**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 №\_\_4\_\_\_**

**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. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ
   1. базального и зернистого
   2. шиповатого и рогового
   3. зернистого и рогового
   4. блестящего и базального
   5. шиповатого и базального
2. СЛОИ ДЕРМЫ
   1. сосочковый и сетчатый
   2. базальный и шиповидный
   3. зернистый и роговой
   4. гранулярный и сетчатый
   5. шиповидный и сосочковый
3. ПОЛНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ВИДИМОЙ ЧАСТИ НОГТЯ ПРОИСХОДИТ
   1. за 1-2 месяца
   2. за 2-3 месяца
   3. за 3-4 месяца
   4. за4-5месяцев
   5. свыше 5 месяцев
4. ВОЛОСЫ БЫВАЮТ
   1. длинные, пушковые, щетинистые
   2. ворсинчатые, пушковые, длинные
   3. пушковые, фолликулярные
   4. фолликулярные, длинные, щетинистые
   5. фолликулярные, ворсинчатые
5. кровеносные сосуды в коже отсутствуют в
   1. эпидермисе
   2. дерме
   3. гиподерме
   4. сетчатом слое дермы
   5. сосочковом слое дермы
6. гиперкератоз - ЭТО
   1. атрофия зернистого слоя
   2. утолщение рогового слоя
   3. межклеточные щели с жидкостью
   4. утолщение зернистого слоя
   5. атрофия шиповидного слоя
7. СПОНГИОЗ – ЭТО
   1. скопление в межклеточных щелях отечной жидкости
   2. раздвижение эпителиальных клеток
   3. растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
   4. формирование микровезикул
   5. расширение межклеточных пространств в эпидермисе в результате межклеточного отека
8. В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ КОЖНОГО ЗУДА НЕ УЧАСТВУЮТ
   1. пруритогенные киназы
   2. гистамин
   3. серотонин
   4. брадикинин
   5. фракция С5 комплемента
9. ИСТИННЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАЛИЧИЕ СЛЕДУЮЩИХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ
   1. папула, трещина, язва
   2. папула, волдырь, пузырь
   3. пятно, экскориация, трещины
   4. розеола, вегетации, язва, рубцы
   5. пузырь, эрозия, корки
10. В ДЕРМЕ ОТСУТСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВОЛОКНА
    1. коллагеновые
    2. аргирофильные
    3. эластические
    4. гиалиновые
    5. сосудистые
11. ПЕТЕХИИ – ЭТО
    1. точечное кровоизлияние
    2. линейное кровоизлияние
    3. кровоподтек
    4. кровоизлияние величиной до 1-2 см
    5. кровоизлияние величиной более 2 см
12. К ПОБОЧНОМУ ДЕЙСТВИЮ ЛЕКАРСТВ ОТНОСЯТСЯ
    1. токсические реакции

