

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.35 «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

1	Общие вопросы инфекционной патологии
1	Антропонозы – это инфекционные болезни при которых источником и резервуаром возбудителя является
	Человек
	Животное
	Человек и животное
	Окружающая среда
2	Факультативные зоонозы – это инфекционные болезни при которых источником и резервуаром возбудителя является
	Человек
	Животное
	Животное и человек
	Окружающая среда
3	Облигатные зоонозы – это инфекционные болезни при которых источником и резервуаром возбудителя является
	Человек
	Животное
	Человек и животное
	Окружающая среда
4	Сапронозы – это инфекционные болезни при которых источником и резервуаром возбудителя является
	Человек
	Животное
	Человек и животное
	Окружающая среда

5	Фекально-оральный механизм передачи возбудителя характерен для
	Кишечных инфекций
	Инфекций респираторного тракта
	Кровяных инфекций
	Инфекций наружных покровов
6	Аспирационный механизм передачи возбудителя характерен для
	Кишечных инфекций
	Инфекций респираторного тракта
	Кровяных инфекций
	Инфекций наружных покровов
7	Трансмиссивный механизм передачи возбудителя характерен для
	Кишечных инфекций
	Инфекций респираторного тракта
	Кровяных инфекций
	Инфекций наружных покровов
8	Контактный механизм передачи возбудителя характерен для
	Кишечных инфекций
	Инфекций респираторного тракта
	Кровяных инфекций
	Инфекций наружных покровов
9	Путем передачи возбудителя при фекально-оральном механизме является
	Воздушно-капельный
	Воздушно-пылевой
	Пищевой
	Контактный

10	Путем передачи возбудителя при аспирационном механизме является
	Воздушно-капельный
	Водный
	Пищевой
	Контактно-бытовой
11	Путем передачи возбудителя при контактном механизме является
	Воздушно-капельный
	Воздушно-пылевой
	Пищевой
	Контактный
12	Путем передачи возбудителя при трансмиссивном механизме является
	Контактно-бытовой
	Воздушно-пылевой
	Посредством укуса членистоногих
	Контактный
13	Факторами патогенности микроорганизмов являются
	Эндотоксины
	Кортикостероидные гормоны
	Метаболиты каскада арахидоновой кислоты
	Провоспалительные цитокины
14	Сыпь имеет розеолезный характер при
	Брюшном тифе
	Скарлатине
	Менингококкемии

	Краснухе
15	Сыпь имеет мелкоточечный характер при
	Брюшном тифе
	Кори
	Краснухе
	Менингококкемии
16	Генерализованная лимфаденопатия характерна для
	Брюшного тифа
	Инфекционного мононуклеоза
	Сальмонеллеза
	Шигеллеза
17	Для активной иммунопрофилактики используются
	Анатооксины
	Специфические иммуноглобулины
	Интерфероны
	Нуклеозиды
18	Для пассивной иммунопрофилактики используются
	Анатооксины
	Специфические иммуноглобулины
	Интерфероны
	Нуклеозиды
19	К развитию дисбиоза кишечника чаще приводят
	Антимикотики
	Антибиотики

	Иммунотропные препараты
	Экзогенные интерфероны
20	Ведущим клиническим симптомом при дисбиозе кишечника является
	Лихорадка
	Диарея
	Сыпь
	Лимфаденопатия
21	Пути передачи возбудителя при фекально-оральном механизме являются
	Водный
	Пищевой
	Контактный
	Контактно-бытовой
	Воздушно-капельный
22	Пути передачи возбудителя при аспирационном механизме являются
	Воздушно-капельный
	Воздушно-пылевой
	Водный
	Контактный
	Контактно-бытовой
23	Проявлениями синдрома интоксикации являются
	Лихорадка
	Тошнота
	Диарея
	Гепатомегалия
	Головная боль

24	Объективными симптомами синдрома интоксикации являются
	Лихорадка
	Тошнота
	Тахикардия
	Головная боль
	Гипотония
25	Субъективными симптомами синдрома интоксикации являются
	Лихорадка
	Тошнота
	Тахикардия
	Слабость
	Головная боль
26	Средствами специфического воздействия на возбудитель являются
	Антибиотики
	Нуклеозиды
	Низкомолекулярные декстраны
	Интерфероны
	Глюкокортикоиды
27	К неспецифическим средствам лечения инфекционных болезней относятся
	Сульфаниламиды
	Антитоксические сыворотки
	Плазмозаменители
	Интерфероны
	Глюкокортикоиды

28	Средствами специфической иммунопрофилактики инфекционных заболеваний являются
	Вакцины
	Анатоксины
	Противомикробные средства
	Специфические иммуноглобулины
	Интерфероны
29	Специфическая резистентность к возбудителю обеспечивается
	Лизоцимом
	Специфическими иммуноглобулинами
	Антигендетерминированными клетками
	Цитокинами
	Представителями нормальной микрофлоры макроорганизма
30	Средствами химиопрофилактики инфекционных болезней являются
	Вакцины
	Сыворотки
	Антибиотики
	Противопаразитарные средства
	Глюкокортикоиды
1	Вирусные инфекции
1	Энтеровирусные болезни вызываются вирусами семейства
	Adenoviridae
	Picornaviridae
	Rhabdoviridae
	Orthomyxoviridae
2	К основным признакам энтеровирусов относятся

	Содержание ДНК в центре вирионов
	Крупные размеры вирионов
	Мелкие размеры вирионов
	Отсутствие капсомеров по периферии вирионов
3	Источниками энтеровирусной инфекции является
	Больные животные
	Больные люди
	Здоровые животные – вирусоносители
	Окружающая среда
4	Механизм передачи энтеровирусов
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Трансмиссивный
	Контактный
5	В патогенезе заболеваний человека установлено участие
	4 типов герпетических вирусов
	6 типов герпетических вирусов
	8 типов герпетических вирусов
	12 типов герпетических вирусов
6	К α -герпесвирусам семейства Herpesviridae относится
	Вирус герпеса 3-го типа
	Вирус герпеса 4-го типа
	Вирус герпеса 5-го типа
	Вирус герпеса 6-го типа

7	К β -герпесвирусам семейства <i>Herpesviridae</i> относится
	Вирус герпеса 2-го типа
	Вирус герпеса 3-го типа
	Вирус герпеса 4-го типа
	Вирус герпеса 5-го типа
8	К γ -герпесвирусам семейства <i>Herpesviridae</i> относятся
	Вирус герпеса 3-го типа
	Вирус герпеса 4-го типа
	Вирус герпеса 5-го типа
	Вирус герпеса 6-го типа
9	Персистенция в сенсорных ганглиях нервной системы типична для
	Вируса герпеса 3-го типа
	Вируса герпеса 4-го типа
	Вируса герпеса 5-го типа
	Вируса герпеса 6-го типа
10	Выраженным тропизмом к В и Т-лимфоцитам обладают
	Вирусы герпеса 3-го типа
	Вирусы герпеса 4-го типа
	Вирусы герпеса 5-го типа
	Вирусы герпеса 6-го типа
11	Выраженным тропизмом к В и Т-лимфоцитам обладают
	Вирусы герпеса 3-го типа
	Вирусы герпеса 5-го типа
	Вирусы герпеса 7-го типа
	Вирусы герпеса 8-го типа

12	Локализация вирусов 1,2-го типов в ганглиях тех или иных нервов зависит от
	Пути передачи вируса
	Места внедрения вируса
	Возраста пациента
	Состояния иммунологической резистентности макроорганизма
13	Феномен «иммунного ускользания» вируса простого герпеса связан с латенцией вируса в
	Макрофагах
	Нейроцитах
	Лимфоцитах
	Костном мозге
14	Сроки появления сыпи при краснухе
	1-2 сутки болезни
	3-4 сутки болезни
	5-6 сутки болезни
	7-8 сутки болезни
15	Сроки появления сыпи при кори
	1-2 сутки болезни
	3-4 сутки болезни
	5-6 сутки болезни
	7-8 сутки болезни
16	К типичным формам энтеровирусных болезней относятся
	Инаппарантная форма
	Энцефалитическая форма
	Герпангина

	Катаральная форма
17	Осложнение в виде отека-набухания головного мозга характерны для
	Герпангины
	Энтеровирусного менингита
	Энтеровирусной диареи
	Энтеровирусной экзантемы
18	Для полиомиелитоподобной формы энтеровирусной инфекции характерны
	Утренняя хромота
	Исчезновение сухожильных рефлексов
	Гиперрефлексия
	Развитие тетраплегии
19	Энтеровирусная экзантема требует проведения дифференциальной диагностики с экзантемами при
	Брюшном тифе
	Скарлатине
	Эризипелоиде
	Менингококкемии
20	Энтеровирусная диарея требует проведения дифференциальной диагностики в первую очередь с
	Кишечной формой амебиаза
	Колитическим вариантом шигеллеза
	Пищевой токсикоинфекцией
	Синдромом раздраженной кишки
21	Для энтеровирусной диареи характерно
	Отсутствие рвоты

	Присутствие в стуле слизи
	Присутствие в стуле крови
	Отсутствие в стуле патологических примесей
22	Энтеровирусная миалгия требует проведения дифференциальной диагностики с
	Паралитической формой полиомиелита
	Серозным менингитом
	Плевропневмонией
	Менингоэнцефалитом
23	Для выделения энтеровирусов методом ПЦР используют следующий материал
	Моча
	Кровь
	Кал
	Желчь
24	Профилактика энтеровирусных болезней может быть
	Плановой специфической активной
	Экстренной специфической активной
	Экстренной специфической пассивной
	Неспецифической
25	Для краснухи характерна сыпь
	Мелкоточечная
	Пятнисто-папулезная
	Розеолезно-папулезная
	Геморрагическая
26	Для кори характерна сыпь

	Мелкоточечная
	Пятнисто-папулезная
	Розеолезно-папулезная
	Геморрагическая с очагами некрозов в центре
27	Патогномоничным симптомом кори является
	Увеличение шейных и затылочных лимфоузлов
	Пятна Филатова-Бельского-Коплика
	Пятнисто-папулезная сыпь
	Склерит
28	Результаты анализа иммунного блота при ВИЧ-инфекции считаются положительными если определяются антитела
	К 2 гликопротеинам оболочки вируса
	К 1 гликопротеину оболочки вируса
	Ко всем протеинам сердцевины вируса
	К протеинам внутренней оболочки вируса
29	Наличие локализованной саркомы Капоши соответствует стадии ВИЧ-инфекции
	2В
	4А
	4Б
	4В
30	Наличие распространенной саркомы Капоши соответствует стадии ВИЧ-инфекции
	2В
	4А
	4Б
	4В

31	Наличие туберкулеза двух анатомических областей у больного ВИЧ-инфекцией соответствует стадии заболевания
	2В
	4А
	4Б
	4В
32	Исходом везикул при герпетической инфекции, вызываемой вирусом 1-го типа является
	Образование мелких рубцов
	Стойкая гиперпигментация
	Эпителизация
	Длительное шелушение
33	Для генитального герпеса характерны
	Гепатомегалия
	Паховый лимфаденит
	Образование длительно незаживающих язв на месте везикул
	Спленомегалия
34	Везикулярные высыпания на гениталиях чаще ассоциируются с
	Вирусом герпеса 2-го типа
	Вирусом герпеса 3-го типа
	Вирусом герпеса 4-го типа
	Вирусом герпеса 5-го типа
35	Преимущественным путем передачи герпесвируса 3-го типа является
	Пищевой
	Контактно-бытовой
	Воздушно-капельный

	Трансплацентарный
36	Обязательным компонентом реактивации герпесвируса 3-го типа является
	Появление сыпи
	Вирусный ганглионеврит
	Вирусная гематогенная диссеминация
	Серозный менингит
37	Картина миелитического синдрома при опоясывающем лишае возникает при внедрении вируса в
	В двигательные клетки и корешки
	Серое вещество спинного мозга
	Головной мозг
	Ликворную систему
38	При опоясывающем лишае, в отличие от ветряной оспы, вирус приобретает
	Дерматотропные свойства
	Нейротропные свойства
	Гепатотропные свойства
	Офтальмотропные свойства
39	Инфекционный мононуклеоз вызывается
	Вирусом герпеса 2-го типа
	Вирусом герпеса 3-го типа
	Вирусом герпеса 4-го типа
	Вирусом герпеса 5-го типа
40	Передача вируса Эпштейн-Барра происходит
	Водным путем
	Воздушно-капельным путем

	Воздушно-пылевым путем
	Трансмиссивным путем
41	Источником инфекции при цитомегаловирусной инфекции являются
	Только человек
	Человек, животные
	Человек, животные, насекомые
	Человек, насекомые, окружающая среда
42	Последствия манифестной цитомегаловирусной инфекции у беременной наиболее неблагоприятны для плода
	При заражении в 1-й триместр беременности
	При заражении во 2-й триместр беременности
	При заражении в 3-й триместр беременности
	При интранатальной передаче вируса
43	Отличительными признаками цитомегаловирусного гепатита от гепатитов другой этиологии является
	Развитие цитолитического синдрома
	Развитие интенсивной желтухи
	Развитие острой печеночной недостаточности
	Развитие патологии желчевыводящих путей
44	Особенностью цитомегаловирусного энцефаловентрикулита является
	Развитие менингеального синдрома
	Развитие нейрокогнитивных расстройств
	Развитие очаговой неврологической симптоматики
	Развитие паралитического синдрома
45	«Экзантема внезапная» вызывается

	Вирусом герпеса 4-го типа
	Вирусом герпеса 5-го типа
	Вирусом герпеса 6-го типа
	Вирусом герпеса 7-го типа
46	Персистенция герпесвируса 8-го типа ассоциируется чаще всего с
	Хронической патологией желез внутренней секреции
	Саркомой Капоши
	Патологией ЦНС
	Патологией надпочечников
47	Достоверным признаком активной репликации цитомегаловируса является
	Обнаружение ДНК цитомегаловируса в лейкоцитах крови
	Обнаружение ДНК цитомегаловируса в слюне
	Обнаружение антител к цитомегаловирусу класса IgM
	Обнаружение антител к цитомегаловирусу классов IgM и IgG
48	При латентной цитомегаловирусной инфекции в сыворотке крови присутствуют
	Низкоавидные антитела к вирусу класса IgG
	Высокоавидные антитела к вирусу класса IgG
	Антитела к вирусу класса IgM
	ДНК цитомегаловируса
49	Препаратами выбора в этиотропном лечении герпетических инфекций являются
	Интерфероны
	Индукторы интерферонов
	Ациклические нуклеозиды
	Ингибиторы протеаз

50	Супрессивная терапия инфекции, вызванной вирусами герпеса 1, 2-го типов назначается
	После перенесенной манифестной формы
	При частых рецидивах
	При наличии сопутствующих заболеваний
	Всем пациентам, имевшим в анамнезе клинические проявления болезни
51	К α -герпесвирусам семейства Herpesviridae относятся
	Вирус герпеса 1-го типа
	Вирус герпеса 2-го типа
	Вирус герпеса 3-го типа
	Вирус герпеса 4-го типа
	Вирус герпеса 5-го типа
52	К β -герпесвирусам семейства Herpesviridae относятся
	Вирус герпеса 4-го типа
	Вирус герпеса 5-го типа
	Вирус герпеса 6-го типа
	Вирус герпеса 7-го типа
	Вирус герпеса 8-го типа
53	К γ -герпесвирусам семейства Herpesviridae относятся
	Вирус герпеса 4-го типа
	Вирус герпеса 5-го типа
	Вирус герпеса 6-го типа
	Вирус герпеса 7-го типа
	Вирус герпеса 8-го типа
54	Персистенция в сенсорных ганглиях нервной системы типична для
	Вируса герпеса 1-го типа

	Вируса герпеса 2-го типа
	Вируса герпеса 3-го типа
	Вируса герпеса 4-го типа
	Вируса герпеса 5-го типа
55	Возможными путями передачи вируса герпеса 1-го типа являются
	Воздушно-капельный
	Воздушно-пылевой
	Контактный
	Половой
	Пищевой
56	Характерными изменениями периферической крови при инфекционном мононуклеозе являются
	Лейкоцитоз
	Нейтрофилез
	Лимфоцитов с моноцитозом
	Лимфопения
	Атипичные мононуклеары
57	Наличие везикулезной сыпи требует проведения дифференциальной диагностики между
	Ветряной оспой
	Корью
	Краснухой
	Энтеровирусной инфекцией
	Инфекционным мононуклеозом
58	При активной цитомегаловирусной инфекции длительного течения в сыворотке крови присутствуют
	Антитела к CMV класса IgM

