**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и**

**социального развития Российской Федерации**

**Тестовый контроль**

**Билет №\_\_7\_\_\_**

**на 2018-19 учебный год**

**по дисциплине «Дерматовенерология»**

для специальности 31.05.03 Стоматология

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе

д.м.н.,проф.

С.Ю.Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г.

1. КЛЕТКИ ЛАНГЕРГАНСА РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛОЕ КОЖИ
   1. блестящем
   2. зернистом
   3. роговом
   4. шиповатом
   5. сетчатом
2. СЛОИ ДЕРМЫ
   1. сосочковый и сетчатый
   2. базальный и шиповидный
   3. зернистый и роговой
   4. гранулярный и сетчатый
   5. шиповидный и сосочковый
3. МЕЙБОМИЕВЫ ЖЕЛЕЗЫ НА КОЖЕ ВЕК - ЭТО
   1. свободные сальные железы
   2. сальные железы, связанные с волосяным фолликулом
   3. апокринные потовые железы
   4. экринные потовые железы
   5. экринные и апокринные потовые железы
4. 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
5. в состав волоса НЕ ВХОДИТ
   1. стержень
   2. тело
   3. корень
   4. волосяная луковица
   5. сальная железа
6. СРЕДНЕЕ СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА МЕЛАНОЦИТОВ И ЭПИДЕРМОЦИТОВ КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ
   1. 1:3
   2. 1:6
   3. 1:11
   4. 1:25
   5. 1:50
7. для паракератоза характерно
   1. утолщение зернистого слоя
   2. межклеточные щели с жидкостью
   3. утолщение рогового слоя
   4. утолщение шиповидного слоя
   5. наличие клеток с ядрами в роговом слое
8. Комплексное клиническое исследование кожи НЕ включает
   1. граттаж (поскабливание)
   2. пальпацию
   3. диаскопию
   4. измерение электросопротивления
   5. пробное лечение
9. Оценка морфологических элементов НЕ предусматривает определение
   1. размеров и цвета
   2. формы и конфигурации
   3. консистенции
   4. поверхности, дна, содержимого, границ
   5. симптома Никольского
10. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
    1. исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков
    2. ограничение углеводов
    3. ограничение белков
    4. ограничение поваренной соли
    5. снижение калорийности пищевого рациона
11. БЕСПОЛОСТНОЙ ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ
    1. волдырь
    2. гнойничок
    3. пузырек
    4. пузырь
    5. гиперпигментация
12. МЕСТНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА – ЭТО
    1. феномен Артюса - Сахарова (ягодичная реакция)
    2. контактный аллергический пидерматит
    3. конъюнктивит
    4. фарингит
    5. глоссит
13. БОЛЬ ПРИ УДАЛЕНИИ ЧЕШУЕК ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
    1. псориазе
    2. красной волчанке
    3. себорее
    4. экземе
    5. микозе стоп
14. РУБЕЦ ОСТАЕТСЯ ПОСЛЕ ЭВОЛЮЦИИ
    1. папулы
    2. везикулы
    3. бугорка
    4. волдыря
    5. пятна
15. ЧЕСОТКА ВЫЗЫВАЕТСЯ
    1. головными вшами
    2. платяными вшами
    3. чесоточным клещом
    4. лейшманиями
    5. туберкулезной палочкой
16. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЧЕСОТКИ:
    1. симптом Ауспитца
    2. симптом Кебнера
    3. симптом Поспелова
    4. симптом Арди – Мещерского
    5. симптом Никольского
17. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧЕСОТКИ

