передачи возбудителя брюшного тифа является:

- 1) фекально-оральный
- 2) контактный
- 3) трансмиссивный
- 4) аэрозольный

21. Антитела к ротавирусу класса IgM появляются при:

- 1) латентной/персистентной инфекции
- 2) носительстве инфекции
- 3) острой стадии инфекции
- 4) реактивации/реинфекции

22. Пациенты с сальмонеллезом из декретированных групп выписываются после:

- 1) курса лечения
- 2) клинического выздоровления и однократного лабораторного обследования

3) клинического выздоровления через 1-2 дня

4) 3х кратного лабораторного обследования

23. Диагноз сальмонеллез устанавливается без лабораторного подтверждения если:

1) присутствуют классические клинические симптомы сальмонеллеза

2) работа связана с переработкой мяса, молока

3) пациент с соответствующей клиникой поступил из эпидемиологически доказанного очага

4) зарегистрировано повышение заболеваемости сальмонеллезом в населенном пункте

24. Методами для подтверждения сальмонелл в биоматериале являются:

1) бактериологический (бакпосев)

2) молекулярно-генетический (ПЦР)

3) серологический (РПГА)

4) все вышеперечисленное

25. Больной ОКИ вирусной этиологии

1) должен быть изолирован из коллектива в течение 14 дней

2) должен быть изолирован из коллектива в течение 7 дней

3) может посещать коллектив после курса лечения

4) может посещать коллектив после получения отрицательного анализа на ротавирусную и другие кишечные инфекции

26. Дифференциальную диагностику ОКИ вирусной этиологии следует проводить с:

1) антибиотикоассоциированной диареей

2) кампилобактериозом

3) клостридиозом

4) энтеровирусной инфекцией

27. Для обнаружения генетического материала возбудителя ОКИ вирусной этиологии используют:

1) иммуноферментный анализ

2) полимеразную цепную реакцию

3) реакцию пассивной гемагглютинации

4) реакцию связывания комплемента

28. Инкубационный период при ОКИ вирусной этиологии длится:

- 1) 24-48 часов
- 2) 30 суток
- 3) от 12 часов до 3-5 дней
- 4) от 2 до 24 часов

29. Источником инфекции при ротавирусной инфекции является (один вариант):

- 1) домашнее животное
- 2) домашняя птица
- 3) крупный рогатый скот
- 4) человек

30. Какой наиболее частый механизм передачи кишечной инфекции?

- 1) воздушно-капельный
- 2) контактно-бытовой
- 3) половой
- 4) фекально-оральный

31. ОКИ вирусной этиологии являются инфекцией:

- 1) зооантропонозной
- 2) антропонозной
- 3) зоонозной
- 4) природно-очаговой

32. Основной путь заражения ОКИ вирусной этиологии:

- 1) трансмиссивный, водный
- 2) воздушно-капельный, воздушно-пылевой
- 3) контактно-бытовой, пищевой
- 4) трансплацентарный

33. Профилактические мероприятия при ОКИ включают:

- 1) дератизацию, дезинсекцию

- 2) проветривание помещений, личная гигиена
- 3) санитарно-ветеринарную экспертизу молока
- 4) санация носителей

34. Распространение норовирусной инфекции предупреждают:

- 1) вакцинацией
- 2) введением иммуноглобулина
- 3) изоляцией больных до полного выздоровления
- 4) изоляцией больных на время острого периода болезни

35. С целью профилактики ОКИ применяют:

- 1) бактериофаги
- 2) иммуноглобулин
- 3) противовирусные препараты
- 4) текущую и заключительную дезинфекцию в очаге

36. Сезонность при ротавирусной инфекции:

- 1) зимне-весенняя
- 2) круглогодичная
- 3) летне-осенняя
- 4) летняя

37. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

- 1) клиническая картина заболевания
- 2) эпидемиологические данные
- 3) лабораторное подтверждение этиологии
- 4) изменение биохимии крови

38. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет (один вариант):

- 1) до 6 часов
- 2) от 12 до 24 часов
- 3) от 25 до 48 часов

4) от 49 до 72 часов

39. Возбудитель дизентерии:

- 1) относится к роду шигелл
- 2) капсул и спор не образует
- 3) в канализационных водах может сохранять жизнеспособность до 25-30 суток
- 4) все выше перечисленное верно

40. Распространение ротавирусной инфекции предупреждают:

- 1) вакцинацией
- 2) введением иммуноглобулина
- 3) обследование декретированных групп
- 4) изоляцией больных на время острого периода болезни