	Низкоавидные антитела к CMV класса IgG
	Высокоавидные антитела к CMV класса IgG
59	Характерными критериями для диагностики инфекционного мононуклеоза являются
	Лихорадка
	Гиперплазия лимфоузлов и поражение миндалин
	Увеличение печени и селезенки
	Лейкоцитоз с выраженным лимфо- моноцитозом
	Нейтрофильный лейкоцитоз
60	При инфекционном мононуклеозе в биохимическом анализе крови характерно повышение уровней
	Билирубина
	Креатинина
	Щелочной фосфатазы
	Трансаминаз
	Белка
61	От бактериальной ангины инфекционный мононуклеоз отличает наличие
	Фебрильной температуры
	Гепатомегалии
	Спленомегалии
	Увеличение нескольких групп лимфоузлов
	Интоксикации
62	При инфекционном мононуклеозе в отличие от краснухи наблюдаются
	Лимфаденопатия
	Гепатоспленомегалия
	Ангина

	Катаральные явления в ротоглотке
	Лимфоцитоз
63	Для лабораторного подтверждения диагноза инфекционного мононуклеоза используют методы
	Микроскопические
	Серологические
	Иммунохроматографические
	Молекулярно-генетические
	Вирусологические
64	Критериями наступления 4-А стадии ВИЧ-инфекции являются
	Бактериальные, вирусные, грибковые поражения кожи
	Длительный диарейный синдром
	Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей
	Саркома Капоши
	Легочный туберкулез
65	Критериями наступления 4-Б стадии ВИЧ-инфекции являются
	Прогрессирующая потеря массы тела
	Длительный диарейный синдром
	Туберкулез, ограниченный одной анатомической областью
	Генерализованная саркома Капоши
	Полирадикулоневриты
66	Критериями наступления 4-В стадии ВИЧ-инфекции являются
	Туберкулез двух и более анатомических областей
	Поражение ЦНС
	Бактериальные, вирусные, протозойные и грибковые инфекции

	Генерализованная саркома Капоши
	Кахексия
67	Показаниями для обследования на ВИЧ-инфекцию является наличие
	Цитомегаловирусной инфекции
	Доброкачественного лимфоретикулеза
	Рецидивирующей герпетической инфекции
	Опоясывающего лишая
	Аденовирусной инфекции
68	Показаниями для обследования на ВИЧ-инфекцию являются
	Длительные диареи
	Длительно текущие пневмонии
	Необъяснимая потеря массы тела
	Саркома Капоши
	Увеличение лимфоузлов нескольких локализаций
69	В анализе крови при ВИЧ-инфекции характерны
	Лейкоцитоз
	Лейкопения
	Лимфопения
	Лимфоцитоз
	Высокая СОЭ
70	Влияние на вирус иммунодефицита человека оказывают
	Ингибиторы обратной транскриптазы
	Ингибиторы нейраминидазы
	Ингибиторы протеазы
	Ингибиторы слияния

	Ациклические нуклеотиды
1	Вирусные гепатиты
1	Пути передачи энтеральных вирусных гепатитов являются
	Воздушно-пылевой
	Водный
	Контактный
	Трансмиссивный
2	Первичная репликация вируса гепатита А происходит в
	Эпителии ротовой полости
	Эпителии тонкого кишечника
	Эндотелии сосудов
	Гепатоцитах
3	Продолжительность инкубационного периода при гепатите А составляет в среднем
	2 – 7 дней
	7 – 50 дней
	50 – 90 дней
	90 – 180 дней
4	Продолжительность продромального (преджелтушного) периода при гепатите А составляет в среднем
	1 – 4 дня
	4 – 7 дней
	7 – 10 дней
	10 – 14 дней
5	Продолжительность инкубационного периода при гепатите Е составляет в среднем
	7 – 20 дней

	20 – 65 дней
	60 – 90 дней
	90 – 120 дней
6	Наиболее актуальными источниками инфекции при вирусном гепатите В являются
	Вирусоносители
	Больные с желтушными формами гепатита В
	Больные с тяжелым течением гепатита В
	Больные с фульминантным течением гепатита В
7	Кожный зуд при гепатитах является проявлением синдрома
	Интоксикации
	Холестаза
	Гепатоспленомегалии
	Геморрагического
8	Брадикардия при гепатитах является проявлением синдрома
	Интоксикации
	Холестаза
	Гепатоспленомегалии
	Геморрагического
9	Тошнота, рвота при гепатитах являются проявлениями синдрома
	Интоксикации
	Холестаза
	Гепатоспленомегалии
	Геморрагического
10	Темный цвет мочи при гепатитах является проявлением синдрома

	Интоксикации
	Холестаза
	Гепатоспленомегалии
	Геморрагического
11	Обесцвечивание испражнений при гепатитах является проявлением синдрома
	Интоксикации
	Холестаза
	Гепатоспленомегалии
	Геморрагического
12	Иктеричность склер и кожи при гепатитах является проявлением синдрома
	Интоксикации
	Холестаза
	Гепатоспленомегалии
	Геморрагического
13	Носовые кровотечения при гепатитах являются проявлениями синдрома
	Интоксикации
	Холестаза
	Гепатоспленомегалии
	Геморрагического
14	В гемограмме у больных вирусными гепатитами отмечается
	Лейкоцитоз
	Нейтрофилез
	Тенденция к лейкопении
	Появление широкоплазменных моноцитов

15	Передача вируса гепатита С происходит при
	Бытовом контакте
	Половом контакте
	Употреблении пищи
	Укусе насекомых
16	Пути передачи вируса гепатита В являются
	Водный
	Пищевой
	Контактно-бытовой
	Парентеральный
17	Продолжительность инкубационного периода при гепатите В составляет в среднем
	30 – 60 дней
	90 – 120 дней
	130 – 150 дней
	45 – 180 дней
18	Типичным осложнением тяжелого течения вирусного гепатита является
	Инфекционно-токсический шок
	Отек мозга
	Энцефалопатия
	Острая почечная недостаточность
19	Отличием гепатита А от гепатита В является
	Наличие безжелтушных форм
	Отсутствие хронизации процесса
	Наличие гепатолиенального синдрома
	Наличие геморрагического синдрома

20	Вирус гепатита Е может передаваться от беременной женщины плоду в
	1-м триместре беременности
	2-м триместре беременности
	3-м триместре беременности
	Во все периоды беременности
21	У беременных наиболее тяжело гепатит Е протекает в
	1-м триместре беременности
	2-м триместре беременности
	3-м триместре беременности
	Во все периоды беременности
22	В Российской Федерации наиболее часто встречается генотип вируса гепатита С
	1
	2
	3
	4
23	Энтеральные вирусные гепатиты отличаются от вирусного гепатита В
	Острым началом болезни
	Наличием синдрома желтухи
	Отсутствием гепатомегалии
	Наличием спленомегалии
24	Вирусный гепатит С отличается от вирусного гепатита А
	Отсутствием преджелтушного периода
	Умеренной желтухой
	Наличием гепатомегалии

	Наличием спленомегалии
25	Вирусные гепатиты отличаются от лептоспироза
	Острым началом болезни
	Наличием гепатомегалии
	Резким повышением уровня АлАт, АсАт в крови
	Наличием спленомегалии
26	Лептоспироз отличается от вирусных гепатитов
	Постепенным началом болезни
	Развитием желтухи
	Наличием гиперемии лица
	Наличием гепатомегалии
27	Вирусные гепатиты отличаются от иерсиниоза
	Наличием фебрильной температуры
	Наличием гепатомегалии
	Наличием тенденции к лейкопении
	Отсутствием желтухи
28	Иерсиниоз отличается от вирусных гепатитов
	Наличием интоксикации
	Наличием типичной сыпи
	Наличием желтухи
	Отсутствием гепатомегалии
29	Энтеральные вирусные гепатиты отличаются от инфекционного мононуклеоза
	Более короткой продолжительностью температуры
	Развитием желтухи

	Наличием гепатомегалии
	Наличием интоксикации
30	Инфекционный мононуклеоз отличается от вирусных гепатитов
	Наличием желтухи
	Наличием спленомегалии
	Наличием лимфаденопатии
	Наличием гепатомегалии
31	Биохимический синдром нарушения белковосинтетической функции печени характеризуется
	Повышением уровня АсАт в крови
	Нарушением синтеза факторов коагулограммы
	Повышением уровня щелочной фосфатазы
	Повышением уровня в крови мочевины
32	Синдром мезенхимального воспаления характеризуется
	Повышением уровня АлАт в крови
	Снижением протромбинового индекса
	Повышением уровня гаммаглобулинов в крови
	Повышением уровня гаммаглутамилтранспептидазы в крови
33	Биохимический синдром холестаза характеризуется
	Повышением уровня щелочной фосфатазы в крови
	Повышением уровня АлАт
	Снижением протромбинового индекса
	Снижением уровня альбумина в крови
34	Биохимический синдром цитолиза характеризуется
	Повышением уровня прямого билирубина в крови

	Повышением уровня непрямого билирубина в крови
	Повышением АлАт, АсАт в крови
	Повышением уровня креатинина в крови
35	Для постановки диагноза гепатит Е диагностическое значение имеет нарастание титра анти-ВГЕ IgG не менее чем в
	2 раза
	3 раза
	4 раза
	6 раз
36	В лечении гепатита А применяются этиотропные препараты
	Интерфероны
	Индукторы интерферонов
	Нуклеотиды
	Этиотропные препараты не применяются
37	Для выявления лиц, инфицированных вирусом гепатита В в качестве скрининга используют определение
	HBsAg
	Анти-HBs
	HBeAg
	Анти-HBcor IgG
38	Маркером активной репликации вируса гепатита В является
	HBsAg
	Анти-HBs
	HBeAg
	Анти-HBcor IgG

39	О благоприятном исходе острого вирусного гепатита В свидетельствует наличие в крови
	HBsAg
	Анти-HBs
	HBeAg
	Анти-HBcor IgM
40	Самым ранним диагностическим маркером гепатита В является
	HBsAg
	ДНК вируса гепатита В
	HBeAg
	Анти-HBcor IgM
41	ДНК вируса гепатита В обнаруживается в крови после инфицирования в среднем через
	10 дней
	20 дней
	30 дней
	50 дней
42	У лиц, прошедших полный курс вакцинации против вирусного гепатита В в крови определяется
	HBsAg
	Анти-HBs
	Анти-HBeAg
	Анти-HBcor IgG
43	Сочетание острого гепатита В с дельта-агентом приводит к
	Субклинической форме гепатита
	Утяжелению течения гепатита
	Сокращению сроков реконвалесценции

	Снижению риска хронизации
44	Наиболее часто фульминантное течение отмечено у
	Гепатита А
	Гепатита В
	Гепатита В + D
	Гепатита Е
45	В периоде разгара симптомами, свидетельствующими о возможном сочетании вируса гепатита В с D-агентом являются
	Слабость
	Желтуха
	Фебрилитет
	Тошнота
46	Наиболее частой формой острого гепатита С является
	Желтушная
	Безжелтушная
	Фульминантная
	Геморрагическая
47	Наиболее частым этиологическим агентом хронических гепатитов является
	Вирус гепатита В
	Вирус гепатита С
	Вирус гепатита G
	TTV-инфекция
48	Полный курс иммунопрофилактики вирусного гепатита В предполагает введение вакцины
	2 раза
	3 раза

	4 раза
	5 раз
49	Стандартная схема иммунопрофилактики гепатита В
	0-2-4
	0-4-8
	0-6-12
50	Новорожденным из «групп риска» иммунопрофилактика против гепатита В предполагает введение вакцины
	3 раза
	4 раза
	5 раз
	6 раз
51	Актуальными путями передачи вируса гепатита А являются
	Водный
	Пищевой
	Контактно-бытовой
	Парентеральный
	Половой
52	Актуальными путями передачи вируса гепатита Е являются
	Водный
	Пищевой
	Контактно-бытовой
	Парентеральный
	Половой
53	Актуальными путями передачи вируса гепатитов В, С являются

	Водный
	Пищевой
	Контактно-бытовой
	Парентеральный
	Половой
54	Типичными вариантами продромального периода гепатита А являются
	Гриппоподобный
	Астеновегетативный
	Диспептический
	Артралгический
55	Типичными вариантами продромального периода гепатита В являются
	Гриппоподобный
	Астеновегетативный
	Диспептический
	Артралгический
56	Биохимический синдром нарушения белковосинтетической функции печени характеризуется
	Повышением уровня АсАт в крови
	Снижением уровня альбумина в крови
	Повышением уровня щелочной фосфатазы в крови
	Повышением уровня гаммаглобулинов в крови
	Снижением протромбинового индекса
57	Синдром мезенхимального воспаления характеризуется
	Повышением уровня АлАт в крови
	Повышением уровня бетаглобулинов в крови

	Снижением протромбинового индекса
	Повышением уровня гаммаглобулинов в крови
	Повышением уровня гаммаглутамилтранспептидазы в крови
58	Биохимический синдром холестаза характеризуется
	Повышением уровня щелочной фосфатазы в крови
	Повышением уровня АлАт в крови
	Снижением протромбинового индекса
	Снижением уровня альбумина в крови
	Повышением уровня прямого билирубина крови
59	Биохимический синдром цитолиза характеризуется
	Повышением уровня прямого билирубина в крови
	Повышением уровня АсАт в крови
	Повышением уровня АлАт в крови
	Повышением уровня креатинина в крови
	Повышением уровня щелочной фосфатазы в крови
60	Иммунологическими маркерами острой фазы гепатита В являются
	HBsAg
	HBeAg
	Anti-HBcor IgM
	Anti-HBcor IgG
	ДНК вируса
61	Маркерами активной репликации вируса гепатита В является
	HBsAg
	Анти-HBs
	HBeAg

	Анти-НВсor IgG
	ДНК вируса
62	Достоверными критериями репликации вируса гепатита В в организме человека являются обнаружение в крови
	HbsAg
	Анти-НВеAg
	ДНК вируса
	HbeAg
	Анти-HbsAg
63	Характерными для гепатита С путями передачи являются
	Воздушно-капельный
	Контактно-бытовой
	Парентеральный
	Половой
	Водный
64	При хроническом вирусном гепатите Д в крови обнаруживают
	HBs антиген
	Анти - дельта класса IgG
	Анти - HBs антиген
	Анти-НВсor IgG
	HDV-РНК
65	Сочетание острого гепатита В с дельта-агентом приводит к
	Субклинической форме гепатита
	Утяжелению течения гепатита
	Сокращению сроков реконвалесценции

	Снижению риска хронизации
	Возрастанию риска хронизации
66	Прогностическими критериями развития острой печеночной недостаточности при остром гепатите В являются
	Появление геморрагического синдрома
	Желтуха, темная моча, ахоличный стул
	Быстрое сокращение размеров печени
	Кожный зуд
	Фебрилитет в периоде желтухи
67	Клинические симптомы острой печеночной недостаточности - это
	Увеличение печени
	Энцефалопатия
	Тахикардия
	Геморрагии
	Сокращение размеров печени
68	Неблагоприятными исходами хронического гепатита В являются
	Панкреатит
	Сахарный диабет 2-го типа
	Цирроз печени
	Гепатоцеллюлярная карцинома
	Холецистит
69	С этиотропной целью при хроническом гепатите С возможно использование
	Рибавирина
	Ламивудина
	Энтекавира

	Софосбувира
	Даклатасвира
70	С этиотропной целью при хроническом гепатите В возможно использование
	Рибавирина
	Ламивудина
	Энтекавира
	Софосбувира
	Даклатасвира
1	Инфекции респираторного тракта
1	Менингококковая инфекция является
	Антропонозом
	Зоонозом
	Зооантропонозом
	Сапронозом
2	Механизм передачи возбудителя менингококковой инфекции
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Контактный
	Трансмиссивный
3	К локализованным формам менингококковой инфекции относят
	Менингококкемию
	Менингококковый назофарингит
	Менингококковый менингит
	Менингококковый менингоэнцефалит
4	По биологическим свойствам коринебактерии дифтерии разделяются на

	2 биовара
	3 биовара
	4 биовара
	6 биоваров
5	Актуальным путем передачи возбудителя орнитоза является
	Воздушно-капельный
	Воздушно-пылевой
	Пищевой
	Контактно-бытовой
6	Источником инфекции при орнитозе являются
	Грызуны
	Птицы
	Рыбы
	Домашний скот
7	Источником инфекции при респираторном микоплазмозе являются
	Человек
	Птицы
	Млекопитающие
	Грызуны
8	Пневмонии, вызываемые <i>Mycoplasma pneumoniae</i> характеризуются
	Нетяжелым течением
	Тяжелым течением
	Осложненным течением
	Развитием острого респираторного дистресс-синдрома

