Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» ДИСЦИПЛИНЫ базовой ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол№. 2 от 27 января 2020г.)

Составители:
к.м.н. А.А. Барило

Красноярск
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Дерматовенерология	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11	тестовые задания вопросы для собеседования ситуационные задачи	500 95 10

Перечень вопросов для собеседования:

1. Строение и функции придатков кожи (волосы, ногти, сальные и потовые железы)
2. Этиология сифилиса. Возбудитель. Морфологические и биологические его особенности. Условия и пути заражения сифилисом. Понятие об источнике инфекции и контактах. Методы лабораторного обнаружения возбудителя
3. Строение и функции эпидермиса.
4. Гонококковая инфекция. Возбудитель. Морфологические и биологические его особенности. Условия и пути заражения гонореей. Понятие об источнике инфекции и контактах.
5. Эпидермофития паховая. Возбудитель, пути передачи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с эритразмой, лечение, профилактика.
6. Генитальный герпес. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
7. Остиофолликулиты. Фолликулиты. Сикоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
8. Бугорковый сифилид кожи и слизистых оболочек. Его разновидности. Дифференциальная диагностика.
9. Общая морфологическая характеристика кожного покрова. Эмбриогенез кожи.
10. Трихомониаз. Характеристика возбудителя, эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
11. Опоясывающий лишай. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. МСЭ. Особенности течения у ВИЧ-инфицированных.
12. Аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы). Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
13. Туберкулез кожи. Локализованные формы. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

14. Экстрагенитальная гонорея (гонорея глаз, гонорейный проктит, гонорейный фарингит). Диссеминированная гонококковая инфекция. Диагностика. Лечение.

15. Чесотка. Возбудитель, условия заражения, клинические проявления, осложнения. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

16. Генитальный кандидоз. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

17. Простые контактные дерматиты. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика с аллергическими дерматитами. Лечение, профилактика.

18. Урогенитальная хламидийная инфекция. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

19. Бородавки вульгарные, юношеские, подошвенные. Контагиозный моллюск. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение. Профилактика.

20. Простой герпес. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика рецидивов.

21. Опоясывающий лишай. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. МСЭ. Особенности течения у ВИЧ-инфицированных.

22. Аногенитальные бородавки (остроконечные кондиломы). Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

23. Туберкулез кожи. Локализованные формы. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

24. Экстрагенитальная гонорея (гонорея глаз, гонорейный проктит, гонорейный фарингит). Диссеминированная гонококковая инфекция. Диагностика. Лечение.

25. Чесотка. Возбудитель, условия заражения, клинические проявления, осложнения. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

26. Генитальный кандидоз. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

27. Простые контактные дерматиты. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика с аллергическими дерматитами. Лечение, профилактика.

28. Урогенитальная хламидийная инфекция. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

29. Бородавки вульгарные, юношеские, подошвенные. Контагиозный моллюск. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение. Профилактика.

30. Простой герпес. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика рецидивов.

31. Современные методы лечения экземы у взрослых и детей.

32. Псориаз. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболевания. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

33. Поражения опорно-двигательного аппарата при псориазе. Псориатическая артропатия. Диагностика. Тактика ведения и лечения больных псориазом.

34. Красный плоский лишай. Этиология. Патогенез. Клиника. Атипичные клинические формы. Дифференциальная диагностика.

35. Клинические формы красного плоского лишая на слизистой полости рта. Синдром Гриншпана . Дифференциальная диагностика.

36. Многоформная экссудативная эритема. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

37. Акантолитическая пузырчатка. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика.

38. Дифференциальная диагностика акантолитической пузырчатки с герпетиформным дерматитом Дюринга и пемфигоидом Левера.

39. Тактика ведения и лечения больных акантолитической пузырчаткой.

40. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

41. Вирусные дерматозы. Бородавки. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Современные методы лечения.

42. Контагиозный моллюск. Этиология. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Лечение.

43. Опоясывающий лишай. Этиология. Патогенез. Клиника. Атипичные клинические формы. Лечение.

44. Простой пузырьковый лишай. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

45. Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Возрастные периоды.

46. Атопический дерматит у детей грудного возраста. Дифференциальная диагностика с экземой. Тактика ведения и лечения больных.

47. Угревая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения.

48. Туберкулез кожи. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Достоверные и вероятные признаки туберкулеза кожи. Диагностика.

49.Туберкулезная волчанка. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

50. Заболевания соединительной ткани. Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Кожные проявления красной волчанки. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

51. Склеродермия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

52. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

53. Хейлиты. Классификация. Симптоматические хейлиты у взрослых и детей. Клиника. Диагностика. Лечение.

54. Эксфолиативный хейлит. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Лечение.

55. Гландулярный хейлит. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.

56. Синдром Мелькерссона-Розенталя. Клиника. Диагностика. Лечение.

57. Лимфомы кожи. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Тактика введения и лечения больных.

58. Базальноклеточный рак кожи. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

59. Злокачественная меланома. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

60. ВИЧ-инфекция. Проявления на коже и слизистых оболочках.

61. Сифилис. Возбудитель сифилиса. Атипичные формы бледной трепонемы. Исходы полового контакта с больным сифилисом. Классическое течение сифилитической инфекции.

62. Первичный период сифилиса. Клинические проявления. Характерные признаки твердого шанкра. Атипичные формы. Дифференциальная диагностика.

63. Вторичный сифилис. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика пятнистого сифилида.

64. Дифференциальная диагностика папулезного сифилида.

65. Пустулезный сифилид. Дифференциальная диагностика. Понятие о злокачественном сифилисе.

66. Сифилитическая алопеция и лейкодерма. Дифференциальная диагностика.

67. Клинические проявления третичного периода сифилиса. Бугорковый сифилид. Дифференциальная диагностика.

68. Сифилитические гуммы на коже и слизистой оболочке полости рта. Клинические проявления. Осложнения. Дифференциальная диагностика.

69. Поражения слизистой полости рта в первичном, вторичном и третичном периодах сифилиса.

70. Ранний и поздний скрытый сифилис. Критерии диагностики.

71. Исходы беременности матери больной сифилисом. Сифилис плода. Характерные признаки поражения плаценты сифилитической инфекцией.

72. Ранний врожденный сифилис. Этиология. Патогенез. Клинические проявления.

73. Патогномоничные признаки раннего врожденного сифилиса у детей грудного возраста. Дифференциальная диагностика.

74.Сифилитическая пузырчатка. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика.

75. Поздний врожденный сифилис. Клинические проявления. Диагностика. Достоверные и вероятные признаки.

76. Поражения нервной системы при ранних формах сифилиса. Ранний менинговаскулярный сифилис. Клиника. Диагностика.

77. Поражения нервной системы при поздних формах сифилиса. Спинная сухотка. Прогрессивный паралич. Клиника. Диагностика.

78. Поражения внутренних органов при ранних формах сифилиса. Клиника. Диагностика.

79. Поражения внутренних органов при поздних формах сифилиса. Клиника. Диагностика.

80. Лабораторная диагностика сифилиса. Серологические методы диагностики. Трепонемные и нетрепонемные тесты.

81. Хламидийная инфекция у взрослых. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Субъективные и объективные симптомы инфекции. Лабораторная диагностика.

82. Хламидийная инфекция у детей. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Субъективные и объективные симптомы инфекции. Лабораторная диагностика.

83. Урогенитальный трихомониаз у взрослых. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Субъективные и объективные симптомы инфекции. Лабораторная диагностика.

84. Урогенитальный трихомониаз у детей. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Субъективные и объективные симптомы инфекции. Лабораторная диагностика.

85. Урогенитальный кандидоз. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Объективные и субъективные симптомы у мужчин и женщин.

86. Урогенитальный кандидоз. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Схемы лечения. Контроль излеченности у мужчин и женщин.

87. Гонококковая инфекция мочеполовых органов у взрослых. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Субъективные и объективные симптомы инфекции. Лабораторная диагностика.

88. Гонококковая инфекция мочеполовых органов у детей. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Субъективные и объективные симптомы инфекции у мальчиков и девочек. Лабораторная диагностика.

89. Аногенитальные бородавки. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Клиническая картина. Лабораторные исследования. Методы лечения.

90. Генитальный герпес. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.

91. Урогенитальные заболевания, вызываемые M. genitalium. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Объективные и субъективные симптомы у взрослых и детей. Дифференциальная диагностика.

92. Бактериальный вагиноз. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Клиника. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Схемы лечения.

93. Урогенитальные заболевания, вызываемые Ureaplasma spp., M. hominis. Этиология. Эпидемиология. Пути инфицирования. Объективные и субъективные симптомы у взрослых и детей. Дифференциальная диагностика.

94. Клинический материал для лабораторных исследований на инфекции, передаваемые половым путем.

95. Показания к обследованию на инфекции, передаваемые половым путем. Консультирование пациентов.

Ситуационные задачи:

1. На прием к дерматовенерологу обратился больной 46 лет с жалобами на высыпания на подошвах, в межпальцевых складках стоп, зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Около 6 месяцев назад заметил шелушение кожи в межпальцевых складках стоп. Спустя некоторое время на коже межпальцевых складок стали появляться трещины, беспокоил зуд. В течение последней недели появились пузырьки на подошвах. Больной активно занимается спортом, посещает бассейн, спортзал, пользуется сауной.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В межпальцевых складках стоп шелушение. В четвертой межпальцевой складке на фоне отека и эритемы трещина, окаймленная рогом отслаивающегося эпидермиса. На сводах стоп величиной

с горошину пузырьки с прозрачным содержимым, покрышки пузырьков плотные.

ВОПРОСЫ:

Поставьте диагноз.

Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?

С чем можно дифференцировать данный дерматоз?

Методы общей и наружной терапии.

Меры общей и личной профилактики.

2. На прием к дерматологу обратилась больная 50 лет с жалобами на высыпания на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на коже лица появились 3 месяца назад после инсоляции. Лечилась самостоятельно. Применяла различные кремы, мази, эффекта от лечения не отмечала.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс локализуется на коже переносицы и щек «в виде бабочки». Высыпания представлены инфильтрированными эритематозными бляшками, покрытыми плотно сидящими роговыми чешуйками. Удаление чешуек сопровождается болезненностью. На обратной стороне чешуек обнаруживаются характерные шипики.

ВОПРОСЫ: 1. Ваш предположительный диагноз.

2.Какие характерные для данного заболевания симптомы имеют место в данном случае?

3. План обследования и лечения больной.

4. Ваши рекомендации больной после лечения.

3. На прием к врачу обратился подросток 16 лет с жалобами на сильный зуд по всему телу, но особенно в области локтевой и подколенной ямок, бессонницу, раздражительность. Зуд преобладает в ночное время.

ИЗ АНАМНЕЗА: Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения наступают в осенне-зимний период времени. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При обострении - в местах поражения появлялись пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом, отмечена непереносимость к пенициллину. Мать с детства болеет экземой.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и мелко-отрубевидные чешуйки. Ногтевые

пластинки на кистях «отполированы», Дермографизм широкий, стойкий, белый.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз.

План обоснования.

С каким заболеванием необходимо дифференцировать?

Дополнительные методы обследования.

4. К врачу обратилась мать с ребенком 11 лет. Жалобы на появление высыпаний розово-красного цвета на коже туловища, рук и ног, сопровождающихся сильным зудом.

Из АНАМНЕЗА: Два дня тому назад у ребенка появились множественные высыпания, возвышающиеся над поверхностью кожи, сопровождающиеся сильным зудом. Температура 37,2° С. Возникновение заболевания мама связывает с употреблением клубники и чая с апельсиновым сиропом. Сопутствующее заболевание - дискинезия желчевыводящих путей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Процесс носит распространенный характер, локализуясь симметрично на коже туловища, верхних и нижних конечностях. Высыпания представлены множественными уртикарными элементами насыщенно-розового цвета, размером от горошины до пятирублевой монеты. На руках линейные расчёсы.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. План лечебных мероприятий.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

5. На прием к врачу обратилась мать с ребенком 5 месяцев. Жалобы на наличие высыпаний, сопровождающихся интенсивным зудом. Ребенок капризен, плаксив, плохо спит, раздражителен.

Из АНАМНЕЗА: Ребенок родился от второй беременности, доношенный, вес 3,200. После введения прикорма молочными смесями и коровьим молоком появились высыпания на коже лица, туловища, конечностей. Ребенок стал капризен, беспокоен.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Кожные покровы ребенка сухие на ощупь. Процесс носит распространенный характер, локализуется симметрично на коже туловища, лица, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены эритематозно-сквамозными, папуло-везикулезными и розеолезными элементами, экскориациями. На поверхности многих папуло-везикул точечные эрозии, серозные и геморрагические корочки. Дермографизм стойкий, белый, разлитой.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.

2. План лечебных мероприятий.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

6. В отделение поступила девочка 7 лет с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 39С, рвоту, жидкий стул, боли в суставах и мышцах, высыпания пузырей на коже и слизистой полости рта.

Из АНАМНЕЗА: Заболела остро, поднялась температура до 38С, появились боли в горле. Педиатром была диагностирована катаральная ангина, по поводу которой девочка получила аспирин и полоскание горла отваром ромашки. На следующий день начались рвота, понос, боли в суставах и мышцах, появились высыпания крупных пузырей на коже туловища и слизистой рта. Пузыри легко вскрывались при малейшем прикосновении одежды, обнажая обширные кровоточащие эрозии.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Кожный процесс носит генерализованный характер. На фоне эритематозной и отечной кожи туловища и конечностей обилие дряблых пузырей с серозно-геморрагическим содержимым, кровоточащие эрозии. Эпидермис отслаивается. Симптом Никольского резко положительный.

ВОПРОСЫ:
1. Ваш предположительный диагноз.
2. План лечебных мероприятий.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

7. На прием детского дерматолога явилась мать с ребенком 4 лет. С жалобы на появление высыпаний розово-красного цвета на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся сильным зудом, повышение температура тела до 37,3С.

Из АНАМНЕЗА: Ребенок заболел остро. На коже туловища и конечностей появились множественные розово-красные высыпания. Возвышающиеся над поверхностью кожи, сопровождающиеся сильным зудом. Возникновения заболевания мама связывает с употреблением мандарин и вишневого сока. Сопутствующее заболевание- дискинезия желчевыводящих путей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Процесс носит распространенный характер. Располагается симметрично на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены множественными уртикарными элементами с четкими границами, насыщенно-розового цвета, размером от горошины до пятирублевой монеты.

ВОПРОСЫ:
1. Ваш предположительный диагноз.
2. План лечебных мероприятий.
3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

8. К врачу на приём обратился молодой человек с жалобами на появление высыпаний на коже.

Из АНАМНЕЗА: Со слов больного, сыпь появилась после перенесенного гнойного гайморита. Считает себя больным в течение 2 месяцев. Аналогичные высыпания есть у старшего брата.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: При осмотре: на коже разгибательных поверхностей конечностей, на животе множественные размером от 1 до 10 см бляшки розовато-красного цвета, покрытые легко соскабливаемыми серебристо-белыми чешуйками.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. План лечебных мероприятий.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

9. На прием обратилась женщина 45 лет с жалобами на появление пузырей на коже

Из АНАМНЕЗА: Больна в течение 1,5 месяцев. Субъективных ощущений нет, заболевание ни с чем не связывает.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: При осмотре на коже верхней части туловища эрозии до 20 см в диаметре с обрывками покрышек пузырей по периферии, отдельные пузыри диаметром около 1-2 см с серозным экссудатом и вялой покрышкой. При надавливании на пузырь экссудат отслаивает видимо здоровую кожу, вследствие чего его диаметр увеличивается. При потягивании за обрывок покрышки также наблюдается отслойка здоровой кожи.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. План лечебных мероприятий.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

10. На приём обратился мужчина с жалобами на выделения из половых путей в течение 2 дней, рези при мочеиспускании.

Из АНАМНЕЗА: Выделения заметил через 3 дня после незащищённого полового акта. Самолечением не занимался.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: губки уретры гиперемированы, отёчны, из уретры свободные белые обильные выделения. При проведении двухстаканной пробы, моча в первой порции мутная, с хлопьями, вторая порция прозрачная.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.

2. План лечебных мероприятий.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Перечень тестовых заданий с эталонами ответов

Раздел 1. Общая дерматология

001. ДЕРМА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ
1) сетчатый
2) шиповатый
3) роговой
4) зернистый
5) базальный

002. ОСНОВНЫМИ КЛЕТОЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ДЕРМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
1) фибробласты
2) фиброциты
3) гистиоциты
4) тучные клетки
5) все перечисленные

003. В СОСТАВ ЭПИДЕРМИСА НЕ ВХОДИТ СЛЕДУЮЩИЙ СЛОЙ
1) базальный
2) сосочковый
3) шиповатый
4) зернистый
5) роговой

004. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА СОСТОИТ ИХ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ
1) базального и зернистого
2) шиповатого и рогового
3) зернистого и рогового
4) блестящего и базального
5) шиповатого и базального

005. ДЛЯ ШИПОВАТОГО СЛОЯ ХАРАКТЕРНО
1) содержит клетки Лангерганса
2) поражается при пузырчатке
3) состоит из 6-8 рядов клеток
4) клетки имеют десмосомы
5) все перечисленное верно

006. КЛЕТКИ ЛАНГЕРГАНСА РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛОЕ КОЖИ
1) блестящем
2) зернистом
3) роговом
4) шиповатом
5) сетчатом

007. СЛОИ ДЕРМЫ
1) сосочковый и сетчатый
2) базальный и шиповидный
3) зернистый
4) гранулярный
5) шиповидный

008. К ПРИДАТКАМ КОЖИ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) сальные железы
2) потовые железы
3) ногти
4) волосы
5) эпидермис

009. АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ
1) в подмышечных впадинах
2) на ладонях
3) на голове
4) на подошвах
5) вокруг рта

010.ДЛЯ АПОКРИНОВЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) поражаются при гидрадените
2) относятся к вторичным половым признакам
3) начинают функционировать в период полового созревания
4) поражаются при псевдофурункулезе Фингера
5) простые неразветвленные, трубчатые

011. В СОСТАВ ВОЛОСА НЕ ВХОДИТ
1) стержень
2) тело
3) корень
4) волосяная луковица

012. КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ В КОЖЕ ОТСУТСТВУЮТ В
1) эпидермисе
2) дерме
3) гиподерме

013. САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В КОЖЕ ОТСУТСТВУЮТ
1) на лице
2) на груди
3) на ладонях
4) на волосистой части головы
5) правильно 1,4

014. САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ МОГУТ БЫТЬ

1) трубчатыми
2) альвеолярными
3) отсутствуют на ладонях и подошвах
4) связаны с волосяными фолликулами
5) правильно 2, 3, 4
015. СЕКРЕЦИЯ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ НЕ РЕГУЛИРУЕТСЯ
1) нервной системой
2) гормонами половых желез
3) гормонами гипофиза
4) гормонами надпочечников
5) гормонами поджелудочной железы
016. АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ОТСУТСТВУЮТ
1) в подмышечных впадинах
2) в области заднего прохода
3) на ладонях и подошвах
4) на животе вокруг пупка
5) имеются во всех перечисленных местах
017. ЧУВСТВО ХОЛОДА ВОСПРИНИМАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
1) телец Фатера-Пачини
2) телец Мейснера
3) колб Краузе
4) телец Руффини
5) клеток Меркеля
018. ТЕЛЬЦА РУФФИНИ
1) самый крупный рецептор кожи
2) расположены в гиподерме
3) расположены в глубоких слоях дермы
4) ответственны за чувство глубокого давления
5) ответственны за чувство холода
019. СЕТЧАТЫЙ СЛОЙ ДЕРМЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ
1) механическую
2) противохимическую
3) электросопротивление
4) антимикробную
5) правильно 1, 4
020. ТЕПЛООТДАЧА НЕ ПРЕДСТАВЛЕНА
1) обменом веществ
2) теплоизлучением
3) теплопроведением
4) испарением воды с поверхности кожи
5) сосудодвигательными реакциями
021. ТЕПЛОПРОДУКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА
1) обменом веществ
2) теплоизлучением
3) теплопроведением
4) испарением воды с поверхности кожи
5) сосудодвигательными реакциями
022. БАРЬЕРНО-ЗАЩИТНАЯ ФУНКЦИЯ КОЖИ ВКЛЮЧАЕТ
1) резистентность к химическим агентам
2) бактерицидную активность
3) сопротивление кожи электрическому току
4) механическую резистентность
5) все перечисленное
023. МЕЛАНИНОВЫЙ ПИГМЕНТ СИНТЕЗИРУЕТСЯ
1) кератиноцитами
2) меланоцитами
3) клетками Лангерганса
4) клетками Меркеля
5) тельцами Мейснера
024. РОГОВОЙ СЛОЙ КОЖИ НЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
1) механическую резистентность
2) противолучевую резистентность
3) противохимическую резистентность
4) электросопротивление
5) антимикробную резистентность
025. НИЖНИЕ СЛОИ ЭПИДЕРМИСА ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ
1) противолучевую
2) противохимическую
3) электросопротивление
4) антимикробную
5) правильно 1, 4
026. ОНИХОБЛАСТЫ МАТРИЦЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ
1) рост ногтя в длину
2) рост ногтя в ширину
3) утолщение ногтевой пластинки
4) верно 2, 3
5) все перечисленное верно
027. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ВОЛОКНИСТЫХ СУБСТАНЦИЙ ДЕРМЫ
1) предохранение кожи от разрывов
2) терморегуляция
3) защитная
4) бактерицидная
5) иммунная
028. КОЖА НЕ ЗАЩИЩАЕТ
1) от ультрафиолетовых лучей
2) от рентгеновских лучей
3) от микробов
4) от механических повреждений
5) от химических раздражителей

029. ЭЛЕКТРОСОПРОТИВЛЕНИЕ КОЖИ ЗАВИСИТ ОТ
1) интенсивности салоотделения
2) интенсивности потоотделения
3) степени кровенаполнения
4) правильно 1, 2
5) правильного ответа нет
030. БАКТЕРИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ КОЖИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ
1) самоочищением кожи с естественным отшелушиванием
рогового слоя
2) стерилизующими свойствами кожи
3) кислой реакцией поверхности кожи
4) направлением движения секрета сальных и потовых желез
5) всем перечисленным
031. НЕ ЗАЩИЩАЕТ КОЖУ ОТ МИКРОБОВ, ПОПАВШИХ НА ЕЕ ПОВЕРХНОСТЬ
1) протоки потовых желез
2) шелушение
3) кислая реакция
4) плотность рогового слоя
5) правильно 2,3
032. ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В СОБСТВЕННО КОЖЕ
1) спонгиоз
2) дискератоз
3) папилломатоз
4) акантоз
5) вакуольная дегенерация
033. ГИПЕРКЕРАТОЗ – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ
1) эпидермиса
2) шиповидного слоя
3) зернистого слоя
4) базального слоя
5) рогового слоя
034. ГРАНУЛЕЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
1) красном плоском лишае
2) крапивнице
3) отрубевидном лишае
4) вульгарной пузырчатке
5) папулезном сифилиде
035. ДЛЯ ПАРАКЕРАТОЗА ХАРАКТЕРНО
1) утолщение зернистого слоя
2) межклеточные щели с жидкостью
3) папилломатоз
4) акантоз
5) наличие клеток с ядрами в роговом слое
036. ГИПЕРТРОФИЯ ЭПИДЕРМИСА – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ
1) рогового слоя
2) зернистого слоя
3) сосочкового слоя
4) шиповидного слоя
5) всех слоѐв эпидермиса
037. ДЛЯ ГИПЕРКЕРАТОЗА ХАРАКТЕРНО
1) клетки с палочковидными ядрами
2) утолщение рогового слоя
3) межклеточные щели с жидкостью
4) утолщение зернистого слоя
5) атрофия шиповидного слоя
038. АКАНТОЗ – ЭТО
1) скопление в межклеточных щелях отечной жидкости
2) раздвижение эпителиальных клеток
3) растягивание межклеточных мостиков и разрыв
межклеточных связей
4) формирование микровезикул
5) утолщение шиповидного слоя эпидермиса

2. Общие принципы диагностики кожных заболеваний.
Морфологические элементы сыпи

001 ВАЖНЕЙШИМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) определение интенсивности сало - и потоотделения, pH
2) определение температуры кожи и терморегуляции
3) определение сопротивления кожи электрическому току
4) сосудистые кожные реакции
5) все перечисленные
002. ОСМОТР БОЛЬНОГО КОЖНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОЦЕНКУ
1) тургора кожи
2) цвета кожи
3) воспалительных и невоспалительных изменений кожи
4) состояния придатков кожи
5) всего перечисленного
003. ПРОВЕДЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОЦЕНКУ

1) анамнеза
2) клинической картины заболевания
3) результатов лабораторного и гистологического обследования
4) пробного лечения
5) всего перечисленного

004. КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖИ ВКЛЮЧАЕТ
1) граттаж (поскабливание)
2)пальпацию
3)диаскопию
4) измерение электросопротивления
5) правильно 1, 2, 3

005. ЗУД КОЖИ НЕ СОПРОВОЖДАЕТ
1) сахарный диабет
2) уремию
3) лимфогранулематоз
4) цирроз печени
5) саркому Капоши

006. К ОСЛОЖНЕНИЮ, НАБЛЮДАЮЩЕМУСЯ ПРИ НАРУЖНОМ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ОТНОСИТСЯ
1) атрофия кожи
2) гипертрофия эпидермиса
3) келлоидный рубец
4) гиперкератоз
5) выпадение пушковых волос

007. В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ КОЖНОГО ЗУДА НЕ УЧАСТВУЮТ
1) пруритогенные киназы
2) гистамин
3) серотонин
4) брадикинин
5) фракция С5 комплемента

008. БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО
1) при крапивнице
2) при аллергическом дерматите
3) при экземе
4) при кожном зуде
5) при атопическом дерматите

009. ЗУД КОЖИ НЕ СОПРОВОЖДАЕТ
1) сахарный диабет
2) уремию
3) лимфогранулематоз
4) цирроз печени
5) саркому Капоши

010. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА
1) истинной экземы
2) микробной зкземы
3) профессиональной экземы
4) псориаза
5) красного плоского лишая