41. Профилактика внутрибольничного сальмонеллеза включает в себя:

- 1) немедленную изоляцию больного, медицинское наблюдение в течение 7 дней за контактными
- 2) запрет поступления новых пациентов в палату
- 3) отстранение от работы персонала с носительством сальмонеллы
- 4) все вышеперечисленное

42. В период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз «грипп» может быть установлен:

- 1) как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных
- 2) только после лабораторного подтверждения экспресс-методом или ПЦР
- 3) на основании клинических данных
- 4) после лабораторного подтверждения методом ПЦР

43. Цель вакцинации против гриппа:

- 1) полная ликвидация гриппа
- 2) снижение заболеваемости и смертности от гриппа и, особенно, от его осложнений, от обострения и отягощения сердечно-сосудистых, легочных заболеваний и другой хронической патологии
- 3) ликвидация гриппа среди детей

4) снижение осложнений, обострений и отягощений сердечно-сосудистых и легочных заболеваний у лиц, старше 60 лет

44. ОРВИ (исключая грипп) относятся к группе:

- 1) антропонозов
- 2) антропозоонозов
- 3) сапронозов
- 4) зоонозов

45. Входные ворота вируса SARS-CoV-2:

- 1) слизистые верхних дыхательных путей
- 2) легкие
- 3) слизистые верхних дыхательных путей, глаз
- 4) эпителий верхних дыхательных путей, эпителиоциты желудка и кишечника

46. Основное значение для этиологической лабораторной диагностики COVID-19 имеет выявление:

- 1) РНК SARS-CoV-2 с помощью ПЦР
- 2) С-реактивный белок
- 3) иммуноглобулины класса G
- 4) РНК SARS-CoV-2 с помощью ПЦР или антигенов коронавируса с помощью иммунохимических методов (экспресс-тесты)

47. Симптомы при типичном течении кори:

- 1) кашель и (или) насморк, конъюнктивит, общая интоксикация, поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи и пигментация
- 2) симптомы ОРВИ, конъюнктивит, пневмония, пятнисто-папулезная сыпь
- 3) конъюнктивит, ОРВИ, энантема, пятна Коплика, везикулезно-пятнисто-папулезная сыпь, пневмония
- 4) кашель, насморк, конъюнктивит, везикулезно-пятнистая, сливная по типу крапивницы сыпь, энантема, пневмония, энцефалит, артралгия

48. Симптомы при типичном течении краснухи:

- 1) выраженная интоксикация, симптомы ОРВИ, конъюнктивит, поэтапная пятнисто-папулезная сыпь

- 2) лихорадка, везикулезная сыпь, артралгии, лимфаденопатия
- 3) кашель и (или) насморк, конъюнктивит, общая интоксикация, поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи и пигментация
- 4) непродолжительная мелкая пятнисто-папулезная сыпь, отсутствие интоксикации, лимфаденопатия, увеличение заднешейных лимфоузлов, редко – артралгией

49. Взятие крови у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью для исследования на корь осуществляется:

- 1) на 4 - 5 календарный день с момента появления сыпи
- 2) в день установки предварительного диагноза
- 3) на 3 - 4 календарный день с момента появления сыпи
- 4) на пике повышения температуры тела

50. Специфическая профилактика кори по эпидемическим показаниям контактными в очагах проводится:

- 1) детям, не привитым против кори (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5 календарного дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению
- 2) в течение первых 72 ч с момента выявления больного
- 3) при расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге
- 4) все вышеперечисленное

51. В очаге коклюшной инфекции профилактические прививки контактными:

- 1) не проводят
- 2) проводятся в течение 72 часов после контакта
- 3) проводятся детям до 3х лет в течение 72 часов после контакта
- 4) детям до 3 лет, не привитым против коклюша, не позднее 5 календарного дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный.