9	Сроки появления сыпи при скарлатине
	1-2-е сутки болезни
	3-4-е сутки болезни
	5-6-е сутки болезни
	7-8-е сутки болезни
10	Предрасполагающими факторами к развитию рожи являются
	Хроническая обструктивная болезнь легких
	Микозы стоп
	Хронический пиелонефрит
	Хронический панкреатит
11	Количество известных типов вируса гриппа составляет
	2
	3
	4
	5
12	Вирусы гриппа типа А выделяются от
	Преимущественно людей
	Преимущественно птиц
	Преимущественно животных
	Людей, птиц, животных
13	Вирусы гриппа типа В выделяются от
	Преимущественно людей
	Преимущественно птиц
	Преимущественно животных
	Людей, птиц, животных

14	Возбудителем птичьего гриппа является вирус подтипа
	H1N1
	H3N2
	H2N3
	H5N1
15	К респираторно-вирусным инфекциям, сопровождающимся лимфаденопатией относятся
	Аденовирусная инфекция
	Грипп
	Парагрипп
	Респираторно-синцитиальная инфекция
16	Входными воротами для менингококка является
	Эпителий носоглотки
	Эпителий альвеол
	Эпителий бронхов
	Эпителий кишечника
17	Ведущим осложнением при менингококкемии является
	Инфекционно-токсический шок
	Отек-набухание головного мозга с дислокацией
	Острая печеночная недостаточность
	Острая дыхательная недостаточность
18	Ведущим осложнением при менингококковом менингите является
	Инфекционно-токсический шок
	Отек-набухание головного мозга с дислокацией
	Острая почечная недостаточность

	Острая дыхательная недостаточность
19	Сроки появления сыпи при менингококкемии
	1-е сутки
	2-3-е сутки
	4-5-е сутки
	6-8-е сутки
20	Первые элементы сыпи при менингококкемии появляются преимущественно на
	Лице и волосистой части головы
	Боковых поверхностях туловища
	Сгибательных поверхностях верхних конечностей
	Тыльной части стоп и нижней трети голеней
21	Характер элементов сыпи при менингококкемии
	Пятнисто-папулезный
	Розеолезно-папулезный
	«Звездчатый» с очагами некрозов в центре
	Мелкоточечный по типу «капюшона», «перчаток», «носков»
22	В этиотропном лечении менингококкового менингита препаратом выбора является
	Пенициллин
	Доксициклин
	Гентамицин
	Рифампицин
23	При токсической дифтерии 1-й степени отек распространяется
	В подчелюстной области
	До середины шеи

	До ключиц
	Ниже ключиц на грудную клетку
24	При токсической дифтерии 2-й степени отек распространяется
	В подчелюстной области
	До середины шеи
	До ключиц
	Ниже ключиц на грудную клетку
25	При токсической дифтерии 3-й степени отек распространяется
	В подчелюстной области
	До середины шеи
	До ключиц
	Ниже ключиц на грудную клетку
26	Локализованный дифтерийных круп – это процесс захватывающий
	Гортань
	Гортань и трахею
	Бронхи
	Бронхи и бронхиолы
27	Доза противодифтерийной сыворотки при локализованной дифтерии ротоглотки составляет
	10-20тыс.МЕ
	20-30тыс.МЕ
	30-40тыс.МЕ
	30-50тыс.МЕ
28	Доза противодифтерийной сыворотки при токсической дифтерии 1-й степени составляет
	10-20тыс.МЕ

	20-30тыс.МЕ
	30-40тыс.МЕ
	30-50тыс.МЕ
29	Орнитоз отличается от легионеллеза
	Спорадическим характером заболеваемости
	Наличием болей при дыхании
	Интерстициальным характером пневмонии
	Высокими показателями СОЭ
30	Препараты выбора этиотропного лечения орнитоза
	Пенициллины
	Цефалоспорины
	Тетрациклины
	Фторхинолоны
31	Препаратами выбора в этиотропном лечении микоплазменных пневмоний являются
	Пенициллины
	Цефалоспорины
	Макролиды
	Тетрациклины
32	Первоначально элементы сыпи при скарлатине появляются на
	Волосистой части головы
	Лице, шее, верхней части туловища
	Сгибательной поверхности конечностей
	Боковых сторонах груди, живота
33	Рожа отличается от эризипелоида

	Наличием синдрома интоксикации
	Острым началом
	Локализацией очага
	Наличием эритемы и отека
34	Тяжелое, осложненное течение рожи чаще встречается при
	Эритематозной форме
	Эритематозно-буллезной форме
	Эритематозно-геморрагической форме
	Буллезно-геморрагической форме
35	К осложнениям гриппа, обусловленным действием вируса относятся
	Вторичная пневмония
	Инфекционно-токсический шок
	Септический шок
	Осложнения со стороны ЛОР-органов
36	К осложнениям гриппа, не связанным с действием вируса относятся
	Отек головного мозга
	Острый респираторный дистресс-синдром
	Вторичная пневмония
	Инфекционно-токсическая энцефалопатия
37	К типичным этиологическим агентам вторичной пневмонии при гриппе относят
	Staphylococcus aureus
	Haemophilus influenza
	Streptococcus pneumonia
	Klebsiella pneumonia

38	Аденовирусная инфекция отличается от гриппа наличием
	Интоксикации
	Катарального синдрома
	Лимфаденопатии
	Кашля
39	Парарипп отличается от гриппа наличием
	Интоксикации
	Катарального синдрома
	Ларингита
	Кашля
40	Респираторно-синцитиальная инфекция отличается от гриппа наличием
	Умеренных проявлений интоксикации
	Катарального синдрома
	Кашля
	Повышения температуры
41	Риновирусная инфекция отличается от гриппа наличием
	Катарального синдрома
	Обильных выделений из носа
	Кашля
	Повышения температуры
42	В лечение гриппа, вызванного вирусом типа А наиболее эффективны
	Интерфероны
	Ингибиторы нейроминидазы
	Индукторы интерферонов
	Аномальные нуклеотиды

43	Отличительной особенностью легионеллеза от коронавирусной инфекции является
	Острое начало болезни
	Высокая лихорадка
	Выраженная потливость
	Головная боль
44	Отличительной особенностью коронавирусной инфекции от респираторного микоплазмоза является
	Острое начало болезни
	Потливость
	Тахикардия
	Экзантема
45	Отличительной особенностью инфекционного мононуклеоза от гриппа является наличие
	Фебрильной температуры
	Гиперемии зева
	Гиперплазии небных миндалин
	Интоксикации
46	Отличительной особенностью аденовирусной инфекции от инфекционного мононуклеоза является наличие
	Лихорадки
	Лимфоаденопатии
	Гепатоспленомегалии
	Конъюнктивита
47	Аденовирусную инфекцию отличает от парагриппа наличие
	Катарального синдрома
	Лихорадки

	Гепатоспленомегалии
	Кашля
48	При лечении бактериальных осложнений респираторно-вирусных инфекций у беременных в первом триместре применяют
	Тетрациклины
	Фторхинолоны
	Карбапенемы
	Сульфаниламиды
49	Грипп отличается от энтеровирусной инфекции наличием
	Высокой температуры
	Сильной головной боли
	Выраженных болей в глазницах
	Миалгий, артралгий
50	При менингококкемии назначение высоких доз антибиотиков бактерицидного действия может привести к
	Острой дыхательной недостаточности
	Отеку мозга
	Инфекционно-токсическому шоку
	Геморрагическому шоку
51	Симптомами, характерными для гриппа являются
	Лихорадка до 5 дней
	Лихорадка свыше 5 дней
	Выраженный интоксикационный синдром
	Гиперемия лица
	Гиперемия слизистых зева с синюшным оттенком

52	Осложнениями при парагриппе являются
	Пневмония
	Отиты
	Синуситы
	Полирадикулоневриты
	Ложный круп
53	Для аденовирусной инфекции характерно
	Конъюнктивит
	Лимфаденопатия
	Фарингит
	Ларингит
	Боли в глазницах
54	Типичными симптомами гриппа являются
	Заложенность носа
	Сухой кашель с саднением за грудиной
	Продуктивный насморк
	Гиперемия с синюшным оттенком и отечность слизистых оболочек зева
	Осиплость голоса
55	Характерные симптомы острого орнитоза - это
	Высокая температура
	Пневмония
	Гепатоспленомегалия
	Иктеричность склер и кожи
	Розеолезная сыпь
56	К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся

	Менингококковый назофарингит
	Менингоэнцефалит
	Менингококкемия
	Менингококковый менингит
	Менингококковое носительство
57	Для менингококкемии характерны симптомы
	Высокая температура
	Бледность кожных покровов
	Гиперемия лица
	Геморрагическая сыпь на коже
	Ригидность затылочных мышц
58	Для менингококкового менингита характерны симптомы
	Сильная головная боль
	Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига
	Частый жидкий стул
	Рвота
	Высокая температура
59	К локализованным формам менингококковой инфекции относятся
	Менингококковый менингит
	Менингококковый назофарингит
	Менингококковое носительство
	Менингоккемия
	Менингоэнцефалит
60	В клиническом анализе крови при менингококкемии отмечается
	Лейкоцитоз

	Нейтрофилез
	Повышенное СОЭ
	Лейкопения
	Лимфоцитоз
61	Для эритематозной формы рожи характерны
	Высокая температура
	Головная боль
	Гиперемия, отечность с четкими границами в месте воспалительного очага
	Геморрагии в месте воспалительного очага
	Увеличение нескольких групп лимфатических узлов
62	Наиболее частые локализации воспалительного очага при первичной роже
	Лицо
	Верхние и нижние конечности
	Грудная клетка
	Живот
	Поясница, ягодицы
63	В клиническом анализе крови при менингококковом менингите отмечается
	Лейкоцитоз
	Нейтрофилез
	Повышенное СОЭ
	Лейкопения
	Лимфоцитоз
64	Для эритематозно-геморрагической формы рожи характерны
	Высокая температура
	Головная боль

	Гиперемия, отечность с четкими границами в месте воспалительного очага
	Геморрагии в месте воспалительного очага
	Увеличение нескольких групп лимфатических узлов
65	Наиболее частые локализации воспалительного очага при рецидивирующей роже
	Лицо
	Верхние и нижние конечности
	Грудная клетка
	Живот
	Поясница, ягодицы
66	Орнитоз отличается от Тяжелого острого респираторного синдрома наличием
	Плевральных болей
	Увеличения печени
	Увеличения селезенки
	Выраженной дыхательной недостаточности
	Фебрильной температуры
67	Респираторный микоплазмоз отличается от Тяжелого острого респираторного синдрома наличием
	Постепенного начала
	Умеренной интоксикации
	Выраженной интоксикации
	Медленным регрессом пневмонии
	Лихорадки
68	Легионеллез отличается от Тяжелого острого респираторного синдрома наличием
	Фебрильной температуры
	Плевральных болей

	Внелегочных поражений
	Дыхательной недостаточности
	Почечной недостаточности
69	Опорными диагностическими критериями Тяжелого острого респираторного синдрома являются
	Фебрильная температура
	Интоксикация
	Наличие дыхательной недостаточности
	Выезд в эндемичные по ТОРС страны
	Контакт с больными, подозрительными на ТОРС
70	Респираторно-синцитиальная инфекция отличается от коронавирусной инфекции наличием
	Постепенного начала болезни
	Бронхиолита
	Фебрильной температуры
	Интоксикации
	Астматического кашля
1	Острые кишечные инфекции
1	Возбудителями пищевых токсикоинфекций являются
	Сальмонеллы
	Шигеллы
	Эшерихии
	Энтерококки
2	Возбудителями вирусных гастроэнтеритов являются
	Арбовирусы
	Астровирусы
	Коронавирусы

	Рабдовирусы
3	Пути передачи сальмонелл являются
	Воздушно-капельный
	Воздушно-пылевой
	Контактно-бытовой
	Трансмиссивный
4	Источником инфекции при вирусных гастроэнтеритах является
	Больные животные и люди
	Больное животное
	Больной человек
	Окружающая среда
5	В развитии синдрома интоксикации ведущую роль играют
	Нейротоксины
	Цитоэнтеротоксины
	Экзотоксины
	Эндотоксины
6	Анурия, афония встречаются при
	1-й степени дегидратации
	2-й степени дегидратации
	3-й степени дегидратации
	4-й степени дегидратации
7	Диарея при сальмонеллезах характеризуется
	Кашицеобразной консистенцией стула
	Зеленоватым оттенком стула

	Осветленным цветом стула
	Скудным объемом стула
8	Ротавирусная инфекция является
	Антропонозом
	Зоонозом
	Зооантропонозом
	Сапронозом
9	Для парентеральной регидратационной терапии используются
	Коллоидные растворы
	Кристаллоидные растворы
	Низкомолекулярные декстраны
	Растворы альбумина
10	Пероральная регидратация показана при
	Наличии рвоты
	Декомпенсации обезвоживания
	Обезвоживании 1-й степени
	Продолжающихся больших потерях жидкости
11	В тонкой кишке абсорбция жидкости составляет
	10 – 20%
	30 – 40%
	50 – 60%
	70 – 80%
12	Ведущим синдромом при шигеллезах является синдром
	Гастрита

	Гастроэнтерита
	Энтерита
	Колита
13	Наличие гемоколита требует проведения дифференциальной диагностики шигеллез с
	Пищевой токсикоинфекцией
	Язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки
	Раком прямой кишки
	Синдромом раздраженной кишки
14	Деструктивные изменения слизистой толстой кишки выявляются при
	Компьютерной томографии органов брюшной полости
	Фиброколоноскопии
	Обзорном рентген-снимке органов брюшной полости
	Ультразвуковом исследовании органов брюшной полости
15	Свойства холерного вибриона
	Образует споры
	Образует капсулы
	Высококочувствителен к нагреванию
	Неустойчив во внешней среде
16	Секреторный тип диареи возникает в результате
	Секреции воспалительного экссудата в просвет кишки
	Накоплении в просвете кишки осмотически активных веществ
	Накоплении циклического аденозинмонофосфата в энтероцитах
	Формировании эрозий и язв на слизистой кишки
17	Осмотический тип диареи возникает в результате

	Повышения проницаемости мембран энтероцитов
	Секреции воды в просвет тонкой кишки
	Снижение выработки ферментов пристеночного пищеварения
	Эрозивных и язвенных изменений слизистой толстой кишки
18	Осмотический тип диареи характерен для
	Пищевых токсикоинфекций
	Вирусных гастроэнтеритов
	Шигеллезов
	Сальмонеллезов
19	Тенезмы, ложные позывы на дефекацию характерны для
	Вирусных гастроэнтеритов
	Пищевых токсикоинфекций
	Сальмонеллезов
	Шигеллезов
20	Декомпенсация обезвоживания отсутствует при
	Вирусных гастроэнтеритах
	Кампилобактериозах
	Пищевых токсикоинфекциях
	Шигеллезах
21	Декомпенсация обезвоживания чаще встречается при
	Вирусных гастроэнтеритах
	Шигеллезах
	Эшерихиозах
	Холере

22	Этиотропная терапия показана при
	Вирусных гастроэнтеритах
	Сальмонеллезных гастроэнтеритах
	Пищевых токсикоинфекциях
	Шигеллезах
23	Патогенетическая терапия вирусных гастроэнтеритов включает
	Интерферонотерапию
	Иммунокоррекцию
	Регидратацию
	Дегидратацию
24	Дезинтоксикация больным кампилобактериозами проводится
	Кристаллоидными растворами
	Растворами плазмозаменителей
	Растворами иммуноглобулинов
	Растворами альбумина
25	Для колитического варианта шигеллеза характерна диарея
	Секреторная
	Осмотическая
	Воспалительная
	Моторная
26	При вирусных гастроэнтеритах диарея преимущественно
	Секреторная
	Осмотическая
	Воспалительная
	Моторная

27	Для пищевых токсикоинфекций характерна диарея
	Секреторная
	Осмотическая
	Воспалительная
	Моторная
28	Для холеры характерна диарея
	Секреторная
	Осмотическая
	Воспалительная
	Моторная
29	Наибольшую актуальность в распространении шигеллезов имеют пациенты
	С тяжелым течением болезни
	Со среднетяжелым течением болезни
	С легким течением болезни
	Бактерионосители шигелл
30	В патогенезе колитического синдрома при шигеллезах ведущую роль играет
	Поступление эндотоксина шигелл в кровоток
	Цитопатические изменения колоноцитов
	Поглощение эндотоксина полиморфно-ядерными лейкоцитами
	Индукция синтеза эндогенных пирогенов
31	Шигеллезы отличаются от амебиаза
	Наличием температуры
	Наличием болей в животе
	Скудным характером стула