011. В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ КОЖНОГО ЗУДА НЕ УЧАСТВУЮТ
1) пруритогенные киназы
2) гистамин
3) серотонин
4) брадикинин
5) фракция С5 комплемента

012. ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
1) размеров и цвета
2) формы и конфигурации
3) консистенции
4) поверхности, дна, содержимого, границ
5) всего перечисленного

013. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ
1) чешуйка
2) рубец
3) папула
4) язва
5) эрозия

014. К ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСИТСЯ
1)бугорок
2) волдырь
3) папула
4) пятно
5) трещина

015. БУГОРОК
1) бесполостной морфологический элемент
2) часто заканчивается рубцом
3) содержит специфический инфильтрат
4) все перечисленное верно
5) нет правильного ответа

016. ДЛЯ ВЕЗИКУЛЫ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) первичный морфологический элемент
2) полостной морфологический элемент
3) образует эрозию и корочку
4) гистологически это спонгиоз
5) характерна для контагиозного моллюска

017. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПЯТНА НЕ ОТНОСИТСЯ
1) петехия
2) розеола
3) пурпура

4) фликтена
5) вибицес
018. ПОЯВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭЛЕМЕНТА ПУЗЫРЬКА ОБУСЛОВЛИВАЕТ
1) гиперкератоз
2) спонгиоз
3) акантоз
4) акантолиз
5) паракератоз
019. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ
1) чешуйка
2) рубец
3) папула
4) язва
5) эрозия
020. К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ СЫПИ ОТНОСИТСЯ
1) лихенификация
2) корка
3) чешуйка
4) язва
5) узелок
021. ПРИ ОБРАЗОВАНИИ ВОЛДЫРЯ ВОЗНИКАЮТ
1) инфильтрация подкожной клетчатки
2) отек сосочкового слоя дермы
3) акантолиз
4) акантоз
5) папилломатоз
022. ПОЛОСТЬ НЕ ИМЕЕТ
1) волдырь
2) гнойничок
3) пузырек
4) пузырь
023. МОНОМОРФНЫЕ ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ
1) при псориазе
2) при герпетиформном дерматите Дюринга
3) при истинной пузырчатке
4) при экземе
5) при везикулопустулезе
024. К ПЕРВИЧНЫМ ПОЛОСТНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ СЫПИ ОТНОСИТСЯ
1) пузырь
2) волдырь
3) пятно
4) узел
5) бугорок
025. К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ СЫПИ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) лихенификация
2) пятно
3) бугорок
4) узел
5) везикула
026. НЕ СУЩЕСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕГО ВИДА ПЯТНА
1) сосудистое
2) воспалительное
3) пролиферативное
4) искусственное
5) экхимозы
027. ПАПУЛЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
1) псориаза
2) красного плоского лишая
3) контактного аллергического дерматита
4) чесотки
5) туберкулезной волчанки
028 ПУСТУЛА
1) вторичный морфологический элемент
2) характерна для пиодермии
3) характерна для крапивницы
4) бесполостной морфологический элемент
5) характерна для лепры
029. ШЕЛУШЕНИЕ ВОЗМОЖНО ПРИ ЭВОЛЮЦИИ
1) бугорка
2) волдыря
3) папулы
4) рубца
5) узла
030. ВТОРИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ
1) чешуйка
2) папула
3) пузырь
4) пятно
5) бугорок
031. ЯЗВА
1)это глубокий дефект кожи
2) это поверхностный дефект кожи
3) развивается из папулы
4) характерна для псориаза
5) характерна для крапивницы
032. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ ЯЗВЕ
1) пузырь
2) пузырек

3) волдырь
4) гнойничок
5) бугорок
033. ЭРОЗИЯ ЭТО
1) глубокий дефект кожи
2) поверхностный дефект кожи
3) может развиваться из бугорка
4) не исчезает бесследно
5) оставляет рубец
034. КОРКА МОЖЕТ БЫТЬ
1) влажной
2) гипертрофической
3) гнойной
4) сухой
5) пластинчатой
035. КОРКА МОЖЕТ БЫТЬ
1) геморрагической
2) гипертрофической
3) сухой
4) влажной
5) атрофической
036. ВТОРИЧНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ, ПОЯВЛЯЮЩИМИСЯ ПОСЛЕ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ТОЛЬКО ЭПИДЕРМИСА, ЯВЛЯЮТСЯ
1) эрозия
2) язва
3) рубец
4) правильно 2, 3
5) правильно 1, 2
037. ВЕГЕТАЦИИ
1) разрастание сосочкового слоя
2) разрастание сетчатого слоя
3) разрастание шиповатого слоя
4) разрастание базального слоя
5) это разрыхленные роговые пластинки
038. ТРЕЩИНА-ЭТО
1) разновидность экскориации
2) линейный дефект кожи
3) ссохшийся экссудат
4) первичный морфологический элемент
5) новообразованная ткань кожи
039. ДЛЯ ЛИХЕНИФИКАЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) бывает при атопическом дерматите
2) бывает при хронической экземе
3) это гипертрофированный рисунок кожи
4) бывает при псориазе
5) это вторичный морфологический элемент
040. БОЛЬ ПРИ УДАЛЕНИИ ЧЕШУЕК ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
1) псориазе
2) красной волчанке
3) себорее
4) экземе
5) микозе стоп
041 ПРИ КОЖНОМ ЗУДЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ
1) экскориации
2) волдыри
3) узлы
4) везикулы
5) папулы
042. РУБЕЦ ОСТАЕТСЯ ПОСЛЕ ЭВОЛЮЦИИ
1) папулы
2) везикулы
3) бугорка
4) волдыря
5) пятна
043. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ
1) папула
28
2) рубец
3) пятно
4) волдырь
5) лихенификация
044. ДЛЯ ИСТИННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ХАРАКТЕРНО
1) первичные элементы одного вида
2) элементы одного размера
3) несколько первичных морфологических элементов
4) вторичные морфологические элементы
5) элементы одной формы
045. ПЕРВИЧНЫЙ ПОЛОСТНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ
1) пятно
2) узелок и узел
3) бугорок
4) волдырь
5) пузырь
ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ
001. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) Sarcoptes scabiei hominis
2) Demodex folliculorum
3) Leishmania tropica
4) Treponema pallidum
5) Chlamydia trachomatis
002. ЧЕСОТКА ВЫЗЫВАЕТСЯ

1) головными вшами
2) платяными вшами
3) чесоточным клещом
4) лейшманиями
5) туберкулезной палочкой

003. ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕСОТКОЙ
1) алиментарный
2) воздушно- капельный
3) трансмиссивный
4) контактный
5) парентеральный

004. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ У БОЛЬНЫХ ЧЕСОТКОЙ
1) дневной зуд
2) ночной зуд
3) боль
4) жжение
5) парестезии

005. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЧЕСОТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) болезненность в месте поражения
2) сильный зуд
3) желтовато-коричневато-розовые пятна
4) гнойнички
5) субфебрилитет

006. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЧЕСОТКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) зуд, усиливающийся в вечернее время
2) экскориации на коже
3) парно расположенные узелки
4**) локализация на ладонях**
5) нахождение чесоточного клеща

007. ДЛЯ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРНЫ
1) бугорки
2) узлы
3) парно расположенные пузырьки и узелки
4) волдыри
5) полигональные папулы

008. У ВЗРОСЛЫХ ПРОЯВЛЕНИЯ ЧЕСОТКИ, КАК ПРАВИЛО, НЕ БЫВАЮТ
1) в межпальцевых складках кистей
2) на сгибательных поверхностях предплечий
3) на коже живота и внутренних поверхностей бедер
4) на коже гениталий
5**) на лице и волосистой части головы**

009. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧЕСОТКИ
1) вторичная пиодермия
2) сепсис
3) рубцовая атрофия кожи
4) флегмоны
5) эритродермия

010. ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕСОТКОЙ НЕ ПРОИСХОДИТ
1) при тесном бытовом контакте
2) при половом контакте
3) при петтинге
4) при переливании крови
5) в душевых, банях

011. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ ПРИ ЧЕСОТКЕ У ВЗРОСЛЫХ
1) на коже туловища, кистей рук
2) на волосистой части головы
3) на коже ладоней
4) в межлопаточной области
5) на коже лица

012. ЧЕСОТКА У ДЕТЕЙ НЕ БЫВАЕТ
1) на коже туловища
2) на коже лица
3) на слизистой рта
4) на ладонях
5) на подошвах

013. ВЫСЫПАНИЯ НА КОЖЕ ПРИ ЧЕСОТКЕ НЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
1) папулами
2) бугорками
3) везикулами
4) экскориациями

014. СИМПТОМОМ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) интенсивный ночной зуд
2) чесоточные ходы
3) парные папуло-везикулы
4) экскориации
5) лихенификация

015. ЗУД, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЧЕСОТКИ, ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ
1) утром
2) в период с 15 до 16 часов
3) вечером и ночью
4) время суток не имеет значения
5) зуд при чесотке отсутствует

016. ТИПИЧНОЙ ОБЛАСТЬЮ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ЧЕСОТКЕ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ УЧАСТКИ КОЖИ
1) сгибательные поверхности суставов
2) область половых органов
3) кисти рук
4) ладони и подошвы

5) пояснично-крестцовая область и бедра
017. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЧЕСОТКИ ОТНОСЯТСЯ
1) пиодермия
2) демодекоз
3) псориаз
4) кератодермия
5) склеродермия
018. СИМПТОМ АРДИ - ЭТО РАСПОЛОЖЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ЧЕСОТКИ В ВИДЕ ИМПЕТИГИНОЗНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И КОРОК НА
1) локтях
2) гениталиях
3) кистях
4) животе
5) волосистой части головы
019. У ВЗРОСЛЫХ ПРИ ЧЕСОТКЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКОВ ТЕЛА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ
1) кисти рук
2) область половых органов
3) лицо, волосистая часть головы
4) сгибательные поверхности суставов
5) пояснично- крестцовая область
020. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧЕСОТОЧНЫХ ХОДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
1) пробу Ядассона
2) масляную пробу
3) йодную пробу
4) фенолфталеиновую пробу
5) реакцию Манту
021. К ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ
1) чесотка
2) псориаз
3) экзема
4) сифилис
5) рубромикоз
022. ДЛЯ ЧЕСОТКИ ВЗРОСЛЫХ НЕ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ
1) межпальцевые складки кистей
2) боковые поверхности пальцев рук
3) сгибательная поверхность лучезапястных суставов
4) разгибательная поверхность предплечий
5) лицо, ладони, подошвы
023. У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВОЗМОЖНА СЛЕДУЮЩАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ ЧЕСОТКИ
1) английская чесотка
2) норвежская чесотка
3) датская чесотка
4) американская чесотка
5) испанская чесотка
024. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ
1) серная мазь 33%
2) тиосульфат натрия 60% и соляная кислота 6%
3) спрегаль
4) бензилбензоат
5) ламизил
025. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ЧЕСОТКОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
1) исключение острой пищи
2) лечение бензил-бензоатом
3) применение УФО
4) применение ПУВА – терапии
5) назначение кортикостероидных мазей
026. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ ПО МЕТОДУ ДЕМЬЯНОВИЧА, РАСТВОРОМ №1 ЯВЛЯЕТСЯ
1) 6% раствор хлористоводородной кислоты
2) 60% раствор раствор натрия тиосульфата
3) 20% раствор бензилбензоата
4) 30% раствор натрия тиосульфата
5) 10% раствор хлористого кальция
027. К ПРОТИВОЧЕСОТОЧНЫМ СРЕДСТВАМ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) аэрозоль «Спрегаль»
2) серная мазь 33%
3) 20% эмульсия бензилбензоата
4) мазь Вилькинсона
5) крем клотримазол
028. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) метод Демьяновича
2) настойка йода
3) 33% серная мазь
4) 20% бензилбензоат
5) мазь Вилькинсона
029. В ЛЕЧЕНИИ ПЕДИКУЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
1) ниттифор
2) синафлан
3) целестодерм
4) микозолон
5) преднизолон

030. ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛОДЕРМИИ
1) остиофолликулит
2) фурункул
3) гидраденит
4) карбункул
5) импетиго
031. ФУРУНКУЛ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ОПАСЕН
1) развитием рожистого воспаления лица
2) развитием флегмоны шеи
3) развитием заглоточного абсцесса
4) развитием тромбоза кавернозного синуса
5) развитием флегмоны дна полости рта
032. ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ФУРУНКУЛОМ И ФУРУНКУЛЕЗОМ
1) локализация высыпаний
2) количество высыпаний
3) течение
4) общая семиотика
5) развитие осложнений
033.К РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
1) гастрит
2) язва желудка
3) микроспория
4) сахарный диабет
5) онихомикоз
034. БОЛЬНОЙ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ФУРУНКУЛОМ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 36.6 ГРАДУСОВ. НАЗНАЧЬТЕ ЛЕЧЕНИЕ
1) повязка с мазью Вишневского
2) повязка с мазью с антибиотиками
3) немедленное вскрытие фурункула
4) антибиотики внутрь
5) согревающий компресс
035. БОЛЬНОМУ ФУРУНКУЛЕЗОМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
1) УВЧ
2) рентгенографию легких
3) исследование крови на сахар
4) антибиотики внутрь
5) аутогемотерапию
036. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СОЗРЕВШЕГО ФУРУНКУЛА НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ
1) антибиотики внутрь
2) повязка с мазью с антибиотиками
3) вскрытие фурункула.
4) горячая ванна
5) ихтиоловая "лепешка"
037. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1) в стадии начальной инфильтрации
2) в стадии размягчения центральной части
3) в стадии формирования стержня
4) при абсцедировании
5) не рекомендуется
038. ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ НАЗНАЧАЕТСЯ
1) анилиновые красители
2) местно повязка с чистым ихтиолом
3) мазь целестодерм
4) обкалывание гидрокортизоном
5)вскрытие фурункула
039. ПРИ КАКОМ ВАРИАНТЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ БОЛЬНОГО И НАЗНАЧИТЬ СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ
1) на задней поверхности шеи
2) в пояснично-крестцовой области
3) на лице
4) на коже живота
5) на коже предплечья
040. ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ
1) апокриновые потовые железы
2) эккриновые потовые железы
3) сальные железы
4) волосяные фолликулы
5) тельца Мейснера
041. ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
1) ламизил
2) гассипол
3) цинковую пасту
4) повязку с мазью Вишневского
5) мазь с антибиотиками
042. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ШАНКРИФОРМНУЮ ПИОДЕРМИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ
1) на бледную трепонему отделяемого серума с поверхности язвы
2) реакцию Грегерсена
3) реакцию Манту
4) пробу Бальзера
5) пробу Ядассона

043. ЯЗВА ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ
1) правильных округлых или овальных очертаний
2) неправильных очертаний
3) дно неровное, бугристое
4) сопровождается болезненностью
5) в основании отсутствует уплотнение
044. ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
1) не спаяны между собой и с окружающей кожей
2) спаяны между собой и с окружающей кожей
3) болезненные
4) нагнаиваются
5) мягкой консистенции
045. ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ, ПОКА НЕ ИСКЛЮЧЕН ДИАГНОЗ СИФИЛИСА, НАЗНАЧАЮТСЯ
1) антибиотики
2) повязки с физиологическим раствором
3) сульфаниламиды
4) мази с антибиотиками
5) противовирусные мази
046. ДЛЯ СТРЕПТОКОККОВОГО ИМПЕТИГО НЕ ХАРАКТЕРНО
1) появление на коже фликтен
2) желтые корки
3) быстрое распространение
4) воспалительные узлы
5) воспалительный ободок вокруг фликтен
047. ПРИ ВУЛЬГАРНОЙ ЭКТИМЕ БОЛЬНОМУ НАЗНАЧАЮТСЯ
1) антибиотики
2) противогрибковые средства
3) примочки с 2% раствором борной кислоты
4) мази с кортикостероидами
5) противовирусные средства
048. ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССАХ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЮТСЯ
1) антибиотики
2) вскрытие абсцессов
3) анилиновые красители
4) местно ихтиоловая мазь
5) все перечисленное
049. ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
1) госсипол линимент
2) анилиновые красители
3) холод
4) повязку с чистым ихтиолом
5) ламизил
050. ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИТОВ АНТИБИОТИКАМИ ИХ КОМБИНИРУЮТ
1) с неспецифической иммунотерапией
2) с ламизимом
3) с фтивазидом
4) с кортикостероидами
5) с противовирусными препаратами
051. ПРИ НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ
1) анилиновые красители
2) дезинфекция кожи вокруг очага
3) антимикотики
4) удаление корок
5) мази с антибиотиками
2. Грибковые заболевания кожи
001. РЕЗЕРВУАРОМ ЗАРАЖЕНИЯ ТРИХОМИКОЗАМИ НЕ МОГУТ БЫТЬ
1) больные люди
2) вещи и предметы больных
3) больные животные
4) инструменты парикмахера
5) шприцы и иглы
002. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ
1) трихофития
2) фавус
3) микроспория
4) верно 1, 2, 3
5) отрубевидный лишай
003. В КЛАССИФИКАЦИЮ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ВХОДЯТ
1) кератомикозы
2) дерматомикозы
3) дерматозоонозы
4) кандидозы
5) глубокие микозы
004. ТРИХОМИКОЗЫ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
1) трихофития, эпидермофития, фавус
2) фавус, дрожжевой глоссит
3) микроспория, фавус, трихофития
4) трихофития, микроспория, хейлит
005. ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОФИТОВ
1) t 25-30º С
2) влажная среда
3) нейтральная и слабощелочная среда

4) повреждение целостности кожного покрова
5) верно всѐ
006. ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ
1) стрептококки
2) стафилококки
3) грибы
4) вирусы
5) гонококки
007. ПО КЛАССИФИКАЦИИ, ПРЕДЛОЖЕННОЙ А. М. АРИЕВИЧЕМ, ГРИБКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА
1) кератомикозы
2) дерматомикозы
3) кандидозы кожи, слизистых оболочек, внутренних органов
4) глубокие микозы с системным поражением кожи и внутренних органов
5) все перечисленное верно
008. ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЕТСЯ
1) микроспория
2) поверхностная трихофития
3) розовый лишай
4) разноцветный лишай
5) микоз стоп
009. ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ
1) больной человек
2) зараженные предметы
3) больные животные
4) фрукты, овощи, растения
5) все перечисленные
010. ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЮТСЯ
1) микроспория
2) инфильтративно нагноительная трихофития
3) розовый лишай
4) правильно 1,2
5) правильно 1,2,3
011. ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЮТСЯ
1) микроспория
2) поверхностная трихофития
3) кандидозы
4) разноцветный лишай
5) розовый лишай
012. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ
1) микоз стоп
2) фавус
3) отрубевидный лишай
4) микроспория
5) бластомикоз
013. ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ ПОРАЖАЕТСЯ
1) кожа туловища
2) ладони
3) подошвы
4) слизистые
5) ногти
014. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ
1) гистологическую биопсию
2) пробу Ядассона
3) кожные пробы
4) РИФ
5) пробу Бальзера
015. ДЛЯ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО
1) интенсивный зуд
2) наличие пятен
3) хроническое течение
4) верно 1, 2, 3
5) верно 2, 3
016. ДЛЯ ПРОБЫ БАЛЬЗЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ
1) 5% йодную настойку
2) 5% салициловый спирт
3) раствор бриллиантового зеленого
4) настойку календулы
5) фуксин
017. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ
1) трихофития
2) микроспория
3) эритразма
4) отрубевидный лишай
5) хромомикоз
018. К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ
1) фавус
2) споротрихоз
3) бластомикоз
4) эпидермофития паховая
5) разноцветный лишай
019. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ
1) конечности
2) волосистая часть головы

3) половые органы
4) кожа туловища, плечевой пояс
020. К ДЕРМАТОМИКОЗАМ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) трихофития
2) рубромикоз
3) отрубевидный лишай
4) микроспория
5) фавус
021. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ НЕ ПРИМЕНЯЮТ
1) люминесцентное исследование
2) пробу Бальзера
3) микроскопическое исследование
4) 5% йодную настойку
5) пробу Ядассона
022. ПРИ КЕРАТОМИКОЗЕ ПОРАЖАЕТСЯ
1) дерма, сосочковый слой
2) дерма, сетчатый слой
3) эпидермис, все слои, кроме базального слоя
4) эпидермис, роговой слой
5) базальный слой
023. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЯТЕН ПРИ РАЗНОЦВЕТНОМ ЛИШАЕ
1) стопы
2) ладони
3) плечевой пояс
4) крупные складки кожи
5) слизистые оболочки
024. ДЛЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) хроническое течение
2) пятнистая сыпь
3) отрубевидное шелушение
4) зуд и локализация на стопах
5) излюбленная локализация на груди, спине
025 ДЛЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО
1) острое течение
2) отрубевидное шелушение
3) крупнопластинчатое шелушение
4) интенсивный зуд
5) локализация на ладонях и стопах
026. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ
1) (+) симптом Дюбуа
2) (+)симптом Авситидийского
3) (+) симптом «скошенного луга»
4) (+) симптом зонда
5) (+) симптос Поспелова
027. ДЛЯ МИКРОСПОРИИ НА ГОЛОВЕ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) симптом «скошенного луга»
2) обломки волос 1-2 мм
3) резко очерченные границы
4) шелушение в очаге
5) обломки волос 6-8 мм
028. МИКРОСПОРИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПОРАЖАЕТ
1) гладкую кожу и волосистую часть головы
2) сальные железы
3) слизистую оболочку полости рта
4) прямую кишку
5) потовые железы
029. ПРИ МИКРОСПОРИИ ПОРАЖАЕТСЯ
1) ЦНС
2) гладкая кожа
3) слизистая полости рта
4) прямая кишка
5) ногти
030. ПРОФИЛАКТИКА МИКРОСПОРИИ ВКЛЮЧАЕТ
1) борьбу с потливостью
2) дезинфекцию полов в банях
3) проведение осмотров детей в детских учреждениях
4) ветнадзор за бродячими животными
5) правильно 3, 4
031. РЕБЕНОК, ЛЕЧИВШИЙСЯ ПО ПОВОДУ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ МОЖЕТ ПОСЕЩАТЬ ШКОЛУ ПОСЛЕ
1) одного отрицательного анализа
2) второго отрицательного анализа
3) третьего отрицательного контрольного анализа
4) шестого отрицательного контрольного анализа
5) сразу после окончания лечения
032. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРИХОФИТИИ ПОРАЖАЮТСЯ
1) слизистая полости рта
2) волосистая часть головы
3) паренхиматозные органы
4) прямая кишка
5) ЦНС

033. ДЛЯ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) мелкие очаги
2) шелушение кожи в очагах
3) обломки волос (1-2 мм)
4) болеют взрослые и дети
5) обломки волос (5-8 мм)
034. ДЛЯ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ ХАРАКТЕРНО
1) обусловлена зоофильными трихофитонами
2) выражены воспалительные явления
3) (+) симптом «медовые соты»
4) верно 1,2
5) верно 1,2,3
035. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ТРИХОФИТИИ НЕ ПОРАЖАЮТСЯ
1) слизистая полости рта
2) кожа предплечий
3) кожа лица
4) волосистая часть головы
5) ногтевые пластинки
036. ТРИХОФИТИЯ БЫВАЕТ
1) поверхностная
2) хроническая
3) инфильтративно-нагноительная
4) верно 1,2,3
5) верно 1, 2,
037. ХРОНИЧЕСКОЙ ТРИХОФИТИЕЙ В ОСНОВНОМ БОЛЕЮТ
1) мужчины
2) женщины
3) дети до 15 лет
4) люди с нарушениями иммунитета
5) верно 2, 4
038. ТРИХОФИТИЯ – ЭТО ПОРАЖЕНИЕ
1) гениталий
2) гладкой кожи, волосистой части головы, ногтей
3) только волосистой части головы
4) только полости рта
5) только гладкой кожи
039. ТРИХОФИТИЯ ОТНОСИТСЯ
1) к дерматомикозам
2) к кандидозам
3) к глубоким микозам
4) к кератомикозам
5) к псевдомикозам
040. КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1) эритема и отек
2) фолликулярные абсцессы
3) гнойные корки
4) четкие границы
5) нечеткие границы
041. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДЕТСКИЙ САД, ДИАГНОСТИРОВАНА ПОВЕРХНОСТНАЯ ТРИХОФИТИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ. ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ РЕБЕНКА МОГЛИ БЫТЬ
1) кошки
2) взрослые женщины
3) попугаи
4) собаки
5) коровы
042. ОСНОВНЫМ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В КЛИНИКЕ ФАВУСА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
1) воспалительных пятен
2) бугорков
3) узлов
4) пузырей
5) скутул
043. К ФАКТОРАМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП НЕ ОТНОСЯТСЯ
1) обезличенная обувь
2) больные кошки
3) бассейны
4) бани
5) пляжи
044. РАЗЛИЧАЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ МИКОЗА СТОП
1) эритематозно-сквамозную
2) интертригинозную
3) дисгидротическую
4) верно 1, 2
5) верно 1, 2, 3
045. ВОЗБУДИТЕЛЕМ РУБРОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1) Malassezia fufur
2) Corynebacterium minutissimum
3) Tricoph. Rubrum
4) Trichofiton schonleinii
5) Candida albicans
046. ИСТОНЧЕНИЕ И ОТТОРЖЕНИЕ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНКИ ОТ НОГТЕВОГО ЛОЖА – ЭТО
1) кератолизис