2)дисбактериоз

3) реакция с особой чувствительностью

4) все перечисленное

5) нет верного ответа

1. появление первичного элемента пузырька обусловливает
   1. гиперкератоз
   2. спонгиоз
   3. акантоз
   4. акантолиз
   5. паракератоз
2. АЛКОГОЛЬ ВЛИЯЕТ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВ ПУТЕМ
   1. изменения резорбции и метаболизма лекарств
   2. повышения токсичности барбитуратов
   3. повышения эффективности оральных сахароснижающих препаратов
   4. правильно 1 и 2
   5. правильно 2 и 3
3. К ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ
   1. чесотка
   2. псориаз
   3. экзема
   4. сифилис
   5. рубромикоз
4. . 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
5. больному фурункулезом необходимо назначить прежде всего
   1. УВЧ
   2. рентгенографию легких
   3. исследование крови на сахар
   4. антибиотики внутрь
   5. аутогемотерапию
6. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ
   1. крем акридерм СК
   2. мазь ацикловир
   3. краска Кастеллани
   4. ламизил- спрей
   5. крем адвантан
7. ГИПОАЛЛЕРГЕННАЯ ДИЕТА МОЖЕТ НАЗНАЧАТЬСЯ БОЛЬНЫМ
   1. сифилисом
   2. ангиитом
   3. микозом стоп
   4. лепрой
   5. псориазом
8. 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
9. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ
   1. точно установленном аллергене
   2. невозможности избежать, повседневного контакта с аллергеном
   3. отсутствия противопоказаний для специфической гипосенсибилизации
   4. поливалентной сенсибилизации
   5. моновалентной сенсибилизации
10. К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ
    1. эпидермофития
    2. микоз стоп
    3. трихофития
    4. рубромикоз
    5. кандидоз
11. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ
    1. микроскопическое исследование
    2. культуральное исследование
    3. гистологическое исследование тканей
    4. кожные пробы
    5. взятие мазков – отпечатков на акантолитические клетки
12. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА НЕ СПОСОБСТВУЮТ
    1. прием кортикостероидов
    2. прием цитостатиков
    3. нерациональная антибиотикотерапия
    4. иммунодефицитное состояние
    5. прием эубиотиков
13. ДЛЯ ПРОБЫ БАЛЬЦЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ
    1. 5% йодную настойку
    2. 5% салициловый спирт
    3. раствор бриллиантового зеленого
    4. настойку календулы
    5. фуксин
14. Зоофильными грибами вызывается
    1. микроспория
    2. руброфития
    3. кандидозы
    4. разноцветный лишай
    5. розовый лишай
15. К ТРИХОМИКОЗАМ НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. поверхностная трихофития
    2. инфильтративно-нагноительная трихофития
    3. микроспория
    4. красный плоский лишай
    5. фавус
16. К ПСЕВДОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ
    1. кандидозы
    2. кератомикозы
    3. дерматомикозы
    4. актиномикоз
    5. пиодермия
17. К локализованным формам туберкулеза относятся
    1. гематогенный диссеминированный
    2. колликвативный
    3. папуло-некротический
    4. лихеноидный
    5. нет верного ответа
18. 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
19. 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

1. 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
2. ПОСЛЕ РАЗРЕШЕНИЯ ПРОЦЕССА НА МЕСТЕ БЫВШИХ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ БОРОДАВЧАТОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ КОЖИ ОСТАЮТСЯ
   1. гиперпигментация
   2. лихенизация
   3. рубцовая атрофия
   4. вегетации
   5. ничего не остается
3. 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
4. При туберкулоидной лепре поражаются
   1. кожа
   2. периферическая нервная система
   3. центральная нервная система
   4. опорно-двигательный аппарат
   5. правильно 1,2
5. К ВИРУСНЫМ ДЕРМАТОЗАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ
   1. остроконечные кондиломы
   2. широкие кондиломы
   3. бородавки
   4. контагиозный моллюск
   5. простой пузырьковый лишай
6. ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ
   1. симметрично на коже туловища
   2. асимметрично по ходу нервных стволов
   3. по ходу лимфатических сосудов
   4. по линиям Лангера
   5. на слизистой оболочке полости рта
7. К клиническим симптомам простого пузырькового лишая относятся
   1. волдыри
   2. сгруппированные пузырьки
   3. папулы лентикулярные
   4. язвы
   5. рубцы
8. 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
9. 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
10. Больным рецидивирующим герпесом в фазу ремиссии назначается
    1. противовирусные антибиотики
    2. аутогемотерапия
    3. герпетическая вакцина
    4. противовирусные мази
    5. ничего из перечисленного
11. Методы лечения рецидивирующего герпеса не включают
    1. противовирусную антибиотикотерапию
    2. специфическую и неспецифическую иммунотерапию
    3. лечение индукторами интерферона
    4. симптоматическую терапию
    5. цитостатики
12. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОНТАКТНОГО ПРОСТОГО ДЕРМАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
    1. боль
    2. жжение
    3. эритема
    4. нерезкие границы
    5. четкие очертания
13. При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют
    1. кортикостероиды
    2. тигазон
    3. рентгенотерапию
    4. ПУВА-терапию
    5. гемодез
14. Для наружного лечения основного очага микотической экземы целесообразно применить
    1. нитрофунгин
    2. резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%
    3. 10% серную мазь на вазелине
    4. бензилбензоат
    5. формалиновую мазь
15. клинические признаки, характерные для эпидермального токсического некролиза (синдрома Лайелла)
    1. выраженная болезненность как пораженной, так и неизмененной на вид кожи
    2. постепенное появление везикул и пузырей
    3. молниеносное появление папул и волдырей
    4. положительный симптом Поспелова
    5. отсутствие болезненности кожи
16. В КЛАССИФИКАЦИЮ ТОКСИДЕРМИИ, ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ НЕ ВХОДИТ
    1. лекарственная токсидермия
    2. ионизирующая токсидермия
    3. вакцинная токсидермия
    4. пищевая токсидермия
    5. аутоинтоксикационная токсидермия
17. 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
18. К ФАКТОРАМ, ПРОВОЦИРУЮЩИМ ЭКЗЕМУ, НЕ ОТНОСЯТ
    1. психоэмоциональные
    2. химические аллергены
    3. алиментарные факторы
    4. индифферентные мази и кремы
    5. метеорологические условия
19. Для поражения ногтей при псориазе характерно
    1. наперстковидное вдавление
    2. онихолизис
    3. подногтевые геморрагии
    4. платонихия, койлонихия, онихолизис
    5. правильно 1, 2, 3
20. Преимущественная локализация красного плоского лишая
    1. сгибательная поверхность конечностей
    2. волосистая часть головы
    3. ушные раковины
    4. ладони и подошвы
    5. ногтевые пластинки
21. Стадией псориаза является
    1. перевернутая
    2. персистирующая
    3. типичная
    4. генерализованная
    5. регрессирующая
22. Для стационарной стадии псориаза характерно
    1. феномен Поспелова
    2. синдром Ауспитца
    3. появление свежих папул
    4. периферический рост папул
    5. ободок Воронова
23. для лечения красного плоского лишая применяется
    1. фтивазид
    2. циклоспорин
    3. делагил
    4. дифлюкан
    5. вильпрафен
24. СИНДРОМ ГРИНШПАНА - ЭТО
    1. сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ с диабетом и гипертонией
    2. сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ с атрофической формой
    3. сочетание типичной формы КПЛ с диабетом
    4. сочетание буллезной формы КПЛ с патологией печени
    5. осложненная форма КПЛ
25. . К ГРУППЕ ЛОКАЛЬНЫХ ПСОРИАЗИФОРМНЫХ ПУСТУЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ОТНОСИТСЯ
    1. герпетиформное импетиго Гебры

