**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 №\_\_1\_\_\_**

**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. ЭПИДЕРМИС СОСТОИТ ИЗ
	1. 2 слоев
	2. 3 слоев
	3. 4 слоев
	4. 6 слоев
	5. 5 слоев
2. КОЖА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ
	1. эпидермис
	2. эктодерма
	3. мезодерма
	4. нейродерма
	5. экзодерма
3. Бактерицидная активность кожи НЕ 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. степенью кровенаполнения
4. ТЕЛЬЦА МЕЙСНЕРА
	1. самый крупный рецептор кожи
	2. ответственны за чувство глубокого давления
	3. ответственны за чувство холода
	4. расположены в эпидермисе
	5. являются осязательными рецепторами
5. гиперкератоз - ЭТО
	1. атрофия зернистого слоя
	2. утолщение рогового слоя
	3. межклеточные щели с жидкостью
	4. утолщение зернистого слоя
	5. атрофия шиповидного слоя
6. К ЭКССУДАТИВНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ В ЭПИДЕРМИСЕ ОТНОСЯТ
	1. спонгиоз
	2. дискератоз
	3. папилломатоз
	4. акантоз
	5. гиперкератоз
7. ЭКСКРЕЦИЯ ЛЕКАРСТВ С ВЫСОКИМ МОЛЕКУЛЯРНЫМ ВЕСОМ ПРОИЗВОДИТСЯ В ОСНОВНОМ