2) онихолизис
3) трихолизис
4) эпидермолизис
5) сквамолизис
047. РАЗЛИЧАЮТ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ МИКОЗА СТОП
1) сквамозная
2) интертригинозная
3) дисгидротическая
4) верно 1, 2
5) верно 1, 2, 3
048. ДЛЯ ПАХОВОЙ ЭПИДЕРМОФИТИИ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) локализация в крупных складках
2) эритема и отек
3) пузырьки
4) корки
5) узлы
049. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ РУБРОМИКОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
1) дезинфекция обуви и чулок
2) виролекс
3) антигистаминные препараты
4) преднизолон
5) фтивазид
050. ДЛЯ ОНИКОМИКОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) мелкие точечные углубления в виде наперстка на ногтевой пластинке
2) ноготь деформированный, утолщенный
3) ноготь крошащийся
4) ноготь тусклый, серовато-желтого цвета
5) ноготь, «изъеденный» со свободного края
051. ДЛЯ РУБРОФИТИИ НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
1) ладоней
2) подошв
3**) волос**
4) ногтей кистей
5) ногтей стоп
052. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА, ОТНОСЯТСЯ
1) диабет
2) гастрит
3) холецистит
4) васкулит кожи
5) механические травмы кожи
053. ДЛЯ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ МИКОЗА СТОП НЕ ХАРАКТЕРНО
1) локализация на коже свода стоп
2) наличие везикул, эрозий
3) гиперемия, мокнутие
4) наличие мацерации, пустул, трещин
5) болезненность
054. ОСЛОЖНЕНИЕ ЭПИДЕРМОФИТИИ СТОП
1) истинная экзема
2) поражение суставов
3) рожистое воспаление голени
4) токсикодермия
5) васкулит
055. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗА
1) поверхностный
2) хронический генерализованный
3) висцеральный
4) верно 1,2,3
5) верно все, кроме 2
056. К ПОВЕРХНОСТНОМУ КАНДИДОЗУ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) интертригинозный кандидоз
2) кандидоз гладкой кожи
3) кандидоз слизистых оболочек
4) кандидоз ногтей
5) кандидоз трубчатых костей
057. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА НЕ СПОСОБСТВУЮТ
1) прием кортикостероидов
2) прием цитостатиков
3) нерациональная антибиотикотерапия
4) иммунодефицитное состояние
5) психические расстройства
058. ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА ОСНОВАНА НА
1) клинической картине
2) микроскопическом исследовании
3) культуральном исследовании
4) верно 1, 2, 3
5) все перечисленное не верно
059. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) иммунокорректоры
2) нистатин
3) дифлюкан
4) флуцинар
5) низорал

060. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПОВЕРХНОСТНОГО КАНДИДОЗА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) кандидоз крупных складок
2) урогенитальный кандидоз
3) кандидоз слизистых оболочек
4) кандидоз околоногтевых валиков и ногтей
5) кандидоз пищевода
061. ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА ОСНОВАНА НА
1) клинической картине
2) микроскопическом исследовании
3) культуральном исследовании
4) все верно
5) все неверно
062. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА, ОТНОСЯТСЯ
1) диабет
2) длительный прием антибиотиков
3) повышенное потоотделение
4) иммунодефицит
5) все перечисленные
063. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА КОЖИ НЕ СПОСОБСТВУЕТ
1) инсоляция
2) гиповитаминоз
3) иммунодефицитное состояние
4) дисбактериоз
5) эндокринные и обменные нарушения
064. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ С КАНДИДОЗОМ ПАХОВЫХ СКЛАДОК В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ НЕДЕЛЬ ПРОТИВОКАНДИДОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ НЕ ДАЛО ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА. ПРОВЕДИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОЙ
1) исследование мазков на гонококки и трихомонады
2) ректороманоскопия
3) исследование крови и мочи на сахар
4) рентгенография желудка
5) печеночные пробы
065. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА НЕ СПОСОБСТВУЕТ
1) болезни крови
2) новообразования
3) лечение антибиотиками, иммунодепрессантами, сульфаниламидами, половыми гормонами
4) диабет
5) лечение дифлюканом
066. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЕТ
1) сахарный диабет
2) солнечный загар
3) растительная диета
4) васкулит кожи
5) гипертоническая болезнь
067. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА КОЖИ
1) бугорки
2) влажные эрозии
3) рубцы
4) «серозные колодцы»
5) инфильтрация кожи
068 УКАЖИТЕ СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КАНДИДОЗА
1) эритематозно-сквамозные высыпания в межпальцевых и межягодичных складках
2) паронихии и онихии
3) беловатые крошковидные высыпания
4) периодический зуд и жжение в области высыпаний
5) наличие периферического валика с фестончатыми очертаниями
069. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КАНДИДОЗА КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) нечеткие границы очагов, наличие эрозий
2) бугорки
3) рубчики
4) пластинчатое шелушение
5) четкие границы очагов поражения
070. ВЫСЫПАНИЯ ПРИ АКТИНОМИКОЗЕ
1) пузырьки
2) деревянистые инфильтраты
3) волдыри
4) лихенификация
5) экскориации
071. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АКТИНОМИКОЗА НЕ ПРОВОДИТСЯ
1) с крапивницей
2) с глубокими микозами
3) с туберкулезом кожи
4) верно 1, 2
5) верно 2, 3
072. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
1) актинолизат

2) антибиотики
3) иммунокорректоры
4) хирургическое иссечение
5) трихопол

073. ПРИЧИНОЙ АКТИНОМИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
1) бактерии
2) актиномицеты
3) вирусы
4) простейшие
5) насекомые

074. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АКТИНОМИКОЗА
1) поверхностный
2) глубокий
3) недифференцированный
4) верно 1, 2
5) верно 2, 3

075. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ АКТИНОМИКОЗА ПРИМЕНЯЮТ
1) актинолизат внутримышечно
2) антибиотики широкого спектра действия (при присоединении вторичной инфекции)
3) иммунокорректоры
4) пересадку кожи
5) верно всѐ, кроме 4

076. ДЛЯ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) пенициллин
2) ламизил
3) фтивазид
4) вильпрафен
5) оксолиновая мазь

077. ФУНГИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ
1) трихопол
2) микосептин
3) целестодерм
4) адвантан
5) элоком

078. К ГЛУБОКИМ МИКОЗАМ НЕ ОТНОСЯТ
1) бластомикоз
2) хромомикоз
3) кандидоз
4) споротрихоз
5) гистоплазмоз

079. К ГЛУБОКИМ МИКОЗАМ НЕ ОТНОСЯТ
1) бластомикоз
2) хромомикоз
3) микоз стоп
4) споротрихоз
5) гистоплазмоз

080. ЭРИТРАЗМА ОТНОСИТСЯ
1) к кератомикозам
2) к дерматофитиям
3) к псевдомикозам
4) к глубоким микозам
5) к кандидозам

081. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМИКОЗОВ НЕ ПРИМЕНЯЮТ
1) гризеофульвин
2) настойку йода
3) серно-дегтярную мазь
4) ламизил
5) пенициллин

082. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
1) микосептин
2) клотримазол
3) флуцинар
4) кетоконазол
5) ламизил

083. ПРОТИВОГРИБКОВЫМ СРЕДСТВОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) микосептин
2) клотримазол
3) тербинафин
4) пенициллин
5) дифлюкан

084. СПРЕЙ ЛАМИЗИЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) при болях в горле
2) при заложенном носе
3) при грибковых поражениях кожи
4) как освежитель полости рта
5) в качестве интим-геля

085. МЕТОД ДЕМЬЯНОВИЧА ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
1) отрубевидного лишая
2) кандидоза
3) чесотки
4) актиномикоза
5) правильно 1, 3

086. В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ СИСТЕМНЫЙ АНТИМИКОТИК
1) преднизолон
2) нитроксолин
3) ламизил
4) амитриптилин
5) лазолван

087. ПРОТИВОГРИБКОВЫМ СРЕДСТВОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) микосептин
2) клотримазол
3) тербинафин
4) целестодерм
5) дифлюкан

3. Туберкулез кожи. Лейшманиоз. Лепра.

001.ИЗВЕСТНЫЕ ТИПЫ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МИКОБАКТЕРИЙ
1) человеческий
2) индюшачий
3) бычий
4) птичий
5) правильно 1, 3, 4.

002. К ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ
1) гематогенный диссеминированный
2) колликвативный
3) папуло-некротический
4) лихеноидный

003. К ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) бородавчатый туберкулез
2) колликвативный туберкулез
3) туберкулезная волчанка
4) лихеноидный туберкулез

004. КОЖНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ВКЛЮЧАЮТ
1) локализованные формы
2) диссеминированные формы
3) неопределенные формы
4) распространенные формы
5) верно 1, 2

005. К ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА НЕ ОТНОСИТСЯ
1) острый диссеминированный милиарный
2) лихеноидный
3) папулонекротический
4) колликвативный

006. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ
1) скрофулодерма
2) волчанка туберкулезная
3) туберкулез кожи бородавчатый
4) туберкулез милиарно-язвенный
5) туберкулез кожи папулонекротический

007. ВОЛЧАНКА ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ
1) бугорков (люпом)
2) папул
3) пятен (геморрагическая сыпь)
4) пустул
5) волдырей

008. КЛИНИЧЕСКОЙ РАЗНОВИДНОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) плоская
2) опухолевидная
3) язвенная
4) лихеноидная
5) мутилирующая

009. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО
1) хроническое течение
2) медленно прогрессирующее, рецидивирующее течение
3) быстро прогрессирующее течение
4) инволюционное течение

010. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) медленный эксцентричный рост очага
2) быстрый эксцентричный рост очага
3) склонность к слиянию бугорков
4) склонность люпом к периферическому росту
5) изъязвление бугорков

011. КЛИНИЧЕСКИМИ РАЗНОВИДНОСТЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) плоская
2) опухолевидная
3) язвенная
4) папулонекротическая
5) мутилирующая

012. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО
1) бугорки плотной консистенции
2) рубцевание язвы начинается с периферической части очага
3) рубец гладкий, нежный, обесцвеченный
4) рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный
5) на рубцах не появляются свежие высыпания

013. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) нос
2) верхняя губа
3) голени
4) щеки

5) верно 1, 2, 4
014. ОБРАЗОВАНИЕ ЖЕЛТОВАТО-БУРЫХ БУГОРКОВ, МЯГКОЙ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО СИМПТОМА ПОСПЕЛОВА, ФЕНОМЕНА «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ», ХАРАКТЕРНО
1) для туберкулезной волчанки
2) для третичного сифилиса
3) для первичного сифилиса
4) для туберкулоидного типа лепры
5) для актиномикоза
015. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО
1) рубцевание язвы начинается с центральной части очага
2) рубцевание язвы начинается с периферической части очага
3) рубец звездчатый
4) рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью,пигментированный
5) рубец мозаичный
016. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) увеличение губы в размере
2) застойно-красный цвет поражения
3) симптом «яблочного желе»
4) иногда отечность губы по типу элефантиаза
5) быстрый распад инфильтрата
017. ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) края язвы мягкие, неровные, подрытые
2) края язвы плотные, ровные, штампованные
3) дно язвы гладкое, чистое, без налета
4) формируется звездчатый рубец
5) формируется мозаичный рубец
018. ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) края язвы мягкие, неровные, подрытые
2) края язвы плотные, ровные, штампованные
3) дно язвы гладкое, чистое, без налета
4) дно язвы зернистое
5) правильно 1,4
019. СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗНОВИДНОСТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕТ ФОРМЫ
1) веррукозной
2) изъязвляющейся
3) серпигинозной
4) мутилирующей
5) шанкриформной
020. ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) края язвы мягкие
2) края язвы плотные
3) дно язвы гладкое, чистое
4) дно язвы зернистое
5) верно 1 и 4
021. КОЛЛИКВАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ
1) относится к ограниченным формам туберкулеза
2) проявляется узлами
3) дифференцируют с проявлениями третичного сифилиса
4) верно 1, 2, 3
5) верно 1, 3
022. К КОЖНЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА НЕ ОТНОСИТСЯ
1) волчанка туберкулезная
2) скрофулодерма
3) индуративная эритема Базена
4) лейкодерма
5) бородавчатый туберкулез
023. ПОСЛЕ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОЦЕССА НА МЕСТЕ БЫВШИХ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ БОРОДАВЧАТОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ КОЖИ ОСТАЮТСЯ
1) исчезают бесследно
2) рубцовая атрофия
3) вегетации
4) правильно 2, 3
5) правильно 2
024. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ НЕ ПРОВОДЯТ С
1) бугорковым сифилидом
2) раком кожи
3) лейшманиозом
4) глубокими микозами
5) аллергическим дерматитом
025. ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВОЛЧАНКУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) с бугорковым сифилидом
2) с экземой
3) с отрубевидным лишаем
4) с розовым лишаем
5) с болезнью Девержи
026. БОРОДАВЧАТЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) с хронической вегетирующей пиодермией

2) с токсикодермией
3) с болезнью Девержи
4) с псориазом
5) с болезнью Педжета

027. ДЛЯ УЗЛОВ СКРОФУЛОДЕРМЫ НА КОЖЕ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) малоболезненные
2) залегают в глубоких слоях кожи
3) быстро увеличиваются в диаметре
4) синюшный оттенок кожи над узлами
5) рассасываются без следа

028. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ СКРОФУЛОДЕРМЫ НЕ ПРОВОДЯТ С
1) сифилитическими гуммами
2) гуммозно-узловатой формой актиномикоза
3) хронической язвенной пиодермией
4) туберкулезной волчанкой

029. В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ
1) изониазид
2) рифампицин
3) стрептомицин
4) этамбутол
5) ламизил

030. ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫСОКОЙ БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА
1) пенициллин
2) изониазид
3) фуросемид
4) преднизолон
5) тавегил

031 ТУБЕРКУЛОИДНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ - ЭТО
1) лейшманиоз у больного туберкулезной волчанкой
2) лейшманиоз кожи у больного любой формой туберкулеза кожи
3) особый вид поздно изъязвляющегося лейшманиоза кожи у больного, инфицированного туберкулезом
4) особый вид поздно изъязвляющегося лейшманиоза кожи
5) ничего из перечисленного

032. ТУБЕРКУЛОИДНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) появления новых бугорков на месте рубца или вокруг него
2) желтовато-бурого цвета бугорков
3) наличие феномена яблочного желе
4) правильно 1,2
5) правильно 1,2,3

033. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ
1) 10-20 дней
2) 1-1.5 месяца
3) 2-3 месяца
4) от 3 месяцев до 1 года
5) более 1 года

034. ОСТРОНЕКРОТИЗИРУЮЩИЙСЯ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) зоонозным
2) антропонозным
3) и то, и другое
4) ни то, ни другое

035. БУГОРКИ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ
1) мягкие
2) эластичные
3) плотные, покрыты чешуйками
4) гладкие
5) внешне не специфичны

036. ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩИЙСЯ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) зоонозным
2) антропонозным
3) антропозоонозным

037. БУГОРКИ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ
1) розово-красные
2) красные
3) красновато-коричневые или красновато-синюшные
4) желтые
5) цвета здоровой кожи

038. ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ БУГОРКОВ ПРОИСХОДИТ НЕ РАНЕЕ
1) 1-2 месяцев
2) 3-4 месяцев
3) 5-6 месяцев
4) 1 года
5) возможно в любые сроки

039. БУГОРКИ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ
1) быстро увеличиваются в размерах

2) медленно увеличиваются в размерах
3) не сливаются
4) иногда сливаются
5) правильно 2, 4

040. БЫСТРОИЗЪЯЗВЛЯЮЩИЙСЯ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) локализацией на открытых участках кожи
2) локализацией на любых участках кожи
3) изъязвлением в течение первых трех месяцев с момента появления
4) изъязвлением в течение 4-6 месяцев с момента появления
5) правильно 1, 3

041. ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ ЯЗВА ИМЕЕТ
1) штампованные края и дно, покрытое коркой
2) вывороченные края и чистое дно
3) валикообразные края и дно, покрытое коркой
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

042. ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ БЫВАЕТ
1) поверхностным
2) глубоким
3) с округлыми или овальными очертаниями
4) с неправильными очертаниями
5) правильно 1,4

043. ПРИ ОБРАТНОМ РАЗВИТИИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕГОСЯ ЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ
1) рубцевание заканчивается в течение 1 месяца
2) рубцевание может затянуться до 2 лет
3) образуется втянутый рубец
4) образуется гипертрофированный рубец
5) правильно 2,3

044. ЛИМФАНГИТ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ
1) распространенный
2) регионарный
3) встречается реже, чем при остронекротизирующемся лейшманиозе
4) встречается также часто, как при зоонозном лейшманиозе
5) правильно 2, 3

045. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
1) в соскобе со слизистой перегородки носа
2) в крови
3) в моче
4) в спино-мозговой жидкости
5) в пунктате лимфатического узла

046. ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЫ
1) острое
2) подострое
3) хроническое с обострениями
4) хроническое без обострений
5) возможны все перечисленные варианты

047. ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ
1) хронические отеки и слоновость
2) пахово-бедренные адениты
3) изъязвления
4) расстройства чувствительности
5) все перечисленное

048. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ
1) крупные
2) мелкие и плоские
3) остроконечные
4) полушаровидные
5) не имеют специфического вида

049. КОЖА НАД УЗЛАМИ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) багрово-синюшной окраской
2) розово-красной окраской
3) по типу апельсиновой корки
4) значительным утолщением, грубыми складками
5) изъязвлениями

050. БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ
1) лежат изолированно
2) сливаются и немногочисленные
3) многочисленные
4) возможно все перечисленное
5) ничего из перечисленного

051. УЗЛЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ
1) не возвышаются над уровнем кожи и обнаруживаются лишь при пальпации
2) возвышаются над уровнем кожи
3) захватывают подкожную клетчатку

4) проникают в кости
5) правильно все перечисленное
052. ОЧАГИ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
1) нечеткими границами
2) четкими границами
3) валикообразными краями
4) тенденцией к периферическому росту
5) правильно 2,3,4
053. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1) парезы, параличи
2) атрофия, трофические язвы, мутиляции
3) контрактуры, деформации кистей и стоп
4) лагофтальм
5) все перечисленные
054. ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ПОРАЖАЮТСЯ
1) кожа
2) периферическая нервная система
3) центральная нервная система
4) опорно-двигательный аппарат
5) правильно 1,2
055. ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГЛАЗ ВСТРЕЧАЕТСЯ
1) постоянно
2) часто
3) редко
4) не встречается
5) правильно 1) и 2)
056. ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ПОРАЖАЮТСЯ
1) кожа
2) сердце
3) печень
4) легкие
5) поджелудочная
057. ДЛЯ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЫ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ
1) гиперестезия вокруг очагов поражения кожи
2) анестезия в очагах и вокруг них
3) отсутствие потоотделения
4) выпадение пушковых волос
5) правильно 2,3,4

4. Вирусные дерматозы

001. РАЗВИТИЮ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ СПОСОБСТВУЮТ
1) переохлаждение
2) очаги фокальной инфекции
3) эндокринопатии
4) верно 1, 2
5) верно 1, 2, 3
002. ДЛЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ
1) гнойнички, язвы
2) узелки, чешуйки
3) папулы, волдыри
4) бугорки
5) пузырьки, эрозии
003. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО
1) группа пузырьков
2) узлы
3) лихенификация
4) экскориации
5) хроническое течение
004. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ
1) волдыри
2) пузырьки
3) узлы
4) рубцы
5) отсутствие склонности к рецидивам
005. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ
1) герпес лица (губ, носа и т.д.)
2) герпес гениталий
3) герпетический кератит и гингивостоматит
4) герпетический менингоэнцефалит
5) все перечисленное
006. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРОСТОГО ГЕРПЕСА
1) склонность к рецидивированию
2) хроническое длительное течение без периодов ремиссий
3) начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте
4) возникновение рецидивов после нервного перенапряжения
5) провоцирующее воздействие нарушений в диете
007. ДЛЯ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО

1) узелки
2) глубокие трещины
3) группы пузырьков
4) бугорки
5) волдыри
008. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ОТНОСЯТСЯ
1) волдыри
2) пузырьки
3) наличие венчика гиперемии вокруг очага
4) группировка высыпаний на ограниченном участке кожи
5) правильно 2, 3, 4
009. ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
1) эритемой
2) отеком
3) язвами
4) некрозом
5) всем перечисленным
010. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО
1) резкая болезненность
2) нарушение общего состояния
3) диссеминация высыпаний по всему туловищу
4) все перечисленное верно
5) верно 1, 2
011. К КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТАМ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ОТНОСЯТСЯ
1) буллезный
2) уртикарный
3) геморрагический
4) гангренозный
5) верно 1, 3, 4
012. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО
1) группа пузырьков
2) вегетации
3) папулы
4) бугорки
5) узлы
013. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ОТНОСЯТСЯ
1) волдыри
2) сгруппированные пузырьки
3) папулы лентикулярные
4) язвы
5) рубцы
014. ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КОНТАГИОЗНОМ МОЛЛЮСКЕ ХАРАКТЕРНО
1) цвет нормальной кожи
2) (+) симптом Поспелова
3) синюшно-красный цвет
4) сетка Уикхема
5) зуд
015. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС
1) относится к ИППП
2) дифференцируют с розовым лишаем
3) никогда не рецидивирует
4) необходимо назначение кортикостероидов
5) необходимо назначение фунгицидных средств
016. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНЫ
1) отсутствие болезненности
2) удовлетворительное состояние
3) диссеминация высыпаний по ходу сосудов
4) асимметричность и группировка высыпаний
5) рецидивы
017. К ПРЕПАРАТАМ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА, ОТНОСИТСЯ
1) синафлан
2) линимент госсипола
3) ихтиоловая мазь
4) серная мазь
5) медифокс
018. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ ПРОВОДИТСЯ
1) интерфероном
2) поливалентной герпетической вакциной
3) пирогеналом
4) иммуноглобулином
5) левамизолом
019. В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ВКЛЮЧАЮТСЯ
1) противовирусные антибиотики
2) витамин А
3) метотрексат
4) преднизолон

5) фуцидин
020. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ ПРОВОДИТСЯ
1) интерфероном
2) поливалентной герпетической вакциной
3) пирогеналом
4) иммуноглобулином
5) левамизолом
021. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) преднизолоновая мазь
2) флуцинар
3) синтомициновая эмульсия
4) салициловая мазь
5) теброфеновая мазь
022. К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ
1) ламизил
2) метисазон
3) нистатин
4) фуцидин
5) дифлюкан
023. ПРОТИВОВИРУСНОЕ ДЕЙСТВИЕ АЦИКЛОВИРА ОБУСЛОВЛЕНО
1) замедлением репликации вирусной РНК
2) замедлением репликации вирусной ДНК
3) повреждением клеточной стенки
4) действием ацикловир-дифосфата
5) повышением иммунологической реактивности организма
024. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ВКЛЮЧАЮТ
1) симптоматическое местное лечение
2) симптоматическое общее лечение
3) противовирусную антибиотикотерапию
4) специфическую иммунотерапию
5) правильно 1, 2, 3
025. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ
1) в начале заболевания
2) в острой фазе
3) в неполной ремиссии
4) при неврологических осложнениях
5) правильно 3, 4
026 .ПОЛИВАЛЕНТНАЯ ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ВАКЦИНА НАЗНАЧАЕТСЯ БОЛЬНЫМ
1) простым герпесом в остром периоде
2) простым герпесом в период обратного-развития высыпаний
3) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии
4) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии
5) во всех перечисленных случаях
027. ЦЕЛЬЮ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение
2) противорецидивное действие
3) санировать очаг вирусной инфекции
4) достичь иммунотерапевтического эффекта
5) правильно 2, 3
028. ОГРАНИЧЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ СВЯЗАНО
1) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами
2) с отсутствием противовирусных антибиотиков
3) с плохим проникновением препаратов в кожу
4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии
5) правильного ответа нет
029. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИНТЕРФЕРОНА И ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА
1) защищает неинфицированные вирусом клетки (ткани)
2) подавляет репродукцию вируса
3) стимулирует специфический иммунитет
4) стимулирует неспецифический иммунитет
5) предупреждает пиогенизацию очагов
030. БОЛЬНЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ В ФАЗУ ОБОСТРЕНИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ
1) поливалентная герпетическая вакцина и пирогенал
2) интерферон
3) противовирусные антибиотики
4) правильно 1, 2, 3
5) правильно 2, 3

031. БОЛЬНЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ НАЗНАЧАЕТСЯ
1) противовирусные антибиотики
2) аутогемотерапия
3) герпетическая вакцина
4) противовирусные мази
5) ничего из перечисленного
032. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА НЕ ВКЛЮЧАЮТ
1) противовирусную антибиотикотерапию
2) специфическую и неспецифическую иммунотерапию
3) лечение индукторами интерферона
4) симптоматическую терапию
5) цитостатики
ЧАСТЬ IV.
НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ
1. Аллергические дерматозы
001. ОБЛИГАТНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
1**) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей**
2) полимеры
3) СМС
4) слабые растворы кислот
5) слабые растворы щелочей
002. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОНТАКТНОГО ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) боль
2) жжение
3) эритема
4) четкие очертания
5) нерезкие границы
003. ОБЛИГАТНЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ
1) концентрированные кислоты
2) полимеры
3) синтетические моющие средства
4) слабые растворы щелочей
5) слабые растворы кислот
004. К ФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ, ОТНОСЯТСЯ
1) растения
2) воздействия низких и высоких температур
3) кислоты
4) щелочи
5) полимеры
005. ПРИ КОНТАКТНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАИМЕНЕЕ ПОРАЖАЮТСЯ
1) веки
2) шея
3) половые органы
4) руки
5) ладони
006. ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ
1) эпидермиты
2) аллергические контактные дерматиты
3) экзему истинную
4) экзему микробную
5) эритродермию
007. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КРАПИВНИЦЫ
1) пузыри
2) рубцы
3) бугорки
4) волдыри
5) узлы
008. ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ
1) пятно
2) пузырек
3) волдырь
4) пузырь
5) узелок
009. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
1) стероиды с минимальным андрогенным действием
2) элиминацию причинных факторов
3) α – адреномиметики
4) терапию HI – гистаминоблокаторами
5) десенсибилизирующие препараты
010. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ИСПОЛЬЗУЮТ
1) кортикостероиды
2) тигазон
3) рентгенотерапию
4) ПУВА-терапию
5) гемодез
011. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) стероиды с минимальным андрогенным действием
2) элиминацию причинных факторов
3) рентгенотерапию
4) терапию Н1-гистаминоблокаторами
012. БЫСТРЕЕ ВСЕХ ПРИВЕДЕТ К РАЗРЕШЕНИЮ ОТЕКА КВИНКЕ
1) преднизолон
2) пипольфен
3) адреналин
4) глюконат кальция
5) димедрол
013. В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭКЗЕМЫ ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ
1) сенсибилизация
2) функциональные нарушения нервной системы
3) висцеропатия
4) генетическая предрасположенность
5) все вышесказанное верно
014. У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ
1) симметричное расположение очагов
2) асимметричное расположение очагов
3) появление буллезных элементов
4) наличие резких границ очагов поражения
5) появление бугорков
015. ДЛЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫ
1) асимметрия поражения
2) четкость границ
3) фликтены и фолликулиты
4) корки
5) «серозные колодцы»
016. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО
1) язвы
2) узлы
3) боль, жжение
4) симптом Поспелова
5) жирные желтые чешуйки
017. БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ МОКНУЩЕЙ ЭКЗЕМОЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
1) мазь
2) присыпку
3) крем
4) примочку
5) желе
018. ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНОГО ОЧАГА МИКОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ ВО ВРЕМЯ МОКНУТИЯ И ВЕЗИКУЛЯЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ
1) нитрофунгин
2) резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%
3) 10% серную мазь на вазелине
4) бензилбензоат
5) формалиновую мазь
019. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ
1) папилломатоз
2) баллонирующая дистрофия
3) гиперкератоз
4) спонгиоз
5) акантолиз
020. ДЛЯ ЭКЗЕМЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО
1) локализация в области лица
2) мозаичные рубцы
3) отсутствие мокнутия
4) симптом Бенье положительный
5) симптом Никольского
021. ТОКСИКОДЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) бурной воспалительной реакцией кожи
2) отсутствием эритемы
3) хорошим общим состоянием
4) медленным регрессом после устранения контакта с аллергеном
5) хроническим течением
022. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ ОТ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА АНТИБИОТИКОВ, НАЗНАЧАЮТ
1) гипосенсибилизирующие и антигистаминные средства
2) цитостатики
3) фтивазид
4) ламизил
5) дифлюкан
023. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ТОКСИЧЕСКОГО НЕКРОЛИЗА (СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА)
1) молниеносное появление папул и волдырей
2) положительная проба Ядассона
3**) выраженная болезненность как пораженной, так и**