	Наличием гемоколита
32	При амебиазе патологический процесс локализуется преимущественно в
	В двенадцатиперстной кишке
	Подвздошной кишке
	Слепой кишке
	Сигмовидной кишке
33	Препараты выбора этиотропной терапии шигеллезов
	Аминогликозиды
	Фторхинолоны
	Макролиды
	Сульфаниламиды
34	Для усиления репаративных процессов в слизистой толстой кишки при шигеллезах назначаются
	Антиоксиданты
	Антигипоксанты
	Микроклизмы
	Цитопротекторы
35	В зависимости от компонентов O1-антигена выделяют
	2 серотипа V. Cholerae
	3 серотипа V. cholerae
	4 серотипа V. cholerae
	5 серотипов V. cholerae
36	Развитие диареи при холере происходит в результате
	Прикрепления холерного вибриона к энтероциту
	Проникновения холерного вибриона в энтероцит

	Разрушения холерного вибриона в энтероците
	Разрушения мембран энтероцитов
37	Этиотропная терапия холеры проводится
	Только при тяжелом течении
	Только при вибриононосительстве
	Только при типичных формах холеры
	При всех формах холеры
38	Патологические примеси в стуле обнаруживаются при сальмонеллезном
	Гастрите
	Гастроэнтерите
	Гастроэнтероколите
	Носительстве
39	Для тифоподобного варианта течения сальмонеллеза характерна
	Фебрильная лихорадка 3 – 5 дней
	Обильный водянистый с примесью крови стул
	Гиперемия лица и шеи
	Гепатоспленомегалия
40	Показаниями к назначению этиотропных препаратов являются
	Сальмонеллезный гастрит
	Сальмонеллезный гастроэнтерит
	Сальмонеллезный гастроэнтероколит
	Все варианты гастроинтестинальной формы сальмонеллеза
41	Препаратами выбора в лечении гастроэнтероколитического варианта сальмонеллеза являются
	Пенициллины

	Аминогликозиды
	Макролиды
	Фторхинолоны
42	Патогенез диареи при ротавирусной инфекции связан
	С активизацией аденилатциклазы в энтероцитах
	Поражением нервного аппарата тонкой кишки
	Прямым поражением энтероцитов
	Повышением проницаемости мембран энтероцитов
43	Типичный характер стула при ротавирусной инфекции
	Обильный, водянистый, пенистый
	Обильный, водянистый с кровью
	Обильный, водянистый с зеленью
	Скудный, водянистый со слизью
44	При ротавирусной инфекции проявления дегидратации у детей более выражены по сравнению со взрослыми, потому что
	У детей более частая рвота
	У детей более частые дефекации
	У детей более высокая лихорадка
	У детей более высокие потери жидкости с дыханием, мочой
45	Особенностью ротавирусного гастроэнтерита у детей раннего возраста является возможность развития
	Острой печеночной недостаточности
	Отека мозга
	Судорожного синдрома
	Острой дыхательной недостаточности

46	Холерный вибрион погибает при кипячении
	За 1 минуту
	За 5 минут
	За 10 минут
	За 30 минут
47	В развитии диареи при холере ведущую роль играет
	Энтеротоксин
	Цитотоксин
	Эндотоксин
	Шига-токсин
48	Рвота при холере
	Не характерна
	Появляется до наступления диареи
	Появляется одновременно с диареей
	Появляется позже наступления диареи
49	При наступлении признаков гиперкалиемии регидратацию следует проводить раствором
	Дисоль
	Трисоль
	Ацесоль
	Лактосоль
50	После перенесенного сальмонеллеза иммунитет сохраняется
	Менее 1 года
	До 3-х лет
	3 – 5 лет
	Пожизненно

51	Наиболее типичным вариантом гастроинтестинальной формы сальмонеллеза является
	Гастритический
	Гастроэнтеритический
	Гастроэнтероколитический
	Колитический
52	При сальмонеллезном гастроэнтерите тип диареи
	Воспалительный
	Секреторный
	Осмотический
	Моторный
53	Сроки появления сыпи при брюшном тифе
	1 – 3 сутки болезни
	7 – 10 сутки болезни
	10 – 14 сутки болезни
	4 – 6 сутки болезни
54	Элементы сыпи при брюшном тифе локализуются на
	Лице, шее
	Животе, нижней части груди
	Стопах, нижних конечностях, ягодицах
	Волосистой части головы
55	Элементы сыпи при брюшном тифе имеют вид
	Мелкоточечный
	Розеолезно-папулезный
	Розеолезно-петехиальный

	«Звездчатый» с очагами некрозов в центре
56	Типичными изменениями со стороны сердечного ритма при брюшном тифе являются
	Мерцательная тахикардия
	Относительная брадикардия
	Желудочковая экстрасистолия
	Тахикардия
57	При брюшном тифе в полости рта отмечается
	Энантема на мягком небе
	Пятна Филатова-Бельского-Коплика
	Отечный, увеличенный в размерах язык
	Яркий «малиновый» язык
58	При брюшном тифе со стороны органов пищеварения отмечается
	Изъязвление слизистой желудка
	Панкреатит
	Задержка стула, метеоризм
	Тенезмы
59	При брюшном тифе изменениями в периферической крови являются
	Нейтрофильный лейкоцитоз
	Тромбоцитоз
	Относительный лимфоцитоз
	Эозинофилия
60	К осложнениям брюшного тифа относятся
	Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
	Перфорация кишечника

	Панкреонекроз
	Инвагинация кишки
61	Для колитического варианта шигеллеза типичны
	Тошнота, рвота
	Спастические боли в левой подвздошной области
	Тенезмы
	Обильный, водянистый стул
	Скудный стул с примесью слизи и прожилок крови
62	Для лечения генерализованной формы сальмонеллеза используют
	Фуразолидон
	Пенициллин
	Цефтриаксон
	Ципрофлоксацин
	Ванкомицин
63	Клиническими признаками декомпенсированного обезвоживания являются
	Гипотермия
	Генерализованные судороги
	Повышение АД
	Отсутствие периферического пульса и АД
	Анурия
64	Для регидратационной терапии больных острыми кишечными инфекциями используют
	Растворы низкомолекулярного декстрана
	Растворы глюкозы
	Глюкозосолевые растворы
	Кристаллоидные растворы

	Растворы аминокислот
65	У больного холерой возбудителя можно обнаружить в
	Крови
	Моче
	Кале
	Рвотных массах
66	Лабораторными критериями декомпенсированного обезвоживания при холере являются
	Увеличение гематокрита
	Снижение гематокрита
	Гипокалиемия
	Гиперкалиемия
	Гипербилирубинемия
67	Для сальмонеллезного гастроэнтерита характерны
	Рвота
	Схваткообразные боли в животе
	Тенезмы
	Обильный стул
	Скудный стул
68	Для пищевой токсикоинфекции характерны
	Повышение температуры
	Рвота
	Боли в эпигастральной области
	Боли в нижней части живота
	Частый водянистый стул

69	При кишечном амебиазе типичны
	Рвота
	Боли по ходу толстого кишечника, преимущественно справа
	Боли в эпигастрии
	Жидкий стул с обильной примесью слизи, окрашенный кровью
	Скудный жидкий стул по типу «ректального плевка»
70	Для кишечного амебиаза типичны
	Субфебрильная температура
	Фебрильная температура
	Боли в правых отделах живота
	Боли в левых отделах живота
	Стул без патологических примесей
71	У больных брюшным тифом перфорация кишечника может возникнуть в периоды
	Мозговидного набухания пейеровых бляшек и солитарных фолликулов
	Образования язв
	Чистых язв
	Заживления язв
	Рубцевания язв
72	Характерными типами температурных кривых при брюшном тифе являются
	Трапециевидная Вундерлиха
	Волнообразная Боткина
	Субфебрильная
	Интермиттирующая
	Ремиттирующая Кильдюшевского
73	Изменения периферической крови при брюшном тифе – это

	Лейкопения
	Лейкоцитоз
	Относительный лимфоцитоз
	Анэозинофилия
	Умеренное увеличение СОЭ
74	Для брюшного тифа характерны
	Бледность кожных покровов
	Розеолезная экзантема
	Гепатоспленомегалия
	Тахикардия
	Относительная брадикардия
75	Симптомами, характерными для кишечного кровотечения при брюшном тифе являются
	Боли в животе
	Тахикардия
	Падение АД
	Снижение гемоглобина
	Положительный симптом Щеткина
76	На 1-й неделе болезни для брюшного тифа характерны
	Лихорадка
	Бледность кожных покровов
	Упорная головная боль
	Относительная брадикардия
	Розеолезная сыпь
77	При брюшном тифе отмечаются следующие изменения со стороны кожи
	Бледность

	Гиперемия
	Желтоватый оттенок стоп и ладоней
	Розеолезная сыпь на коже верхних отделов живота, боковых поверхностей грудной клетки
	Геморрагическая сыпь на стопах и голени
78	Специфическими осложнениями брюшного тифа являются
	Кишечное кровотечение
	Абсцессы, флегмоны, тромбофлебит
	Инфекционно-токсический шок
	Отит
	Перфорация кишечника
79	Неспецифическими осложнениями брюшного тифа являются
	Кишечное кровотечение
	Абсцессы, флегмоны, тромбофлебит
	Инфекционно-токсический шок
	Отит
	Пиелит
80	В отличие от сальмонеллеза, кампилобактериоза, пищевой токсикоинфекции при холере отсутствуют
	Дегидратация
	Рвота
	Спастические боли в животе
	Фебрилитет
1	Риккетсиозы
1	Возбудителем сыпного тифа является риккетсия
	Rickettsia typhi (mooseri)
	Rickettsia prowazekii Rocha-Lima

	Rickettsia conorii
	Rickettsia rickettsii
2	Источником инфекции при сыпном тифе является
	Больной человек
	Клещи
	Домашние животные
	Грызуны
3	Возбудитель сыпного тифа передается
	Вшами
	Комарами
	Клещами
	Грызунами
4	Входными воротами инфекции при сыпном тифе являются
	Слизистая желудочно-кишечного тракта
	Слизистая респираторного тракта
	Эпителий наружных покровов
	Эндотелий сосудов
5	Коксии Бернета это
	Грамположительные бактерии
	Грамотрицательные бактерии
	Простейшие
	Прионы
6	Инфицирующая доза коксии Бернета составляет
	10 микробных клеток

	100 микробных клеток
	1000 микробных клеток
	10000 микробных клеток
7	Актуальные источники инфекции при лихорадке Ку
	Человек
	Животные
	Рыбы
	Комары
8	Сыпной тиф отличается от болезни Бриля
	Наличием лихорадки
	Наличием гепатомегалии
	Наличием спленомегалии
	Наличием педикулеза
9	Возбудителем марсельской лихорадки является
	<i>Rickettsia typhi</i> (mooseri)
	<i>Rickettsia prowazekii</i> Rocha-Lima
	<i>Rickettsia conorii</i>
	<i>Rickettsia rickettsii</i>
10	Пятнистая лихорадка скалистых гор встречается
	В горах Северного Кавказа
	В горах Тибета
	В горах Урала
	В горах Мексики
11	Род спирохет, вызывающих возвратные тифы – это

	Treponema
	Leptospira
	Borrelia
12	Эпидемический возвратный тиф является
	Антропонозом
	Зоонозом
	Зооантропонозом
	Сапронозом
13	Эндемический возвратный тиф является
	Антропонозом
	Зоонозом
	Зооантропонозом
	Сапронозом
14	Эпидемический возвратный тиф передается
	Вшами
	Клещами
	Комарами
	Грызунами
15	Эндемический возвратный тиф передается
	Вшами
	Клещами
	Комарами
	Грызунами
16	Ремиттирующий характер лихорадки при сыпном тифе характеризуется «врезами» температурной кривой на

	3-й, 6-й, 9-й дни болезни
	4-й, 8-й, 12-й дни болезни
	4-й, 6-й, 8-й дни болезни
	5-й, 9-й, 13-й дни болезни
17	Лицо у больных сыпным тифом
	Бледное
	Цианотичное
	Гиперемированное
	Желтушное
18	Симптом Киари-Авцына при сыпном тифе – это
	Энантема на мягком небе
	Тремор и толчкообразное высовывание языка
	Кровоизлияния в переходные складки конъюнктивы
	Одно- или двусторонняя сглаженность носогубной складки
19	Симптом Говорова-Годелье при сыпном тифе - это
	Энантема на мягком небе
	Тремор и толчкообразное высовывание языка
	Кровоизлияния в переходные складки конъюнктивы
	Одно- или двусторонняя сглаженность носогубной складки
20	Сыпь при сыпном тифе появляется чаще в
	1-е сутки болезни
	2-3-е сутки болезни
	4-6-е сутки болезни
	7-9-е сутки болезни

21	Элементы сыпи при сыпном тифе
	Мелкоточечные сливные
	Розеолезно-папулезные
	Розеолезные с вторичными петехиями
	Звездчатой формы с очагами некроза в центре
22	Локализация элементов сыпи при сыпном тифе
	Передняя брюшная стенка и нижние отделы груди
	Ноги, руки, голова, шея: по типу «носков», «перчаток», «капюшона»
	Боковые поверхности туловища, живота, сгибательные поверхности рук, внутренние поверхности бедер
	Тыльная поверхность ступней, нижняя треть голеней, ягодицы.
23	Специфические сыпнотифозные гранулемы чаще формируются в
	Костном мозге
	Печени
	Надпочечниках
	Лимфатических узлах
24	К специфическим осложнениям сыпного тифа относят
	Паротит
	Пиелостит
	Миокардит
	Абсцессы
25	Диагностическим титром РСК с риккетсиями Провачека является
	1:40
	1:80
	1:160

	1:200
26	С этиотропной целью целесообразно применение при сыпном тифе
	Пенициллинов
	Тетрациклинов
	Цефалоспоринов
	Аминогликозидов
27	Марсельская лихорадка отличается от эпидемического сыпного тифа
	Отсутствием сыпи
	Наличием первичного аффекта
	Наличием фебрильной лихорадки
	Наличием гиперемии и одутловатости лица
28	Сыпной тиф отличается от астраханской лихорадки наличием
	Острого начала
	Энантемы
	Сыпи
	Бульбарных нарушений
29	Астраханская лихорадка отличается от краснухи наличием
	Интоксикации
	Фебрилитета
	Сыпи на ладонях и подошвах
	Лимфаденопатии
30	Крымская лихорадка отличается от астраханской лихорадки наличием
	Поражения ЦНС
	Первичного аффекта

	Геморрагического синдрома
	Гиперемии лица
31	Лептоспироз отличается от астраханской лихорадки наличием
	Ознобов
	Сыпи
	Острого начала
	Миозитов
32	Клещевой сыпной тиф Северной Азии отличается от эндемического сыпного тифа наличием
	Брадикардии
	Первичного аффекта
	Острого начала
	Гепатолиенального синдрома
33	Размножение коксии Бернета происходит преимущественно в
	Эпителиоцитах тонкой кишки
	Мононуклеарных фагоцитах
	Эпителии респираторного тракта
	Эндотелии сосудов
34	Фаза «малой риккетсемии» наблюдается в патогенезе лихорадки Ку в
	Периоде инкубации
	Периоде разгара
	Периоде ранней реконвалесценции
	Периоде поздней реконвалесценции
35	Экзантема при лихорадке Ку появляется в
	1-й день болезни

	2-3-й дни болезни
	4-6-й дни болезни
	7-9-й дни болезни
36	Локализация элементов сыпи при лихорадке Ку
	Волосистая часть головы, лицо, шея
	Туловище и конечности
	Ладони и стопы
	Живот и нижний отдел грудной клетки
37	Поражение дыхательной системы при лихорадке Ку наблюдается в виде
	Ателектаза легких
	Крупозной пневмонии
	Очаговой пневмонии
	Интерстициальной пневмонии
38	Поражение гепатобиллиарной системы при лихорадке Ку наблюдается в виде
	Острого холецистита
	Острого гепатита
	Острого холангита
	Желчекаменной болезни
39	Туберкулез отличает от лихорадки Ку
	Длительная лихорадка
	Очень медленное начало
	Скудные физикальные данные
	Потливость
40	Тифо-паратифозные заболевания отличают от лихорадки Ку