 1)почками

2)желчной системой

3)кишечником

4)легкими

5) железами кожи

1. Проведение дифференциального диагноза НЕ предусматривает оценку
	1. анамнеза
	2. клинической картины заболевания
	3. результатов лабораторного и гистологического обследования
	4. социального статуса больного
	5. кожных проб
2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ мЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО
	1. компьютерная томография
	2. перкуссия
	3. аускультация
	4. диаскопия
	5. УЗИ
3. Зуд кожи не сопровождает
	1. сахарный диабет
	2. уремию
	3. лимфогранулематоз
	4. цирроз печени
	5. саркому Капоши
4. ПОЛОСТНОЙ ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ
	1. пятно
	2. везикула
	3. бугорок
	4. волдырь
	5. чешуйка
5. РОЗЕОЛА – ЭТО
	1. сосудистое воспалительное пятно размером до 2 см
	2. сосудистое воспалительное пятно размером от 2 до 5 см
	3. сосудистое воспалительное пятно размером от 5 до 10 см
	4. сосудистое воспалительное пятно размером более 10 см
	5. сосудистое воспалительное пятно размером более 15 см
6. ПОНЯТИЕ "ДОЗОВЫЙ РЕЖИМ" НЕ ВКЛЮЧАЕТ
	1. суточные дозы в единицах веса или объема
	2. промежутки между введением
	3. пути введения скорости введения
	4. общую продолжительность лечения
	5. инфильтрацию подкожной клетчатки
7. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ УРТИКАРНОГО ЭЛЕМЕНТА
	1. полость в эпидермисе
	2. акантоз
	3. отек сосочкового слоя дермы
8. ЭНЗИМЫ СТРЕПТОКОККА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПИОДЕРМИТАМ У ДЕТЕЙ
	1. Липаза
	2. Стрептолизины
	3. Ронидаза
	4. Трипсин
	5. Химотрипсин
9. ПРИ ФУРУНКУЛЕЗЕ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАТЬ
	1. кровь на сахар
	2. кровь на билирубин
	3. мочу на креатинин
	4. кал на гельминты
	5. кровь на белок
10. ХРОНИЧЕСКИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПИОДЕРМИИ
	1. стрептококковое импетиго
	2. буллезное импетиго
	3. фурункулез
	4. фурункул
	5. остиофолликулит
11. ВУЛЬГАРНОЕ ИМПЕТИГО
	1. это стафилодермия
	2. это стрептодермия
	3. это болезненный бугорок
	4. это хронический рецидивирующий пиодермит
	5. это стрептостафилодермия
12. 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
13. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ
	1. гипосульфат натрия
	2. эриус
	3. преднизолон
	4. метотрексат
	5. нет верного ответа
14. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПИОДЕРМИЕЙ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
	1. ограничения углеводов
	2. ограничения животных жиров
	3. ограничения белков
	4. увеличения белков.
	5. увеличения витаминов
15. МИКОЗЫ - ЭТО
	1. заболевания, вызываемые лейшманиями
	2. заболевания, вызываемые различными видами грибов
	3. заболевания, вызываемые иксодовыми клещами
	4. заболевания, вызываемые гельминтами
	5. заболевания, вызываемые стрептококками
16. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ
	1. трихофития
	2. кандидоз
	3. дрожжевой глоссит
	4. хейлит
	5. отрубевидный лишай
17. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ
	1. стрептококки
	2. стафилококки
	3. грибы
	4. вирусы
	5. гонококки
18. АНТРОПОФИЛЬНЫЙ ТРИХОФИТОН – ЭТО
	1. malassezia furfur
	2. trichophiton tonsurans
	3. epidermophyton floccosum
	4. candida albicans
	5. trihosporon Beigelii
19. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ
	1. гистологическую биопсию
	2. пробу Ядассона
	3. кожные пробы
	4. РИФ
	5. пробу Бальцера
20. ПРИ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСЫ
	1. не изменены
	2. обломаны на уровне 1-3 мм
	3. обломаны на уровне 4-8 мм
	4. имеют белый «чехлик»
	5. выпадают, не обламываясь
21. ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ
	1. пенициллин
	2. преднизолон
	3. вильпрафен
	4. ламизил
	5. зовиракс
22. К локализованным формам туберкулеза относятся
	1. гематогенный диссеминированный
	2. колликвативный
	3. папуло-некротический
	4. лихеноидный
	5. нет верного ответа
23. 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
24. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ СКРОФУЛОДЕРМЫ НЕ ПРОВОДЯТ С
	1. сифилитическими гуммами
	2. гуммозно-узловатой формой актиномикоза
	3. хронической язвенной пиодермией
	4. красной волчанкой
	5. глубоким васкулитом
25. 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
26. 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
27. 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
28. При туберкулоидной лепре поражение внутренних органов, лимфатических узлов глаз встречается
	1. постоянно
	2. часто
	3. редко
	4. не встречается
	5. правильно 1,2
29. для простого герпеса наиболее характерны
	1. гнойнички, язвы
	2. узелки, чешуйки
	3. папулы, волдыри
	4. бугорки
	5. пузырьки, эрозии
30. ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС
	1. протекает безболезненно
	2. болеют преимущественно гомосексуалисты
	3. относится к ИППП
	4. никогда не рецидивирует
	5. передается воздушно-капельным путем
31. БОРОДАВКИ НЕ БЫВАЮТ:
	1. плоские
	2. юношеские
	3. подошвенные