1) дерматоз Дюринга

2) микроспория

3) красный плоский лишай

4) почесуха

5) простой пузырьковый лишай

1. ОСНОВНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ СТАФИЛОДЕРМИЯХ
   1. бугорок
   2. лихенификация
   3. папула
   4. пустула
   5. вегетации
2. ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛОДЕРМИИ
   1. остиофолликулит
   2. фурункул
   3. гидраденит
   4. карбункул
   5. импетиго
3. ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ ПРИМЕНЯЮТ
   1. растворы анилиновых красителей
   2. влажно-высыхающие повязки
   3. примочки с фурациллином
   4. кортикостероидные мази
   5. противовирусные мази
4. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
   1. наличии неизвестного аллергена, вызвавшего заболевание
   2. поливалентной сенсибилизации
   3. наличия противопоказаний для проведения аллергологического обследования
   4. нет верного ответа
   5. верно 1,2,3
5. В КЛАССИФИКАЦИЮ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ВХОДЯТ
   1. кератомикозы
   2. дерматомикозы
   3. дерматозоонозы
   4. кандидозы
   5. глубокие микозы
6. В ЛЕЧЕНИИ ТРИХОМИКОЗОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
   1. серно-дегтярная мазь
   2. 2% настойка йода
   3. ламизил
   4. линкомицин
   5. экзодерил
7. ИСТОНЧЕНИЕ И ОТТОРЖЕНИЕ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНКИ ОТ НОГТЕВОГО ЛОЖА – ЭТО
   1. кератолизис
   2. онихолизис
   3. трихолизис
   4. эпидермолизис
   5. сквамолизис
8. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МИКОЗОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
   1. микроскопию пораженных волос и чешуек кожи
   2. культуральную диагностику
   3. мазки-отпечатки с очагов поражения
   4. гистологическое исследование
   5. люминесцентную диагностику
9. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА КОЖИ
   1. бугорки
   2. влажные эрозии
   3. рубцы
   4. «серозные колодцы»
   5. инфильтрация кожи
10. ЭРИТРАЗМА ОТНОСИТСЯ
    1. к кератомикозам
    2. к дерматофитиям
    3. к псевдомикозам
    4. к глубоким микозам
    5. к кандидозам
11. МЕТОД ДЕМЬЯНОВИЧА ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
    1. отрубевидного лишая
    2. кандидоза
    3. чесотки
    4. актиномикоза
    5. правильно 1, 3
12. САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ
    1. скрофулодерма
    2. волчанка туберкулезная
    3. туберкулез кожи бородавчатый
    4. туберкулез милиарно-язвенный
    5. туберкулез кожи папулонекротический
13. Узлы при колликвативном туберкулезе характеризуются
    1. типичной локализацией на спине
    2. подвижностью
    3. плотностью
    4. безболезненностью
    5. болезненностью
14. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ СКРОФУЛОДЕРМЫ НЕ ПРОВОДЯТ С
    1. сифилитическими гуммами
    2. гуммозно-узловатой формой актиномикоза
    3. хронической язвенной пиодермией
    4. красной волчанкой
    5. глубоким васкулитом
15. Поздно изъязвляющийся лейшманиоз кожи является
    1. зоонозным
    2. антропонозным
    3. антропозоонозным
    4. нет верного ответа
    5. верно 1,2
16. 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
17. 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
18. При лепроматозном типе лепры развиваются
    1. хронические отеки и слоновость
    2. пахово-бедренные адениты
    3. изьязвления
    4. нет верного ответа
    5. верно 1,2,3
19. наиболее характерный признак простого герпеса
    1. склонность к рецидивированию
    2. хроническое длительное течение без периодов ремиссий
    3. начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте
    4. редкое возникновение рецидивов после нервного перенапряжения
    5. острое течение заболевания без склонности к хронизации
20. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ ВЫЗЫВАЕТСЯ
    1. стафилококками
    2. стрептококками
    3. вирусом простого герпеса
    4. фильтрирующимся вирусом
    5. микроспорумом
21. Высыпания при опоясывающем лишае НЕ представлены
    1. эритемой
    2. отеком
    3. язвами
    4. некрозом
    5. лихенификацией
22. для опоясывающего лишая характерно
    1. группа пузырьков
    2. вегетации
    3. папулы
    4. бугорки
    5. узлы
23. 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
24. 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
25. Методы лечения рецидивирующего герпеса не включают
    1. противовирусную антибиотикотерапию
    2. специфическую и неспецифическую иммунотерапию
    3. лечение индукторами интерферона
    4. симптоматическую терапию
    5. цитостатики
26. 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
27. МИКРОБНАЯ  ЭКЗЕМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
    1. локализация – нижние конечности; ассиметричными  высыпаниями; четкими границами; полиморфизмом  высыпаний, преобладанием пустул; интенсивным зудом
    2. излюбленная локализация – лицо, разгибательная поверхность конечности; папуло-визикулезными  высыпаниями; хроническим течением; зудом
    3. локализация – ладони и подошвы; характеризуется мозолилстыми гиперкератическими образованиями, глубокими болезненными трещинами; длительным  хроническим течением
    4. излюбленная локализация – боковая поверхность пальцев, ладони характеризуется визикулами, после вскрытия которых эрозии; интенсивным зудом, жжением
    5. излюбленная локализация – разгибательная поверхность конечностей, верхняя часть туловища; характеризуется гиперпигментированными пятнами, на поверхности которых папуло-везикулы, серозно-гнойные корки; зудом и жжением
28. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНО
    1. отсутствие зуда
    2. лихенификация
    3. локализация на спине, волосистой части головы
    4. острое течение
    5. поражение придатков кожи
29. ХАРАКТЕРНЫЕ КОЖНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НЕ СВЯЗАНЫ СО
    1. стафилококками