	Более постепенное начало
	Длительная лихорадка с возможными рецидивами
	Головная боль
	Относительная брадикардия
41	Лихорадку Ку отличает от гриппа
	Боли в глазных яблоках
	Относительная брадикардия
	Гиперемия слизистой ротоглотки
	Трахеиты
42	Лихорадку Ку отличает от бруцеллеза
	Эпиданамнез – профессиональный контакт с животными
	Вовлечение в процесс органов дыхания
	Лейкопения, лимфоцитоз, ускорение СОЭ
	Гепатоспленомегалия
43	Лихорадку Ку отличает от орнитоза
	Экзантема
	Интерстициальная пневмония
	Тенденция к лейкопении, лимфоцитозу
	Гиперемия слизистой ротоглотки
44	Для лихорадки Ку характерны следующие изменения в биохимическом анализе крови
	Повышение уровня трансаминаз
	Повышение уровня мочевой кислоты
	Повышение уровня мочевины
	Повышение уровня креатинина

45	Экстренная антибиотикопрофилактика лихорадки Ку предполагает назначение
	Амоксициллина
	Метронидазола
	Рифампицина
	Хинолонов
46	В периоды апирексии при возвратных тифах спирохеты сохраняются
	В альвеолярной ткани
	В эпителии кишечника
	В паренхиме печени
	В ЦНС и костном мозге
47	Повторные приступы лихорадки при возвратных тифах связаны с
	Повреждением гипоталамуса и нарушением терморегуляции
	Действием разных генераций боррелий
	Дисбалансом продукции эндогенных пирогенов
	Активацией эндогенной инфекции
48	Эндемический возвратный тиф отличается от эпидемического наличием
	Острого начала болезни
	Субиктеричности склер
	Первичного аффекта
	Гиперемии лица
49	Осложнениями возвратных тифов являются
	Острая печеночная недостаточность
	Острый респираторный дистресс-синдром
	Острая почечная недостаточность
	Менингоэнцефалит

50	Препаратами выбора в лечении возвратных тифов являются
	Сульфаниламиды
	Гликопептиды
	Тетрациклины
	Линкозамиды
51	Клиническими признаками сыпного тифа являются
	Острое начало
	Розеолезно-петехиальная сыпь с 4 - 5 дня болезни
	Гепатоспленомегалия
	Боли в животе
	Тремор языка
52	Для начального периода сыпного тифа характерны
	Острое начало, высокая температура постоянного типа
	Положительные симптомы щипка, жгута
	Головная боль, бессонница
	Бледность кожных покровов
	Гиперестезия слуховая, зрительная, тактильная
53	Для лечения сыпного тифа целесообразно применение
	Пенициллина
	Стрептомицина
	Левомецетина
	Нитрофуранов
	Тетрациклина
54	Симптомами периода разгара сыпного тифа являются

	Обильная розеолезно-петехиальная сыпь
	Энцефалопатия
	Тахикардия, гипотония
	Гепатоспленомегалия
	Субфебрильная температура
55	Риккетсиозную этиологию имеют
	Омская геморрагическая лихорадка
	Марсельская лихорадка
	Лихорадка цуцугамуши
	Крымская геморрагическая лихорадка
	Лихорадка Западного Нила
56	Клещи являются переносчиками риккетсий при
	Эндемическом сыпном тифе
	Пятнистой лихорадке скалистых гор
	Марсельской лихорадке
	Лихорадке цуцугамуши
	Эпидемическом сыпном тифе
57	Пути передачи коксииеллы Бернета являются
	Водный
	Пищевой
	Воздушно-капельный
	Воздушно-пылевой
	Контактный
58	Первичный аффе́кт в месте внедрения возбудителя формируется при
	Эпидемическом сыпном тифе

	Лихорадке Ку
	Австралийском клещевом риккетсиозе
	Везикулезном риккетсиозе
	Эрлихиозе
59	С этиотропной целью при риккетсиозах целесообразно применение
	Пенициллинов
	Цефалоспоринов
	Тетрациклинов
	Гликопептидов
	Хлорамфеникола
60	С этиотропной целью при лихорадке Ку возможно использование
	Пенициллинов
	Цефалоспоринов
	Фторхинолонов
	Макролидов
	Рифампицина
1	Зоонозы
1	Основными хозяевами <i>Brucella melitensis</i> являются
	Овцы
	Коровы
	Свиньи
	Лошади
2	Наиболее типичны при бруцеллезе поражения
	Почек
	Поджелудочной железы

	Суставов
	Сердца
3	Возбудитель туляремии относится к семейству
	Neisseriaceae
	Brucellaceae
	Leptospiraceae
	Bacillaceae
4	Ангинозно-бубонная форма туляремии возникает при механизме заражения
	Аэрозольном
	Алиментарном
	Контактном
	Трансмиссивном
5	Основным механизмом передачи возбудителя туляремии является
	Контактный
	Алиментарный
	Аэрозольный
	Трансмиссивный
6	К иксодовым клещевым боррелиозам относятся
	Клещевой энцефалит
	Болезнь Лайма
	Клещевые пятнистые лихорадки
	Эрлихиоз
7	Экстренная активная специфическая профилактика бешенства неимунным лицам предполагает курс антирабической вакцины, состоящий из
	4 инъекций

	6 инъекций
	8 инъекций
	40 инъекций
8	Доза специфического антирабического гомологичного иммуноглобулина для экстренной иммунопрофилактики бешенства составляет
	20 МЕ на 1 кг массы
	40 МЕ на 1 кг массы
	60 МЕ на 1 кг массы
	80 МЕ на 1 кг массы
9	Инкубационный период при бешенстве короче при укусах в
	Голени
	Ягодицы
	Пальцы рук
	Грудь
10	Актуальные источники инфекции при геморрагической лихорадке с почечным синдромом
	Клещи
	Мышевидные грызуны
	Мелкий рогатый скот
	Птицы
11	Для этиотропного лечения клещевого энцефалита используют
	Блокаторы M2-каналов
	Специфический иммуноглобулин
	Производные адамантана
	Производные фосфономуравьиной кислоты
12	Переносчиком лихорадки Западного Нила являются

	Комары
	Клещи
	Слепни
	Грызуны
13	Лептоспиры – и это
	Кокки
	Клостридии
	Спирохеты
	Микоплазмы
14	Лептоспиры сохраняют жизнеспособность в почве в течение
	1-й недели
	От 1-й до 2-х недель
	От 2-х недель до 3-х месяцев
	От 3-х месяцев до 6-и месяцев
15	Источником инфекции при лептоспирозе является
	Больной человек
	Грызуны
	Иксодовые клещи
	Слепни
16	При остром бруцеллезе первичное размножение и накопление бруцелл происходит преимущественно в
	Костном мозге
	Лимфатических узлах
	Селезенке
	Крупных суставах

17	Инкубационный период при остром начале бруцеллеза продолжается в среднем
	1 неделю
	3 недели
	1 месяц
	2 месяца
18	Остросептическую форму бруцеллеза отличает от других генерализованных инфекционных процессов
	Фебрильная лихорадка
	Лимфаденопатия
	Гепатоспленомегалия
	Удовлетворительное самочувствие
19	Среди хронических форм бруцеллеза чаще встречается
	Урогенитальная
	Локомоторная
	Висцеральная
	Нервная
20	Наиболее актуально в этиотропном лечении бруцеллеза сочетание доксициклина с
	Ванкомицином
	Рифампицином
	Амоксициллином
	Кларитромицином
21	Язвенно-бубонная форма туляремии отличается от бубонной формы туляремии
	Изъязвлением бубона
	Наличием первичного аффекта
	Наличием периаденита

	Нагноением бубона
22	При болезни Лайма на стадии ранней локализованной инфекции у больных встречается
	Мигрирующая эритема
	Менингит
	Миокардит
	Лимфоцитоза кожи
23	При болезни Лайма на стадии ранней диссеминированной инфекции у больных встречается
	Мигрирующая эритема
	Перикардит
	Атрофический акродерматит
	Лимфоцитоза кожи
24	При болезни Лайма на стадии хронической инфекции у больных встречается
	Мигрирующая эритема
	Множественные эритематозные высыпания на коже
	Паротит
	Хронический полиартрит
25	Синдром Бонварта при болезни Лайма – это
	Специфический миокардит
	Специфический менингоградикулоневрит
	Специфический ретинит
	Специфический альвеолит
26	Основным этиотропным препаратом при болезни Лайма на стадии локализованной инфекции является
	Ципрофлоксацин
	Рифампицин

	Доксициклин
	Кларитромицин
27	Бешенство отличается от столбняка наличием
	Общей возбудимости
	Расстройства речи и глотания
	Изменений психики
	Судорог
28	Первичная плановая иммунизация бешенства предполагает 3 инъекции антирабической вакцины по схеме
	0, 7 и 14-й дни
	0, 3 и 7-й дни
	0, 7 и 30-й дни
	0, 30 и 90-й дни
29	При клещевом вирусном энцефалите возникновение полиомиелитических расстройств связано с путем распространения вируса
	Гематогенным
	Лимфогенным
	Невральным
	Не зависит от пути распространения вируса
30	К очаговым формам клещевого энцефалита относится
	Лихорадочная
	Менингеальная
	Полиомиелитическая
	Периферическая
31	К неочаговым формам клещевого вирусного энцефалита относится

	Менингеальная
	Менингоэнцефалитическая
	Полиэнцефалитическая
	Полиэнцефаломиелитическая
32	При клещевом вирусном энцефалите более короткий инкубационный период наблюдается при
	Аспирационным механизме заражения
	Алиментарном механизме заражения
	Трансмиссивном механизме заражения
	Контактном механизме заражения
33	Наиболее благоприятной по течению и прогнозу клещевого вирусного энцефалита является
	Лихорадочная форма
	Менингеальная форма
	Менингоэнцефалитическая форма
	Полиомиелитическая форма
34	Поражения кожи при болезни Лайма характеризуются
	Мелкоточечной сливной сыпью
	Мигрирующей эритемой
	Геморрагической сыпью
	Розеолезно-папулезной сыпью
35	Локомоторные поражения при болезни Лайма чаще затрагивают в первую очередь
	Тазобедренные суставы
	Коленные суставы
	Голеностопные суставы
	Мелкие суставы кисти

36	Изменения со стороны сердца при болезни Лайма характеризуются
	Развитием микроинфарктов миокарда
	Развитием атриовентрикулярной блокады
	Развитием мерцательной аритмии
	Развитием гипертрофии левого желудочка
37	Основным резервуаром возбудителя при Омской геморрагической лихорадке является
	Крупный рогатый скот
	Мелкий рогатый скот
	Водяная крыса
	Бездомные собаки
38	Наибольшее число заболевших Омской геморрагической лихорадкой регистрируется в
	Осенне-зимний период
	Зимой
	Зимне-весенний период
	Весенне-летний период
39	Для Омской геморрагической лихорадки характерно
	Продолжительность инкубационного периода 2-4 дня
	Наличие первичного аффекта в месте внедрения возбудителя
	Гепатоспленомегалия
	Продолжительность лихорадки более 12 дней
40	Сроки появления сыпи при Омской геморрагической лихорадке
	1-2 сутки
	3-5 сутки
	7-9 сутки
	10-12 сутки

41	При лептоспирозе миалгии наиболее выражены в
	Мышцах предплечий
	Мышцах шеи
	Мышцах груди
	Мышцах икр
42	Особенность почечной недостаточности при лептоспирозе
	Наличие гематурии
	Наличие уремии
	Наличие гипертонии
	Отсутствие отеков
43	Поражение центральной нервной системы при лептоспирозе наблюдается в виде
	Менингеального синдрома
	Паралитического синдрома
	Бульбарных расстройств
	Очаговой симптоматики
44	Поражение почек в периоде разгара лептоспироза характеризуется
	Отеками
	Артериальной гипертонией
	Уремией
	Полиурией
45	Лептоспироз отличается от геморрагической лихорадки с почечным синдромом наличием
	Гиперемии лица
	Гиперемии зева
	Желтушности кожи и склер

	лихорадки
46	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом отличается от лептоспироза наличием
	Геморрагического синдрома
	Жалоб на нарушение зрения
	Кровоизлияний в склеры
	Миалгий
47	Желтушная форма лептоспироза отличается от вирусного гепатита наличием
	Гепатомегалии
	Спленомегалии
	Более длительной лихорадки
	Желтушности кожи и склер
48	Вирусный гепатит отличается от желтушной формы лептоспироза наличием
	Гепатомегалии
	Желтушности кожи и склер
	Геморрагического синдрома
	Более выраженным повышением уровня трансаминаз
49	Иерсиниоз отличается от лептоспироза наличием
	Артралгий
	Лихорадки
	Желтушного окрашивания кожи и склер
	Спленомегалии
50	Для лептоспироза характерны следующие изменения в общем анализе крови
	Лейкоцитоз
	Лимфоцитоз

	Эозинофилия
	Нейтропения
51	Характерными симптомами бешенства в стадии разгара являются
	Гидрофобия, аэрофобия
	Дыхание в виде судорожных вздохов
	Паралич дыхания
	Раздражительность
	Саливация
52	При лептоспирозе типичны
	Интоксикация
	Лимфоаденопатия
	Миалгии
	Геморрагии
	Нефропатия
53	Для начального периода лептоспироза характерны
	Фебрильная температура
	Миалгии
	Схваткообразные боли в животе
	Гиперемия лица
	Конъюнктивит, склерит
54	Для бубона при чуме характерны
	Безболезненность
	Резкая болезненность
	Спаянность бубона с окружающей клетчаткой
	Отсутствие изменений со стороны кожи над бубоном

	Гиперемия кожи над бубоном
55	Для лечения чумы целесообразно использование
	Стрептомицина
	Пенициллина
	Тетрациклина
	Оксациллина
	Аминогликозидов
56	Клиническими формами туляремии при пищевом пути заражения являются
	Глазо-бубонная
	Бубонная
	Ангинозно-бубонная
	Абдоминальная
	Язвенно-бубонная
57	Для бубона при туляремии характерны
	Незначительная болезненность
	Резкая болезненность
	Гиперемия кожи над бубоном
	Отчетливая конфигурация бубона
	Кожа над бубоном нормальной окраски
58	Вариантами исхода бубона при чуме могут быть
	Нагноение
	Изъязвление
	Рубцевание и склеротизация
	Полное рассасывание
	Малигнизация

59	Для диагностики туляремии применяют
	Серологические реакции
	Кожно - аллергическую пробу
	Биологический метод
	Бактериоскопический метод
	Молекулярно-генетический метод
60	Материалом для бактериологического исследования на чуму являются
	Пунктат из бубона
	Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв
	Моча
	Слизь из зева
	Кровь
61	Типичными симптомами начального периода ГЛПС являются
	Инъекции сосудов склер и конъюнктив
	Гиперемия и одутловатость лица
	Бледность кожных покровов
	Высокая лихорадка
	Нарушение зрения
62	Для системного клещевого боррелиоза характерны
	Лихорадка
	Артралгии, артриты, миалгии
	Кольцевидная эритема
	Розеолезная сыпь
	Серозный менингит, менингоградикулоневрит
63	Наличие фебрильной лихорадки, болей в пояснице, нефротического синдрома чаще

	возможно при
	Геморрагической лихорадке с почечным синдромом
	Иерсиниозе
	Псевдотуберкулезе
	Лептоспирозе
	Бруцеллезе
64	Наличие значительно увеличенного лимфоузла (бубона) на фоне фебрильной лихорадки возможно при
	Бубонной форме чумы
	Бубонной форме туляремии
	Инфекционном мононуклеозе
	Болезни содоку
	Неспецифическом лимфадените
65	Бубонная форма чумы отличается от бубонной формы туляремии
	Повышением температуры тела
	Наличием интоксикации
	Резкой болезненностью бубона
	Наличием периаденита
	Наличием гепатомегалии
66	Болезнь содоку отличается от бубонной формы туляремии
	Наличием первичного аффекта
	Наличием интоксикации
	Волнообразным характером температурной кривой
	Отсутствием первичного аффекта
	Наличием бубона