неизмененной на вид кожи
4) положительный симптом Поспелова
5) положительный симптом Бенье
024. БОЛЬНОМУ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА НАЗНАЧАЮТ НЕМЕДЛЕННО
1) антибиотики
2) кортикостероиды
3) сульфаниламиды
4) витамины
5) цитостатики
025. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНО
1) отсутствие зуда
2) лихенификация
3) локализация на спине, волосистой части головы
4) острое течение
5) поражение придатков кожи
026. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
1) ихтиоз
2) стрептостафилодермия
3) катаракта
4) бронхиальная астма
5) склеродермия
027. В СТАДИИ МОКНУТИЯ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ТОЛЬКО
1) присыпки
2) кремы
3) пасты
4) примочки
5) взбалтываемые смеси
028. ОБЛИГАТНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей
2) газообразные и парообразные вещества (сероводород и др.)
3) боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия
4) концентрированные растворы солей тяжелых и щелочных металлов
5) все перечисленные
029. ОЖОГ, ВЫЗВАННЫЙ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЩЕЛОЧЬЮ,ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) сухим струпом
2) мягким струпом
3) четкими границами
4) отсутствием субъективных ощущений
5) умеренным зудом
030. БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ МОКНУЩЕЙ ЭКЗЕМОЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
1) мазь
2) присыпку
3) крем
4) примочку
5) желе
031. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ИСПОЛЬЗУЮТ
1) полиоксидоний
2) циклоспорин
3) рентгенотерапию
4) терапию Н1-гистаминоблокаторами
032. ТОКСИКОДЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) бурной воспалительной реакцией кожи
2) наличием бугорков
3) хорошим общим состоянием
4) развитием пиелонефрита
5) угнетением всех ростков крови
033. ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ЭКЗЕМУ
1) психоэмоциональные
2) облигатные химические раздражители
3) кортикостероидные мази
4) прием антигистаминных средств
5) прием ретиноидов
034. В ЛЕЧЕНИИ ЭКЗЕМЫ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ
1) гипосенсибилизирующая терапия
2) спазмолитики
3) седативная терапия
4) витаминотерапия
5) антигистаминные средства
035. КРАПИВНИЦУ НЕ ВЫЗЫВАЮТ
1) лекарственные препараты
2) ионизирующее излучение
3) глистная инвазия
4) алиментарные факторы
5) заболевания желудочно-кишечного тракта и печени
036. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ
1) эволюционный полиморфизм сыпи
2) симметричность поражения
3) нечеткие границы
4) микровезикулы
5) наличие волдырей

037. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОМУ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
1) к полному выздоровлению
2) к подавлению глюкокортикоидной функции коры надпочечников
3) к гипертрофии эпидермиса
4) к выпадению пушковых волос
5) к частым рецидивам
038. ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ
1) токсикодермию
2) аллергические контактные дерматиты
3) масляные фолликулиты
4) стрептодермию
5) стафилодермию
039. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ЭКЗЕМЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) генетическая предрасположенность
2) поливалентная сенсибилизация
3) иммунодефицитное состояние
4) ионизирующее излучение
5) дисфункции желудочно-кишечного тракта
040. В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕ ИГРАЕТ РОЛЬ
1) блокада бета-адренергических рецепторов
2) аллергия к микробным антигенам
3) аллергия к пищевым продуктам
4) туберкулезная интоксикация
5) иммунодефицит
041. ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ
1) с рождения
2) во время прикорма ребенка
3) в пубертатном периоде
4) в дошкольном возрасте и в любом возрате одинаково часто
5) после года жизни
042. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА
1) отсутствие зуда
2) пузыри и везикулы
3) лихенификация
4) острое течение
5) эффект от противовирусных препаратов
043. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА
1) интенсивный зуд
2) лихенификация
3) локализация на лице, шее и в складках кожи
4) рецидивирующее течение
5) острое течение
044. В ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫДЕЛЯЮТСЯ
1) сезонные стадии
2) четыре стадии в зависимости от активности процесса
3) три стадии возрастной динамики
4) три стадии в зависимости от осложнений
5) стадийность не выявляется
045. РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ
1) ихтиоз
2) псориаз
3) склеродермия
4) пузырчатка
5) розацеа
046. ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) пенициллин
2) цефалоспорины
3) аминогликозиды
4) иммунокорректоры
5) макролиды
047. ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ
1) антигистаминные препараты
2) адреномиметические средства
3) противовоспалительные
4) иммунокорректоры
5) все перечисленные выше
048. ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ
1) антигистаминные препараты
2) антибиотики
3) противовирусные средства
4) противогрибковые средства
5) ламизил
2. Псориаз. Красный плоский лишай
001. ТИПИЧНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

1) папулами
2) узлами
3) бугорками
4) волдырями
5) эрозиями
002. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1) кожа ладоней и подошв
2) кожа волосистой части головы
3) складки
4) ногтевые фаланги
5) разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов
003. ДЛЯ РЕГРЕССИВНОЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРНО
1) изоморфная реакция Кебнера
2) развитие вокруг элементов "псевдоатрофического" ободка Воронова
3) отсутствие периферического роста элементов
4) исчезновение высыпаний
5) верно 2, 3, 4
004. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ НОГТЕЙ ПРИ ПСОРИАЗЕ ХАРАКТЕРНО
1) наперстковидное вдавление
2) онихолизис
3) подногтевые геморрагии
4) платонихия, койлонихия, онихошизис
5) правильно 1, 2, 3
005. ДЛЯ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА БАРБЕРА ХАРАКТЕРНО
1) относится к осложненным формам
2) относится к неосложненным формам
3) отличается особенной торпидностью
4) характеризуется полиморфизмом высыпных элементов.
5) правильно 2, 3, 4
006. ОБЩИМ ДЛЯ ТИПИЧНОГО СЛУЧАЯ ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1) наличие папул
2) нестерпимый зуд
3) локализация на передней поверхности конечностей
4) поражение слизистых оболочек
5) артралгии
007. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА
1) экссудативно-гиперемическая
2) пятнистая
3) бугорковая
4) рубцующаяся
5) узловатая
008. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ
1) сгибательная поверхность конечностей
2) волосистая часть головы
3) ушные раковины
4) ладони и подошвы
5) ногтевые пластинки
009. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЕТСЯЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ
1) на лице
2) на сгибательных поверхностях предплечий
3) на локтях и коленях
4) на туловище
5) на ладонях и подошвах
010. ТИПИЧНЫЕ ВЫСЫПНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ
1) папулы плоские, полигональные, красновато-сиреневого цвета
2) вдавление в центре папулы
3) преимущественная локализация на лице
4) правильно 1, 2
5)правильно 1, 2, 3
011. СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ПОРАЖАЮТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ
1) при артропатическом псориазе
2) при эритродермии
3) при генерализованном пустулезном псориазе
4) при универсальном псориазе
5) при себорейном псориазе
012. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ
1) с красной волчанкой
2) со склеродермией
3) с псориазом
4) с атопическим дерматитом
5) с экземой
013. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ
1) дегтярных препаратов высокой концентрации наружно
2) циклоспорина
3) тигазона

4) ПУВА-терапии
5) кортикостероидов
014. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) фтивазид
2) делагил
3) циклоспорин
4) дифлюкан
5) вильпрафен
015. В ПРОГРЕДИЕНТНОЙ СТАДИИ ЭКССУДАТИВНОГО ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЕТСЯ
1) антигистаминные препараты
2) витамин ВI2 и УФО
3) гипосульфит натрия
4) 1% салициловая мазь
5) правильно 1, 3, 4
016 ПРИ АРТРОПАТИЧЕСКОМ ПСОРИАЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ
1) пенициллин
2) нестероидные противовоспалительные препараты
3) оксиферрискорбон
4) правильно 1, 2, 3
5) правильно 2, 3
017. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ПСОРИАЗОМ ЦИКЛОСПОРИНОМ А
1) повышение артериального давления
2) гипертрихоз
3) увеличение креатинина в сыворотке крови
4) дисфункция почек
5) все перечисленные
018. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТОМ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ
1) ретиноиды
2) сульфаниламиды
3) салицилаты, нестероидные противовоспалительные средств
4) пантотенат кальция и гепатопротекторы
5) верно 1, 2, 3
019. КРАТКОВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПОКАЗАНО
1) всем больным
2) при быстром прогрессировании заболевания
3) при застарелом псориазе
4) при псориазе складок
5) при ладонно-подошвенном псориазе
020. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА
1) противовирусные средства
2) фунгицидные средства
3) антибиотики
4) сульфаниламиды
5) гипосенсибилизирующая и противовоспалительная терапия
021. В СТАЦИОНАРНУЮ СТАДИЮ ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЮТСЯ МАЗИ
1) кератолитические
2) антисептические
3) фунгицидные
4) противогрибковые мази
5) противовирусные
022. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ
1) наружного применения дегтярных препаратов высокой концентрации
2) применения УФО больным летней формой псориаза
3) нервно-психического стресса
4) всего выше перечисленного
023. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) вильпрафен
2) делагил
3) ламизил
4) тигазон
5) медифокс
024. К ГРУППЕ ЛОКАЛЬНЫХ ПСОРИАЗИФОРМНЫХ ПУСТУЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ОТНОСИТСЯ
1) герпетиформное импетиго Гебры
2 субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона
3) бактерид Эндрюса
4) папулезный акродерматит детей
5) энтеропластический акродерматит
025.ЛИХЕНОИДНЫЙ ПАРАПСОРИАЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) мелкими лихеноидными буровато-красноватыми папулами с отрубевидной чешуйкой
2) буроватой пигментацией с телеангиэктазиями после инволюции чешуек

3) незначительной пурпурой после поскабливания
4) сильным зудом
5) правильно 1, 2, 3
026 ПРОЯВЛЕНИЯ БЛЯШЕЧНОГО ПАРАПСОРИАЗА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
1) желтовато-бурыми пятнами с четкими границами
2) небольшим шелушением мелкими чешуйками
3) преимущественной локализацией на туловище и нижних конечностях
4) выраженной инфильтрацией и нарушением общего состояния
5) правильно 1, 2, 3
027. ОТРИЦАТЕЛЬНО ВЛИЯЮТ НА ПРОГНОЗ ПРИ ПСОРИАЗЕ
1) диабет
2) наличие фокальных инфекций и нарушений иммунитета
3) нарушения функций печени, эндогенная интоксикация
4) все перечисленное верно
5) все перечисленное не верно
3. Буллезные дерматозы
001. В ГРУППУ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ВКЛЮЧЕНЫ
1) пузырчатка акантолитическая
2) экзема истинная
3) буллезное импетиго
4) эпидемическая пузырчатка новорожденных
5) везикулопустулез
002. ГИПОТЕЗА ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ
1) аутоиммунные процессы в организме
2) поражение эндокринной системы
3) имеется четкая связь с заболеваниями ЖКТ
4) имеется параллелизм с сердечно-сосудистой патологией
5) нарушение процесса обмена веществ
003. ЭТИОЛОГИЯ ПУЗЫРЧАТКИ
1) это инфекционное заболевание
2) причина неизвестна
3) это генодерматоз
4) это прямой результат травмы
5) это вирусное заболевание
004. ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ПОРАЖАЮТСЯ
1) кожные покровы
2) ногтевые пластинки
3) костно-суставная система
4)печень и поджелудочная железа
5) мочевыделительная система
005. ВТОРИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ
1) эскориации
2) эрозии
3) лихенификация
4) рубцы
5) язвы
006. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПУЗЫРЧАТКИ ОТНОСИТСЯ
1) язвенная
2) некротическая
3) вульгарная
4) эритематозно-буллезная
5) поверхностная
007. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПУЗЫРЧАТКИ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) вульгарная
2) вегетирующая
3) эритематозная
4) листовидная
5) петехиальная
008. ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА, КАК ПРАВИЛО, НАЧИНАЕТСЯ С
1) поражения туловища
2) поражения конечностей
3) поражения слизистой оболочки полости рта
4) поражения кожи лица
5) поражения крупных складок
009. ПРИ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ОБРАЩАЕТ НА СЕБЯ ВНИМАНИЕ ТЕНДЕНЦИЯ ПУЗЫРЕЙ РАСПОЛАГАТЬСЯ
1) вокруг естественных отверстий, пупка и в области крупных складок кожи
2) в области разгибательных поверхностей предплечий, лучезапястных суставов
3) на волосистой части головы
4) на коже спины
5) на ладонях
010. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ
1) лицо
2) волосистая часть головы
3) туловище
4) гениталии
5) ладони и подошвы

011. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) истинная (вульгарная)
2) себорейная
3) листовидная
4) вегетирующая
5) эрозивно-язвенная
012. ДЛЯ ПУЗЫРЕЙ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ХАРАКТЕРНО
1) размер от горошины до куриного яйца
2) быстро вскрываются
3) образуют длительно незаживающие эрозии
4) правильно 1,2,3
5) правильно 1,2
013. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПУЗЫРЧАТКИ
1) полиморфизм высыпаний
2) (+) симптом Никольского
3) симметричность высыпаний
4) сезонность рецидивов
5) начинается с поражения оболочек рта и зева
014. ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ
1) (+) симптом Кебнера
2) (+) симптом Поспелова
3) (+) проба Бальзера
4) (+) проба Ядассона
5) (+) симптом Никольского
015. ДЛЯ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) внутриэпидермальный пузырь
2) субэпидермальный пузырь
3) симптом Никольского
4) симптом Асбо-Ганзена
5) наличие акантолитических клеток
016. ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫСЫПАНИЙ ПУЗЫРЕЙ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПУЗЫРЧАТКЕ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ УТВЕРЖДЕНИЕ
1) ведут к образованию обширных эрозий
2) сопровождаются болезненностью
3) вызывают обильную саливацию
4) сопровождаются специфическим запахом изо рта
5) быстро разрешаются
017. ПРИ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НЕ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ ПУЗЫРЕЙ
1) вокруг естественных отверстий
2) в области пупка
3) в области крупных складок
4) под молочными железами
5)на слизистой рта
018. К ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НЕ ОТНОСИТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ
1) имеет сходство с себореей и красной волчанкой
2) называется синдромом Сенира-Ашера
3) локализуется на лице и голове
4) образует эрозии, покрытые желтовато-кровянистымикорками
5) сопровождается (-) симптомом Никольского
019. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРОВОДЯТ
1) бактериологический посев
2) серологические реакции
3) гистологические исследования
4) пробу Вассермана
5) исследование лампой Вуда
020. РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) обнаружение акантолитических клеток
2) (+) симптом Бенье-Мещерского
3) эозинофилия в содержимом пузырей
4) лейкопения
5) субэпидермальное расположение пузыря
021. В МАЗКАХ-ОТПЕЧАТКАХ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ
1) LE-клетки
2) палочки Ганзена
3) клетки Тцанка
4) тельца Боровского
5) микобактерии Коха
022. АНТИТЕЛА В ТКАНЯХ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ С ПОМОЩЬЮ ПРЯМОЙ РЕАКЦИИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ
1) Ig A
2) Ig E
3) Ig D
4) Ig G

5) Ig M
023. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПУЗЫРЧАТКИ
1) симптом Никольского
2) реакция Манту
3) феномен Кебнера
4) йодная проба
5) феномен Ауспитца
024. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПУЗЫРЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) спонгиоз
2) акантолиз
3) спонгиоформная пустула Когоя
4) микроабсцессы Мунро
5) акантоз
025. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ
1) животные жиры
2) продукты, содержащие соли калия
3) продукты, содержащие соли кальция
4) углеводы
5) продукты, содержащие большое количество поваренной соли
026. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРОВОДЯТ С
1) буллезным пемфигоидом Левера
2) герпетиформным дерматозом Дюринга
3) буллезной токсикодермией
4) правильно 1,2,3
5) вульгарным псориазом
027. В ЛЕЧЕНИИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ
1) кортикостероидов
2) витаминов
3) антималярийных препаратов
4) препаратов золота
5) антимикотиков
028. ОСЛОЖНЕНИЕ, НЕ ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРЧАТКИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ
1) обострение хронической инфекции
2) сахарный диабет (стероидный)
3) гипертензия
4) пептическая язва
5) лейкопения
029. ДЛЯ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО
1) повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам
2) повышенная чувствительность к йоду
3) наличие субкорнеальных пузырей
4) наличие внутриэпидермальных пузырей
5) эозинопения крови
030. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ИЗ ВНЕШНЕСРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ГЕРПЕТИФОРМНОМ ДЕРМАТИТЕ ДЮРИНГА ЯВЛЯЮТСЯ
1) кандида-инфекция
2) непереносимость антибиотиков
3) глютен и йодиды
4) вирусная инфекция
5) дисбактериоз
031 ПУЗЫРИ ПРИ ДЕРМАТИТЕ ДЮРИНГА
1) расположены субэпидермально
2) дряблые
3) не сгруппированы
4) в содержимом пузырей пониженное содержание эозинофилов
5) оставляют после себя рубцы
032. ДЛЯ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО
1) отсутствие зуда
2) мономорфные высыпания
3) отсутствие склонности высыпаний к группировке
4) пониженное содержание эозинофилов в крови и пузыре
5) полиморфные высыпания
033. ДЛЯ ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) симметричность
2) наличие эритематозных пятен
3) поражение слизистых оболочек
4) сильный зуд
5) эозинофилия
034. ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ ГЕРПЕТИФОРМНОМ ДЕРМАТОЗЕ ДЮРИНГА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) эрозия
2) вегетация
3) вторичное пятно (гиперпигментация)
4) корка
5) чешуйка
035. ДЛЯ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО

1) повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам
2) отрицательная проба Ядассона
3) наличие субэпидермальных пузырей
4) наличие внутриэпидермальных пузырей
5) обнаружение акантолитических клеток

036. ДЛЯ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) полиморфизм высыпаний
2) герпетиформное расположение сыпи
3) сильный зуд или жжение
4) пониженное содержание эозинофилов в пузырях
5) положительный тест Ядассона

037. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА
1) боль
2) мономорфные высыпания
3) отсутствие склонности высыпаний к группировке
4) пониженное содержание эозинофилов в крови и пузыре
5) повышенная чувствительность к препаратам йода

038. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА
1) отсутствие субъективных ощущений
2) мономорфные высыпания
3) рубцовая атрофия
4) повышенное содержание эозинофилов в крови и пузыре
5) отрицательная проба Ядассона

039. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ
1) продуктов из пшеничной и ржаной муки
2) углеводов
3) жиров
4) минеральной воды
5) молока

040. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА
1) субэпидермальные пузыри
2) интраэпидермальные пузыри
3) (+) симптом Никольского
4) (+) симптом Асбо-Ганзена
5) наличие акантолитических клеток

041. В КРОВИ БОЛЬНЫХ ГЕРПЕТИФОРМНЫМ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА
1) лейкопения
2) базофилия
3) эозинофилия
4) эозинопения
5) тромбоцитопения

042. В СОДЕРЖИМОМ ПУЗЫРЕЙ ПРИ ГЕРПЕТИФОРМНОМ ДЕРМАТИТЕ ДЮРИНГА
1) клетки Тцанка
2) LE-клетки
3) эозинофилы
4) нейтрофилы
5) базофилы

043. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА НЕ ПРОВОДИТСЯ С
1) вульгарной пузырчаткой
2) врожденным буллезным эпидермолизом
3) многоформной экссудативной эритемой
4) буллезной токсикодермией
5) псориазом

044. ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА
1) сульфоновые препараты
2) сульфаниламиды
3) ПУВА-терапия
4) антимикотики
5) антибиотики

045. БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД ЛЕВЕРА
1) характеризуется появлением напряженных пузырей
2) встречается обычно у лиц старше 50 лет
3) все перечисленное не верно
4) верно 1,2
5) все перечисленное верно

046. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, ОТЛИЧАЮЩИЙ ПЕМФИГОИД ОТ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ
1) отсутствие акантолиза
2) (+) проба Бальзера
3) злокачественное течение пемфигоида
4) (+) результат от приема антибиотиков
5) интрадермальное расположение пузыря

047. РУБЦУЮЩИЙСЯ ПЕМФИГОИД НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) появлением пузырей на конъюнктиве, слизистой рта и коже
2) на местах высыпаний пузырей образуются спайки и рубцы
3) обычно начинается с поражения глаз

4) формируется неподвижность глазного яблока и слепота
5) решающим в диагностике является обнаружение акантолитических клеток
048. ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ТОЛЬКО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ХАРАКТЕРНО
1) встречается преимущественно у мужчин
2) характеризуется появлением напряженных пузырей
3) пузыри вскрываются и быстро эпителизируются
4) этиология не известна
5) все перечисленное верно
049. ПУЗЫРНО-СОСУДИСТОМУ СИНДРОМУ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ УТВЕРЖДЕНИЕ
1) встречается у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
2) характеризуется появлением пузырей на слизистой полости рта
3) в лечении необходима коррекция сердечно-сосудистой патологии
4) (+) симптом Никольского
5) (+) симптом Ядассона
050. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ
1) симптом Никольского
2) симптом Бенье-Мещерского
3) симптом «дамского каблучка»
4) симптом Дюбуа
5) симптом Поспелова
051. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ИЗ ГРУППЫ ПУЗЫРНЫХ ДЕРМАТОЗОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПОЛИМОРФИЗМОМ СЫПИ
1) пузырчатка только полости рта
2) пузырчатка глаз
3) болезнь Дюринга
4) сердечно-сосудистый синдром
5) нет правильного ответа
052. ДЛЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) мономорфная сыпь
2) полиморфная сыпь
3) изменение общего состояния (повышение температуры тела, озноб, слабость, артралгии)
4) симптом «птичьего глазка»
5) локализация на тыле кистей, половых органах
053. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ГЛЮТЕНУ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
1) при герпесе беременных
2) при герпетиформном дерматите Дюринга
3) при приобретенном буллезном эпидермолизе
4) при эритематозной пузырчатке
5) при синдроме Стивенса – Джонсона
4. Болезни соединительной ткани
001. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КОЛЛАГЕНОЗОВ
1) наследственное предрасположение
2) иммунологические изменения
3) нейроэндокринные расстройства
4) метаболические нарушения соединительной ткани
5) все перечисленные выше
002. КОМПОНЕНТЫ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ВОВЛЕКАЮЩИЕСЯ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС
1) коллагеновые и эластические волокна
2) межуточное вещество
3) клеточные элементы
4) цилиндрический эпителий
5) правильно 1, 2, 3
003. ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ КОЛЛАГЕНОЗОВ
1) острый
2) подострый
3) хронический
4) правильно 1 2 3
5) правильно 1, 2
004. ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ КОЛЛАГЕНОЗОВ
1) механические травмы
2) психоэмоциональные перенапряжения
3) чрезмерная инсоляция
4) инфекционные заболевания
5) правильно 3
005. К БОЛЕЗНЯМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОТНОСИТСЯ
1) парапсориаз
2) экзема
3) псориаз
4) красная волчанка
5) болезнь Девержи

006. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) эритема, плотно сидяшие чешуйки, атрофия
2) везикулы
3) пузыри
4) узелки
5) лихенификация
007. ДЛЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО
1) локализация на спине
2) фолликулярный гиперкератоз
3) симптом Никольского
4) симптом Поспелова
5) обнаружение клеток Тцанка
008. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) эритема
2) фолликулярный гиперкератоз
3) атрофия
4) правильно 1, 2
5) правильно 1, 2, 3
009. СИМПТОМ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) симптом «яблочного желе»
2) симптом «дамского каблучка»
3) симптом зонда
4) симптом Поспелова
5) правильно 2, 3
010. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) пузыри
2) плотно сидяшие чешуйки
3) симптом Поспелова
4) лихенификация
5) симптом «птичьего глазка»
011. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) центрифужная эритема
2) бугорковая
3) папулезная
4) эрозивная
5) язвенная
012. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) нарушение общего состояния (адинамия, повышение
температуры тела, головная боль)
2) висцеропатии
3) диссеминированная полиморфная сыпь
4) костно-суставной синдром
5) все выше перечисленные
013. ПОЛИКЛОНАЛЬНАЯ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА
1) для системной красной волчанки
2) для синдрома Съегрена
3) для лейкоцитопластического васкулита
4) для миеломной болезни
5) для ревматоидного артрита
014. СТОЙКАЯ И ВОЗВЫШАЮЩАЯСЯ ЭРИТЕМА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ
1) кольцевидной гранулемы
2) синдрома Свита
3) липоидного некробиоза
4) лейкоцитокластического васкулита
5) центробежной эритемы
015. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙВОЛЧАНКЕ
1) лейкопения
2) высокая СОЭ
3) клетки красной волчанки
4) диспротеинемия
5) все выше перечисленные
016. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИСИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ
1) антинуклеарные антитела и клетки красной волчанки
2) лейкопения и анемия
3) гиперглобулинемия и ревматоидный фактор
4) тромбоцитопения и гипоальбуминемия
5) гипокомплементемия и ложно-положительная реакция
017. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
1) циклоспорин
2) тигазон
3) фтивазид
4) фотозащитные наружные средства
5) зовиракс
018. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
1) вильпрафен
2) фтивазид
3) циклоспорин
4) ламизил
5) делагил
019. ДЛЯ РОЗОВОГО ЛИШАЯ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) преимущественная локализация – ладони и подошвы
2) расположение высыпаний по линиям Лангера
3) наличие материнской бляшки
4) шелушение в центре элементов по типу «папиросной бумаги»
5) преимущественная локализация – туловище и проксимальные отделы конечностей
020. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ СКЛЕРОДЕРМИИ
1) ограниченная
2) эритродермическая
3) суставная
4) кожная
5) папулезная
021. СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
1) отек
2) уплотнение
3) атрофия, склероз
4) правильно 1,2,3
5) правильно 1,2
022. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
1) бляшечная
2) бугорковая
3) болезнь белых пятен
4) линейная
5) правильно 1, 3, 4
021. СОЧЕТАНИЕ ОТЛОЖЕНИЯ КАЛЬЦИЯ В ТКАНЯХ И СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СИНДРОМ
1) Шарпа
2) Ротмунда-Томсона
3) Шульмана
4) Тибьержа-Вейссенбаха
5) Вернера
022. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ СКЛЕРОДЕРМИИ
1) ограниченная
2) эритродермическая
3) системная
4) правильно 1,3
5) правильно 1,2,3
023. РАЗВИТИЮ ПОЛНОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕДШЕСТВУЮТ
1) снижение аппетита и падение веса
2) общая слабость и быстрая утомляемость при привычной физической нагрузке
3) периодические боли в крупных и мелких суставах и тянущие боли в мышцах по ночам
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного
024. ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
1) пневмосклероз
2) кардиосклероз
3) пиелонефрит
4) нефросклероз
5) правильно 1,2,4
025. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНЫ
1) пневмосклероз
2) эрозивный гастрит
3) дуоденит
4) пиелонефрит
5) синуситы
026. ТУБЕРКУЛОИДНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ
1) стойкой возвышающейся эритемы
2) липоидного некробиоза
3) внеклеточного холестериноза
4) кольцевидной гранулемы
5) амилоидного лихена
ЧАСТЬ V.
ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ КОЖИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ
001. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГАНГРЕНОЗНОЙ РОЖИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
1) низкий иммунный ответ организма ребенка
2) вторичное инфицирование стрептококкового поражения фузоспириллезом Плаут - Венсана или синегнойной палочкой
3) большое количество стрептококков
4) токсическая эритема новорожденных
5) гормональный криз новорожденных
002. ПИГМЕНТНО-СОСОЧКОВАЯ ДИСТРОФИЯ КОЖИ (ЧЕРНЕЮЩИЙ АКАНТОЗ) У ДЕТЕЙ СВЯЗАНА
1) с аденокарциномой желудка
2) с Т-клеточной лимфомой
3) с В-клеточной лимфомой
4) с эндокринными болезнями

5) с генетическими факторами
003. ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ
1) с рождения
2) в 2-3-месячном возрасте
3) после года
4) в дошкольном возрасте
5) в любом возрасте одинаково часто
004. У МЛАДЕНЦА ПОВЫШАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА В ТЕПЛОМ ПОМЕЩЕНИИ И ПРИ УКУТЫВАНИИ, ОТСУТСТВУЕТ ПОТООТДЕЛЕНИЕ, ПЛАЧ АФОНИЧЕН И БЕЗ СЛЕЗ. ПОСТАВЬТЕПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
1) синдром Криста – Сименса
2) синдром Яддассона - Левандовского
3) синдром Сименса
4) синдром Блоха – Сульцбергера
5) синдром Барта
005. НЕВУС СЕТТОНА - ЭТО
1) периневоидная лейкодерма (периневоидное витилиго)
2) анемический невус
3) вторичная послевоспалительная ахромия
4) голубой невус
5) гладкий невус
006. САМЫМИ РАННИМИ КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА (БОЛЕЗНИ ПРИНГЛА-БУРНЕВИЛЛЯ) У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) псевдоаденомы
2) листовидные белые пятна
3) соединительнотканные невусы
4) подногтевые фибромы Коена
5) липомы
007. В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕННОГО САЛООТДЕЛЕНИЯ НА ГОЛОВЕ У ПОДРОСТКА СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА
1) мыть голову часто, не реже двух раз в неделю
2) использовать постоянно сульсеновое мыло
3) использовать постоянно зеленое мыло с серой
4) мыть голову редко, 1-2 раза к месяц
5) исключить мытье водой и мылом, очищать волосы мукой
008. ГОРМОНАЛЬНЫЙ КРИЗ НОВОРОЖДЕННЫХ СВЯЗАН
1) с врожденным эндокринным заболеванием
2) с патологией беременности
3) с преждевременным половым созреванием
4) с применением глюкокортикостероидных гормонов
5) с высоким уровнем фетоплацентарных гормонов в крови новорожденного
009. ЭСТРОГЕННЫЕ УГРИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ
1) сальные кисты у новорожденных во время гормональноюкриза
2) фолликулиты
3) эскориированные акне
4) проявление болезни Абта-Леттерера-Сиве
5) проявление эндокринного заболевания новорожденного
010. РЕБЕНКУ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ МИЛИУМОВ, ГНЕЙСОМ, СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ, НАГРУБАНИЕМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
1) гепатопротекторы и фенобарбитал
2) сульфаниламидные препараты
3) хлоралгидрат
4) кофеин
5) преднизолон
011. ДЕТЯМ С МАСТОЦИТОЗОМ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ЛЕКАРСТВА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЮ ПУЗЫРЕЙ
1) кодеин от кашля, седативная микстура с кодеином
2) мембраностабилизаторы
3) антигистаминные препараты
4) пантотенат кальция
5) резерпин
012. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ
1) витамин В
2) мембраностабилизаторы
3) антигистаминные препараты
4) рутин
5) блокаторы кальциевых каналов

013. БЫСТРЕЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ УСЛОВНО ПАТОГЕННЫХ МИКРОБОВ АУТОФЛОРЫ КОЖИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
1) гентамицина в неадекватной дозировке
2) риванола
3) тетрациклина
4) эритромицина
5)линкомицпна
014. ПИОДЕРМИИИ У ДЕТЕЙ ВЫЗЫВАЮТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
1) гноеродные кокки (стафилококки, стрептококки)
2) пневмококки
3) синегнойная палочка
4) кишечная палочка
5) вульгарный протей
015. ПОКРАСНЕНИЕ И ЭКССУДАЦИЮ В ВЫСЫПНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ ПРИ МАСТОЦИТОЗЕ ВЫЗЫВАЕТ
1) бензилпенициллин
2) полимиксин В
3) линкомицин
4) клиндамицин
5) фузидин
016. ПРИЧИНА ИРРИТАЦИИ ВЫСЫПНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ У РЕБЕНКА С МАСТОЦИТОЗОМ ПРИ ПРИЕМЕ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВ
1) либераторное действие на тучные клетки
2) высокая токсичность
3) повышенная кумуляция
4) частые аллергические реакции
5) дисбактериоз
017. РЕБЕНКУ 5 МЕСЯЦЕВ, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИСБАКТЕРИОЗА НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
1) колибактерин
2) бифидум-бактерин
3) лактобактерии
4) хилак-форте
5) ацилакт
018. ПРЕПАРАТЫ УСИЛИВАЮЩИЕ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО КРИЗА НОВОРОЖДЕННЫХ
1) сульфаниламиды
2) бензилпенициллин
3) пантотенат кальция
4) экстенциллин
5) эритромицин
019. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОР РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ, ОБОСТРЕНИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА
1) нарушение микробиоценоза кожи, увеличение в аутофлоре кожи условно патогенных микроорганизмов
2) сухость кожи
3) сочетание с другими наследственными болезнями мультифакториального характера
4) идиосинкразия к пищевому продукту
5) недостаток витаминов
020. ДИАГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕОБХОДИМО ПОДТВЕРЖДАТЬ
1) патоморфологическим исследованием кожи
2) исследованием уровня lgE в сыворотке крови
3) исследованием фагоцитарной активности
4) исследованием иммунорегуляторного индекса
5) верификация диагноза лабораторными исследованиями не
нужна. В неясных случаях диагноз подтверждается динамическим наблюдением и тщательной дифференциальной диагностикой
021. АНАЛИЗ РОДОСЛОВНОЙ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕОБХОДИМ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ
1) исключить предполагаемый диагноз атопического дерматита,
если среди родственников не выявлены аналогичные больные
2) определить генетический прогноз, риск наследственной
отягощенности у потомства или сибсов
3) определить клиническую форму атопического дерматита
4) определить клинический прогноз
5) выявить средовые факторы риска обострений
022. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СВОЙСТВОМ НАРУЖНОГО СРЕДСТВА, НАЗНАЧЕННОГО РЕБЕНКУ С

МЛАДЕНЧЕСКИМ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ
1) противозудное действие
2) рассасывающее действие
3) подавляющее действие на липофильную и другую патогенную флору в очагах поражения
4) эпителизирующее действие
5) сосудорасширяющее действие
023. РЕБЕНКУ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ РЕТИНОИДОВ ВНУТРЬ ПРИ
1) псориазе
2) эстрогенных угрях
3) врожденном ихтиозе
4) простом локализованном буллезном эпидермолизе Вебера - Коккейна
5) вульгарном аутосомно-доминантном ихтиозе
024. ДЛЯ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ
1)согревание ребенка
2) частую термометрию тела и воздуха в помещении, охлаждение
3) горячую пищу
4) интенсивные физические упражнения для закаливания
5) горячий душ, горячие ванны
025. СТАФИЛОКОККОВЫЙ СИНДРОМ ОБОЖЖЕННОЙ КОЖИ НЕ СВЯЗАН
1) с термическим ожогом
2) со стафилококковой инфекцией в органах дыхания
3) с золотистыми стафилококками преимущественно 2-й фаговой группы
4) со стафилококковыми токсинами
5) с эпидермолизинами, которые выделяют стафилококки
026. У НОВОРОЖДЕННЫХ СО СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ КОЖИ СВЯЗАНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ
1) наследственная пузырчатка
2) эпидермическая пузырчатка новорожденных
3) сифилитическая пузырчатка
4) вакциниформный пустулез
5) синдром Криста –Сименса
027. ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1) перипорит, остиоперипорит, вызванные стафилококковой инфекцией
2) пиококковый пемфигус
3) папуло-эрозивную стрептодермию
4) пузырьковый лишай
5) остиофолликулит
028. В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ГИСТООЦИТОЗ Х ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ФОРМЕ
1) болезни Абта - Леттерера - Сиве
2) болезни Таратынова
3) болезни Хенда - Шюллера -Крисчена
4) эозинофильной гранулемы
5) всеми перечисленными формами
029. СИМПТОМ БЕЛЬЦА СВЯЗАН
1) с наследственным липидозом
2) с каротинодермией
3) с мастоцитозом
4) ювенильной ксантогранулемой
5) с первичным гиперхолестеринемическим ксантоматозом
030. ПРОГНОЗ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЙ, ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ ГИСТОЦИТОЗА Х
1) болезнь Абта - Леттерера - Сиве
2) болезнь Хенза - Шюллера - Крисчена
3) болезнь Таратынова
4) эозинофильная гранулема
5) ретикулогистиоцитоз
031. В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С СЕРЬЕЗНЫМ ПРОГНОЗОМ. К НИМ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) токсическая эритема новорожденных
2) болезньЛейнера
3) вакциниформный пустулез
4) хронический гранулематозный кандидоз
5) эксфолиативный дерматит Риттера
032. ПРИ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЕ КАПОШИ ПУЗЫРЬКИ И ПУСТУЛЫ С ПУПКОВИДНЫМ ЗАПАДЕНИЕМ ПОЯВЛЯЮТСЯ СНАЧАЛА И В ОСНОВНОМ
1) на ладонях и подошвах
2) на лице и тыле кистей
3) по ходу ветвей нервов
4) на гениталиях
5) на локтях и коленях
033. К ОСОБЕННО НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ КОЖНЫМ СИМПТОМАМ

БОЛЕЗНИ АБТА -ЛЕТТЕРЕРА- СИВЕ ОТНОСИТСЯ
1) лихеноидная сыпь
2) себорееподобные поражения
3) выраженные поражения ноггей (подногтевая пурпура, онихолизис, подногтевой гиперкератоз, онихии, паронихии)
4) зуд
5) мокнутие в очагах поражения
034. ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ СВЯЗАНА
1) с аллергическими реакциями немедленного типа
2) с вирусом герпеса I типа
3) с чувствительностью к клейковине, с непереносимостью глютена
4) со стрептококковой инфекцией
5) с вирусом гепатита А и Б
035. ДЕТЯМ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПО ПОВОДУ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
1) препараты цинка
2) галоидные производные оксихинолина
3) антибиотики широкого спектра и антимикотические препараты
4) кишечные ферменты
5) эубиотики
036. ДЕТЯМ С ПСОРИАЗОМ МОЖНО НАЗНАЧАТЬ МАЗЬ С САЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ В УКАЗАННОМ ВИДЕ
1) в 5% концентрации
2) длительно на обширные участки и 2% концентрации
3) в 1 % концентрации на небольшие участки
4) в любой концентрации в сочетании с глюкокортикоидными гормонами длительно
5) в сочетании с ртутными мазями длительно
037. РЕБЕНКУ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С КОЖНОЙ ФОРМОЙ МАСТОЦИТОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧАТЬ
1) мембраностабилизаторы
2) глюкокортикоидные гормоны
3) цитостатики
4) ПУВА -терапию
5) Н2-гистаминовые блокаторы
038. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ОГРАНИЧЕННОГО НЕЙРОДЕРМИТА (ЛИШАЯ ВИДАЛЯ) СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ
1) полиморфизмом первичных высыпных элементов
2) наличием лихенификации
3) наличием полигональных лихеноидных папул
4) интенсивностью зуда
5) наличием дисхромии
039. ПРИ ЛИХЕНОИДНОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМ И БИОПСИРУЮЩИМ ЗУДОМ И СИЛЬНОЙ ЛИХЕНИФИКАЦИЕЙ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ
1) частые осложнения вторичной инфекцией
2) идиосинкразия к пищевому продукту
3) анемия
4) вторичный иммунодефицит
5) нарушения центральной нервной системы, эмоциональные стрессы
040. С ПОМОЩЬЮ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ
1) генерализованного дистрофического буллезного зпидермолиза Галлопо-Сименса
2) ихтиозиформной 6уллезной эритродермии
3) генерализованного пограничного тяжелого буллезного эпидермолиза Герлитца
4) генерализованного нетяжелого (не Герлитца) пограничного буллезного эпидермолиза
5) наследственной доброкачественной пузырчатки Хейли - Хейли
041. УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ПРИЧИНОЙ СТАФИЛОКОККОВОГО СИНДРОМА ОБОЖЖЕННОЙ КОЖИ МОГУТ БЫТЬ
1) эпидемическая пузырчатка новорожденных
2) буллезное импетиго
3) везикулопустулез
4) псевдофурункулез
5) заболевания дыхательных путей вызванные некоторыми
группами стафилококков, или другие пиококковые очаги

042. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ЛЕЙНЕРА НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
1) переливания свежей плазмы
2) антимикотические средства
3) антибактериальные средства
4) кишечные ферменты и эубиотики
5) глюкокортикостероидные гормоны
043. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО РЕДКО СОЧЕТАЕТСЯ С
1) ангидротической эктодермальной дисплазией I типа
2) вульгарным аутосомно- доминантным ихтиозом
3) синдромом Криста - Сименса II типа
4) вульгарным сцепленным с полом ихтиозом (чернеющий)
5) фенилкетонурией
044. ПИГМЕНТНАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1) одну из форм мастоцитоза
2) детскую почесуху
3) наследственную крапивницу, связанную с дефицитом ингибитора фактора комплемента С3
4) холинергическую крапивницу
5) уртикарию с пигментацией - аллергическую крапивницу, оставляющую гемосидериновые пятна вследствие выраженного геморрагического компонента
045. РАЗРЕЖЕНИЕ БРОВЕЙ ИЛИ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ИХ НА ОТДЕЛЬНЫХ УЧАСТКАХ НЕ БЫВАЕТ У БОЛЬНЫХ
1) атопическим дерматитом
2) ульэритемой бровей
3) вторичным рецидивным сифилисом
4) врожденным ихтиозом
5) сцепленным с полом (чернеющим) ихтиозом
046. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО СПИСКА ВЕЗИКУЛО-БУЛЛЕЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ У РЕБЕНКА, К АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫМ ГЕНОДЕРМАТОЗАМ ОТНОСИТСЯ
1) эксфолиативный дерматит Риттера
2) милиариа кристаллическая
3) буллезная форма пигментной крапивницы
4) энтеропатический акродерматит
5) синдром Лайела
047. У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ИХТИОЗОМ НЕРЕДКИ ОСЛОЖНЕНИЯ К ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ
1) пневмонию
2) сепсис
3) гипотрофию
4) абсцессы в подкожной клетчатке
5) анафилактический шок
048. БОЛЬНЫМ С ПИГМЕНТНОЙ КСЕРОДЕРМОЙ, ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ
1) фотохимиотерапия
2) лазеротерапия
3) селективная ПУВА-терапия
4) рентгенотерапия
5) ретиноиды
049. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЦА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СТЯГИВАНИЕМ ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКИМ КОЖНЫМ ПОКРОВОМ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СВОЙСТВЕННЫ БОЛЬНЫМ
1) врожденным ихтиозом
2) сцепленным с полом (чернеющим ихтиозом)
3) буллезной ихтиозиформной эритродермией
4) вульгарным аутосомно- доминантным ихтиозом
5) иглистым ихтиозом Курта – Маклина
050. КОМПЛЕКС ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА, ВКЛЮЧАЮЩИХ ЭКТРОПИОН, ЭКСЛАБИОН, МОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ, ВРОЖДЕННУЮ ДЕФОРМАЦИЮ УШНЫХ РАКОВИН, ХАРАКТЕРЕН
1) для врожденного ихтиоза
2) для.атопического дерматита
3) для ангидротической эктодермальной дисплазии
4) для врожденной пахионихии
5) для врожденного дискератоза
051. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕБЕНКУ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
1) астафен
2) кларитин
3) рутин
4) гепарин
5) преднизолон

052. К ПРИЧИНАМ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ
1) врожденное нарушение всасывания цинка в двенадцатиперстной кишке
2) генетически обусловленное, нарушение активации цинк- связываюшего фактора, выделяемого поджелудочной железой
3) нарушения обмена тритпофана, .перенасыщение клеток жирными кислотами, триглицеридами в связи с гипоцинкемией
и нарушением синтеза белка-лиганда для связывания, всасывания и транспорта металла
4) нарушения клеточного и гуморального иммунитета в связи с гипоцинкемией при нарушении панкреатического белка-лиганда
5) ятрогенное цинкдефицитное состояние, длительное лечение цитостатиками, D-пеницилламином, I-гистидином

ЧАСТЬ VI.
ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
1. Сифилис
001. К БОЛЕЗНЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ОТНОСЯТСЯ
1) микоплазмоз
2) сифилис
3) псориаз
4) гонорея
5) правильно 1, 2, 4
002. БЛЕДНАЯ ТРЕПОНЕМА – ЭТО
1) микроорганизм спиралевидной формы
2) микроорганизм шарообразной формы
3) микроорганизм палочковидной формы
4) микроорганизм нитевидной формы
5) правильного ответа нет
003. ЧИСЛО ОБОРОТОВ СПИРАЛИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ
1) 2-4
2) 6-8
3) 8-12
4) 14-18
004. НЕ СУЩЕСТВУЮЩИЕ ФОРМЫ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ
1) L-форма
2) цисты
3) бледные трепонемы в полимембранных фагосомах
4) амебоподобные формы
5) спиралевидные формы
005. НЕВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ
1) половой
2) трансплацентарный
3) гемотрансфузионный
4) трансмиссивный
5) бытовой
006. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИМЕНЯЮТ
1) исследование нативных препаратов в темном поле
2) окраску по Романовскому – Гимзе
3) окраску по Граму
4) культивирование на питательных средах
5) окраску метилиновым синим
007. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ
1) (+) реакция Вассермана
2) обнаружение T.pallidum
3) характерные клинические проявления
4) правильно 1, 2
5) правильно 1, 2, 3
008. ДЛЯ СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНО
1) обнаружение T.pallidum
2) характерные клинические проявления
3) наличие сифилиса у полового партнера
4) все верно
5) все не верно
009. ПОСЛЕ КОНТАКТА С БОЛЬНЫМ СИФИЛИСОМ ТВЕРДЫЙ ШАНКР ЧАЩЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЕТСЯ СПУСТЯ
1) 1 неделю
2) 2 недели
3) 3-5 недель
4) 6-7 недель
5) 8-9 недель
010. ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЕДСТАВЛЕН
1) чешуйкой
2) пятном
3) бугорком
4) язвой
5) лихенификацией
011. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА
1) генитальные
2) эзофагальные
3) подмышечные
4) ягодичные
5) слизистые

012. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ТВЕРДОГО ШАНКРА
1) язва
2) эрозия
3) островоспалительные явления вокруг шанкра
4) инфильтрат в основании
5) правильно 1, 2, 4
013. ДЛЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ХАРАКТЕРНО
1) представлен эрозией или язвой
2) нередко осложняется вторичной инфекцией
3) в некоторых случаях покрыт серовато-белым налетом
4) все перечисленное не верно
5**) все перечисленное верно**
014. ТВЕРДЫЙ ШАНКР НА МИНДАЛИНЕ ПРЕДСТАВЛЕН
1) эрозией
2) шанкром-амигдалитом
3) язвой
4) правильно 1, 2, 3
5) правильно 1, 3
015. ДЛЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА ЯЗЫКА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) почти всегда одиночный
2) расположен в передней или средней трети спинки языка
3) редко располагается на боковых поверхностях языка
4) может быть щелевидной формы
5) представлен множественными язвами
016. К АТИПИЧНЫМ ТВЕРДЫМ ШАНКРАМ ОТНОСЯТСЯ
1) индуративный отек
2) широкие кондиломы
3) эктима
4) фликтена
5) баланит
017. ЭВОЛЮЦИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРОЗИИ (ПЕРВИЧНОЙ СИФИЛОМЫ)
1) рубец
2) бесследно исчезнет
3) лихенификация
4) рубцовая атрофия
5) вегетации
018. ДЛЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТВЕРДОГО ШАНКРА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) правильная форма
2) безболезненность
3) уплотнение в основании
4) серозное отделяемое
5) болезненность
019. СРЕДИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ВЫДЕЛЯЮТ
1) индуративный отек
2) фимоз
3) парафимоз
4) гангренизацию
5) баланопостит
020. ШАНКР-АМИГДАЛИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ИЗ СЕБЯ
1) эрозию миндалины
2) язву миндалины
3) увеличенную в размерах гиперемированную миндалину
4) увеличенную в размерах обычной окраски миндалину
5) заглоточный абсцесс
021. ДЛЯ РЕГИОНАРНОГО СКЛЕРАДЕНИТА ХАРАКТЕРНО
1) болезненность
2) узлы спаяны между собой
3) мягкая консистенция
4) абсцедирование
5) безболезненность
022. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ОТНОСИТСЯ
1) фимоз
2) шанкр-амигдалит
3) шанкр-панариций
4) бартолинит
5) индуративный отек
023. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТВЕРДОГО ШАНКРА НЕ ОТНОСИТСЯ
1) фимоз
2) вульвовагинит
3) парафимоз
4) фагеденизм
5) индуративный отек
024. В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА У БОЛЬНЫХ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
1) твердый шанкр
2) отрицательная реакция Вассермана
3) регионарный склераденит
4) положительная реакция Вассермана
5) широкие кондиломы
025. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНО
1) регионарный склераденит

2) твердый шанкр
3) широкие кондиломы
4) правильно 1, 2
5) правильно 2, 3
026. УДЛИНЕНИЕ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА НАБЛЮДАЕТСЯ
1) при сопутствующих инфекционных заболеваниях
2) при биполярном расположении твердых шанкров
3) при приеме антибиотиков в течение инкубационного периода
4) при продолжении половой жизни с источником заражения
5) правильно 1, 2
027. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ОТНОСИТСЯ
1) регионарный склераденит
2) твердый шанкр
3) розеола
4) правильно 1, 3
5) правильно 1, 2
028. ПОСЛЕ ОБРАЗОВАНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА КЛАССИЧЕСКИЕСЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ, КАК ПРАВИЛО, СТАНОВЯТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ЧЕРЕЗ
1) 3-5 дней
2) 1 неделю
3) 2-4 недели
4) 40 дней
5) 6-7 недель
029. ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИФИЛИС У БОЛЬНОЙ
1) назначить лечение по схеме
2) установить наблюдение за больной
3) доставить больную в КВД, обследовать половых партнеров
4) провести исследование РИБТ
5) провести исследование на бледную трепонему
030. ТВЕРДЫЙ ШАНКР НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
1) пузырьковым лишаем
2) мягким шанкром
3) чесоточной эктимой
4) острой язвой вульвы Чапина-Липшютца
5) кондиломами
031. ТВЕРДЫЙ ШАНКР НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
1) пузырьковым лишаем
2) мягким шанкром
3) чесоточной эктимой
4) острой язвой вульвы Чапина-Липшютца
5) розовым лишаем Жибера
032. ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА
1) множественные твердые шанкры
2) экстрагенитальные твердые шанкры
3) гигантские шанкры
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного
033. ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ В СРЕДНЕМ
1) через 1 месяц
2) через 2-3 месяца
3) через 5-6 месяцев
4) через 6-8 месяцев
5) через 1 год
034. ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СВЕЖЕМ СИФИЛИСЕ ОБЫЧНО
1) необильные
2) обильные
3) несимметричные
4) неяркой окраски
5) сгруппированные
035. К РАЗНОВИДНОСТЯМ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ РОЗЕОЛЫ ОТНОСЯТСЯ
1) элевирующая
2) геморрагическая
3) сливная
4) зернистая
5) правильно 1, 3, 4
036. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА ОТНОСИТСЯ
1) псориазиформный сифилид
2) импетигинозный
3) себорейный сифилид
4) узловатый
5) широкие кондиломы
037. ВТОРИЧНЫЕ СИФИЛИДЫ НЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
1) папулезным сифилидом
2) пустулезным сифилидом
3) бугорковым сифилидом, гуммозным сифилидом