52. Инкубационный период при дифтерии составляет:

- 1) 2-10 календарных дней
- 2) 7-14 дней
- 3) до 21 дня

4) 2-7 календарных дня

53. Мероприятия в очаге дифтерии:

- 1) за лицами, общавшимися с больным дифтерией, носителями токсигенных коринебактерий дифтерии устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с осмотром ротоглотки, носа, кожи и термометрией в течение 7 календарных дней со дня изоляции источника инфекции
- 2) в течение первых 3 календарных дней со дня изоляции больного организуется осмотр контактных лиц врачом-отоларингологом
- 3) в течение 48 часов с момента установления диагноза дифтерия (или подозрения на это заболевание, или носительства токсигенных коринебактерий дифтерии) проводится бактериологическое обследование контактных лиц
- 4) все вышеперечисленное

54. Источник менингококковой инфекции:

- 1) больные ГФМИ (менингококкцемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма)
- 2) больные острым менингококковым назофарингитом
- 3) бактерионосители менингококка
- 4) все вышеперечисленное

55. При менингококковой инфекции экстренную химиопрофилактику проводят:

- 1) лицам, общавшимся с больным генерализованной формой менингококковой инфекции, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке
- 2) лицам, общавшимся с больным любой формой менингококковой инфекции
- 3) бактерионосителям
- 4) больным назофарингитом

56. Диагностический критерий внебольничной пневмонии:

- 1) выделение микрофлоры в мокроте
- 2) установление диагноза в первые 48 часов с момента госпитализации
- 3) боль в груди, лихорадка, кашель, одышка
- 4) рентгенологические или компьютерно-томографическими (КТ) признаки

57. Инкубационный период при ветряной оспе составляет:

- 1) от 10 до 21 календарного дня (в среднем 13 - 17 календарных дней)

- 2) 7 календарных дней
- 3) 14 календарных дней
- 4) от 7 до 21 календарного дня

58. Источник ветряной оспы:

- 1) больной человек, с конца инкубационного периода и до истечения 5 календарных дней с момента появления последних элементов сыпи
- 2) больной человек, бактерионоситель
- 3) больной человек, с конца инкубационного периода и весь период высыпаний
- 4) новорожденный ребенок с синдромом врожденной ветряной оспы

59. Врожденные дефекты, ассоциированные с синдромом врожденной краснухи:

- 1) заболевания сердца, поражения глаз, снижение слуха, отдаленные задержки умственного развития
- 2) пневмонии, поражения глаз, снижение слуха
- 3) пороки развития костной ткани, заболевания сердца, пневмонии, аллергические реакции
- 4) энцефалиты, пневмонии, кожная сыпь, энантемы

60. Инкубационный период при полиомиелите:

- 1) 21 календарный день
- 2) до 35 дней
- 3) 30 – 90 календарных дней
- 4) от 4 до 30 календарных дней

61. Пути передачи полиомиелита:

- 1) водный, пищевой, контактно-бытовой
- 2) воздушно-капельный, водный, пищевой, контактно-бытовой
- 3) пищевой, контактно-бытовой
- 4) трансмиссивный, воздушно-капельный, водный

62. Основанием для лабораторного подтверждения ЭВИ является:

- 1) обнаружение РНК вируса в стерильных типах клинического материала
- 2) обнаружение РНК вируса в нестерильных типах клинического материала пациента из

этиологически расшифрованного очага, при наличии типичной клиники

- 3) обнаружение РНК вируса в двух нестерильных клинических материалах разных типов
- 4) все вышеперечисленное верно

63. Источником энтеровирусной инфекции является:

- 1) грызуны
- 2) больной человек
- 3) кошка
- 4) летучая мышь

64. Минимальный срок изоляции больного при легком течении болезни составляет не менее:

- 1) 10 дней
- 2) 3х дней
- 3) 3х недель
- 4) 8 дней

65. Наиболее длительное выделение энтеровирусов возможно в:

- 1) крови
- 2) моче
- 3) ротоглотке
- 4) фекалиях

66. Для исследования на энтеровирусы отбирается:

- 1) кровь, отделяемое везикул
- 2) мазок из ротоглотки, фекалии
- 3) спинно-мозговая жидкость, аутопсийный материал
- 4) все вышеперечисленное

67. Вакцинопрофилактика энтеровирусной инфекции у детей проводится:

- 1) только группам риска
- 2) однократно при рождении
- 3) не проводится

4) трехкратно на первом году жизни

68. Правильным утверждением является:

1) энтеровирусная инфекция передается через насекомых

2) энтеровирусы попадают в организм парентерально

3) энтеровирусы проникают через поврежденную кожу

4) энтеровирусы проникают через слизистую желудочно-кишечного тракта

69. Для энтеровирусной инфекции характерна следующая сезонность:

1) зимне-весенняя

2) летне-осенняя

3) осенне-зимняя

4) сезонность не характерна

70. Срок медицинского наблюдения в очаге энтеровирусного менингита составляет:

1) 14 дней

2) 20 дней

3) 10 дней

4) до окончания карантина

71. Механизм передачи при ЭВИ:

1) фекально-оральный и аспирационный

2) трансмиссивный

3) контактный, аэрогенный

4) фекально-оральный, контактный

72. Национальный календарь профилактических прививок это:

1) утвержденный перечень обязательных профилактических прививок

2) утвержденные сроки и схемы профилактических прививок по эпидемическим показаниям

3) система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок

4) нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок

73. Отсутствие профилактических прививок влечет:

- 1) развитие инфекционного заболевания
- 2) временный отказ в приеме на работу
- 3) временный отказ в приеме граждан в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий
- 4) административное наказание

74. Правила введения вакцин:

- 1) одновременно (в пределах одного календарного дня) может вводиться неограниченное количество вакцин (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза, желтой лихорадки) с использованием разных шприцов и в разные участки тела
- 2) для вакцин, имеющих один и тот же антигенный состав, интервал в рамках первичного комплекса прививок должен составлять минимум 4 недели (1 месяц)
- 3) допускается введение неживых вакцин с любым интервалом между собой, при введении живых вакцин рекомендуется интервал 1 месяц, между живой и неживой вакцинами, также допустим любой интервал
- 4) верно все вышеперечисленное

75. Годовой план профилактических прививок в медицинской организации формируется:

- 1) в соответствии с национальным календарем прививок, календарем прививок по эпидемическим показаниям, на основании полного учета детского и взрослого населения, проведенных ранее профилактических прививок, наличия сведений о длительных медицинских отводах, о перенесенных инфекционных заболеваниях, а также прогнозируемого числа новорожденных
- 2) в соответствии с наличием вакцины
- 3) в соответствии с выполнением плана профилактических прививок за предыдущий год по каждому участку
- 4) в соответствии с отчетом о расходовании иммунобиологических лекарственных препаратов в ходе вакцинации

76. Показатели, используемые для оценки работы медицинской организации по иммунопрофилактике:

- 1) уровень охвата профилактическими прививками и своевременность иммунизации населения на территории обслуживания
- 2) показатели заболеваемости населения на территории обслуживания инфекциями,

управляемыми средствами иммунопрофилактики

- 3) структура причин непривитости и их обоснованность
- 4) верно все вышеперечисленное

77. Уровень охвата своевременной иммунизацией (охват иммунизацией на момент достижения декретированного возраста) в соответствии с национальным календарем профилактических прививок должен быть:

- 1) не менее 95%
- 2) 95%
- 3) 90 - 95%
- 4) не менее 100%

78. Условия для использования вакцины из многодозовых флаконов:

- 1) для забора каждой дозы вакцины из многодозового флакона используются стерильный шприц со стерильной иглой. Оставлять иглу в крышке флакона для взятия последующих доз вакцины запрещается. Для забора вакцины из флакона используется тот же шприц, который будет использован для инъекции
- 2) не допускается смешивание вакцин и растворителей из неполных открытых флаконов
- 3) не разрешается заблаговременный набор вакцины в шприцы и последующее хранение вакцины в шприцах
- 4) верно все вышеперечисленное

79. Медицинское наблюдение с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений, оказания экстренной медицинской помощи после введения вакцины осуществляется:

- 1) в течение 30 минут после введения вакцины
- 2) в соответствии с инструкцией по применению препарата
- 3) в течение 15 минут после введения вакцины
- 4) на следующий день после введения вакцины

80. При осуществлении иммунизации, перчатки необходимо менять:

- 1) с целью экономии допускается после каждого третьего пациента, при условии обработки перчаток антисептиком
- 2) после каждого пациента
- 3) при массовой иммунизации в большом коллективе – после каждого пятого пациента
- 4) допускается не менять, если после каждого пациента обрабатывать перчатки

антисептиком

81. Обязательной иммунизации против кори подлежат:

- 1) дети от 1 года до 17 лет (включительно)
- 2) взрослые от 18 до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори
- 3) взрослые от 36 до 55 лет (включительно), относящиеся к группам риска
- 4) верно все вышеперечисленное

82. Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подлежат осмотру:

- 1) врачом (фельдшером)
- 2) врачом
- 3) медицинской сестрой прививочного кабинета
- 4) узким специалистом

83. Новорожденным в первые 24 часа жизни проводится иммунизация:

- 1) против туберкулеза
- 2) первая вакцинация против вирусного гепатита В
- 3) против гемофильной инфекции
- 4) против кори

84. При проведении первичной вакцинации против кори взрослым или в рамках догоняющей вакцинации детям 6 лет и старше, минимальный интервал между первой и второй прививками должен составлять:

- 1) не менее 3 месяцев
- 2) 1 месяц
- 3) любой интервал
- 4) не менее 6 месяцев

85. Срок ревакцинации против дифтерии и столбняка взрослым от 18 лет:

- 1) в 30 и 50 лет
- 2) каждые 10 лет от момента последней ревакцинации работающему контингенту
- 3) каждые 10 лет от момента последней ревакцинации

4) каждые 10 лет от момента последней ревакцинации до 60-летнего возраста

86. Вакцинация против кори контактных из очага:

1) дети до года

2) без ограничения возраста лица, не имеющие ни одной прививки

3) без ограничения возраста, ранее не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори, или однократно привитые старше 6 лет

4) лица до 55 лет включительно, ранее не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори, или однократно привитые старше 6 лет

87. Сильной реакцией на введение вакцины считается:

1) анафилактический шок

2) температура выше 38°C и судороги

3) аллергическая сыпь

4) температура выше 40°C и местная реакция в виде гиперемии и отёка свыше 8 см

88. К поствакцинальному осложнению относится:

1) температура выше 40°C

2) фебрильные судороги

3) анафилактический шок

4) крапивница

89. К временным противопоказаниям к прививкам относятся:

1) ревматоидный артрит

2) ВИЧ-инфекция

3) Беременность

4) острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний

90. После острых инфекционных и неинфекционных заболеваний, обострении хронических заболеваний, плановые прививки проводятся:

1) не ранее, чем через месяц после выздоровления

2) через 3 месяца

3) через 1-2 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжёлых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу

после нормализации температуры

4) через 1,5 месяцев после выздоровления

91. Иммунобиологические лекарственные препараты для иммунопрофилактики это:

1) вакцины, анатоксины, иммуноглобулины и прочие лекарственные средства, предназначенные для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням

2) вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря по эпидемическим показаниям

3) вакцины

4) вакцины и иммуноглобулины

92. Забор проб биологического материала для исследования на паразитозы проводят:

1) медицинские работники

2) родители детей

3) самостоятельно пациент

4) воспитатель в детском саду

93. Многолетний ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости паразитарными болезнями проводят:

1) за 10 лет

2) не менее чем за 10 лет

3) не менее чем за 5 лет

4) за 3 года

94. Ведущий метод лабораторной диагностики малярии:

1) ИФА

2) паразитологический (микроскопия толстых капель крови и мазков)

3) ПЦР

4) исследование спинномозговой жидкости

95. К паразитарным болезням, передающимся через мясо и мясную продукцию относятся:

1) описторхоз

2) энтеробиоз

3) трихинеллез

4) аскаридоз

96. К основным гельминтозам, передающимися через рыбу относятся:

1) эхинококкоз

2) описторхоз и дифиллоботриоз

3) дирофиляриоз

4) трихоцефалез

97. Виды рыб, имеющие эпидемиологическое значение при описторхозе:

1) рыбы семейства карповых: язь, елец, линь, красноперка, плотва, лещ

2) щука, икра щуки

3) лосось, устрицы, морские гребешки

4) щука, судак, налим, окунь, сом, угорь

98. Энтеробиоз и гименолепидоз относятся к группе гельминтозов:

1) Геогельминтозы

2) Биогельминтозы

3) контагиозные паразитозы

4) трансмиссивные болезни

99. При выявлении педикулеза у лиц, поступивших в стационар:

1) отказ в госпитализации

2) перевод в инфекционную больницу (отделение)

3) провести санитарную обработку в дезинфекционном отделении

4) в приемном отделении провести санитарную обработку

100. За лицами, контактировавшими с больным педикулезом, устанавливают медицинское наблюдение на срок:

1) 10 дней с проведением осмотров 1 раз в 10 календарных дней

2) 1 месяц с проведением осмотров 1 раз в 10 календарных дней с занесением результатов осмотра в медицинскую документацию

3) 2 месяца с проведением осмотров 1 раз в 10 календарных дней с занесением результатов осмотра в журнал

4) 7 дней календарных дней

101. При осмотре на педикулез учету подлежат люди, у которых выявлены:

- 1) только жизнеспособные вши
- 2) гниды (личинки)
- 3) жизнеспособные и нежизнеспособные вши в любой стадии развития (яйцо - гнида, личинка, взрослое насекомое)
- 4) головные и платяные вши

102. Больные стационарных отделений подлежат осмотру на педикулез:

- 1) только в детских и подростковых отделениях 1 раз в 7 календарных дней
- 2) при поступлении и далее 1 раз в 7 календарных дней
- 3) при поступлении и далее 1 раз в 10 календарных дней
- 4) при санитарной обработке в приемном отделении

103. Виды вшей, паразитирующих на человеке:

- 1) 3 вида: платяная, головная и лобковая
- 2) 3 вида: платяная, головная, власоед
- 3) 2 вида: платяная, головная
- 4) 4 вида: платяная, головная, лобковая и власоед

104. Пути передачи чесотки:

- 1) контактный, бытовой
- 2) воздушно-капельный
- 3) аэрозольный
- 4) трансмиссивный

105. Мероприятия при обнаружении чесотки:

- 1) изоляция лиц, у которых выявлена чесотка, до полного выздоровления, наблюдение за контактными лицами
- 2) обработка нательного и постельного белья
- 3) проведение текущей дезинфекции
- 4) все ответы верны

106. Клинические проявления чесотки:

- 1) зуд обычно усиливается ночью
- 2) чесоточные ходы, внешне имеют вид слегка возвышающейся прямой или изогнутой линии беловатого или грязно-серого цвета длиной 5 - 7 мм
- 3) высыпания вне ходов: папулы, везикулы, расчесы и кровянистые корочки
- 4) все ответы верны

107. Основным фактором передачи возбудителя туберкулёзной инфекции является:

- 1) инфицированные материалы от больных
- 2) контаминированные возбудителем объекты внешней среды
- 3) воздушная среда
- 4) все ответы верны

108. Первичную вакцинацию вакциной БЦЖ, БЦЖ–М осуществляют здоровым новорожденным детям в возрасте (один вариант):

- 1) 2-х месяцев
- 2) на 1-2 день жизни
- 3) на 3-7 день жизни
- 4) на 8-10 день жизни

109. К какому классу эпидемиологической опасности относятся отходы от медицинских организаций фтизиатрического профиля:

- 1) класс Б, В
- 2) класс Б
- 3) класс В
- 4) класс Г

110. Эпидемический очаг туберкулезной инфекции – это (один вариант):

- 1) это место пребывания источника микобактерий туберкулеза
- 2) это место пребывания источника микобактерий туберкулеза без окружающих его людей
- 3) это место пребывания источника микобактерий туберкулеза вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах времени и пространства, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний

4) это место пребывания источника микобактерий туберкулеза вместе с окружающими его людьми

111. Очаги туберкулезной инфекции по степени эпидемической опасности делятся на (один вариант):

- 1) две группы
- 2) пять групп
- 3) три группы
- 4) четыре группы

112. Первая группа очагов туберкулезной инфекции относится (один вариант):

- 1) к очагам с меньшим риском заражения
- 2) к очагам с минимальным риском заражения
- 3) к очагам с наибольшим риском заражения
- 4) к очагам с потенциальным риском заражения

113. Пятая группа очагов туберкулезной инфекции относится (один вариант):

- 1) к очагам зоонозного происхождения
- 2) к очагам с минимальным риском заражения
- 3) к очагам с наибольшим риском заражения
- 4) к очагам с потенциальным риском заражения

114. Текущую дезинфекцию проводят (один вариант):

- 1) после каждого убытия больного из очага на длительный срок, но не реже 1 раза в год
- 2) постоянно во время пребывания бактериовыделителя в очаге туберкулезной инфекции
- 3) только в случае смерти больного
- 4) после каждого убытия больного из очага на длительный срок, но не реже 1 раза в месяц

115. С какой периодичностью проходит медицинский осмотр взрослое население с целью раннего выявления туберкулёза:

- 1) прохождение профилактических медицинских осмотров 1 раз в год
- 2) прохождение профилактических медицинских осмотров 2 раза в год
- 3) прохождение профилактических медицинских осмотров 1 раз в 2 года
- 4) прохождение профилактических медицинских осмотров 1 раз в 3 года

116. С какой периодичностью у детей (до 14 лет включительно) проводится иммунодиагностика (проба Манту)?