67	Методами специфической диагностики туляремии являются
	Общеклиническое исследование крови
	Бактериологическое исследование крови
	Серологические исследования
	Молекулярно-генетические исследования
	Аллергическая проба
68	Возможными исходами туляремийного бубона могут быть
	Рассасывание
	Склерозирование
	Малигнизация
	Нагноение и вскрытие
69	Язвенно-бубонная форма туляремии отличается от доброкачественного лимфоретикулеза
	Наличием первичного аффекта
	Отсутствием первичного аффекта
	Наличием бубона
	Выраженными проявлениями интоксикации
	Фебрильной лихорадкой
70	Актуальными путями передачи возбудителей бруцеллеза являются
	Водный
	Пищевой
	Воздушно-капельный
	Контактный
	Трансмиссивный
71	Артрит при бруцеллезе возникает преимущественно в
	Тазобедренных суставах

	Коленных суставах
	Локтевых суставах
	Мелких суставах кисти и стоп
	Крестцово-подвздошных сочленениях
1	Сапронозы
1	Механизм передачи иерсиний
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Контактный
	Трансмиссивный
2	Входными воротами инфекции при псевдотуберкулезе являются
	Эпителий респираторного тракта
	Эпителий наружных покровов
	Эпителий желудочно-кишечного тракта
	Эпителий мочевыводящих путей
3	Основной путь передачи листерий
	Пищевой
	Водный
	Контактно-бытовой
	Воздушно-капельный
4	Острый листериоз – это продолжающийся процесс не более
	1 месяца
	2 месяцев
	3 месяцев
	6 месяцев

5	Механизм передачи возбудителя сибирской язвы преимущественно
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Контактный
	Трансмиссивный
6	К локализованным формам сибирской язвы относятся
	Кожная
	Легочная
	Кишечная
	Септическая
7	Механизм передачи легионеллез
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Контактный
	Трансмиссивный
8	Легионеллез следует дифференцировать с
	Бруцеллезом
	Орнитозом
	Листериозом
	Токсоплазмозом
9	Тризм при столбняке – это
	Тоническое напряжение мышц шеи
	Тоническое напряжение жевательных мышц
	«Застывшая маска» на лице
	Судорожный спазм мышц глотки

10	Экстренная профилактика столбняка неимунным лицам заключается в
	Введении только АС-анатоксина
	Введении только противостолбнячного человеческого иммуноглобулина
	Введении только противостолбнячной сыворотки
	Введении АС-анатоксина и противостолбнячной сыворотки
11	Первая ревакцинация против столбняка проводится в
	3 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев
	18 месяцев
12	Количество типов Clostridium botulinum способных вызвать патологию у человека составляет
	3
	4
	5
	7
13	Основной путь инфицирования при ботулизме
	Пищевой
	Водный
	Контактно-бытовой
	Воздушно-капельный
14	Изменения со стороны органов зрения при ботулизме следующие
	Близорукость
	Дальнозоркость
	Выпадение полей зрения

	Нарушение цветовосприятия
15	В лечебных целях при ботулизме используется поливалентная противоботулиническая сыворотка, содержащая антитела к токсинам типа
	A, B, C
	A, B, E
	A, C, E
	A, B, F
16	Иерсиниоз отличается от пищевых токсикоинфекций наличием
	Острого начала
	Фебрильной температуры
	Экзантемы
	Спастических болей в животе
17	Иерсиниоз отличается от шигеллеза
	Наличием тошноты, рвоты
	Возможным развитием желтухи
	Наличием лейкоцитоза
	Присутствием в стуле слизи
18	Иерсиниоз отличается от гастроинтестинальной формы сальмонеллеза наличием
	Тошноты, рвоты
	Фебрильной температуры
	Обильного водянистого стула
	Гепатолиенального синдрома
19	Иерсиниоз отличается от инфекционного мононуклеоза наличием
	Гепатоспленомегалии
	Желтухи

	Жидкого стула
	Лимфаденопатии
20	Желтушная форма иерсиниоза отличается от желтушных форм вирусных гепатитов
	Наличием гепатомегалии
	Наличием проявлений интоксикации
	Сохраняющимся фебрилитетом в желтушный период
	Потемнением мочи
21	Для иерсиниоза характерной является сыпь
	Геморрагическая на туловище в виде «следов от удара хлыста»
	Геморрагическая «звездчатая» с очагами некрозов в центре на тыльной поверхности стоп
	Мелкоточечная на лице, шее, руках, ногах по типу «капюшона», «перчаток», «носков»
	Пятнисто-папулезная с этапностью высыпания: голова – туловище – нижние конечности
22	Псевдотуберкулез отличается от скарлатины
	Наличием лимфаденопатии
	Наличием лейкоцитоза
	Наличием фебрилитета
	Наличием болей в животе
23	Для глазо-железистого варианта листериоза характерно
	Двухсторонний конъюнктивит
	Нормальная острота зрения
	Наличие регионарного лимфаденита
	Желтушность склер и кожи
24	Гастроинтестинальная форма листериоза требует проведения дифференциальной диагностики с
	Лептоспирозом

	Легионеллезом
	Кампилобактериозом
	Анаплазмозом
25	Нервная форма листериоза проявляется в виде
	Полирадикулоневрита
	Менингита
	Галлюцинаторного синдрома
	Очаговых изменений ЦНС
26	Для сибирязвенного карбункула характерно
	Отсутствие регионального лимфаденита
	Отсутствие отека
	Выраженная болевая чувствительность
	Отсутствие болевой чувствительности
27	Отличительной особенностью кожной формы сибирской язвы от кожно-бубонной формы чумы является
	Наличие интоксикации
	Наличие отека
	Наличие язвы
	Наличие лимфаденита
28	Отличительной особенностью кожной формы сибирской язвы от язвенно-бубонной формы туляремии является
	Наличие болезненности
	Наличие лимфаденита
	Наличие отека
	Наличие язвы
29	Отличительной особенностью кожной формы сибирской язвы от эритематозной формы

	рожи является
	Наличие отека
	Наличие лимфаденита
	Односторонний характер поражения
	Умеренная интоксикация
30	Отличительной особенностью кожной формы сибирской язвы от доброкачественного лимфоретикулеза является
	Отсутствие или умеренная болезненность
	Наличие лимфаденита
	Наличие отека
	Умеренная интоксикация
31	Хирургическое вмешательство при кожной форме сибирской язвы
	Заключается в первичной хирургической обработке язвы
	Заключается в иссечении сибиреязвенного карбункула
	Противопоказано
	Проводится в объеме соответствующем размеру очага
32	Хирургическое вмешательство при кожной форме сибирской язвы
	Способствует генерализации процесса
	Препятствует генерализации процесса
	Сокращает сроки реконвалесценции
	Уменьшает сроки назначения этиотропных средств
33	Первично-генерализованная форма сибирской язвы чаще развивается при
	Трансмиссивном механизме заражения
	Вертикальном механизме заражения
	Аспирационном механизме заражения

	Контактном механизме заражения
34	Легионеллез отличается от лихорадки Ку
	Острым началом болезни
	Выраженной потливостью
	Бледностью кожных покровов
	Болями в глазных яблоках
35	Легионеллез отличается от орнитоза
	Острым началом болезни
	Выраженной потливостью
	Бледностью кожных покровов
	Наличием пневмонии
36	Легионеллез отличается от респираторного микоплазмоза
	Наличием бронхита
	Бледностью кожных покровов
	Наличием болей в глазных яблоках
	Наличием пневмонии
37	Этиотропными препаратами выбора в лечении легионеллеза являются
	Пенициллины
	Цефалоспорины
	Макролиды
	Тетрациклины
38	Профилактическая доза противостолбнячной сыворотки составляет
	250 ME
	1000 ME

	3000 ME
	6000 ME
39	Профилактическая доза противостолбнячного человеческого иммуноглобулина составляет
	250 ME
	1000 ME
	3000 ME
	6000 ME
40	Экстренную профилактику столбняка следует проводить вплоть до
	3-го дня с момента получения травмы
	7-го дня с момента получения травмы
	14-го дня с момента получения травмы
	20-го дня с момента получения травмы
41	Экстренная профилактика столбняка непривитым по разным причинам детям до 5 месяцев проводится
	Только АС-анатоксином
	Только АДСм-анатоксином
	Только противостолбнячным человеческим иммуноглобулином
	АДСм-анатоксином и противостолбнячным человеческим иммуноглобулином
42	«Сардоническая улыбка» при столбняке - это
	Тоническое напряжение жевательных мышц
	Судорожный спазм мышц глотки
	Тоническое напряжение мимической мускулатуры
	Цианоз губ и щек
43	Эмпростотонус при столбняке является результатом
	Тонического напряжения мышц промежности

	Тонического напряжения мышц спины
	Тонического напряжения мышц живота
	Тонического напряжения мышц одной части туловища
44	Опистотонус при столбняке является результатом
	Тонического напряжения мышц промежности
	Тонического напряжения мышц спины
	Тонического напряжения мышц живота
	Тонического напряжения мышц одной части туловища
45	Плевростотонус при столбняке является результатом
	Тонического напряжения мышц промежности
	Тонического напряжения мышц спины
	Тонического напряжения мышц живота
	Тонического напряжения мышц с одной стороны туловища
46	Появление «тумана», «пелены» перед глазами при ботулизме связано с
	Мидриазом
	Офтальмоплегией
	Парезом аккомодации
	Анизокорией
47	Для лабораторной диагностики ботулизма наиболее часто используют
	Микроскопические методы
	Бактериологические методы
	Серологические методы
	Биологические методы
48	Специфическим осложнением ботулизма является

	Инфекционно-токсический шок
	Пневмония
	Миокардиодистрофия
	Острая печеночная недостаточность
49	При лечении ботулизма введение противоботулинической сыворотки показано
	1 раз
	2 раза с интервалом в 2 суток
	Кратность введения зависит от тяжести течения болезни
	Кратность введения определяется динамикой болезни
50	Доза поливалентной противоботулинической сыворотки составляет
	Тип А – 10тыс.МЕ, Тип В – 10тыс.МЕ, Тип Е – 10тыс.МЕ
	Тип А – 10тыс.МЕ, Тип В – 5тыс.МЕ, Тип Е – 10тыс.МЕ
	Тип А – 10тыс.МЕ, Тип В – 10тыс.МЕ, Тип Е – 5тыс.МЕ
	Тип А – 5тыс.МЕ, Тип В – 10тыс.МЕ, Тип Е – 10тыс.МЕ
51	Для псевдотуберкулеза характерны
	Наличие первичного аффекта
	Обильная мелкоточечная сыпь
	Гиперемия кожи лица, шеи, ладоней
	Артралгии
	Жидкий стул с примесью крови
52	Характерными синдромами иерсиниоза являются
	Гастроинтестинальный
	Аллергический
	Неврологический
	Артралгический

	Нефротический
53	При псевдотуберкулезе сыпь
	Наблюдается во всех случаях заболевания
	Мелкопятнистая или точечная, иногда с наличием геморрагии или петехий
	Появляется на 1-6 дни болезни
	Появляется на 7-10 дни болезни
	После исчезновения сыпи часто проявляется пластинчатое шелушение
54	Препаратами выбора для лечения сибирской язвы являются
	Пенициллин
	Тетрациклин
	Иммуноглобулин специфический
	Цефалоспорины
	Ванкомицин
55	Для сибиреязвенного карбункула характерны
	Черный безболезненный струп
	Болезненная гнойная поверхность
	Вал красного цвета вокруг
	Отек тканей вокруг карбункула
	Отсутствие отека тканей вокруг карбункула
56	Признаками возбудителя сибирской язвы являются
	Грамотрицательная бактерия
	Аэроб, во внешней среде образует споры
	Вирулентность возбудителя связана со способностью образовывать капсулу в организме и выделять экзотоксин
	Устойчивость вегетативных форм возбудителя к физико - химическим воздействиям

	Чувствительность вегетативных форм возбудителя к физико - химическим воздействиям
57	Материалом для бактериологического исследования на сибирскую язву являются
	Отделяемое из карбункула
	Мокрота
	Моча
	Рвотные массы и испражнения
	Кровь
58	Основными синдромами ботулизма являются
	Интоксикационный
	Менингеальный
	Гастроинтестинальный
	Бульбарный
	Офтальмоплегический
59	Клиническими симптомами ботулизма являются
	Двоение, "сетка" перед глазами
	Затруднение глотания пищи
	Нарушение дыхания
	Сухость во рту
	Гиперсаливация
60	Энцефаломиелорадикулоневропатия типа Гийена-Барре отличается от ботулизма наличием
	Парезов мышц конечностей
	Расстройств чувствительности
	Выпадения сухожильных рефлексов
	Парезов дыхательной мускулатуры

61	Генерализованная миастения отличается от ботулизма
	Наличием парезов мышц конечностей
	Более медленной динамикой неврологических нарушений
	Наличием парезов мимических мышц
	Отсутствием эпидемиологического анамнеза
62	Энцефалит отличается от ботулизма наличием
	Расстройств сознания
	Расстройств чувствительности
	Парезов мышц конечностей
	Гиперкинезов, фокальных судорог
63	Отравление атропиносодержащими средствами отличается от ботулизма
	Наличием мидриаза
	Наличием паралича аккомодации
	Наличием расстройств психики
	Отсутствием нарушений глотания
64	Симптомы, характерные для столбняка
	Тризм
	Гидрофобия
	Тонические судороги
	Ясное сознание
	Параличи черепно-мозговых нервов
65	Материалом для бактериологического исследования при обследовании на нозокомиальный легионеллез являются
	Кровь
	Слюна

	Мокрота
	Кал
	Моча
66	Легионеллез отличается от респираторного микоплазмоза
	Острым началом болезни
	Выраженной потливостью
	Наличием бронхита
	Наличием гепатомегалии
	Наличием пневмонии
67	В качестве этиотропных средств при легионеллезе целесообразно назначение
	Пенициллинов
	Цефалоспоринов
	Макролидов
	Тетрациклинов
	Фторхинолонов
68	Основными клиническими формами листериоза являются
	Железистая
	Гастроинтестинальная
	Нервная
	Нефротическая
	Септическая
69	Проявлениями нервной формы листериоза являются
	Менингит
	Менингоэнцефалит
	Абсцесс мозга

	Полирадикулоневрит
	Боковой амиотрофический склероз
70	В качестве стартовой терапии при листериозе целесообразно применение
	Аминопенициллинов
	Макролидов
	Фторхинолонов
	Аминогликозидов
	Тетрациклинов
1	Протозойные инфекции
1	В соответствии с экологической классификацией амебиаз является
	Антропонозом
	Зооантропонозом
	Зоонозом
	Сапронозом
2	Механизм передачи возбудителя амебиаза
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Контактный
	Трансмиссивный
3	Патологические изменения при кишечной форме амебиаза формируются преимущественно
	В слепой и восходящей ободочной кишке
	Поперечной ободочной кишке
	Нисходящих отделах ободочной и сигмовидной кишке
	Прямой кишке
4	Источником инфекции при лямблиозе является

	Больной человек
	Домашние животные
	Членистоногие
	Абиотическая среда
5	Лямблиоз передается путями
	Водным
	Контактным
	Трансмиссивным
	Воздушно-капельным
6	«Экологической нишей» трофozoитов при лямблиозе является
	Желчный пузырь
	Двенадцатиперстная кишка
	Желудок
	Восходящий отдел ободочной кишки
7	Количество видов малярийных плазмодиев, актуальных для человека
	3
	4
	5
	6
8	Четырехдневную малярию вызывает
	<i>Plasmodium vivax</i>
	<i>Plasmodium malariae</i>
	<i>Plasmodium falciparum</i>
	<i>Plasmodium ovale</i>

9	Тропическую малярию вызывает
	Plasmodium vivax
	Plasmodium malariae
	Plasmodium falciparum
	Plasmodium ovale
10	Продолжительность эритроцитарной шизогонии у Plasmodium vivax составляет
	24 часа
	48 часов
	72 часа
11	Окончательными хозяевами возбудителя токсоплазмоза являются
	Люди
	Собаки
	Кошки
	Птицы
12	Механизм передачи токсоплазмоза преимущественно
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Контактный
	Трансмиссивный
13	При криптоспориidioзе патологический процесс локализован преимущественно в
	Проксимальных отделах тонкой кишки
	Дистальных отделах тонкой кишки
	Проксимальных отделах толстой кишки
	Дистальных отделах толстой кишки

14	Криптоспоридиоз следует дифференцировать в первую очередь с
	Холерой
	Шигеллезом
	Амебиазом
	Балантидиазом
15	Поражения легких при пневмоцистозе протекает в виде
	Крупозной пневмонии
	Интерстициальной пневмонии
	Обструктивного бронхита
	Бронхиолита
16	Основной фактор вирулентности <i>Entamoeba histolytica</i>
	Эндотоксин
	Шига-подобный токсин
	Цистопротеиназа
	Гиалуронидаза
17	Амебома формируется преимущественно в
	Подвздошной кишке
	Восходящей ободочной кишке
	Печени
	Селезенке
18	Амебные абсцессы наиболее часто формируются в
	Легких
	Поджелудочной железе
	Печени
	Головном мозге