4) пятнистым сифилидом
5) везикулезным сифилидом
038. РАЗНОВИДНОСТИ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА
1) сифилитический фурункул
2) угревидный сифилид
3) оспеновидный сифилид
4) правильно все перечисленное
5) правильно 2, 3
039. ВЫСЫПАНИЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ВО ВТОРИЧНОМ ПЕРИОДЕ НЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
1) папулами
2) редко пустулами
3) сифилитической эритематозной ангиной
4) сифилитической папулезной ангиной
5) гуммой
040. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РОЗЕОЛЕЗНОГО СИФИЛИДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
1) с токсикодермией
2) с псориазом
3) с красным плоским лишаем
4) с экземой
5) с контагиозным моллюском
041. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
1) с красным плоским лишаем
2) с отрубевидным лишаем
3) с экземой
4) все перечисленное не правильно
5) правильно 1, 2
042. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РОЗЕОЛЕЗНОГО СИФИЛИДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
1) с красным плоским лишаем
2) с псориазом
3) с пятнами от укусов площиц
4) с болезнью Девержи
5) с рубромикозом
043. ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) с красным плоским лишаем
2) с парафимозом
3) с отрубевидным лишаем
4) с экземой
5) с пузырчаткой
044. ПЯТНИСТЫЙ СИФИЛИД НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1) пятнами при коре, краснухе
2) кондиломами
3) красным плоским лишаем
4) вегетирующей пузырчаткой
5) чешуйчатым лишаем
045. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА
1) псориаз
2) туберкулезная волчанка
3) крапивница
4) витилиго
5) токсикодермия
046. СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ПАПУЛЫ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1) красным плоским лишаем
2) красной волчанкой
3) лейкоплакией, кандидозом
4) верно все
5) верно 2, 3
047. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА НЕ ПРОВОДИТСЯ С
1) отрубевидным лишаем
2) псориазом
3) токсикодермией
4) правильно 1, 2
5) правильно 1, 3
048. ПЯТНИСТЫЙ СИФИЛИД НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
1) пятнами при кори
2) пятнами при краснухе
3) токсикодермией
4) красным плоским лишаем
5) верно 1, 2
049. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА НЕ ПРОВОДИТСЯ С
1) краснухой
2) токсикодермией
3) красным плоским лишаем
4) правильно 1, 2
5) правильно 1, 2, 3
050. ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) с псориазом

2) с парафимозом
3) с отрубевидным лишаем
4) с токсикодермией
5) с контактным дерматитом
051. ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА НА КОЖ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
1) красным плоским лишаем
2) укусами площиц
3) склеродермией
4) туберкулезной волчанкой
5) все перечисленное не верно
052. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ЛЕЙКОДЕРМА ВОЗНИКАЕТ ВО ВРЕМЯ
1) вторичного рецидивного сифилиса
2) первичного серонегативного сифилиса
3) первичного серопозитивного сифилиса
4) инкубационного периода
5) через 1 неделю после появления твердого шанкра
053. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ МЕЛКООЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ
1) 6 месяцев после заражения
2) 1 неделю после заражения
3) 1 месяц после заражения
4) 2 месяца после заражения
5) 1 неделю после появления твердого шанкра
054. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ЛЕЙКОДЕРМА НЕ БЫВАЕТ
1) пятнистая
2) сетчатая
3) сливная
4) мраморная
5) кружевная
055. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА НЕ ХАРАКТЕРНЫ
1) сифилитическая лейкодерма
2) сифилитическая алопеция
3) папулезный сифилид
4) широкие кондиломы
5) бугорки и гуммы
056. РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОБЛЫСЕНИЯ
1) мелкоочаговое, диффузное, смешанное
2) мелкоочаговое, язвенно-некротическое, трихофитоидное
3) смешанное, язвенно-некротическое
4) только диффузное
5) трихофитоидное, язвенно-некротическое
057. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНГИНА БЫВАЕТ
1) эритематозная
2) лакунарная
3) очаговая
4) разлитая
5) фолликулярная
058. ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНО
1) чаще встречаются ладонно-подошвенные сифилиды
2) преобладание смешанных сифилидов
3) отрицательная RW
4) все перечисленное не верно
5) верно 1, 2, 3
059. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНО
1) локализуется на мягком небе, небных дужках, миндалинах
2) имеет резкие границы
3) имеет застойно-красный цвет
4) правильно 1, 3
5) правильно 1, 2, 3
060. ДЛЯ ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) безболезненный
2) серовато-белого цвета
3) имеет налет на поверхности вследствие некроза эпителия
4) болезненный
5) часто эрозируется
061. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНО
1) сифилитическая лейкодерма
2) сифилитическая алопеция
3) папулезный сифилид
4) бугорковый сифилид
5) правильно 1, 2, 3
062. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА НЕ ОТНОСИТСЯ
1) сифилитический фурункул
2) угревидный сифилид
3) оспеновидный сифилид
4) сифилитическое импетиго
5) сифилитическая эктима
063. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА

1) папулы ладоней и подошв
2) обильная розеолезная сыпь
3) сгруппированные бугорки
4) широкие кондиломы
5) мелкоочаговое облысение

064. ХАРАКТЕРНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ
1) узел, бугорок
2) папула, волдырь
3) везикула, пятно
4) пустула
5) папула

065. ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ГУММЫ
1) плотно-эластическая консистенция
2) безболезненность
3) величиной до куриного яйца
4) все перечисленное верно
5) все перечисленное не верно

066. ДЛЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) узлы
2) бугорки
3) широкие кондиломы
4) звездчатый рубец
5) мозаичный рубец

067. ФОРМЫ БУГОРКОВОГО СИФИЛИДА
1) карликовый
2) сгруппированный
3) площадкой
4) серпигинирующий
5) все перечисленное верно

068. ГУММА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ
1) 3-50 лет после заражения
2) 1 неделю после заражения
3) I месяц после заражения
4) 2 месяца после заражения
5) 1 неделю после появления твердого шанкра

069.ЭВОЛЮЦИЯ БУГОРКОВОГО СИФИЛИДА
1) трансформация в гумму
2) бесследное исчезновение
3) рассасывание с рубцовой атрофией
4) формирование вегетации
5) переход в лихенизацию

070. ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ БУГОРКОВОГО СИФИЛИДА
1) изъязвление
2) бесследное исчезновение
3) рассасывание с рубцовой атрофией
4) верно 1, 3
5) верно 1, 2

071. ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ ГУММЫ
1) изъязвление, замещение фиброзной тканью
2) бесследное исчезновение
3) вегетация
4) лихенификация
5) нет верного ответа

072. ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ
1) сгруппированные папулы
2) лейкодерма
3) алопеция
4) широкие кондиломы
5) звездчатые рубцы голеней

073. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ГУММОЗНОЙ ЯЗВЫ ХАРАКТЕРНО
1) безболезненная, края плотные
2) болезненная, края мягкие
3) гуммозный стержень
4) оставляет втянутый рубец
5) правильно 1, 3, 4

074. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА
1) пятнистый сифилид
2) папулезный сифилид
3) серпигинирующие бугорки туловища
4) широкие кондиломы
5) сифилитическое импетиго

075. БУГОРКОВЫЙ СИФИЛИД СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1) туберкулезной волчанкой
2) лейшманиозом
3) лепрой
4) правильно 1, 2
5) правильно 1, 2, 3

076. СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ГУММУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
1) нейродермитоми
2) широкими кондиломам
3) туберкулезом кожи
4) псориазом
5) красным плоским лишаем

077. ГУММОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) со скрофулодермой
2) с псориазом
3) с болезнью Девержи
4) с контактным дерматитом
5) с чесоткой норвежской

078. В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ
1) большеберцовая кость
2) кость предплечья
3) кости черепа
4) верно 1, 2
5) верно 1, 2, 3
079. ПОРАЖЕНИЕ ЯЗЫКА В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ПРОТЕКАЕТ В ВИДЕ
1) диффузного склерозирующего глоссита
2) трещины
3) афтозного стоматита
4) «лоснящихся» папул
5) твердого шанкра
080. СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ГУММУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1) нейродермитом
2) широкими кондиломами
3) туберкулезом кожи
4) экземой
5) псориазом
081. ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДОГО НЕБА В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ПРОЯВЛЯЮТСЯ
1) гуммами
2) деструкцией кости
3) развивающимся сообщением полости рта с полостью носа
4) сочетается с поражением костной части перегородки носа
5) все перечисленное верно
082. СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
1) в восходящем отделе грудной аорты
2) в дуге
3) в нисходящем отделе грудной аорты
4) в брюшном отделе
083. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА
1) орхит
2) энтерит
3) мезаортит
4) нефросклероз
5) пиелит
084. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У БОЛЬНОГО АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ ДУГИ АОРТЫ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ
1) ревматизм
2) туберкулез
3) сифилис
4) красную волчанку
5) заболевание крови
085. СТРОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЗУБОВ ГЕТЧИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ
1) уменьшенные размеры
2) полулунная выемка на режущем крае
3) сужение режущего края не менее, чем на 2мм относительно шейки зуба
4) бочкообразная форма
5) наличие диастемы
086. БУГОРКОВЫЙ СИФИЛИД СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) с псориазом
2) с рубромикозом
3) с контактным дерматитом
4) с трихофитией
5) с туберкулезной волчанкой
087. ГУММОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НА КОЖЕ НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ
1) со скрофулодермой
2) с псориазом
3) с трофическими язвами
4) с хронической язвенной пиодермией
5) с лейшманиозом
088. БУГОРКОВЫЙ СИФИЛИД НЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) с туберкулезом кожи
2) с лейшманиозом
3) с лепрой
4) с глубокими микозами
5) с экземой
089. БУГОРКОВЫЙ СИФИЛИД СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) с туберкулѐзом кожи
2) с псориазом
3) с экземой
4) с рубромикозом
5) с красным плоским лишаем
090. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ. СПИННОЙ СУХОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) анизокория
2) арефлексия
3) синдром Аргайла – Робертсона
4) атаксия
5) правильно 2, 3

091. К ИСХОДАМ БЕРЕМЕННОСТИ БОЛЬНОЙ СИФИЛИСОМ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) выкидыш на 5-6 месяце беременности
2) мертворождение
3) гибель ребенка в первые недели жизни
4) рождение здорового ребенка
5) признаки переношенности
092. В ТРИАДУ ГЕТЧИНСОНА НЕ ВХОДИТ
1) паренхиматозный кератит
2) бочкообразные зубы
3) лабиринтная глухота
4) саблевидная голень
093. РУБЦЫ РОБИНСОНА-ФУРНЬЕ РАСПОЛОЖЕНЫ
1) на коже спины
2) на в/ч головы
3) на задней стенке глотки
4) вокруг рта
5) в локтевых сгибах
094. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) сифилитическая пузырчатка
2) сифилитический ринит
3) рубцы Робинсона-Фурнье
4) диффузная инфильтрация Гохзингера
5) остеохондрит Вегнера
095. К ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКАМ НЕ ОТНОСИТСЯ
1) отсутствие мечевидного отростка
2) симптом Авситидийского
3) готическое небо
4) паренхиматозный кератит
5) симптом Дюбуа
096. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЗУБОВ ГЕТЧИНСОНА
1) это поражение центральных верхних резцов
2) бочкообразная форма резцов
3) уменьшенный размеры, разница в ширине на уровне шейки зуба и свободного края не менее 2 мм
4) может быть поражен один центральный резец
097. К ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА НЕ ОТНОСЯТСЯ
1) диастема Гоше
2) симптом Дюбуа
3) рубцы Робинсона-Фурнье
4) высокое «готическое» небо
5) зубы Гетчинсона
098. ПРИЗНАКИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА
1) симптом Робинсона-Фурнье
2) псевдопаралич Парро
3) триала Гетчинсона
4) саблевидная голень
5) лабиринтная глухота
099. ДЛЯ СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПАТОГНОМОНИЧНО
1) сифилитическая пузырчатка
2) только папулезная сыпь
3) лейкоплакия слизистых
4) петехиальная сыпь
5) эпидемическая пузырчатка
100. В «ТРИАДУ ГЕТЧИНСОНА» ПРИ ПОЗДНЕМ ВРОЖДЕННОМСИФИЛИСЕ ВХОДЯТ
1) гумма твердого неба
2) паренхиматозный кератит
3) саблевидные голени
4) «кисетообразные» зубы (моляры)
5) ягодицеобразный череп
101. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ (ДОСТОВЕРНЫМ) СИМПТОМОМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА СЧИТАЕТСЯ
1) бугорковая сыпь туловища
2) лабиринтная глухота
3) седловидный нос
4) саблевидные голени
5) ягодицеобразный череп
102. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ В ВОЗРАСТЕ
1) от 2 до 4 лет
2) от 4 до 17 лет
3) от 17 до 25 лет
4) от 25 до 35 лет
5) от 35 лет и старше
103. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА
1) гуммы твердого неба
2) мезаортит
3) серпигинирующие бугорки туловища
4) широкие кондиломы
5) звездчатые рубцы голеней

104. К ПОЗДНИМ ФОРМАМ НЕЙРОСИФИЛИСА ОТНОСИТСЯ
1) поздний скрытый сифилитический менингит
2) прогрессивный паралич
3) сифилитический менинго - миелит
4) спинная сухотка
5) правильно 1, 2, 4
105. БУГОРКОВЫЙ СИФИЛИД НЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
1) с туберкулезом кожи
2) с лейшманиозом
3) с лепрой
4) с глубокими микозами
5) с экземой
106. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ХАРАКТЕРНО
1) плотные напряженные пузыри
2) вялые пузыри
3) локализация на ладонях
4) локализация на подошвах
5) правильно 1, 3, 4
107. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ХАРАКТЕРНО
1) вялые пузыри
2) в содержимом бледная трепонема
3) в содержимом стафилококк
4) все перечисленное не верно
5) верно 1, 2
108. ДЛЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) симптом Робинсона-Фурнье
2) псевдопаралич Парро
3) симптом Дюбуа
4) триала Гетчинсона
5) симптом Авситидийского
109. ДЛЯ СИФИЛИСА СКРЫТОГО ПОЗДНЕГО ХАРАКТЕРНО
1) выявление у полового партнера манифестной формы раннего сифилиса
2) отсутствие данных за сифилис у полового партнера
3) выявление у полового партнера сифилиса скрытого раннего
4) правильно 1, 3
5) правильно 1, 2, 3
110.ДЛЯ СИФИЛИСА СКРЫТОГО РАННЕГО ХАРАКТЕРНА РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА
1) с низким титром реагинов
2) с высоким титром реагинов
3) с низким у одних больных и высоким у других титромреагинов
4) правильного ответа нет
111. НАСЛЕДСТВЕННОЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНИЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ
1) атопического дерматита
2) фурункулеза
3) импетиго
4) сифилиса
5) гонореи
112. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИНОМ
1) эмболия
2) некроз на месте инъекции
3) нефропатия
4) полиневриты
5) анафилактический шок
113. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА У БОЛЬНОЙ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННОЙ ПРОИСХОДИТ
1) на 1 -2 месяце беременности
2) на 3 месяце
3) на 4- 5 месяце
4) на 6-7 месяце
5) на 8-9 месяце
2. ВИЧ – инфекция
001. СПИД-МАРКЕРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЮТ
1) оппортунистические инфекции внутренних органов
2) поражения нервной системы
3) саркому Калоши
4) волосатую лейкоплакию языка
5) все перечисленное
002. ИНФЕКЦИЯ ВИЧ НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ
1) трансфузионным путем
2) трансмиссивным путем
3) от заболевшей матери к плоду
4) инъекционным путем
5) половым путем
003. ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
1) лихорадка более одного месяца
2) длительная лимфаденопатия
3) потеря массы тела более 10%
4) волосатая лейкоплакия языка
5) все выше перечисленные
004. ГРУППЫ РИСКА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
1) наркоманы и токсикоманы
2) грудные дети

3) пожилые люди
4) больные красной волчанкой
5) больные с нарушениями в иммунной системе
005. ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ ПОДЛЕЖАТ
1) больные гепатитом В и С
2) грудные дети
3) пожилые люди
4) люди молодого возраста
5) больные аллергодерматозами
006. ЛАБОРАТОРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СПИДА
1) метод иммуноблотинга
2) реакция Колмера
3) реакция Вассермана
4) верно 1, 2, 3
5) верно 2
007. САРКОМА КАПОШИ У ВИЧ БОЛЬНЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ
1) в молодом возрасте
2) в пожилом возрасте
3) на коже в области суставов
4) на волосистой части головы
5) в складках кожи
008. ВИЧ НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ
1) через медицинские инструменты
2) воздушно-капельным путем
3) половым путем
4) гемотрансфузионным путем
5) трансплацетарным путем
009. В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНО ЗАБОЛЕВАНИЕ
1) атопический дерматит
2) рецидивирующие гнойные инфекции
3) эритематоз
4) вульгарная пузырчатка
5) многоформная экссудативная эритема
010. ХАРАКТЕРНОЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
1) поражение Т-клеточного звена иммунитета
2) повышение Т-лимфоцитов хелперов в крови
3) поражение В-клеточного звена иммунитета
4) повышение иммунорегуляторного индекса
5) поражение неспецифического звена иммунитета
011. НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОМУ ЧЕЛОВЕКУ
1) антибиотики
2) сульфаниламиды
3) иммуностимуляторы
4) противомалярийные препараты
5) витамины
012. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ
1) саркома Капоши
2) кандидозные онихопаронихии
3) рецидивирующая герпетическая инфекция
4) рецидивирующие пиодермии
5) все вышеперечисленные
013. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СПИДА
1) легочная
2) кишечная
3) церебральная
4) диссеминированная
5) верно 1,2,3,4
014. ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ
1) рецидивирующим опоясывающим лишаем
2) контагиозным моллюском на лице и туловище
3) больные ИППП
4) правильно 1,2,3
5) правильно 1,3
3. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов
001. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ - ГОНОКОКК ОТНОСИТСЯ
1) к парным коккам грам-отрицательным
2) к парным коккам грам-положительным
3) к парным коккам грам-вариабельным
4) к коккобациллам грам-отрицательным
5) к коккобациллам грам-вариабельным
002. БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГОНОКОККОВ НЕ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕМ ПРИЗНАКЕ
1) парность кокков
2) грам-отрицательность
3) грам-положительность
4) внутриклеточное расположение
5) бобовидность формы
003. В СРЕДАХ С САХАРАМИ ГОНОКОКК РАЗЛАГАЕТ
1) лактозу

2) галактозу
3) декстрозу
4) сахарозу
5) рибозу
004. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ
1) с хламидиями
2) с дрожжевым мицелием
3) с трихомонадами
4) с уреаплазмой
5) с гарднереллами
005. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ГОНОРЕЯ ПОЛУЧЕНА У СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ
1) у человекообразных обезьян
2) у морских свинок
3) у кроликов
4) у собак
5) ни у одного животного
006. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ
1) многослойным плоским неороговевающим эпителием
2) переходным эпителием
3) цилиндрическим эпителием
4) многослойным плоским ороговевающим эпителием
5) кубическим эпителием
007. ГОНОКОККИ НЕ МОГУТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНЫХ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЕМ
1) лимфогенным
2) гематогенным
3) по поверхности слизистых гениталий
4) трансканаликулярным
5) по нервным окончаниям
008. НЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГОНОРЕИ
1) свежей острой
2) свежей подострой
3) свежей торпидной
4) латентной
5) хронической
009. ИЗВЕЩЕНИЯ ПО ФОРМЕ N 089/У-93 ЗАПОЛНЯЮТСЯ НА БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ, У КОТОРЫХ ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДЕН
1) по выраженности клинических проявлений
2) уретроскопически
3) по данным конфронтации
4) по характеру выделений
5) бактериоскопически и бактериологически
010. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГОНОРЕЕ ЧАЩЕ РАВНА
1) 1-2 дням
2) 3-4 дням
3) 10-14 дням
4) 8-10 дням
5) 5-7 дням
011. СВЕЖИЙ ОСТРЫЙ ПЕРЕДНИЙ УРЕТРИТ ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) обильными гнойными выделениями
2) болезненностью при мочеиспускании
3) гиперемией губок наружного отверстия уретры
4) наличием гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
5) наличием гнойных нитей в 1-й порции мочи
012. У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА
1) свежая острая
2) свежая подострая
3) хроническая
4) латентная
5) свежая торпидная
013. У ЖЕНЩИН ДЛЯ СВЕЖЕГО ОСТРОГО УРЕТРИТА ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) гиперемия губок наружного отверстия уретры
2) плотноэластическая консистенция стенок уретры
3) гнойные выделения из уретры
4) учащенное мочеиспускание
5) тупые боли внизу живота
014. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОТАЛЬНОГО УРЕТРИТА ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ У МУЖЧИН НЕ ХАРАКТЕРНО
1) застойно-гиперемированный цвет слизистой губок наружного отверстия уретры
2) скудные гнойные выделения

3) болезненность в конце акта мочеиспускания
4) наличие незначительного количества гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
5) наличие гнойных нитей в 1-й порции мочи

015. ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) гиперестезия в области живота, промежности
2) гнойные выделения из уретры
3) ночные поллюции
4) плотноэластическая консистенция предстательной железы при пальпации
5) определение уплотнений на поверхности предстательной железы при пальпации

016. ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ПРОСТАТИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) ощущение инородного тела в области прямой кишки
2) выделения из уретры
3) высокий лейкоцитоз в секрете предстательной железы
4) определение узловатых уплотнений на поверхности
предстательной железы при пальпации
5) боль внизу живота

017. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЗАБОРА СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
1) острого уретрита
2) подострого уретрита
3) торпидного уретрита
4) острого простатита
5) противопоказаний нет

018. БОЛЬНОМУ ОСТРЫМ ГОНОРЕЙНЫМ ОРХОЭПИДИМИТОМ НЕ ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ
1) секрета простаты
2) отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
3) клинического анализа мочи
4) клинического анализа крови
5) двухстаканной пробы мочи

019. ПОКАЗАНИЯМИ К ТОТАЛЬНОЙ УРЕТРОСКОПИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) хронический простатит
2) острый простатит
3) литтреит
4) хронический уретрит
5) импотенция

020. ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА НЕ ОСНОВАНА НА РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ
1) мазков
2) уретроскопии
3) анализа 3 порций мочи
4) пальпации предстательной железы
5) УЗИ предстательной железы

021. ПРИЗНАКАМИ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ
1) выделения из уретры
2) затрудненное и длительное мочеиспускание
3) препятствие при введении в уретру бужа или тубуса уретроскопа
4) рубцовое сужение уретры по данным уретроскопии
5) отсутствие нарушений мочеиспускания

022. ПРИ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ФОРМАХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ
1) гоновакциной
2) местным лечением
3) антибиотиками
4) трихополом
5) пирогеналом

023. ПРИ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕЕ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ
1) антибиотики
2) гоновакцина
3) антигистаминные препараты
4) препараты кальция
5) спазмолитики

024. ДЛЯ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) сохранение клинических проявлений заболевания после
лечения
2) сохранение повышенного лейкоцитоза в мазках
3) нахождение в мазках трихомонад
4) неполноценное лечение
5) клиническое выздоровление после лечения

025. ДЛЯ РЕИНФЕКЦИИ ГОНОРЕИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1) клиническое выздоровление после лечения
2) нормализация мазков после лечения
3) отсутствие в мазках трихомонад
4) полноценное ранее проведенное лечение
5) сохранение клинических проявлений после лечения

026. ПРИ ОСТРО ПРОТЕКАЮЩИХ РЕЦИДИВАХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ
1) гоновакциной
2) пирогеналом
3) местным лечением
4) другими антибиотиками широкого спектра
5) тем же антибиотиком

027. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ТОРПИДНЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ
1) иммунотерапевтические, антигистаминные препараты, местное лечение
2) иммунотерапевтические, антибактериальные, антигистаминные препараты, местное лечение
3) антибактериальные препараты, местное лечение
4) иммунотерапевтические препараты, местное лечение

028. ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОНОРЕЕЙ, МОЖНО ВВОДИТЬ ГОНОВАКЦИНУ В ВОЗРАСТЕ
1) старше 1 года
2) старше 2 лет
3) старше 3 лет
4) старше 4 лет
5) старше 5 лет

029. ЖЕНЩИНЕ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ: СВЕЖИЙ ТОРПИДНЫЙ УРЕТРИТ. ЭНДОЦЕРВИЦИТ ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ
1) антибиотикотерапия
2) специфическая вакцинотерапия
3) неспецифическая вакцинотерапия
4) местное лечение
5) все перечисленное

030. ПРИ УРЕТРИТАХ, ВЫЗВАННЫХ ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ДИПЛОКОККАМИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ
1) аминогликозидов
2) цефалоспоринов
3) линкомицина
4) полимиксина
5) противогрибковых препаратов

031. БОЛЬНОМУ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ ПЕРЕДНЕГО УРЕТРИТА ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ. НАЗНАЧЬТЕ АНТИБИОТИК ГРУППЫ
1) аминогликозидов
2) фторированных хинолонов
3) цефалоспорины IV поколения
4) противопаразитарных
5) противогрибковых

032. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОБЛЕНОРЕИ НОВРОЖДЕННЫМ ЗАКАПЫВАЮТ НА СЛИЗИСТУЮ ГЛАЗА
1) 30% раствор сульфацила натрия после рождения
2) 30% раствор спустя 2 ч после рождения
3) 2% раствор резорцина немедленно после рождения
4) 2% раствор резорцина немедленно и спустя 3 ч после рождения
5) 30% раствор сульфацила натрия после рождения сразу и через 2 часа