- 1) 2 раза в год всем вакцинированным против туберкулёза детям начиная с 12-месячного возраста до 7 лет включительно
- 2) 2 раз в год всем вакцинированным против туберкулёза детям начиная с 12-месячного возраста до 5 лет включительно
- 3) 1 раз в год всем вакцинированным против туберкулёза детям начиная с 12-месячного возраста до 7 лет включительно
- 4) 1 раз в год всем вакцинированным против туберкулёза детям начиная с 12-месячного возраста до 3 лет включительно

117. Профилактическое рентгенологическое флюорографическое исследование органов грудной клетки (легких) у детей осуществляется в возрасте:

- 1) от 15 до 18 лет
- 2) от 13 до 15 лет
- 3) от 10 до 13 лет
- 4) от 10 до 15 лет

118. Какие санитарно-противоэпидемические мероприятия проводятся в очагах туберкулёза с целью его ранней локализации и предупреждения распространения заболевания:

- 1) первичное обследование очага и лиц, контактировавших с больным в течение 14 календарных дней с момента выявления больного
- 2) изоляция и лечение больного туберкулёзом
- 3) организация заключительной дезинфекции, текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам
- 4) все перечисленное

119. Лица, находящиеся или находившиеся в контакте с источником туберкулеза, лица с подозрением на туберкулез обязаны:

- 1) уклоняться от применения лекарственных препаратов
- 2) выполнять назначения врача-фтизиатра
- 3) находиться под наблюдением членов семьи
- 4) все перечисленное

120. Вакцинация взрослых, ранее не привитых против вирусного гепатита В,

проводится в возрасте:

- 1) от 18 – 45 лет
- 2) от 18 до 55 лет
- 3) от 16 – 50 лет
- 4) от 16 – 60 лет

121. Первая вакцинация детей против вирусного гепатита В проводится в возрасте:

- 1) 7 дней
- 2) 3 дня
- 3) 1 месяц
- 4) в первые 24 часа жизни

122. Окончательный диагноз острого и хронического гепатита В и С устанавливается:

- 1) при учете эпидемиологических и клинических данных
- 2) при учете биохимических данных
- 3) при учете иммунохимических и молекулярно-биологических данных
- 4) при учете всех выше перечисленных данных

123. Возбудителем гепатита В является:

- 1) бактерии
- 2) РНК-содержащий вирус
- 3) ДНК-содержащий вирус
- 4) все ответы верны

124. Возбудителем гепатита С является:

- 1) бактерии
- 2) ДНК-содержащий вирус
- 3) РНК-содержащий вирус
- 4) все ответы верны

125. Инкубационный период ВГВ составляет:

- 1) от 7 до 21 календарных дней

- 2) от 10 до 30 календарных дней
- 3) от 45 до 90 календарных дней
- 4) от 45 до 180 календарных дней

126. Инкубационный период ВГС составляет:

- 1) от 14 до 180 календарных дней
- 2) от 7 до 21 календарных дней
- 3) от 10 до 30 календарных дней
- 4) от 45 до 180 календарных дней

127. Выберите искусственный путь передачи возбудителя ВГС:

- 1) при пересадке органов или тканей и процедуре гемодиализа
- 2) при проведении медицинских манипуляций, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, переливании крови или ее компонентов
- 3) все ответы верны
- 4) при использовании контаминированных ВГВ и ВГС инструментов, в том числе при инъекционном введении проведении косметических процедур

128. К группам риска ВГВ, ВГС относят:

- 1) медицинский персонал, контактирующий с кровью
- 2) повара ресторанов
- 3) потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры
- 4) медицинский персонал, контактирующий с кровью и потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры

129. Лабораторная диагностика ВГВ и ВГС проводится:

- 1) иммунохимическим методом исследования
- 2) радиологическим методом исследования
- 3) иммунохимическим методом исследования и молекулярно-биологическим методами исследования
- 4) молекулярно-биологическим методами исследования

130. Диагноз острого или хронического ВГС подтверждается только при:

- 1) выявлении в сыворотке (плазме) крови РНК ВГС или core Ag ВГС

- 2) учете данных эпидемиологического анамнеза
- 3) учете результатов клинико-лабораторных исследований (активность АлАТ, концентрация билирубина, определение размеров печени и других)
- 4) все ответы верны

131. На что должны быть направлены санитарно-противоэпидемические мероприятия в эпидемических очагах ВГВ, ВГС:

- 1) в отношении источников вируса
- 2) все ответы верны
- 3) в отношении восприимчивого населения
- 4) в отношении путей и факторов передачи

132. Заключительная дезинфекция в очагах ВГВ и ВГС проводится в случае:

- 1) выздоровления пациента, переезде его на другое место жительства
- 2) госпитализации больного в стационар
- 3) смерти пациента
- 4) все ответы верны

133. Комплекс мероприятий в отношении контактных лиц:

- 1) проведение иммунизации против ГВ контактных лиц
- 2) беседа о клинических признаках заболевания, способах инфицирования, факторах передачи инфекции и мерах профилактики
- 3) все ответы верны
- 4) выявление контактных и их учет (в листе наблюдения за контактными)

134. Случаи заражения ВГВ или ВГС не могут быть признаны связанными с оказанием медицинской помощи при наличии следующих условий:

- 1) выявление у пациента HBsAg и (или) ДНК ВГВ ранее 14 календарных дней с момента обращения в МО, если данный маркер (маркеры) отсутствовал при обращении
- 2) отсутствие эпидемиологической связи между источником инфекции (пациентом или персоналом) и заразившимся от него, при условии одновременного пребывания в МО, получения одноименных медицинских манипуляций, обслуживании одним медицинским персоналом в отделении, операционной, процедурной, перевязочной, диагностическим кабинетом и другие
- 3) все ответы верны
- 4) отсутствие групповых (2 и более случаев) заболеваний ГВ или ГС или случаев

массового выявления маркеров инфицирования ВГВ или ВГС у пациентов, ранее одновременно находившихся в одной МО

135. Укажите немедицинские пути передачи возбудителя:

- 1) порез кожных покровов кухонным инвентарём
- 2) коллективное употребление пищи из одной ёмкости
- 3) использованием контаминированных ВГВ и ВГС инструментов, в том числе при инъекционном введении наркотических средств, проведении косметических процедур
- 4) ожог кожных покровов

136. Укажите механизм передачи вируса гепатита А:

- 1) воздушно-капельный
- 2) контактно-бытовой
- 3) парентеральный
- 4) фекально-оральный

137. Наиболее вероятные пути передачи вируса гепатита А:

- 1) парентеральный
- 2) половой
- 3) пищевой, контактно-бытовой, водный
- 4) водный

138. К парентеральным вирусным гепатитам относятся:

- 1) вирусные гепатиты А, В, С
- 2) вирусные гепатиты А, Е
- 3) вирусные гепатиты В, С, D
- 4) вирусные гепатиты В, С, Е

139. Заражение вирусным гепатитом С чаще происходит при:

- 1) бытовых контактах с зараженным
- 2) внутривенном введении наркотических средств
- 3) гемотрансфузиях
- 4) внутривенном введении наркотических средств, гемотрансфузиях, парентеральных вмешательствах

140. К отделениям высокого эпидемиологического риска по ИСМП являются:

- 1) отделение гнойной хирургии
- 2) амбулаторно-поликлиническое отделение
- 3) отделение гнойной хирургии, отделение реанимации и интенсивной терапии
- 4) все ответы верны

141. Основными категориями источников возбудителя инфекции при ИСМП являются:

- 1) пациенты
- 2) окружающая среда
- 3) медицинский персонал
- 4) все варианты верны

142. Групповыми заболеваниями следует считать

- 1) появление случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи
- 2) появление 3 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи
- 3) появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний
- 4) появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи

143. В первый день высыпаний сыпь при кори появляется на:

- 1) верхних конечностях
- 2) животе
- 3) лице
- 4) нижних конечностях

144. Входными воротами при скарлатине чаще всего являются:

- 1) небные миндалины
- 2) эпителий альвеол
- 3) эпителий бронхов
- 4) эпителий носа

145. Корь отличается от скарлатины:

- 1) наличие гиперемии зева
- 2) наличие интоксикации
- 3) наличие пятен Бельского-Филатова-Коплика
- 4) наличие треугольника Филатова

146. Согласно классификации (по локализации) выделяют дифтерию:

- 1) Глаз
- 2) Дыхательных путей
- 3) Все ответы верны
- 4) Глаз, дыхательных путей, носа, ротоглотки

147. Введение вакцины против краснухи контактными лицам показано до:

- 1) 1 месяца от контакта
- 2) 14 суток от контакта
- 3) 72 часов от контакта
- 4) 96 часов от контакта

148. Введение вакцины против кори контактными лицам показано до:

- 1) 14 суток от контакта
- 2) 7 суток от контакта
- 3) 72 часов от контакта
- 4) 96 часов от контакта

149. Основной путь передачи аскаридоза:

- 1) алиментарный
- 2) интраназальный
- 3) контактно-бытовой
- 4) трансмиссивный

150. Факторами передачи энтеробиоза являются:

- 1) грязные руки
- 2) игрушки

3) предметы обихода

4) грязные руки, игрушки, предметы обихода, постельное белье, вода бассейнов