19	К осложнениям кишечного амебиаза относятся
	Инфекционно-токсический шок
	Перфорация кишечника
	Острая кишечная непроходимость
	Острая печеночная недостаточность
20	К лабораторным методам диагностики кишечного амебиаза относятся
	Микроскопический
	Бактериологический
	Биологический
	Молекулярно-генетический
21	Кишечный амебиаз отличается от шигеллеза
	Присутствием в стуле крови
	Наличием болей в животе
	Присутствием в стуле слизи
	Незначительными проявлениями интоксикации
22	Для амебного абсцесса печени характерны
	Высокие показатели трансаминаз
	Развитие геморрагического синдрома
	Кожный зуд
	Наличие лихорадки с ознобами
23	Для лечения инвазивного амебиаза применяют
	Сульфаниламиды пролонгированного действия
	5-нитроимидазолы
	Производные нитрофурана

	Комбинацию сульфаметоксазола с триметопримом
24	Размножению лямблий в желудочно-кишечном тракте препятствует
	Белковая диета
	Углеводная диета
	Голодание
	Обильное питье
25	Возникающая при лямблиозе диарея имеет
	Секреторный тип
	Осмотический тип
	Воспалительный тип
	Гиперкинетический тип
26	Инкубационный период при манифестной форме лямблиоза составляет
	1 – 3 суток
	4 – 6 суток
	1 – 4 недели
	1 – 2 месяца
27	Внекишечными проявлениями лямблиоза являются
	Миокардит
	Пневмония
	Крапивница
	Пиелит, пиелонефрит
28	В лечение лямблиоза целесообразным является использование
	Триметоприма
	Альбендазола

	Сульфаметоксазола
	Ципрофлоксацина
29	При малярии спорогония – это
	Развитие малярийного плазмодия в печени
	Развитие малярийного плазмодия в эритроцитах
	Половое развитие малярийного плазмодия
	Бесполое развитие малярийного плазмодия
30	Половой цикл развития малярийного плазмодия происходит в
	Печени
	Селезенке
	Эритроцитах
	Организме комара
31	Место нахождения гипнозоитов при малярии
	Костный мозг
	Селезенка
	Печень
	Эритроциты
32	Возможность длительной инкубации малярии и возникновение отдаленных рецидивов определяют
	Мерозоиты
	Шизонты
	Гипнозоиты
	Гамонты
33	Наличие «дремлющих» форм малярийного плазмодия возможно при
	Тропической малярии

	Овале-малярии
	Четырехдневной малярии
34	Лихорадочные приступы повторяются каждые 72 часа при малярии, вызванной
	Plasmodium vivax
	Plasmodium malariae
	Plasmodium falciparum
	Plasmodium ovale
35	Инфицирование эритроцитов различной степени зрелости характерно для возбудителя малярии
	Plasmodium vivax
	Plasmodium malariae
	Plasmodium falciparum
	Plasmodium ovale
36	Тяжелые и осложненные формы инфекции характерны в основном для малярии, вызванной
	Plasmodium vivax
	Plasmodium malariae
	Plasmodium falciparum
	Plasmodium ovale
37	Возможность наиболее длительного существования в организме человека при отсутствии лечения наблюдается у возбудителя малярии
	Plasmodium vivax
	Plasmodium malariae
	Plasmodium falciparum
	Plasmodium ovale
38	Из этиотропных препаратов, применяемых в лечении малярии, противоэпидемическое значение имеют препараты

	Гемошизонтоцидные
	Гистошизонтоцидные
	Гаметоцидные
	Гипнозоитоцидные
39	Радикальную химиопрофилактику тропической малярии обеспечивают препараты
	Гемошизонтоцидные
	Гистошизонтоцидные
	Гаметоцидные
	Гипнозоитоцидные
40	Радикальное излечение трехдневной и ovale-малярии обеспечивают препараты
	Гемошизонтоцидные
	Гистошизонтоцидные
	Гаметоцидные
	Гипнозоитоцидные
41	Радикальное излечение тропической и четырехдневной малярии обеспечивают препараты
	Гемошизонтоцидные
	Гистошизонтоцидные
	Гаметоцидные
	Гипнозоитоцидные
42	Повсеместная резистентность возбудителя тропической малярии зарегистрирована к
	Хлорохину
	Прогуанилу
	Примахину
	Производным артемизинина
43	Трансплацентарная передача инфекции плоду от беременной со свежим токсоплазмозом

	максимальна в
	1-м триместре беременности
	2-м триместре беременности
	3-м триместре беременности
44	Стул при диарее, вызванной криптоспоридиями
	Скудный, с примесью слизи и крови
	Кашицеобразный, каловый, без патологических примесей
	Кашицеобразный, имеет вид «малинового желе»
	Обильный, водянистый без патологических примесей
45	Холера отличается от криптоспоридиоза
	Острым началом
	Обильным, водянистым характером стула
	Отсутствием или умеренным повышением температуры
	Наличием рвоты
46	Для церебрального токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией характерно
	Острое начало заболевания
	Развитие гемипареза
	Отсутствие судорожного синдрома
	Отсутствие интоксикации
47	Внемозговая локализация токсоплазмоза при СПИДе встречается чаще всего в виде поражения органов
	Слуха
	Зрения
	Дыхания
	Мочевыделения

48	В широкой практике для диагностики токсоплазмоза используют методы
	Неспецифические общеклинические
	Паразитологические
	Серологические
	Биологические
49	Химиопрофилактику пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией проводят
	Доксициклином
	Метронидазолом
	Ко-тримаксозолом
	Фуразолидоном
50	В лечении тяжелой и осложненной тропической малярии препаратами выбора являются
	Аминохинолины
	Хинолинметанолы
	Производные артемизинина
	Бигуаниды
51	Обследованию на малярию подлежат
	Все лихорадящие больные с неясным диагнозом
	Лихорадящие больные с лимфаденопатией
	Лихорадящие больные, прибывшие из стран, неблагоприятных в эпидемиологическом отношении по малярии
	Лихорадящие больные, в анамнезе у которых имеются указания на перенесенную в прошлом малярию
	Лихорадящие больные с гепатоспленомегалией
52	Осложнения при тропической малярии являются
	Кома
	Алгид

	Гемоглобинурийная лихорадка
	Менингит
	Почечная недостаточность
53	Возбудителями малярии, имеющими продолжительность эритроцитарной шизогонии 48 часов являются
	<i>Plasmodium vivax</i>
	<i>Plasmodium ovale</i>
	<i>Plasmodium falciparum</i>
	<i>Plasmodium malariae</i>
54	При микроскопии крови больного малярией возможно обнаружение
	Спорозоитов
	Гипнозоитов
	Зрелых шизонтов
	Мерозоитов
	Гаметоцитов
55	Наличие гипнозоитов возможно при
	Трехдневной малярии
	Трехдневной малярии-овале
	Тропической малярии
	Четырехдневной малярии
56	Массивный внутрисосудистый гемолиз при малярии может возникать в связи с
	Гипербилирубинемией
	Дефицитом фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
	Приемом примахина
	Приемом нестероидных противовоспалительных препаратов

57	Гемошизонтоцидными препаратами являются
	Мефлохин
	Производные артемизинина
	Хинин
	Примахин
	Хлорохин
58	Гистошизонтоцидными препаратами являются
	Тетрациклин
	Производные артемизинина
	Пириметамин
	Примахин
	Прогуанил
59	Амебиаз отличается от шигеллеза наличием
	Умеренных проявлений интоксикации
	Спастических болей в правой подвздошной области
	Спастических болей в нижних отделах живота
	Жидкого стула с примесью крови
	Повышенной температуры тела
60	Характерными симптомами кишечного амебиаза являются
	Выраженные проявления интоксикации
	Скудный частый стул с примесью прожилок крови
	Стул с примесью крови по типу «малинового желе»
	Субфебрильная температура
	Спастические боли в правой подвздошной области
61	Методами диагностики кишечного амебиаза являются

	Микроскопический
	Бактериологический
	Серологический
	Эндоскопический
	Радиоизотопный
62	Методами диагностики внекишечного амебиаза являются
	Рентгенологический
	Сонографический
	Радиоизотопный
	Эндоскопический
	Серологический
63	Для лечения внекишечного амебиаза применяют
	Метронидазол
	Этофамид
	Паромомицин
	Дигидроэметин дигидрохлорид
	Хлорохин
64	Для санации паразитоносителей амеб используют
	Дигидроэметин дигидрохлорид
	Паромомицин
	Этофамид
	Дилоксанида фуоат
	Хлорохин
65	Материалом для протозооскопических исследований при лямблиозе являются
	Кровь

	Кал
	Моча
	Слюна
	Дуоденальное содержимое
66	В диагностике лямблиоза используют
	Копроскопию
	Колоноскопию
	Рентгенографию
	Микроскопию дуоденального содержимого
	Серологические методы исследования
67	С этиотропной целью при лямблиозе возможно назначение
	Тетрациклина
	Метронидазола
	Нифуратела
	Паромомицина
	Альбендазола
68	Клиническими проявлениями врожденного токсоплазмоза могут быть
	В-клеточная лимфома
	Обструктивная гидроцефалия
	Расстройства зрения
	Диффузная внутричерепная кальцификация
	Синдром «свислой шеи»
69	Поздними осложнениями врожденного токсоплазмоза чаще являются
	Энцефалопатия с олигофренией
	Незаращение межжелудочковой перегородки

	Сморщенная почка
	Эпилепсия
	Идиопатическая легочная гипертензия
70	С этиотропной целью при токсоплазмозе возможно применение комбинаций препаратов
	Пириметамин+сульфадiazин
	Доксициклин+метронидазол
	Тетрациклин+рифампицин
	Пириметамин+спирамицин
	Доксициклин+месалазин
1	Гельминтозы
1	Возбудителем описторхоза является
	Печеночная двуустка
	Кошачья двуустка
	Власоглав
	Бычий цепень
2	Возбудителем дифилоботриоза является
	Свиной цепень
	Широкий лентец
	Кишечная угрица
	Аскарида собачья
3	Возбудителем альвеолярного эхинококкоза является
	Echinococcus granulosus
	Echinococcus multilocularis
	Taenia solium
	Schistosoma mansoni

4	Чаще инфицирование возбудителем описторхоза ассоциируется с употреблением рыбы семейства
	Карповых
	Окуневых
	Сельдевых
	Камбаловых
5	Личинки кошачьей двуустки сохраняются в рыбе при
	Варке
	Горячем копчении
	Холодном копчении
	Засолке
6	Основным источником инфекции при фасциолезе являются
	Собаки
	Крупный рогатый скот
	Представители семейства кошачьих
	Грызуны
7	Возбудителем мочеполового шистосомоза является
	<i>Schistosoma mansoni</i>
	<i>Schistosoma haematobium</i>
	<i>Schistosoma japonicum</i>
	<i>Schistosoma mekongi</i>
8	Источником инфекции при шистосомозе является
	Человек
	Животные
	Рыбы

	Моллюски
9	Облигатными хозяевами церкариального дерматита являются
	Грызуны
	Мелкий рогатый скот
	Рыбы пресноводных водоемов
	Водоплавающие птицы
10	Инфицирование человека возбудителем дифиллоботриоза происходит при
	Укусах комаров
	Купании в водоемах
	Употреблении рыбы
	Употреблении сырых молочных продуктов
11	Цестодозы – это болезни, вызываемые
	Круглыми червями
	Ленточными червями
	Сосальщиками
12	Заражение человека бычьим цепнем происходит при
	Употреблении молока больного животного
	При употреблении зараженного мяса
	При уходе за животными
	При разделке шкур животных
13	Окончательным хозяином и источником инфекции при тениозе является
	Человек
	Крупный рогатый скот
	Дикие животные

	Птицы
14	В лабораторной диагностике аскаридоза используются преимущественно методы
	Микроскопические
	Серологические
	Молекулярно-биологические
	Биологические
15	Возбудителем трихоцефалеза является
	Печеночная двуустка
	Кошачья двуустка
	Власоглав
	Карликовый цепень
16	Возбудитель описторхоза имеет
	Одного промежуточного хозяина
	Двух промежуточных хозяев
	Трех промежуточных хозяев
	Четырех промежуточных хозяев
17	Наиболее информативна паразитологическая диагностика описторхоза при исследовании
	Кала
	Желчи
	Слюны
	Крови
18	Препарат выбора в лечении описторхоза
	Альбендазол
	Празиквантел

	Пирантел
	Левамизол
19	При фасциолезе поражается преимущественно
	Легкие
	Печень
	Кишечник
	ЦНС
20	Механизм передачи возбудителя шистосомоза
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Контактный
	Трансмиссивный
21	При хроническом кишечном шистосомозе поражается преимущественно
	Двенадцатиперстная кишка
	Тощая кишка и подвздошная кишка
	Слепая кишка и восходящая ободочная кишка
	Дистальные отделы толстой кишки
22	При шистосомозном поражении печени исходом процесса становится
	Жировой гепатоз
	Перипортальный фиброз
	Печеночный абсцесс
	Гепатоцеллюлярная карцинома
23	Лечение церкариального дерматита предполагает назначение
	Антигельминтных препаратов

	Дезинтоксикационной терапии
	Десенсибилизирующих средств
	Нестероидных противовоспалительных препаратов
24	Основным осложнением дифиллоботриоза является
	Кишечное кровотечение
	Острый гепатит
	В12-дефицитная анемия
	Острый панкреатит
25	Бычий цепень в организме человека паразитирует в
	Печени
	Желчевыводящих путях
	Тонком кишечнике
	Толстом кишечнике
26	При эхинококкозе паразитарные кисты чаще образуются в
	Легких
	Головном мозге
	Печени
	Селезенке
27	Альвеолярный эхинококкоз приводит к поражению преимущественно
	Легких
	Печени
	Селезенки
	Головного мозга
28	Первыми признаками альвеококкоза являются

	Лихорадка
	Одышка
	Сухие и влажные хрипы в легких
	Увеличение печени
29	Альвеококкоз следует дифференцировать прежде всего от
	Хронической обструктивной болезни легких
	Бронхиальной астмы
	Эхинококкоза печени
	Тениаринхоза
30	Противопаразитарным препаратом выбора при эхинококкозах является
	Празиквантел
	Альбендазол
	Пирантел
	Левамизол
31	К внекишечным осложнениям аскаридоза относятся
	Пиелонефрит
	Панкреатит
	Гепатит
	Паротит
32	Источник инфекции при трихоцефалезе
	Мелкий рогатый скот
	Домашние животные
	Человек
	Грызуны

33	При трихоцефалезе интенсивная инвазия гельминта приводит к
	Развитию желтухи
	Гепатомегалии
	Появлению гемоколита
	Фебрильной лихорадке
34	Трихоцефалез следует дифференцировать с
	Описторхозом
	Фасциолезом
	Эхинококкозом
	Шигеллезом
35	Дифференциально-диагностическим симптомом энтеробиоза является
	Жидкий со слизью стул
	Боли в гипогастрии
	Перианальный зуд
	Экзантема
36	Осложнениями энтеробиоза являются
	Кишечное кровотечение
	Кишечная непроходимость
	Перфорация кишечника
	Дерматит
37	Регламентированная кратность исследования на выявление яиц остриц – не менее
	2
	3
	4
	5

38	Для диагностики энтеробиоза используют
	Обнаружение яиц остриц в кале
	Обнаружение яиц остриц в соскобе
	Обнаружение взрослых гельминтов в кале
	Обнаружение антител к гельминтам в сыворотке крови
39	Заражение человека трихинеллами происходит при
	Употреблении инвазированного трихинеллами мяса
	Употреблении молока зараженных животных
	Уходе за зараженными животными
	Употреблении продуктов птицеводства
40	Источником инфекции для человека при трихинеллезе являются
	Рыба пресноводных водоемов
	Грызуны
	Травоядные животные
	Плотоядные животные
41	Ведущими клиническими проявлениями трихинеллеза являются
	Дыхательная недостаточность
	Почечная недостаточность
	Печеночная недостаточность
	Миалгии
42	Ведущим осложнением и причиной летального исхода при трихинеллезе является
	Инфекционно-токсический шок
	Миокардит
	Отек мозга