033. У ДЕВОЧЕК ВУЛЬВОВАГИНИТЫ ТРИХОМОНАДНОЙ ЭТИОЛОГИИ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
1) учащенным и болезненным мочеиспусканием
2) зудом в области наружных половых органов
3) пенистыми выделениями из половой щели
4) гиперемией наружных половых органов
5) творожистым отделяемым из половой щели, пленками белого
цвета в области наружных половых органов

034. ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА НЕ ВКЛЮЧАЕТ
1) дезинтоксикационную терапию
2) гипосенсибилизирующую терапию
3) противоревматические препараты
4) препараты тетрациклинового ряда
5) сульфаниламидные препараты

035. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ У

БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ
1) во всех сроках беременности без введения лекарственных препаратов непосредственно в цервикальный канал
2) во всех сроках беременности с введением лекарственных препаратов непосредственно в цервикальный канал
3) начиная со второго триместра беременности
4) начиная с третьего триместра беременности
5) не проводится
036. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГОНОРЕЙНОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОНОВАКЦИНА ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) во всех сроках беременности
2) в первом триместре беременности в пониженных дозах
3) во втором и третьем триместрах беременности в пониженных дозах
4) во втором и третьем триместрах беременности по установленной схеме
5) не применяется
037. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ГОНОРЕЮ ЖЕНЩИН ЗАБОР ОТДЕЛЯЕМОГО ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
1) из уретры
2) из парауретральных и бартолиновых желез
3) из прямой кишки
4) из заднего свода влагалища
5) из цервикального канала
038. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
1) иммунотерапию
2) этиологическое лечение
3) симптоматическое лечение
4) местное лечение
5) все перечисленное
039. В СЛУЧАЯХ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ ЖЕНЩИН, НО ОТСУТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ 10-12 ДНЕЙ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ, НЕОБХОДИМО
1) назначить повторный курс лечения в соответствии с чувствительностью чистой культуры гонококка к антибиотикам
2) осуществить обследование на сопутствующие инфекции и назначить адекватное лечение
3) выполнить пробную лапароскопию
4) повторно произвести обследование на гонорею во время менструации
5) назначить иммунотерапию в сочетании с местным лечением
040. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНО-УРЕАПЛАЗМЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) бесплодный брак
2) нарушение функций щитовидной железы
3) патология беременности
4) хронические воспалительные заболевания органов малого таза
5) нарушение менструального цикла
041. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ГОНОРЕЙНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА ПРОВОДЯТ С НЕГОНОРЕЙНЫМИ ВУЛЬВОВАГИНИТАМИ, РАЗВИВАЮЩИМИСЯ
1) при нарушении обмена веществ
2) при механическом и термическом раздражении
3) при наличии энтеробиоза
4) при наличии трихомониаза, кандидоза
5) при всем перечисленном
042. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОРЕИ ГЛАЗ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) отек век
2) экзофтальм
3) светобоязнь, гноетечение
4) гиперемия конъюнктивы
5) распадающаяся язва в роговой оболочке
043. ДЛЯ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) гонорейный артрит
2) гонорейное поражение глаз
3) гонорейное поражение кожи
4) гонококковый перигепатит
5) гонорейный сепсис
044. ПОЛНЫЙ И ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

1) форму воспалительного процесса и локализацию очагов поражения
2) форму воспалительного процесса, топический диагноз, характер осложнений и наличие других патогенных возбудителей
3) локализацию очагов поражения, характер осложнений, наличие других патогенных возбудителей
4) форму воспаления, характер осложнений
5) локализацию очагов воспаления, характер осложнений, наличие других патогенных возбудителей

045. ПРАВИЛЬНО И ПОЛНО СФОРМУЛИРОВАННЫЙ ДИАГНОЗ
1) свежий передний уретрит гонорейной этиологии
2) хронический уретрит, эндоцервицит, эндомиометрит гонорейно-хламидийной этиологии
3) свежий торпидный уретрит, эндоцервицит, проктит
4) хроническая восходящая гонорея
5) гонорейно-уреаплазменно-кандидозный эндоцервицит

046. БОЛЬНЫМ ГОНОРЕЕЙ С НЕВЫЯВЛЕННЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ, НО ИМЕЮЩИМ ПОСТОЯННОЕ МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА И РАБОТЫ
1) превентивное противосифилитическое лечение проводится
2) превентивное противосифилитическое лечение не проводится
3) клинико-серологический контроль осуществляется в течение 3 месяцев
4) клинико-серологический контроль осуществляется в течение 6 месяцев
5) верно 2) и 4)

047. РАБОТНИЦА СТОЛОВОЙ НАХОДИЛАСЬ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕИ. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ НЕ ВЫЯВЛЕН. НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ, ГОНОКОККИ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ. КСР (-). ТАКТИКА ВРАЧА
1) превентивное противосифилитическое лечение, отстранение от работы
2) превентивное противосифилитическое лечение, допуск к работе
3) отстранение от работы, клинико-серологический контроль в течение 3 месяцев
4) допуск к работе, клинико-серологический контроль в течение 3 месяцев
5) допуск к работе, клинико-серологический контроль в течение 6 месяцев

048. ЖЕНЩИНА С ДИАГНОЗОМ: СВЕЖИЙ ТОРПИДНЫЙ ГОНОРЕЙНЫЙ УРЕТРИТ, ЭНДОЦЕРВИЦИТ, БЕРЕМЕННОСТЬ 9 НЕДЕЛЬ.НАЗНАЧЕН КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ. ЯВЛЯЕТСЯ ОШИБОЧНЫМ НАЗНАЧЕНИЕ
1) эритромицина
2) папаверина
3) тетрациклина
4) экстракта алоэ
5) местное лечение уретры и прямой кишки

049. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГОНОРЕИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НЕ ВКЛЮЧАЕТ
1) антибиотикотерапию по схеме хронической гонореи
2) вакцинотерапию
3) местное лечение уретры и прямой кишки сразу после родов, шейки матки - через 5-6 недель после родов
4) ферментные препараты, улучшающие пищеварение
5) антигистаминные препараты

050. ПО ПРОШЕСТВИИ 3-Х НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ РОДОВ ЖЕНЩИНА ОБРАТИЛАСЬ В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ С ЖАЛОБАМИ НА СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА И НОЮЩИЕБОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА. РЕБЕНОК ЗДОРОВ, ГРУДНОЕ КОРМЛЕНИЕ. ДИАГНОСТИРОВАН ОСТРЫЙ КОЛЬПИТ. НЕПРАВИЛЬНО НАЗНАЧЕНО
1) пенициллин по схеме хронической гонореи
2) димедрол
3) аутогемотерапия
4) местное лечение шейки матки
5) глюконат кальция

051. НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯЖЕНЩИНЕ ЧЕРЕЗ 5-6 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ РОДОВ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: СВЕЖИЙ ТОРПИДНЫЙ УРЕТРИТ, ЭНДОЦЕРВИЦИТ ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ. РЕБЕНОК ЗДОРОВ, ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ. ОШИБОЧНО НАЗНАЧЕНИЕ
1) антибиотикотерапии по схеме хронической гонореи
2) вакцинотерапии
3) массажа уретры и инсталляции 2-3% раствора протаргола
4) смазывания цервикального канала 3% раствором протаргола (колларгола)
5) микроклизмы с 3% раствором протаргола (колларгола)
052. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГОНОРЕЕ НИЖНЕГО ОТДЕЛА МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) при непереносимости антибиотиков
2) при рецидиве
3) при свежей торпидной форме
4) при хронической форме
5) при всем перечисленном
053. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПИРОГЕНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) беременность, менструация
2) гипертоническая болезнь
3) хронический эндомиометрит
4) активный туберкулез
5) сахарный диабет
054. К ПРЕПАРАТАМ, ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМ НА НЕСПЕЦИФИЧЕСКУЮ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА, НЕ ОТНОСИТСЯ
1) пирогенал
2) продигиозан
3) гоновакцина
4) левамизол
5) метилурацил
055. НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИНЕ 23-Х ЛЕТ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ: СВЕЖИЙ ПОДОСТРЫЙ ГОНОРЕЙНЫЙ ЭНДОЦЕРВИЦИТ, ПРОКТИТ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ
1) бензилпенициллин в курсовой дозе 3,4 млн. ЕД
2) бензилпенициллин в курсовой дозе 4,2-6,8 млн. ЕД
3) бензилпеннциллин в курсовой дозе 4,2-6,8 млн. ЕД, местное лечение (микроклизмы с лекарственными препаратами)
4) бензилпенициллин в курсовой дозе до 6,0 млн. ЕД споследующим назначением левомицетина в суммарной дозе 10,0 г, местное лечение
5) левамицетин в суммарной дозе 10.0 г, местное лечение
056. У ПАЦИЕНТА ДИАГНОСТИРОВАН ГОНОРЕЙНЫЙ ПРОКТИТ. БОЛЕН 2 НЕДЕЛИ. НАЗНАЧЬТЕ ЛЕЧЕНИЕ
1) иммунотерапия, антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи
2) антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи, местноелечение
3) иммунотерапия, антибиотиколечение по схеме хронической гонореи, местное лечение
4) антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи, ректороманоскопия
5) иммунотерапия, местное лечение, ректороманоскопия
057. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ГОНОРЕИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1) язвенные поражения слизистой оболочки полости рта, миндалин, глотки
2) гиперемия слизистой оболочки
3) отек слизистой оболочки
4) гнойный налет на миндалинах
5) регионарный аденит
058. ЖЕНЩИНА 23-Х ЛЕТ ОБСЛЕДОВАНА, КАК ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ГОНОРЕЕЙ. НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ: ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОЦЕРВИЦИТ, ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. В БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСЕВЕ ГОНОКОККИ НЕОБНАРУЖЕНЫ. ТАКТИКА ВРАЧА
1) лечению не подлежит
2) лечение по схеме острой гонореи
3) лечение по схеме хронической гонореи
4) местное лечение

5) повторное обследование на гонорею во время ближайшей менструации

059. ВОСПИТАТЕЛЬНИЦА ДЕТСКОГО САДА ПРИВЛЕЧЕНА К ОБСЛЕДОВАНИЮ КАК ПОЛОВОЙ КОНТАКТ БОЛЬНОГО ГОНОРЕЕЙ. В МАЗКАХ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСЕВЕ, ВЫПОЛНЕННОМ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОВОКАЦИИ, ОБНАРУЖЕНЫ ГОНОКОККИ. ПРИ ОТСУТСТВИИ ГОНОКОККОВ ДО РАБОТЫ МОЖНО ДОПУСТИТЬ

1) через 7-10 дней после лечения, во время и по окончании ближайшей менструации
2) через 7-10 дней после лечения и в течение 2-3 менструальных циклов
3) после клинико-серологического контроля в течение 1,5 месяцев
4) после клинико-серологического контроля в течение 3 месяцев
5) после клинико-серологического контроля в течение 6 месяцев

060. ДЕВОЧКЕ 3-Х ЛЕТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА И МИКРОСКОПИИ МАЗКОВ, ОКРАШЕННЫХ МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ, ПОСТАВЛЕН ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ОСТРЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) бактериологическое исследование с микроскопией мазков, окрашенных по Граму
2) бактериоскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму
3) вагиноскопия
4) определение сахаролитических свойств культуры, полученной при бактериологическом посеве
5) обследование родителей на гонорею

061. НА ОСНОВАНИИ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА ОБНАРУЖЕНА ГОНОРЕЙНО-ТРИХОМОНАДНАЯ ИНФЕКЦИЯ. ОДНОВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПРОТИВОПАРАЗИТАРНЫХ СРЕДСТВ ПОКАЗАНО ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЕ ТЕЧЕНИЯ

1) свежая острая, подострая
2) свежая торпидная
3) хроническая
4) хроническая осложненная
5) не показано

062. СОЦИАЛЬНО АДАПТИРОВАННОЙ ЖЕНЩИНЕ С ДИАГНОЗОМ: СВЕЖИЙ ПОДОСТРЫЙ УРЕТРИТ, ЭНДОЦЕРВИЦИТ ГОНОРЕЙНО-ТРИХОМОНАДНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОВЕДЕНО КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЕН. НЕОБХОДИМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ

1) во время и по окончании ближайшей менструации
2) в течение 1,5 месяцев
3) в течение 2-3 менструальных циклов
4) в течение 4-х месяцев
5) через 7-10 дней после окончания лечения, во время и по окончании ближайшей менструации

063. ЛЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ, ИМЕЮЩИХ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ КОНТАКТ С ДЕТЬМИ, ПРОВОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ ПРИ НАЛИЧИИ

1) осложнения
2) восходящего процесса
3) рецидива заболевания
4) нарушения режима амбулаторного лечения
5) всего перечисленного

064. ВОСПИТАТЕЛЬНИЦА ДЕТСКОГО САДА ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА С ДИАГНОЗОМ: ОСТРАЯ ВОСХОДЯЩАЯ ГОНОРЕЯ. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ПРОВЕДЕНА 3-КРАТНАЯ ПРОВОКАЦИЯ, А ТАКЖЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЕВ И ОБСЛЕДОВАНИЕ ВО ВРЕМЯ МЕНСТРУАЦИИ, ГОНОКОККИ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ. ТАКТИКА ВРАЧА

1) снять с учета, допустить к работе с детьми
2) снять с учета, отстранить от работы с детьми в течение 1,5 месяцев
3) диспансерное наблюдение в течение 1,5 месяцев, допустить к работе с детьми
4) диспансерное наблюдение в течение 2-3 менструальных циклов, допустить к работе с детьми

5) диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев, допустить к работе с детьми

065. КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ

1) клинического обследования
2) бактериоскопического и бактериологического методов исследования
3) вагино- и уретроскопии
4) расширенной кольпоскопии
5) правильно 1) и 2)

066. ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НЕ ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ ГОНОРЕЕЙ

1) свежей неосложненной
2) детей (независимо от формы)
3) осложненной
4) восходящего процесса
5) рецидива

067. ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ И СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ГОНОРЕИ У ДЕВОЧКИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) учащенное болезненное мочеиспускание
2) зуд в области половых органов
3) гнойные выделения из половой щели
4) гиперемия наружных половых органов
5) нарушения сна

068. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ У МУЖЧИН ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПРОВОКАЦИИ

1) массаж уретры на буже
2) уретроскопия
3) массаж уретры
4) массаж уретры на тубусе уретроскопа
5) все перечисленные

069. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРЕТРИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ДРОЖЖЕПОДОБНЫМИ ГРИБАМИ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

1) канамицин
2) цепорин
3) полимиксин
4) пенициллин
5) дифлюкан

070. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ УРЕТРЫ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

1) промывание кислым раствором
2) промывание щелочным раствором
3) инстилляцию ляписа
4) инстилляцию масляных растворов
5) бужирование

071. КУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОВОКАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ХИМИЧЕСКОЙ, ПРОИЗВОДИТСЯ

1) через 3 ч
2) через 6 ч
3) через 12 ч
4) через 24 ч
5) через 48-72 ч

072. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАН

1) бензилпенициллин
2) эритромицин
3) левомицетин
4) тетрациклин
5) сульфаниламиды

073. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕИ У ЖЕНЩИН НЕ ВКЛЮЧАЮТ

1) схваткообразные боли внизу живота
2) обильные кровянисто-гнойные выделения из шейки матки
3) эрозию шейки матки
4) повышенную температуру тела
5) симптомы раздражения брюшины

074. ДЕВОЧКА МОЖЕТ БЫТЬ ДОПУЩЕНА В ДЕТСКОЕ ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОГОНОРЕЙНОГО ЛЕЧЕНИЯ

1) сразу после окончания лечения
2) через 1 месяц после окончания лечения, после трех провокаций и трех отрицательных посевов
3) после обследования, после окончания лечения
4) после двух провокаций
5) после одной провокации и одного посева

075. ПРИЗНАКАМИ ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) боли внизу живота
2) положительный симптом раздражения брюшины
3) увеличенная и пастозная матка
4) гнойно-кровянистые выделения из матки
5) нормальное количество лейкоцитов в мазках

076. У ДЕВОЧКИ 5 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТСЯ КЛИНИКА ПОДОСТРОГО

ВУЛЬВОВАГИНИТА. В МАЗКАХ ОБНАРУЖЕНЫ ВНУТРИКЛЕТОЧНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ ДИПЛОКОККИ. ДЛЯУСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
1) повторное бактериоскопическое исследование
2) комбинированную провокацию
3) бактериологическое исследование
4) бактериологическое исследование с определением
ферментации возбудителя
5) все перечисленное
077. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН НЕИССЛЕДУЮТСЯ
1) отделяемое уретры
2) секрет простаты
3) нити в моче
4) нити в промывных водах прямой кишки
5) секрет семенных пузырьков
078. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН ИССЛЕДУЮТ
1) отделяемое уретры
2) нити в моче
3) отделяемое цервикального канала
4) отделяемое заднего свода влагалища
5) все перечисленное
079. ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ
1) при гонорее
2) при трихомонозе
3) при хламидиозе
4) при кандидозе
5) правильно 2) и 4)
080. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН ИССЛЕДУЕТСЯ СОСКОБ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
1) уретры и заднего свода влагалища
2) уретры и цервикального канала
3) цервикального канала и прямой кишки
4) уретры, цервикального канала и прямой кишки
5) уретры
081. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У МУЖЧИН ИССЛЕДУЕТСЯ
1) соскоб слизистой оболочки прямой кишки
2) соскоб слизистой оболочки уретры
3) соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки
4) секрет простаты
5) нити в моче
082. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВ ПРИ ОСТРОЙ ГОНОРЕЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
1) до общего лечения
2) одновременно с общим лечением
3) сразу же после окончания общего лечения или через 7-10 дней после окончания лечения
4) проводить не следует
5) на усмотрение врача
083. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТОТАЛЬНОЙ УРЕТРОСКОПИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) хроническое течение уретрита
2) острый воспалительный процесс в уретре
3) острый простатит
4) острый эпидидимит
5) острый колликулит
084. ДЕВОЧКЕ 2-Х ЛЕТ ЗАКОНЧЕНО ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГОНОРЕЙНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА. ДЛЯ ПРОВОКАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ
1) химическую провокацию
2) алиментарную провокацию
3) биологическую провокацию
4) механическую провокацию
5) термическую провокацию
085. ПРИ ГОНОРЕЕ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ НАЧИНАЕТСЯ В СРОКИ
1) на следующий день после родов
2) через 3-5 дней
3) через 7-10 дней
4) через 15-20 дней
5) через 5-6 недель
086. ПРИ ГОНОРЕЕ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТРЫ И ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РОДОВ НАЧИНАЕТСЯ В СРОКИ
1) сразу же после родов
2) на следующий день
3) через 5 дней
4) через 7-10 дней
5) через 15-20 дней
087. У МАТЕРИ ХРОНИЧЕСКАЯ ГОНОРЕЯ, ЭНДОЦЕРВИЦИТ, ПРОКТИТ. В СЕМЬЕ ТРОЕ ДЕТЕЙ - ДЕВОЧКА 3-Х ЛЕТ И МАЛЬЧИКИ 4-Х И 9 ЛЕТ.

ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ГОНОРЕЮ ПОДЛЕЖАТ
1) все дети
2) девочка
3) мальчик 9 лет
4) мальчик 4-Х лет, если он спал в постели родителей
5) дети обследованию не подлежат
088. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
1) антибиотики по схеме лечения восходящей гонореи
2) антибиотики по схеме лечения хронической гонореи
3) неспецифическая иммунотерапия
4) антибиотики по схеме лечения острой гонореи
5) специфическая иммунотерапия
089. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОНОРЕИ У БЕРЕМЕННЫХ ГОНОВАКЦИНА ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) независимо от срока беременности
2) в I триместре
3) во II и III триместрах в пониженных дозах
4) не применяется
5) во II и III триместрах по установленной схеме
090. ПРИ ГОНОРЕЕ ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЮТ
1) уретру
2) влагалище
3) ректум
4) цервикальный канал
5) все перечисленное, кроме 2)
091. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТРЫ, ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ЖЕЛЕЗ У БЕРЕМЕННОЙ ПРОВОДИТСЯ
1) только в I триместре
2) только во II триместре
3) только в III триместре
4) независимо от срока беременности
5) не проводится
092. БОЛЬНОМУ ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА РЕЙТЕРА. ВЫПИСАН С КЛИНИЧЕСКИМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ
1) кризаноло-терапию
2) препараты хинолиновой группы
3) неспецифические иммуностимуляторы
4) биогенные стимуляторы
5) правильно 1) и 2)
093. ПРИЗНАКАМИ ЭНДОЦЕРВИЦИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) слизистая пробка в цервикальном канале
2) слизисто-гнойные выделения из цервикального канала
3) эрозия шейки матки
4) ретенционные кисты шейки матки
5) гипертрофия шейки матки
094. СЕКРЕТ ПРОСТАТЫ НЕ ИССЛЕДУЕТСЯ ПРИ ГОНОРЕЕ
1) свежей острой, подострой
2) свежей торпидной
3) хронической
4) зкстрагенитальной
5) суставной
095. ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ХАРАКТЕРНО
1) поражение мочеполовых органов
2) поражение суставов
3) все перечисленное верно
4) все перечисленное не верно.
096. НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
1) свежая острая гонорея, передний уретрит, гонорейный артрит
2) свежая гонорея, острый передний уретрит
3) свежая острая гонорея, острый передний уретрит, гонорейный артрит
4) хроническая обострившаяся гонорея, тотальный уретрит, гонорейный артрит
5) хроническая обострившаяся гонорея, передний уретрит, гонорейный артрит
097. ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРЕТРЫ У МУЖЧИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ
1) исследования прямым бужом
2) пальпации на прямом буже
3) уретроскопии
4) пальпации на тубусе уретроскопа
5) всеми перечисленными способами
098. УСТАНОВЛЕНИЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ НАЧИНАЕТСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В СРОКИ

1) у мужчин, женщин и детей через 7-10 дней
2) у мужчин и женщин через 1 месяц
3) у женщин после первой менструации
4) у детей сразу после окончания лечения
5) у детей через 1 месяц

099. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЖЕНЩИН В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ
1) вульва
2) влагалище
3) уретра и цервикальный канал
4) бартолиниевые железы
5) парауретральные ходы

100. МЕТОДЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ УРЕТРИТОВ НЕ ВКЛЮЧАЮТ
1) инстилляции
2) микроклизмы
3) бужирования
4) тампонады
5) массаж

101. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АУТОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ СТАДИИ СИНДРОМА РЕЙТЕРА НЕ ВКЛЮЧАЮТ
1) этиотропную терапию
2) кортикостероидные гормоны
3) цитостатики
4) анаболические гормоны, препараты калия
5) гоновакцину

102. КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕГОНОРЕЙНЫХ УРЕТРИТОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) данные уретроскопии
2) бактериоскопическое исследование мазков на гонорею
3) характер выделений из уретры
4) бактериологическое исследование на гонорею
5) данные обследования на другие возбудители, передающиеся половым путем.