	4. вульгарные
	5. детские
32. КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК ВЫЗЫВАЕТСЯ
	1. микроспорумом
	2. грибами рода Candida
	3. тельцами Боровского
	4. фильтрирующимся вирусом
	5. микоплазмами
33. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится
	1. интерфероном
	2. поливалентной герпетической вакциной
	3. пирогеналом
	4. иммуноглобулином
	5. левамизолом
34. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ ПРОВОДИТСЯ
	1. интерфероном
	2. поливалентной герпетической вакциной
	3. пирогеналом
	4. иммуноглобулином
	5. левамизолом
35. 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
36. быстрее всех приведет к разрешению отека Квинке
	1. преднизолон
	2. пипольфен
	3. адреналин
	4. глюконат кальция
	5. димедрол
37. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТОКСИКОДЕРМИИ
	1. синдром Стивенса-Джонсона, интертриго, сульфоэритема
	2. некролиз эпидермальный токсический Лайелла, синдром Стивенса-Джонсона, почесуха
	3. интертриго, нейродерматит, сульфоэритема
	4. сульфаэритема, некролиз эпидермальный токсический, синдром Стивенса-Джонсона
	5. некролди эпидермальный токсический Лайлелла, сульфоэритема
38. ЛИХЕНИФИКАЦИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НЕ БЫВАЕТ
	1. в локтевых изгибах
	2. в области подколенных ямок
	3. на задней поверхности шеи
	4. на половых органах
	5. на коже лица
39. ХАРАКТЕРНЫЕ КОЖНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НЕ СВЯЗАНЫ СО
	1. стафилококками
	2. вирусом герпеса
	3. грибами рода Candida
	4. стрептококками
	5. микобактериями
40. Ожог, вызванный концентрированной щелочью, характеризуется
	1. сухим струпом
	2. мягким струпом
	3. нечеткими границами
	4. отсутствием субъективных ощущений
	5. интенсивным зудом
41. 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
42. патогенетическим механизмом развития экземы не является
	1. генетическая предрасположенность
	2. поливалентная сенсибилизация
	3. иммунодефицитное состояние
	4. ионизирующее излучение
	5. дисфункции желудочно-кишечного тракта
43. В СТАЦИОНАРНОЙ стадии экссудативного псориаза назначается
	1. антигистаминные препараты
	2. витамин BI2 и УФО
	3. гипосульфит натрия
	4. 1% салициловая мазь
	5. правильно 1, 3, 4
44. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НЕ ОТНОСИТСЯ
	1. ладонно-подошвенная
	2. кольцевидная
	3. гипертрофическая
	4. буллезная
	5. атрофическая
45. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА НЕ ОТНОСЯТ
	1. экссудативно-гиперемическую
	2. типичную
	3. буллезную
	4. эрозивно-язвенную
	5. везикулярную
46. Наиболее характерной для псориаза является локализация высыпаний
	1. на коже лица
	2. на коже сгибательных поверхностей предплечий
	3. в области локтевых и коленных суставов
	4. на коже туловища
	5. на коже ладоней и подошв
47. При псориазе не поражаются
	1. кожные покровы
	2. суставы
	3. мозговые оболочки
	4. волосистая часть головы
	5. ногтевые пластинки
48. ДЛЯ ПустулезнОГО псориазА Барбера ХАРАКТЕРНО
	1. генерализованные высыпания
	2. локализация высыпаний на коже ладоней и подошв
	3. наличие стерильных пустул
	4. характеризуется полиморфизмом высыпных элементов
	5. правильно 2, 3
49. . 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
50. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРОВОДЯТ
	1. бактериологический посев
	2. серологические реакции
	3. гистологические исследования
	4. пробу Вассермана
	5. исследование лампой Вуда
51. для вульгарной пузырчатки не характерно
	1. внутриэпидермальный пузырь
	2. субэпидермальный пузырь
	3. симптом Никольского
	4. симптом Асбо-Ганзена
	5. наличие акантолитических клеток
52. 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
53. ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА
	1. сульфоновые препараты
	2. сульфаниламиды
	3. ПУВА-терапия
	4. антимикотики
	5. антибиотики
54. 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
55. ДЛЯ многоформной экссудативной эритемы НЕ ХАРАКТЕРНО
	1. полиморфная сыпь
	2. мономорфная сыпь
	3. изменение общего состояния (повышение температуры тела, озноб, слабость, артралгии)
	4. симптом «птичьего глазка»
	5. локализация на тыле кистей, половых органах
56. ДЛЯ многоформной экссудативной эритемы НЕ ХАРАКТЕРНО
	1. появление пузырей на неизмененной коже
	2. появление пузырей на эритематозно-отечных, папулезных элементах
	3. изменение общего состояния (повышение температуры тела, озноб, слабость, артралгии)
	4. симптом «птичьего глазка»
	5. локализация на тыле кистей, половых органах
57. компоненты соединительной ткани, вовлекающиеся в В патологический процесс
	1. коллагеновые и эластические волокна
	2. межуточное вещество
	3. клеточные элементы
	4. цилиндрический эпителий
	5. правильно 1, 2, 3
58. К ПровоцирующиМ факторАМ В РАЗВИТИИ коллагенозов НЕ ОТНОСЯТ
	1. механические травмы
	2. психоэмоциональные перенапряжения
	3. чрезмерная инсоляция
	4. правильно 1,2,3
	5. нет верного ответа
59. К БОЛЕЗНЯМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОТНОСИТСЯ

 1) красная волчанка

2) скрофулодерма

3) экзема

4) токсикодермия

5) псориаз

1. ВОЗНИКНОВЕНИЮ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ СПОСОБСТВУЕТ
	1. генетическая предрасположенность по доминантному типу
	2. генетическая предрасположенность по рецессивному типу
	3. связь с генетической предрасположенностью отсутствует
	4. внутриутробное заражение
	5. верно 2,4
2. РАЗНОВИДНОСТЬЮ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	1. центробежная эритема Биетта
	2. глубокая
	3. папилломатозная
	4. гиперкератотическая
	5. острая
3. ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
	1. пневмосклероз
	2. кардиосклероз
	3. пиелонефрит
	4. нефросклероз
	5. правильно 1,2,4
4. ДИАГНОСТИКА КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
	1. обнаружение палочек Ганзена
	2. обнаружение LE-клеток
	3. нарушение температурной чувствительности
	4. расположение элементов по ходу нервных стволов
	5. наличие телец Боровского
5. Число оборотов спирали бледной трепонемы составляет
	1. 2-4
	2. 6-8
	3. 8-12
	4. 14-18
6. . К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ
	1. (+) реакция Вассермана
	2. обнаружение T.pallidum
	3. характерные клинические проявления
	4. нет верного ответа
	5. все перечисленное верно
7. 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
8. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА
	1. генитальные
	2. эзофагальные
	3. подмышечные
	4. ягодичные
	5. слизистые
9. К РАЗНОВИДНОСТЯМ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ НЕ ОТНОСЯТ
	1. мелкоочаговую
	2. диффузную
	3. смешанную
	4. тотальную
	5. верно 1,2,3
10. 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
11. 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
12. сифилитическая лейкодерма не бывает
	1. линейная
	2. сетчатая
	3. сливная
	4. мраморная
	5. кружевная
13. ДЛЯ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА НЕ ХАРАКТЕРНЫ
	1. сифилитическая лейкодерма
	2. сифилитическая алопеция
	3. папулезный сифилид
	4. широкие кондиломы
	5. бугорки и гуммы
14. ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА НЕ ХАРАКТЕРНО
	1. ограниченность поражения
	2. фокусное расположение элементов сыпи
	3. наклонность элементов к распаду
	4. наличие триады Ауспитца
	5. образование рубцов на месте разрешившихся элементов
15. . ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ ГУММЫ
	1. изъязвление, замещение фиброзной тканью
	2. бесследное исчезновение
	3. вегетация
	4. лихенификация
	5. нет верного ответа
16. клинические проявления третичного сифилиса
	1. пятнистый сифилид
	2. папулезный сифилид
	3. серпигинирующие бугорки туловища
	4. широкие кондиломы
	5. сифилитическое импетиго
17. СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ГУММУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
	1. нейродермитоми
	2. широкими кондиломам
	3. туберкулезом кожи
	4. псориазом
	5. красным плоским лишаем
18. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА
	1. орхит
	2. энтерит
	3. мезаортит
	4. нефросклероз
	5. пиелит
19. СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ГУММУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
	1. нейродермитом
	2. широкими кондиломами
	3. туберкулезом кожи
	4. экземой
	5. псориазом
20. СПИД-маркерные заболевания НЕ включают
	1. оппортунистические инфекции внутренних органов
	2. поражения нервной системы
	3. саркому Капоши
	4. волосатую лейкоплакию языка
	5. красную волчанку
21. 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
22. К признакАМ ВИЧ-инфекции ОТНОСЯТ
	1. лихорадка более одного месяца
	2. длительная лимфаденопатия
	3. потеря массы тела более 10%
	4. верно 1,2,3
	5. нет верного ответа
23. 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
24. Обследованию на ВИЧ подлежат
	1. больные гепатитом В и С
	2. грудные дети
	3. пожилые люди
	4. люди молодого возраста
	5. больные аллергодерматозами
25. ПРИ ГОНОРЕЕ ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЮТ НА ГОНОКОККИ
	1. уретру
	2. отделяемое влагалища
	3. ректум
	4. цервикальный канал
	5. верно 1,3,4
26. 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
27. ЖЕНЩИНЕ 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
28. . ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРЕТРИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ДРОЖЖЕПОДОБНЫМИ ГРИБАМИ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ
	1. канамицин
	2. цепорин
	3. полимиксин
	4. пенициллин
	5. дифлюкан
29. . 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
30. 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
31. ЖЕНЩИНЕ 25 ЛЕТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. ПОЛОВОЙ ПАРТНЕР ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ. ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ НЕ 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
32. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕИ НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ
	1. антибиотиков и ayтогемотерапии
	2. пирогенала
	3. гоновакцины
	4. биогенных стимуляторов
	5. антибиотиков и местного лечения
33. 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
34. Метод диагностики урогенитального хламидиоза
	1. окраска мазков метиленовым синим
	2. окраска мазков по Романовскому-Гимзе
	3. исследование нативного преперата
	4. полимеразная цепная реакция
	5. реакция Колмера

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.