	Отек легких
43	Источником инфекции при токсокарозе являются
	Кошки
	Собаки
	Птицы
	Рыбы
44	Механизм передачи возбудителя токсокароза
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Трансмиссивный
	Контактный
45	Поражение личинками токсокар параорбитальной области клинически проявляется
	Стробизмом
	Экзофтальмом
	Диплопией
	Ретинитом
46	Противопаразитарным препаратом выбора при токсокарозе является
	Празиквантел
	Альбендазол
	Пирантел
	Левамизол
47	Промежуточным хозяином при дирофиляриозе являются
	Собаки
	Дикие животные

	Человек
	Комары
48	Источником инфекции при дирофиляриозе являются
	Млекопитающие
	Птицы
	Рыбы
	Человек
49	Механизм передачи возбудителя дирофиляриоза
	Фекально-оральный
	Аспирационный
	Контактный
	Трансмиссивный
50	Специфическим симптомом дирофиляриоза является
	Экзантема
	Кожный зуд
	Перемещение «опухоли» под кожей
	Эозинофилия
51	Промежуточными хозяевами для возбудителя описторхоза являются
	Моллюск
	Рыба семейства карповых
	Кошка
	Человек
52	Для манифестной формы описторхоза характерны
	Лихорадка

	Боли в правом подреберьи
	Боли в пояснице
	Увеличение печени
	Олигурия
53	Возбудителями фасциолеза являются
	Кошачья двуустка
	Китайская двуустка
	Печеночная двуустка
	Легочная двуустка
	Гигантская двуустка
54	Клиническими проявлениями церкариального дерматита являются
	Уртикарная экзантема
	Кожный зуд
	Иктеричность кожи
	Гепатомегалия
	Интоксикация
55	В лечении церкариального дерматита используют
	Немозол
	Празиквантел
	Антигистаминные препараты
	Десенсибилизирующие мази
	Нестероидные противовоспалительные средства
56	Окончательными хозяевами широкого лентеца являются
	Человек
	Животные

	Хищная рыба
	Лососевая рыба
	Рачки
57	При паразитологической диагностике эхинококкоза исследуют
	Кровь
	Кал
	Содержимое паразитарной кисты
	Мокроту
	Желчь
58	В лечении больных эхинококкозом используют
	Альбендазол
	Празиквантел
	Бильтрацид
	Хирургические методы
59	Пути передачи возбудителя стронгилоидоза являются
	Аспирационный
	Перкутанный
	Пищевой
	Водный
	Трансмиссивный
60	Основными клиническими проявлениями трихинеллеза являются
	Лихорадка
	Боли в мышцах
	Миастения
	Отеки

	Желтуха
1	Неотложные состояния
1	Инфекционно-токсический шок возникает чаще при
	Локализованных инфекционных процессах
	Генерализованных инфекционных процессах
	Микст-инфекциях
	Ассоциированных инфекциях
2	Инфекционно-токсический шок при бактериальных инфекциях связан с действием
	Экзотоксинов возбудителей
	Эндотоксинов возбудителей
	Адгезинов возбудителей
	Цитотоксинов возбудителей
3	Патогенез инфекционно-токсического шока связан с нарушениями
	Билирубинового обмена
	Белкового обмена
	Микроциркуляции
	Перфузии кислорода
4	Дегидратационный синдром возникает при
	Нейроинфекциях
	Острых кишечных инфекциях
	Тяжелом течении вирусных гепатитов
	Геморрагических лихорадках
5	Патогенез развития дегидратационного синдрома связан с
	Эндотоксинами возбудителей
	Цитотоксинами возбудителей

	Энтеротоксинами возбудителей
	Шига-подобным токсином
6	При острых кишечных инфекциях дегидратационный синдром развивается чаще при
	Шигеллезах
	Амебиазе
	Сальмонеллезе
	Иерсиниозе
7	Причинами наступления острой печеночной недостаточности являются
	Жировая дистрофия печени
	Фиброз печени
	Цитолиз гепатоцитов
	Цирроз печени
8	Острая печеночная недостаточность возникает чаще при
	Острых вирусных гепатитах
	Хронических вирусных гепатитах
	Кишечных инфекциях
	Энтеровирусных инфекциях
9	Основными этиологическими агентами острой печеночной недостаточности выступают гепатотропные вирусы
	Вирус Эпштейн-Барра
	Цитомегаловирус
	Вирус гепатита А
	Вирус гепатита В
10	Риск развития острой печеночной недостаточности выше при микст-инфекциях
	Острый гепатит В + хронический гепатит С

	Острый гепатит С + хронический гепатит В
	Хронический гепатит В + суперинфекция D
11	Возбудителем малярии, приводящем к развитию комы является
	Plasmodium vivax
	Plasmodium malariae
	Plasmodium falciparum
	Plasmodium ovale
12	Важной причиной развития комы при тропической малярии является
	Наличие гетерогенных популяций малярийного плазмодия
	Заражение всех форм эритроцитов
	Скопление зараженных форм эритроцитов в сосудах мозга
	48-часовой цикл развития возбудителя тропической малярии
13	Острая почечная недостаточность при лептоспирозе имеет этиологию
	Преренальную
	Ренальную
	Постренальную
	Аренальную
14	Причиной развития острой почечной недостаточности при лептоспирозе является
	Нарушение системной гемодинамики
	Интерстициальный нефрит
	Закупорка канальцев почек продуктами распада гемоглобина
	Нарушения клубочковой фильтрации
15	Острая почечная недостаточность при менингококкемии имеет этиологию
	Преренальную

	Ренальную
	Постренальную
	Аренальную
16	При менингококковой инфекции инфекционно-токсический шок возникает чаще при
	Менингококковом назофарингите
	Менингококковом менингите
	Менингококковом энцефалите
	Менингококкемии
17	Способствует развитию инфекционно-токсического шока при генерализованных бактериальных инфекционных процессах
	Назначение дезинтоксикационной терапии
	Назначение бактериостатических препаратов
	Назначение бактерицидных препаратов
	Назначение коллоидных растворов
18	Первая стадия инфекционно-токсического шока соответствуем цифрам систолического артериального давления
	110 мм.рт.ст. и выше
	90 – 110 мм.рт.ст.
	60 – 90 мм.рт.ст.
	60 мм.рт.ст. и ниже
19	Вторая стадия инфекционно-токсического шока соответствуем цифрам систолического артериального давления
	110 мм.рт.ст. и выше
	90 – 110 мм.рт.ст.
	60 – 90 мм.рт.ст.
	60 мм.рт.ст. и ниже

20	Третья стадия инфекционно-токсического шока соответствует цифрам систолического артериального давления
	110 мм.рт.ст. и выше
	90 – 110 мм.рт.ст.
	60 – 90 мм.рт.ст.
	60 мм.рт.ст. и ниже
21	Третья стадия инфекционно-токсического шока характеризуется наступлением
	Отека мозга
	Острой печеночной недостаточности
	Синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания
	Острым респираторным дистресс-синдромом
22	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания наступает в
	1-й стадии инфекционно-токсического шока
	2-й стадии инфекционно-токсического шока
	3-й стадии инфекционно-токсического шока
23	Клиническими проявлениями, характеризующими наступление 3-й стадии инфекционно-токсического шока являются
	Высокая лихорадка
	Тахикардия
	Бледность кожных покровов
	Геморрагический синдром
24	Острая почечная недостаточность при инфекционно-токсическом шоке
	Возникает в связи с поражением паренхимы почек
	Возникает в связи с поражением чашечно-лоханочной системы почек
	Имеет преренальный характер
	Связана с инфекцией мочевыводящих путей

25	Клиническими проявлениями инфекционно-токсического шока является
	Симптомы острой печеночной недостаточности
	Симптомы отека мозга
	Гипотония
	Гипертермия
26	Типом диареи, который чаще при приводит к развитию дегидратационного синдрома является
	Секреторный
	Осмотический
	Воспалительный
	Моторный
27	В развитии дегидратационного синдрома при острых кишечных инфекциях ведущую роль играет
	Повреждение цитоскелета энтероцитов
	Активация фермента аденилатциклазы в энтероцитах
	Активность межклеточного распространения возбудителей
	Продукция возбудителями Шига-токсина
28	Гиповолемический шок при дегидратационном синдроме наступает при потере массы тела
	1 – 3%
	4 – 6%
	7 – 9%
	10% и более
29	О наступлении гиповолемического шока свидетельствуют
	Сухость кожи и слизистых
	Тахикардия

	Судороги мышц
	Анурия
30	Ведущим в лечении гиповолемического шока при дегидратационном синдроме является
	Энтеропротекция энтеросорбентами
	Этиотропная терапия
	Борьба с интоксикацией
	Восполнение потерь жидкости
31	Для регидратационной терапии при дегидратационном синдроме используются
	Плазмозаменители
	Коллоидные растворы
	Кристаллоидные растворы
	Растворы Альбумина
32	Первичная регидратация при дегидратационном синдроме – это
	Количество жидкости введенное в первый час лечения
	Компенсация потерь жидкости с начала болезни до момента обращения больного
	Объем инфузионной терапии, полученный больным на амбулаторном этапе
33	Сроки проведения первичной регидратации
	2 часа
	6 часов
	12 часов
	24 часа
34	Раствор «Дисоль» используется для регидратационной терапии
	При наличии признаков гипокалиемии
	При наступлении признаков гиперкалиемии

	При отсутствии других растворов
	Во всех случаях
35	Симптомами-предвестниками развития острой печеночной недостаточности в преджелтушном периоде гепатита В являются
	Артралгии
	Астеновегетативные проявления
	Фебрилитет
	Отсутствие аппетита
36	Симптомами-предвестниками развития острой печеночной недостаточности в периоде желтухи при гепатите В являются
	Спленомегалия
	Тошнота
	Быстрое сокращение размеров печени
	Быстрое увеличение размеров печени
37	Лабораторными маркерами свидетельствующими о возможном наступлении острой печеночной недостаточности являются
	Гипербилирубинемия
	Повышение уровня гаммаглобулинов
	Повышение уровня трансаминаз
	Быстрое снижение протромбинового индекса
38	Оценка уровня острой печеночной недостаточности исходит из
	Состояния размеров печени
	Уровня гипербилирубинемии
	Уровня трансаминаземии
	Проявлений энцефалопатии
39	О наступлении 1-й стадии острой печеночной недостаточности могут свидетельствовать

	Темная моча
	Ахолия кала
	Частичная дезориентация во времени
	Кожный зуд
40	Развитие геморрагического синдрома при острой печеночной недостаточности при остром вирусном гепатите связано с
	Портальной гипертензией
	Расширением вен пищевода
	Расширением вен геморраидального сплетения
	Коагулопатией
41	При геморрагическом синдроме у больных с острой печеночной недостаточностью в первую очередь необходимо
	Назначение ангиопротекторов
	Назначение витамина К, викасола
	Переливание свежезамороженной плазмы
	Инфузии кровезаменителей
42	О наступлении печеночной комы свидетельствует
	Нарастание желтухи
	Олигоанурия
	Отсутствие контакта с больным
	Тахикардия, гипотония
43	Симптом «хлопающего тремора» - неспособность сохранять фиксированное положение кистей и пальцев появляется
	На 1-й стадии печеночной недостаточности
	На 2-й стадии печеночной недостаточности
	На 3-й стадии печеночной недостаточности

44	Инфузионная терапия при инфекционно-токсическом шоке проводится прежде всего
	Кристаллоидными растворами
	Коллоидными растворами
	Растворами аминокислот
	Свежезамороженной плазмой
45	Причиной развития острой почечной недостаточности при малярии в первую очередь является
	Нарушение системной гемодинамики
	Интерстициальный нефрит
	Закупорка канальцев почек продуктами распада гемоглобина
	Нарушения клубочковой фильтрации
46	Для форсирования диуреза при компенсации инфекционно-токсического шока показано использование диуретиков
	Петлевых
	Тиазидовых
	Калийсберегающих
	Осмотических
47	Для компенсации отека-набухания головного мозга применяется
	Дезинтоксикационная терапия
	Дегидратационная терапия
	Регидратационная терапия
	Гемодиализ
48	Обструктивная острая дыхательная недостаточность встречается при
	Полиомиелите
	Дифтерии
	Столбняке

	Бешенстве
49	Нейропаралитическая дыхательная недостаточность встречается при
	Дифтерии
	Ботулизме
	Гриппе
	Легионеллезе
50	Острый респираторный дистресс-синдром встречается чаще при
	Орнитозе
	Гриппе
	Респираторном микоплазмозе
	Коксиеллезе
51	Типичными осложнениями брюшного тифа являются
	Инфекционно-токсический шок
	Острая дыхательная недостаточность
	Острая печеночная недостаточность
	Кишечное кровотечение
	Перфорация кишечника
52	Типичными осложнениями брюшного тифа на 3-й неделе болезни являются
	Инфекционно-токсический шок
	Острая дыхательная недостаточность
	Острая печеночная недостаточность
	Кишечное кровотечение
	Перфорация кишечника
53	Специфическими осложнениями эшерихиозов являются

	Дегидратационный шок
	Пневмония
	Пиелонефрит
	Холецистит
	Колисепсис
54	К инфекционно-аллергическим осложнениям скарлатины относятся
	Диффузный гломерулонефрит
	Некротический лимфаденит
	Гнойный отит
	Миокардит
	Синовииит
55	Местными осложнениями рожи являются
	Абсцессы
	Сепсис
	Флегмоны
	Инфекционно-токсический шок
	Тромбофлебит
56	Общими осложнениями рожи являются
	Инфекционно-токсический шок
	Периаденит
	Острая сердечно-сосудистая недостаточность
	Тромбоэмболия легочных артерий
	Флебит
57	К язтрогенным осложнениями при дифтерии относят
	Миокардит

	Сывороточную болезнь
	Инфекционно-токсический шок
	Анафилактический шок
	Перитонзиллярный абсцесс
58	Типичными осложнениями лептоспироза являются
	Острая дыхательная недостаточность
	Острая печеночная недостаточность
	Острая почечная недостаточность
	Отек-набухание головного мозга
	Инфекционно-токсический шок
59	Основными причинами смерти при лептоспирозе являются
	Септический шок
	Острая дыхательная недостаточность
	Инфекционно-токсический шок
	Вклинение ствола мозга в большое затылочное отверстие
	Острая почечно-печеночная недостаточность
60	Типичными осложнениями столбняка являются
	Асфиксия
	Инфекционно-токсический шок
	Компрессионная деформация позвоночника
	Гиповолемический синдром
	Разрывы мышц
61	Причинами развития пневмоний при ботулизме являются
	Пневмотропное действие ботулотоксина
	Гиповентиляция легких

	Аспирация содержимого ротоглотки
	Пневмотропное действие противоботулинической сыворотки
62	Предвестниками осложненного течения острого гепатита В являются
	Короткий преджелтушный период с выраженными проявлениями интоксикации
	Длительный преджелтушный период
	Фебрилитет в периоде разгара
	Быстрое сокращение размеров печени
	Появление геморрагического синдрома
63	При острой печеночной недостаточности для стадии прекомы 1 характерно
	Частичная дезориентация больного в месте, времени
	Отсутствие критики больного к собственному состоянию
	Полное отсутствие контакта с больным
	Полное отсутствие сознания у больного
	Выраженные патологические рефлексы ЦНС
64	При острой печеночной недостаточности для стадии прекомы 2 характерно
	Заторможенность больного
	Полное отсутствие контакта с больным
	Полное отсутствие сознания у больного
	Угнетение нормальных рефлексов ЦНС
65	Факторами риска развития осложнений при гриппе А являются
	Возраст
	Пол
	Анатомический уровень поражения респираторного тракта
	Наличие полиорганной патологии
	Степень лейкопении

66	Инфекционный мононуклеоз может осложняться
	Менингоэнцефалитом
	Параличами черепных нервов
	Миокардитом
	Пиелонефритом
	Разрывом селезенки
67	Осложнения встречаются преимущественно при тропической малярии, так как <i>Plasmodium falciparum</i>
	Имеет более высокую инвазивность
	Имеет синхронность развития
	Имеет асинхронность развития
	Избирательно поражает отдельные формы эритроцитов
	Не имеет избирательности в поражении форм эритроцитов
68	Осложнениями тропической малярии являются
	Острая почечная недостаточность
	Острая печеночная недостаточность
	Острая дыхательная недостаточность
	Гемоглобинурийная лихорадка
	Алгид
69	Осложнениями кишечного амебиаза являются
	Перфорация кишечника
	Острая кишечная непроходимость
	Формирование амебомы
	Амебный аппендицит
	Кишечное кровотечение