103. ВОЗМОЖНЫМ ПУТЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТРИХОМОНАД В ОРГАНИЗМЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) лимфогенный
2) гематогенный
3) континуитатный
4) антиперистальтический
5) верно 1) и 2)

104. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ УРЕТРЫ ЖЕНЩИН НЕ ПРОВОДИТСЯ
1) промыванием уретры
2) инстилляцией
3) бужированием
4) физиотерапевтическими воздействиями
5) массажем уретры

105. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОВОКАЦИЯ НЕ ВКЛЮЧАЕТ
1) гоновакцинацию
2) смазывание вагины и вульвы раствором Люголя на глицерине
3) закапывание в уретру 2-3 капель 0,5-1 % раствора нитрата серебра
4) смазывание нижнего отдела прямой кишки раствором Люголя
5) алиментарную провокацию

106. ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНО-УРЕАПЛАЗМЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛЕЧИТЬ
1) рифампицином
2) эритромицином
3) канамицином или цефаксином
4) фторхинолонами
5) правильно все, кроме 3)

107. ПРИ УРЕТРОСКОПИИ НЕ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ
1) мягкий инфильтрат
2) твердый инфильтрат
3) куперит
4) колликулит
5) литтреит

108. У МУЖА И ЖЕНЫ ДИАГНОСТИРОВАНА ХРОНИЧЕСКАЯ ГОНОРЕЯ. В СЕМЬЕ ДВОЕ МАЛЬЧИКОВ – 2-Х И 7 ЛЕТ. ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ГОНОРЕЮ ПОДЛЕЖАТ
1) 2-хлетний мальчик
2) оба ребенка
3) оба не подлежат
4) не подлежат, если не спали в постели взрослых
5) не подлежат, если не пользовались общим туалетом

109. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) активный туберкулез

2) органические поражения сердечно-сосудистой системы
3) аллергические заболевания
4) менструация
5) все перечисленное
110. ЖЕНЩИНЕ СО СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ 26 НЕДЕЛЬ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: СВЕЖИЙ ОСТРЫЙ ГОНОРЕЙНЫЙ ЭНДОЦЕРВИЦИТ. ВОЗМОЖНО ЛИ АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
1) возможно на усмотрение врача
2) возможно всегда
3) возможно при особых обстоятельствах в порядке исключения
4) место лечения определяется по желанию больной
5) лечение желательно в стационаре
111. У ЖЕНЩИНЫ, ПОЛУЧИВШЕЙ ПОЛНОЦЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ГОНОРЕЙНОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА, ПРИ ПЕРВОМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОМ КОНТРОЛЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ В МАЗКАХ ВНОВЬ ВЫЯВЛЕНЫ ГОНОКОККИ. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ РЕЦИДИВА НУЖНЫ КРИТЕРИИ
1) отсутствия жалоб
2) клинического выздоровления после лечения
3) нормализации количества лейкоцитов в мазках после лечения
4) случайной половой связи
5) сохранения клинических проявлений заболевания после лечения и высокого лейкоцитоза в мазках после лечения
112. У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГОНОКОККОМ ПОРАЖАЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ
1) влагалища
2) уретры
3) цервикального канала
4) матки и придатков матки
5) правильно 1) и 2)
113. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОНОРЕЕ У ДЕВОЧКИ В ФАЗЕ РЕМИССИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
1) учащенное болезненное мочеиспускание
2) зуд в области половых органов
3) гнойные выделения из половой щели
4) гиперемия наружных половых органов
5) отсутствие жалоб
114. ГОНОРЕЯ ГЛАЗ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ
1) континуитатно
2) распространения инфекции лимфогенным путем
3) распространения инфекции гематогенным путем
4) всего перечисленного
5) занесения инфекции в глаза загрязненными руками
115. БОЛЬНЫМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ПРЕДПОЛАГАЕМЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ ГОНОРЕЕЙ, В СЛУЧАЕ, КОГДА ГОНОКОККИ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ, СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЛЕЧЕНИЕ
1) по схеме свежей острой гонореи
2) по схеме свежей торпидной гонореи
3) по схеме хронической гонореи
4) по схеме лечения рецидива гонореи
5) проводить лечение не следует
116. РАННИЕ РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ ВОЗНИКАЮТ
1) через 1-2 дня
2) от 3-х дней до 1 месяца
3) через 1-2 месяца
4) через 2-6 месяцев
5) через 6-8 месяцев
117. ЖЕНЩИНЕ С ДИАГНОЗОМ: ХРОНИЧЕСКАЯ ВОСХОДЯЩАЯ ГОНОРЕЯ ПРОВЕДЕНО КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЕН. ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОКОККИ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ.ТАКТИКА ВРАЧА
1) может быть снята с учета
2) клинико-лабораторное обследование во время и по окончании и ближайшей менструации
3) клинико-лабораторное обследование в течение 2-3 менструальных циклов
4) клинико-лабораторное обследование в течение 4 месяцев
5) клинико-лабораторное обследование в течение 6 месяцев
118. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛУЖАТ
1) электролечение
2) лечение ультразвуковыми колебаниями

3) УВЧ-терапия, микроволновая терапия
4) свето-тепло-водолечение
5) все перечисленное
119. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ РУБЦОВО-СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССАХ ПОКАЗАН ЭЛЕКТРОФОРЕЗ
1) с кальцием
2) с йодистым калием, сернокислым цинком
3) с антибиотиками
4) с новокаином
5) со всем перечисленным
120. ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПОДОСТРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ПОКАЗАН ЭЛЕКТРОФОРЕЗ
1) с кальцием
2) с йодистым калием, сернокислым цинком
3) с антибиотиками
4) с новокаином
5) со всем перечисленным
121. ЖЕНЩИНАМ, БОЛЬНЫМ ГОНОРЕЕЙ, УВЧ-ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА
1) при остром восходящем процессе
2) при свежем торпидном процессе
3) при хроническом процессе
4) при хроническом восходящем процессе
122. ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СИДЯЧИХ ВАНН В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1) острый воспалительный процесс внутренних половых органов
2) кровотечение
3) беременность
4) противопоказаний нет
5) все перечисленное, кроме 4)
123. ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ТЕПЛОЛЕЧЕНИЯ (ПАРАФИН, ОЗОКЕРИТ) В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1) острые воспалительные процессы
2) туберкулез легких и сердечно-сосудистые заболевания
3) функциональные заболевания центральной нервной системы
4) злокачественные опухоли
5) все перечисленное
124. НАЗНАЧЕНИЕ ИНДУКТОТЕРАПИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИ ТЕЧЕНИИ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В ФОРМЕ
1) свежая острая
2) свежая острая, подострая
3) свежая торпидная, хроническая
4) острая восходящая
5) хроническая в стадии обострения
125. В СЛУЧАЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПЕНИЦИЛЛИНА БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ С ДИАГНОЗОМ: ХРОНИЧЕСКИЙ ГОНОРЕЙНЫЙ УРЕТРИТ, ЭНДОЦЕРВИЦИТ, ПРОКТИТ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ АНТИБИОТИКИ
1) эритромицин, левомицетин, абактал
2) эритромицин, левомицетин, бисептол
3) эрициклин, рифампицин, цефобил
4) эритромицин, сумамед, левомицетин
5) эрициклин, левомицетин, бисептол
126. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) острый воспалительный процесс
2) беременность
3) менструация
4) противопоказаний нет
5) все перечисленное, кроме 4)
127. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) обнаружением «ключевых клеток» > 20%
2) щелочной реакцией выделений
3) «аминным» запахом при проведении пробы с 10% раствором КОН
4) наличием «кремообразного» отделяемого в заднем своде влагалища
5) всем перечисленным
128. ОБЩИМИ ЖАЛОБАМИ ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА И БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ
1) выделения из влагалища
2) неприятный запах отделяемого
3) зуд, жжение или чувство дискомфорта в области наружных половых органов
4) эрозии на слизистых оболочках гениталий
5) все перечисленное
129. СИМПТОМАМИ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) уретрит, эндоцервицит

2) эндометрит, сальпингоофорит
3) гормон-зависимая опухоль яичника
4) нарушение менструального цикла, бесплодие
5) все перечисленное
152
130. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНО-КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ
1) антибактериальные препараты
2) противогрибковые препараты
3) препараты группы фторхинолонов
4) противопротозойные препараты
5) иммунокорректоры
131. ВЛАГАЛИЩНАЯ ГАРДНЕРЕЛЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1) факультативный анаэроб
2) факультативный аэроб
3) облигатный анаэроб
4) облигатный аэроб
5) верно 2) и 3)
132. ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НА ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ
1) t 35-37 С, pH >5.7
2) t 38-40 С, pH > 4.0
3) t 35-37 С, pH > 4.0
4) t 35-37 С, pH < 4.0
5) t 38-40 С, pH < 4.0
133. КУЛЬТИВИРОВАНИЕ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ПРОИЗВОДИТСЯ
1) в термостате при t 35-37 С
2) в термостате при повышенной концентрации СО 2
3) в анаэростате
4) в изоляции на клетках Мак-Коя
5) в термостате при повышенной концентрации СО 2 и в анаэростате одновременно
134. ОСНОВНЫМ ПРОДУКТОМ ФЕРМЕНТАЦИИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1) молочная кислота
2) уксусная кислота
3) муравьиная кислота
4) янтарная кислота
5) масляная кислота
135. БОЛЬШИНСТВО ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ПРЕПАРАТАМ
1) группы аминогликозидов
2) группы фторхинолонов
3) группы тетрациклина
4) группы метронидазола
5) группы цефалоспоринов
136. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЛАГАЛИЩНАЯ ГАРДНЕРЕЛЛА ОТНЕСЕНА В ГРУППУ
1) облигатно-патогенных микроорганизмов
2) условно-патогенных микроорганизмов
3) резидентной микрофлоры
4) все перечисленное правильно
5) все перечисленное неверно
137. В РАЗВИТИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ОСНОВНАЯ РОЛЬ НЕ ПРИНАДЛЕЖИТ
1) состоянию иммунологической реактивности макроорганизма
2) инфицирующей дозе влагалищной гарднереллы
3) вирулентности влагалищной гарднереллы
4) частоте смены половых партнеров
5) наличию ассоциантов
138. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЬЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НЕ ВКЛЮЧАЮТ
1) исследование нативного препарата
2) окраску 0,5% водным бриллиантовым зеленым
3) окраску по Граму
4) окраску по Романовскому - Гимзе
5) реакцию иммунофлюоресценции
139. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ГАРДНЕРЕЛЛЕЗА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ, ОКРАШЕННЫХ ПО ГРАМУ, НЕСТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ОБНАРУЖЕНИЯ В ОТДЕЛЯЕМОМ
1) «ключевых» клеток
2) снижения количества лейкоцитов в поле зрения до 1-2
3) клеток с признаками атипии
4) снижения или полного отсутствия палочек Додерлейна
5) организмов рода Мобилункус или Лептотрикс

140. ДИАГНОЗ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ
1) микроскопического исследования
2) микробиологического исследования
3) клинико-лабораторного анализа
4) реакции иммунофлюоресценции
5) ДНК-гибридизации, полимеразной цепной реакции
141. ЖЕНЩИНЕ 25 ЛЕТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. ПОЛОВОЙ ПАРТНЕР ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ. ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЬНЕ ОБНАРУЖЕН. ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ПАРТНЕРА.
1) в лечении не нуждается
2) лечение по желанию пациента
3) лечение обязательно
4) клиническое наблюдение в течение1,5 месяцев
5) клинико-лабораторное наблюдение в течение 1,5 месяцев
142. ТЕРМИНОМ «КЛЮЧЕВАЯ» КЛЕТКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ
1) клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения
2) клетка влагалищного эпителия, покрытая грам-вариабельной мономорфной, упорядоченной палочковой флорой
3) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами.
4) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам- положительной палочковой флорой
5) споровая форма микроорганизма
143. НОВОРОЖДЕННЫМ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ ХЛАМИДИЙ В СРОКИ
1) при рождении и на 5-6-й день жизни
2) на 5-6-й день жизни
3) только при рождении
4) через 1 месяц после рождения
5) каждый месяц в течение 3 месяцев
144. У НОВОРОЖДЕННОГО, ИНФИЦИРОВАННОГО ХЛАМИДИЯМИ, НАИБОЛЬШАЯ ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МАТЕРИАЛА
1) со слизистой оболочки носа
2) со слизистой оболочки задней стенки глотки
3) с наружного слухового прохода
4) с паховой складки
5) с пуповинного остатка
145. ИДЕНТИФИКАЦИЯ УРЕАПЛАЗМЫ НЕ ПРОВОДИТСЯ
1) окраской мазков по Папаниколау
2) прямым тестом на уреазу с индикатором марганца сульфата
3) прямым посевом на плотную питательную среду, содержащую марганца сульфат
4) тестом на уреазу в жидкой питательной среде с последующим культивированием на плотные питательные среды
5) ДНК-гибридизацией, полимеразной цепной реакцией
146. НАЛИЧИЕ ГИПЕРЕМИИ, ОТЕКА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) патогномоничным признаком
2) следствием сопутствующей инфекции
3) отражением степени воспалительного процесса
4) отражением давности заболевания
5) отражением вирулентности инфекционного агента
147. ЖЕНЩИНА 22-Х ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА ОБИЛЬНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧЕНЫ УМЕРЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕЧНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ПРЕДДВЕРИЯ. УТОЧНИТЕ ДИАГНОЗ
1) свежий, подострый бактериальный вагиноз
2) свежий торпидный бактериальный вагиноз
3) хронический бактериальный вагиноз
4) обострение хронического бактериального вагиноза

5) свежий бактериальный вагиноз
148. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ, ПРОТЕКАЮЩИЙ В ВИДЕ МОНОИНФЕКЦИИ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЖАЛОБАМИ
1) на незначительное количество выделений с неприятным запахом, усиливающимся во время менструации и полового контакта
2) обильные выделения с неприятным запахом, зуд, жжение в области наружных половых органов
3) дизурические явления, зуд, жжение в области наружных половых органов
4) ноющие боли внизу живота, обильные выделения с неприятным запахом
5) все перечисленное правильно
149. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА МОЖНО ПРОВОДИТЬ
1) через 3 дня после аборта
2) через 3-7 дней после аборта
3) через 10 дней после аборта
4) через 20 дней после аборта
5) после первой менструации
150. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРИХОМОНИАЗА У РЕБЕНКА ПОДЛЕЖАТ ОБСЛЕДОВАНИЮ
1) мать и отец
2) другие члены семьи, ухаживающие за ребенком (бабушка, сестра)
3) персонал группы детского дошкольного учреждения (воспитательница, няня)
4) дети, посещающие группу дошкольного детского учреждения
5) все перечисленные
151. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ ПРОСТАТИТА, КРОМЕ
1) катарального
2) фолликулярного
3) грануляционного
4) паренхиматозного
5) абсцесса предстательной железы
152. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕИ НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ
1) антибиотиков и аутогемотерапии
2) пирогенала
3) гоновакцины
4) биогенных стимуляторов
5) антибиотиков и местного лечения
153. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТРЫ, ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ЖЕЛЕЗ У БЕРЕМЕННОЙ ПРОВОДИТСЯ
1) только в I триместре
2) только во II триместре
3) только в III триместре
4) независимо от срока беременности
5) не проводится
154. ПРИ ГОНОРЕЕ У ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЕТСЯ
1) уретра
2) влагалище
3) прямая кишка
4) шейка матки
5) все перечисленное, кроме 2)
155. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ОДНОВРЕМЕННОГО НАЗНАЧЕНИЯ НЕСКОЛЬКИХ АНТИБИОТИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ
1) осложненная и восходящая гонорея
2) хроническая гонорея
3) острая гонорея
4) свежая, торпидно протекающая гонорея
5) все перечисленные
156. ЖЕНЩИНА ПО ПОВОДУ ГОНОРЕИ ПОЛУЧИЛА ПОЛНОЦЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ. В ПЕРВОМ КОНТРОЛЕ ОБНАРУЖЕНЫ ГОНОКОККИ. ПОЛОВЫЕ СВЯЗИ КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТРИЦАЕТ. ТАКТИКА ВРАЧА
1) лечение другими антибиотиками
2) лечение по схемам хронической гонореи с предварительным установлением чувствительности гонококка к антибиотикам
3) лечение по схеме острой гонореи
4) лечение только гоновакциной
5) местное лечение
157. ЗАБОР МАТЕРИАЛА У ЖЕНЩИН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ ОЧАГОВ
1) заднего и боковых сводов влагалища
2) уретры, цервикального канала, влагалища
3) уретры, цервикального канала
4) уретры, эндоцервикального канала, прямой кишки
5) эндоцервикального канала

158. БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НЕ ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ
1) нативного препарата
2) окраски метиленовым синим
3) окраски по Граму
4) окраски по Романовскому - Гимзе
5) окраски бриллиантовым зеленым
159. ДЕТЯМ СТАРШЕ 3-Х ЛЕТ, БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОНОРЕЕЙ, НАЗНАЧАЕТСЯ ГОНОВАКЦИНА. УКАЖИТЕ ВЫСШУЮ ОДНОКРАТНУЮ ДОЗУ ГОНОВАКЦИНЫ, ВВОДИМУЮ ДЕТЯМ
1) 50-100 млн. микробных тел
2) 150-200 млн микробных тел
3) 250-300 млн. микробных тел
4) 300-400 млн микробных тел
5) 500 млн. микробных тел
160. БОЛЬШИНСТВО ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ПРЕПАРАТАМ
1) группы аминогликозидов
2) группы фторхинолонов
3) группы тетрациклина
4) группы метронидазола
5) группы цефалоспоринов
161. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОГО УРЕТРИТА ПРИМЕНЯЮТ
1) пенициллин
2) метронидазол
3) вильпрафен
4) левамизол
5) аспирин
162. В ДИАГНОСТИКЕ УРЕАПЛАЗМОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) тест на уреазу
2) реакция Борде -Жангу
3) реакция Закса-Витебского
4) проба Бальцера
5) обследование с помощью лампы Вуда
163 .ГОНОРЕЯ ГЛАЗ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ
1) континуитатного распространения
2) распространения инфекции лимфогенным путем
3) распространения инфекции гематогенным путем
4) занесения инфекции в глаза загрязненными руками или в процессе родового акта
164. В ЛЕЧЕНИИ АУТОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) этиотропная терапия
2) кортикостероидные гормоны
3) цитостатики
4) анаболические гормоны, препараты калия
5) противовирусные препараты
165. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ
1) с хламидиями
2) с дрожжевым мицелием
3) с трихомонадами
4) с уреаплазмой
5) с гарднереллами
166. ДИАГНОЗ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕН
1) окраской мазков по Папаниколау
2) окраской мазков по Цилю-Нильсону
3) окраской мазков бриллантовым зеленовым
4) кожной пробой
5) микроскопией нативного препарата
167. У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГОНОКОККОМ ПОРАЖАЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ
1) влагалища
2) полости рта
3) цервикального канала
4) матки и придатков матки
5) глаз
168. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА
1) окраска мазков метиленовым синим
2) окраска мазков по Романовскому-Гимзе
3) исследование нативного препарата
4) полимеразная цепная реакция
5) реакция Колмера
169. ДИССЕМИНАЦИИ ГОНОКОККОВ СПОСОБСТВУЮТ
1) интеркуррентные заболевания
2) интоксикации
3) травмы слизистой оболочки уретры
4) длительно не диагностируемый процесс
5) все выше перечисленное

170. ДЛЯ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО
1) гонорейный артрит
2) гонорейное поражение глаз
3) гонорейное поражение кожи
4) гонококковый перигепатит
5) гонорейный сепсис
171. ПРИ ГОНОРЕЕ ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЮТ НА ГОНОКОККИ
1) уретру
2) отделяемое влагалища
3) пунктат суставов
4) глотку
5) слизистую рта
172. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕИ И ХЛАМИДИОЗА ПРИМЕНЯЮТСЯ
1) антибактериальные препараты
2) противогрибковые препараты
3) противовирусные препараты
4) противопротозойные препараты
5) метотрексат
173. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГОНОРЕЕ НИЖНЕГО ОТДЕЛА МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА ПРИМЕНЯЕТСЯ
1) при свежей подострой форме
2) при везикулите
3) при свежей торпидной форме
4) при свежеострой форме
5) при простатите
174. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА
1) окраска мазков метиленовым синим
2) окраска мазков по Граму
3) выделение возбудителя на клетках Мак-Коя
4) окраска мазков по Романовскому-Гимзе
5) реакция Колмера
175. ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ХАРАКТЕРНЫ
1) уретрит, простатит
2) дерматит
3) деменция
4) недостаток вит. В6
5)обнаружение в мазках трихомонад
176. ВЛАГАЛИЩНАЯ ГАРДНЕРЕЛЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1) грам-отрицательные коккобациллы
2) грам-вариабельные коккобациллы
3) грам-положительные кокковые формы микроорганизмов
4) грам-положительные бациллярные формы микроорганизмов
5) грам-вариабельные кокковые формы микроорганизмов
Ответы:
Общая дерматология
1. Морфология, физиология нормальной кожи человека. Гистопатология кожи
001 1 011 2 021 1 031 1
002 5 012 1 022 5 032 3
003 2 013 3 023 2 033 5
004 5 014 5 024 2 034 1
005 5 015 5 025 5 035 5
006 4 016 3 026 1 036 5
007 1 017 3 027 1 037 2
008 5 018 3 028 2 038 5
009 1 019 5 029 4
010 4 020 1 030 5
2. Общие принципы диагностики кожных заболеваний. Морфологические элементы сыпи
001 5 016 5 031 1
002 5 017 4 032 5
003 5 018 2 033 2
004 5 019 3 034 3
005 5 020 5 035 1
006 1 021 2 036 1
007 5 022 1 037 1
008 5 023 1 038 2
009 5 024 1 039 4
010 3 025 1 040 2
011 5 026 3 041 1
012 5 027 5 042 3
013 3 028 2 043 4
014 5 029 3 044 3
015 4 030 1 045 5
Инфекционные и паразитарные заболевания кожи
1. Пиодермии. Чесотка
001 1 016 4 031 4 046 4
002 3 017 1 032 3 047 1
003 4 018 1 033 4 048 5
004 2 019 3 034 2 049 4
005 2 020 3 035 3 050 1
006 4 021 1 036 3 051 3
007 3 022 5 037 4
008 5 023 2 038 2
009 1 024 5 039 3
010 4 025 2 040 1
011 1 026 2 041 5
012 3 027 5 042 1
013 2 028 2 043 1

014 5 029 1 044 1
015 3 030 1 045 2

2. Грибковые заболевания кожи

001 5 023 3 045 3 067 2
002 4 024 4 046 2 068 5
003 3 025 2 047 5 069 1
004 3 026 3 048 5 070 2
005 5 027 2 049 1 071 1
006 3 028 1 050 1 072 5
007 5 029 2 051 3 073 2
008 1 030 5 052 1 074 4
009 5 031 3 053 4 075 5
010 1 032 2 054 3 076 2
011 1 033 5 055 4 077 2
012 3 034 5 056 5 078 3
013 1 035 1 057 5 079 3
014 5 036 5 058 4 080 3
015 5 037 5 059 4 081 5
016 1 038 2 060 5 082 3
017 4 039 1 061 4 083 4
018 5 040 5 062 5 084 3
019 4 041 2 063 1 085 5
020 3 042 5 064 3 086 3
021 5 043 2 065 5 087 4
022 4 044 5 066 1

3. Туберкулез кожи. Лейшманиоз. Лепра.

001 5 016 5 031 4 046 3
002 2 017 1 032 4 047 5
003 4 018 5 033 4 048 2
004 5 019 5 034 1 049 2
005 4 020 5 035 3 050 2
006 2 021 4 036 2 051 5
007 1 022 4 037 3 052 5
008 4 023 5 038 3 053 5
009 2 024 5 039 5 054 5
010 2 025 1 040 5 055 3
011 4 026 1 041 3 056 1
012 3 027 5 042 5 057 5
013 5 028 4 043 5
014 1 029 5 044 5
015 1 030 2 045 1

4. Вирусные дерматозы

001 5 011 5 021 5 031 3
002 5 012 1 022 2 032 5
003 1 013 2 023 2
004 2 014 1 024 5
005 5 015 1 025 5
006 1 016 4 026 3
007 3 017 2 027 1
008 5 018 2 028 1
009 5 019 1 029 1
010 5 020 2 030 5

Неинфекционные заболевания кожи

1. Аллергические дерматозы

001 1 016 5 031 4 046 4
002 5 017 4 032 1 047 5
003 1 018 2 033 1 048 1
004 2 019 4 034 2
005 5 020 1 035 2
006 1 021 1 036 5
007 4 022 1 037 2
008 3 023 3 038 3
009 3 024 2 039 4
010 1 025 2 040 4
011 3 026 5 041 2
012 1 027 4 042 3
013 5 028 5 043 5
014 1 029 2 044 3
015 5 030 4 045 3

2. Псориаз. Красный плоский лишай

001 1 008 1 015 5 022 4
002 5 009 3 016 5 023 2
003 5 010 4 017 5 024 3
004 5 011 3 018 5 025 5
005 5 012 3 019 2 026 5
006 1 013 1 020 5 027 4
007 1 014 2 021 1

3. Буллезные дерматозы

001 1 016 5 031 1 046 1
002 1 017 5 032 5 047 5
003 2 018 5 033 3 048 5
004 1 019 3 034 2 049 5
005 2 020 1 035 3 050 1
006 3 021 3 036 4 051 3
007 5 022 4 037 5 052 1
008 3 023 1 038 4 053 2
009 1 024 2 039 1
010 3 025 3 040 1
011 5 026 4 041 3
012 4 027 1 042 3
013 4 028 5 043 5
014 5 029 2 044 1
015 2 030 3 045 5

4. Болезни соединительной ткани

001 5 008 5 015 5 022 4
002 5 009 1 016 1 023 4
003 4 010 2 017 4 024 5
004 5 011 1 018 5 025 1
005 4 012 5 019 1 026 4
006 1 013 1 020 4
007 2 014 1 021 4

Особенности патологии кожи и лечения дерматозов у детей

001 2 016 1 031 1 046 4

002 5 017 1 032 2 047 5
003 2 018 1 033 3 048 5
004 1 019 1 034 2 049 1
005 1 020 5 035 2 050 1
006 2 021 2 036 3 051 5
007 1 022 3 037 1 052 5
008 5 023 3 038 1
009 1 024 2 039 4
010 1 025 1 040 5
011 1 026 2 041 5
012 1 027 1 042 5
013 1 028 1 043 4
014 1 029 2 044 1
015 1 030 1 045 5

Инфекции, передаваемые половым путем

1. Сифилис

001 5 030 5 059 5 088 5
002 1 031 5 060 4 089 1
003 3 032 4 061 5 090 3
004 4 033 2 062 1 091 5
005 4 034 2 063 3 092 4
006 1 035 2 064 1 093 4
007 5 036 2 065 4 094 3
008 4 037 3 066 3 095 4
009 3 038 5 067 5 096 3
010 4 039 5 068 1 097 5
011 1 040 1 069 3 098 2
012 5 041 1 070 4 099 1
013 5 042 3 071 1 100 2
014 4 043 1 072 5 101 2
015 5 044 1 073 5 102 2
016 1 045 1 074 3 103 4
017 2 046 4 075 5 104 5
018 5 047 5 076 3 105 5
019 1 048 4 077 1 106 5
020 3 049 4 078 5 107 5
021 5 050 1 079 1 108 2
022 1 051 1 080 3 109 2
023 5 052 1 081 5 110 2
024 5 053 1 082 1 111 1
025 4 054 3 083 3 112 5
026 3 055 5 084 3 113 3
027 5 056 1 085 3
028 3 057 1 086 5
029 3 058 5 087 2

2. ВИЧ – инфекция

001 5 005 1 009 2 013 5
002 2 006 1 010 1 014 4
003 5 007 1 011 3
004 1 008 2 012 5

3. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов

001 1 045 2 089 2 133 5
002 3 046 3 090 5 134 2
003 3 047 3 091 4 135 4
004 3 048 3 092 5 136 2
005 5 049 2 093 1 137 4
006 3 050 4 094 1 138 4
007 5 051 5 095 3 139 3
008 4 052 5 096 3 140 3
009 5 053 3 097 5 141 3
010 5 054 3 098 1 142 3
011 4 055 4 099 3 143 1
012 3 056 2 100 2 144 2
013 5 057 1 101 5 145 1
014 5 058 3 102 3 146 2
015 5 059 1 103 2 147 1
016 5 060 1 104 3 148 1
017 5 061 1 105 5 149 3
018 1 062 3 106 5 150 1
019 2 063 5 107 3 151 3
020 2 064 1 108 3 152 1
021 5 065 5 109 5 153 4
022 3 066 5 110 5 154 5
023 2 067 5 111 5 155 1
024 5 068 5 112 5 156 2
025 4 069 5 113 5 157 1
026 2 070 4 114 5 158 4
027 3 071 5 115 3 159 5
028 5 072 4 116 2 160 4
029 5 073 3 117 3 161 3
030 5 074 2 118 5 162 1
031 5 075 5 119 5 163 4
032 5 076 5 120 1 164 5
033 5 077 4 121 1 165 3
034 5 078 5 122 5 166 5
035 1 079 5 123 5 167 1
036 5 080 2 124 3 168 4
037 4 081 2 125 2 169 5
038 5 082 5 126 5 170 2
039 2 083 1 127 5 171 1
040 2 084 1 128 5 172 1
041 5 085 5 129 5 173 3
042 2 086 1 130 4 174 3
043 2 087 2 131 1 175 1
044 2 088 2 132 3 176 3