    2. вирусом герпеса
    3. грибами рода Candida
    4. стрептококками
    5. микобактериями
30. УЗЛОВАЯ ТОКСИКОДЕРМИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ
    1. препаратов йода, брома
    2. кортикостероидов
    3. сульфаниламидов
    4. витаминов
    5. пенициллина
31. 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
32. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО
    1. феномен «дамского каблучка»
    2. интенсивное мокнутие
    3. боль
    4. нарушение функции сальных желез
    5. верно 1,2,3
33. НОГТИ, СУСТАВЫ, ПОЧКИ МОГУТ ПОРАЖАТЬСЯ
    1. при артропатическом псориазе
    2. при эритродермии
    3. при генерализованном пустулезном псориазе
    4. при универсальном псориазе
    5. при себорейном псориазе
34. В СТАЦИОНАРНУЮ СТАДИЮ ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЮТСЯ МАЗИ
    1. кератолитические
    2. антисептические
    3. фунгицидные
    4. противогрибковые мази
    5. противовирусные
35. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА
    1. везикулярная
    2. экссудативно-гиперемическая
    3. эритематозная
    4. узловая
    5. язвенно-вегетирующая
36. Симптомы, характерные для Красного Плоского Лишая
    1. симптом Поспелова
    2. симптом Бенье-Мещерского
    3. симптом «яблочного желе»
    4. симптом Кебнера
    5. симптом Ядассона
37. Клинической формой Красного Плоского Лишая не является
    1. кольцевидная
    2. типичная
    3. атрофическая
    4. бородавчатая
    5. туберкулоидная
38. для вульгарной пузырчатки не характерно
    1. внутриэпидермальный пузырь
    2. субэпидермальный пузырь
    3. симптом Никольского
    4. симптом Асбо-Ганзена
    5. наличие акантолитических клеток
39. ПРИ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НЕ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ ПУЗЫРЕЙ
    1. вокруг естественных отверстий
    2. в области пупка
    3. в области крупных складок
    4. под молочными железами
       1. 5)на слизистой рта
40. 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
41. ОСЛОЖНЕНИЕ, НЕ ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРЧАТКИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ
    1. обострение хронической инфекции
    2. сахарный диабет (стероидный)
    3. гипертензия
    4. пептическая язва
    5. лейкопения
42. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ
    1. продуктов из пшеничной и ржаной муки
    2. углеводов
    3. жиров
    4. минеральной воды
    5. молока
43. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА НЕ ПРОВОДИТСЯ С
    1. вульгарной пузырчаткой
    2. врожденным буллезным эпидермолизом
    3. многоформной экссудативной эритемой
    4. буллезной токсикодермией
    5. псориазом
44. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, ОТЛИЧАЮЩИЙ ПЕМФИГОИД ОТ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ
    1. отсутствие акантолиза
    2. (+) проба Бальцера
    3. злокачественное течение пемфигоида
    4. (+) результат от приема антибиотиков
    5. интрадермальное расположение пузыря
45. КЛИНИЧЕСКИМИМИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ
    1. эритема
    2. пузыри
    3. фолликулярный гиперкератоз
    4. атрофия
46. В ЛЕЧЕНИИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ПРИМЕНЯЮТ
    1. антималярийные препараты
    2. топические кортикостероиды
    3. антиоксиданты
    4. верно 1,2,3
    5. нет верного ответа
47. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ХАРАКТЕРНО
    1. поражение почек
    2. LE-клетки
    3. развитие уретрита
    4. лейкопения
    5. анемия
48. ФОРМОЙ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. линейная (полосовидная)
    2. болезнь белых пятен
    3. бляшечная
    4. верно 1,2
    5. папулезная
49. 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. правильно 1,2,3
    5. ничего из перечисленного
50. Клинические симптомы дискоидной красной волчанки
    1. эритема, плотно сидяшие чешуйки, атрофия
    2. везикулы
    3. пузыри
    4. узелки
    5. лихенификация
51. В лечениИ дискоидной красной волчанки ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. циклоспорин
    2. тигазон
    3. фтивазид
    4. фотозащитные наружные средства
    5. зовиракс
52. ОЧАГИ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ РЕЖЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ НА КОЖЕ
    1. туловища
    2. рук
    3. лица
    4. ног
    5. верно 1,2
53. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
    1. лицо
    2. поясничная область
    3. половые органы
    4. локти и колени
    5. ладони и подошвы
54. Бледная трепонема – это
    1. микроорганизм спиралевидной формы
    2. микроорганизм шарообразной формы
    3. микроорганизм палочковидной формы
    4. микроорганизм нитевидной формы
    5. правильного ответа нет
55. НЕВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ
    1. половой
    2. трансплацентарный
    3. гемотрансфузионный
    4. трансмиссивный
    5. бытовой
56. 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
57. В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА У БОЛЬНЫХ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
    1. твердый шанкр
    2. отрицательная реакция Вассермана
    3. региональный склераденит
    4. положительная реакция Вассермана
    5. широкие кондиломы
58. ЭВОЛЮЦИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРОЗИИ (ПЕРВИЧНОЙ СИФИЛОМЫ)
    1. рубец
    2. бесследно исчезнет
    3. лихенификация
    4. рубцовая атрофия
    5. вегетации
59. ДЛЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТВЕРДОГО ШАНКРА НЕ ХАРАКТЕРНО
    1. правильная форма
    2. безболезненность
    3. уплотнение в основании
    4. серозное отделяемое
    5. болезненность
60. 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
61. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩУЮ

РАЗНОВИДНОСТЬ ТВЕРДОГО ШАНКРА

1) слизистый

2) эзофагальный

3) подмышечный

4) ягодичный

5) генитальный

1. после образования твердого шанкра классические серологические 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
2. ВТОРИЧНЫЕ СИФИЛИДЫ НЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
   1. папулезным сифилидом
   2. пустулезным сифилидом
   3. бугорковым сифилидом
   4. пятнистым сифилидом
   5. везикулезным сифилидом
3. 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
4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА
   1. псориаз
   2. туберкулезная волчанка
   3. крапивница
   4. витилиго
   5. токсикодермия
5. К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА НЕ ОТНОСЯТ
   1. акнеформный
   2. оспенновидный
   3. импетигинозный
   4. рупиоидный
   5. узловатый
6. 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
7. РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОБЛЫСЕНИЯ
   1. мелкоочаговое, диффузное, смешанное
   2. мелкоочаговое, язвенно-некротическое, трихофитоидное
   3. смешанное, язвенно-некротическое
   4. только диффузное
   5. трихофитоидное, язвенно-некротическое
8. 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
9. Обследованию на ВИЧ подлежат
   1. больные гепатитом В и С
   2. грудные дети
   3. пожилые люди
   4. люди молодого возраста
   5. больные аллергодерматозами
10. 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. нет верного ответа
11. В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНО ЗАБОЛЕВАНИЕ
    1. атопический дерматит
    2. рецидивирующие гнойные инфекции
    3. эритематоз
    4. вульгарная пузырчатка
    5. многоформная экссудативная эритема
12. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СПИДА
    1. легочная
    2. кишечная
    3. церебральная
    4. верно 1,2,3
    5. нет верного ответа
13. У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА
    1. свежая острая
    2. свежая подострая
    3. хроническая
    4. латентная
    5. свежая торпидная
14. ПРИ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ФОРМАХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ
    1. гоновакциной
    2. местным лечением
    3. антибиотиками
    4. трихополом
    5. пирогеналом
15. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ
    1. культуральная
    2. бактериологическая (окраска по Грамму)
    3. иммуноферментный анализ
    4. верно 1, 2
    5. окраска по Цилю-Нильсону
16. К ПРЕПАРАТАМ, ВОЗДЕЙСТВУЮЩИМ НА НЕСПЕЦИФИЧЕСКУЮ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА, НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. пирогенал
    2. продигиозан
    3. гоновакцина
    4. левамизол
    5. метилурацил
17. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ УРЕТРЫ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ
    1. промывание кислым раствором
    2. промывание щелочным раствором
    3. инстилляцию ляписа
    4. инстилляцию масляных растворов
    5. бужирование
18. 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
19. ПРИ УРЕТРОСКОПИИ НЕ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ
    1. мягкий инфильтрат
    2. твердый инфильтрат
    3. куперит
    4. колликулит
    5. литтреит
20. 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
21. БОЛЬШИНСТВО ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ПРЕПАРАТАМ
    1. группы аминогликозидов
    2. группы фторхинолонов
    3. группы тетрациклина
    4. группы метронидазола
    5. группы цефалоспоринов
22. 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

Утвержден на заседании кафедры дерматовенерологии протокол №3

от «25» октября 2018г.

Зав. кафедрой дерматовенерологии

с курсом косметологии и ПО имени

профессора В.И.Прохоренкова

д.м.н. Карачева Ю.В.