2) бактерид Эндрюса

3) субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона

4)папулезный акродерматит детей

5)энтеропластический акродерматит

1. 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-кровянистыми корками
   5. сопровождается (-) симптомом Никольского
2. 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
3. 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
4. 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
5. ДИАГНОСТИЧЕСКИй СИМПТОМ акантолитической пузырчатки
   1. симптом Никольского
   2. симптом Бенье-Мещерского
   3. симптом «дамского каблучка»
   4. симптом Дюбуа
   5. симптом Поспелова
6. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПУЗЫРЧАТКИ ОТНОСИТСЯ
   1. язвенная
   2. некротическая
   3. вульгарная
   4. эритематозно-буллезная
   5. поверхностная
7. 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
8. Клинические признаки системной красной волчанки НЕ ВКЛЮЧАЮТ
   1. нарушение общего состояния (адинамия, повышение температуры тела, головная боль)
   2. висцеропатии
   3. диссеминированная полиморфная сыпь
   4. костно-суставной синдром
   5. папулы с шелушением в центре по типу «папиросной бумаги»
9. ДЛЯ дискоидной красной волчанки характерно
   1. локализация на спине
   2. фолликулярный гиперкератоз
   3. симптом Никольского
   4. симптом Поспелова
   5. обнаружение клеток Тцанка
10. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
    1. делагил
    2. иммунокорректоры
    3. фотозащитные мази
    4. УФО и ПУВА- терапия
    5. витамины группы В
11. СИМПТОМЫ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
    1. симптом Поспелова
    2. симптом «яблочного желе»
    3. симптом Ядассона
    4. симптом Бенье - Мещерского
    5. симптом Никольского
12. РАЗНОВИДНОСТЬЮ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. центробежная эритема Биетта
    2. глубокая
    3. папилломатозная
    4. гиперкератотическая
    5. острая
13. К БОЛЕЗНЯМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОТНОСИТСЯ

1)красная волчанка

* 1. скрофулодерма
  2. экзема
  3. токсикодермия
  4. псориаз

1. 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
2. Патогномоничным (достоверным) симптомом позднего врожденного сифилиса считается
   1. бугорковая сыпь туловища
   2. лабиринтная глухота
   3. седловидный нос
   4. саблевидные голени
   5. ягодицеобразный череп
3. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ
   1. (+) реакция Вассермана
   2. обнаружение T.pallidum
   3. характерные клинические проявления
   4. нет верного ответа
   5. все перечисленное верно
4. 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
5. Среди атипичных форм твердого шанкра выделяют
   1. индуративный отек
   2. фимоз
   3. парафимоз
   4. гангренизацию
   5. баланопостит
6. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ОТНОСИТСЯ
   1. фимоз
   2. шанкр-амигдалит
   3. шанкр-панариций
   4. бартолинит
   5. индуративный отек
7. 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
8. ТВЕРДЫЙ ШАНКР НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
   1. пузырьковым лишаем
   2. мягким шанкром
   3. чесоточной эктимой
   4. острой язвой вульвы Чапина-Липшютца
   5. кондиломами
9. ВТОРИЧНЫЕ СИФИЛИДЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ
   1. имеют нечеткие края, неправильные очертания
   2. сопровождаются чувством жжения, болезненностью
   3. имеют островоспалительный характер
   4. разрешаются бесследно
   5. все перечисленное верно
10. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА
    1. псориаз
    2. туберкулезная волчанка
    3. крапивница
    4. витилиго
    5. токсикодермия
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. 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
13. ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ГУММЫ
    1. плотно-эластическая консистенция
    2. безболезненность
    3. величиной до куриного яйца
    4. верно 1,2,3,
    5. все перечисленное не верно
14. СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ГУММУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
    1. нейродермитоми
    2. широкими кондиломам
    3. туберкулезом кожи
    4. псориазом
    5. красным плоским лишаем
15. бугорковый сифилид следует дифференцировать
    1. с туберкулёзом кожи
    2. с псориазом
    3. с экземой
    4. с рубромикозом
    5. с красным плоским лишаем
16. ДЛЯ СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПАТОГНОМОНИЧНО
    1. сифилитическая пузырчатка
    2. только папулезная сыпь
    3. лейкоплакия слизистых
    4. петехиальная сыпь
    5. эпидемическая пузырчатка
17. 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
18. 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
19. ВИЧ не передается
    1. через медицинские инструменты
    2. воздушно-капельным путем
    3. половым путем
    4. гемотрансфузионным путем
    5. трансплацетарным путем
20. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ
    1. саркома Капоши
    2. кандидозные онихопаронихии
    3. рецидивирующая герпетическая инфекция
    4. верно 1,2,3
    5. нет верного ответа
21. ИнфекциЯ ВИЧ не передается
    1. трансфузионным путем
    2. трансмиссивным путем
    3. от заболевшей матери к плоду
    4. инъекционным путем
    5. половым путем
22. 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
23. ПРИ ГОНОРЕЕ ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЮТ НА ГОНОКОККИ
    1. уретру
    2. отделяемое влагалища
    3. ректум
    4. цервикальный канал
    5. верно 1,3,4
24. КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НЕ ВКЛЮЧАЕТ
    1. трихомониаз
    2. крауроз
    3. хламидиоз
    4. уреаплазмоз
    5. бактериального вагиноз
25. ПРИ УРЕТРИТАХ, ВЫЗВАННЫХ ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ДИПЛОКОККАМИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ
    1. аминогликозидов
    2. цефалоспоринов
    3. линкомицина
    4. полимиксина
    5. противогрибковых препаратов
26. ПРИ ГОНОРЕЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ПРОВОКАЦИИ
    1. бактериологическая
    2. химическая
    3. биологическая
    4. термическая
    5. физиологическая
27. 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
28. 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
29. У ПАЦИЕНТА ДИАГНОСТИРОВАН ГОНОРЕЙНЫЙ ПРОКТИТ. БОЛЕН 2 НЕДЕЛИ. НАЗНАЧЬТЕ ЛЕЧЕНИЕ
    1. иммунотерапия, антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи
    2. антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи, местное лечение
    3. иммунотерапия, антибиотиколечение по схеме хронической гонореи, местное лечение
    4. антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи, ректороманоскопия
    5. иммунотерапия, местное лечение, ректороманоскопия
30. 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
31. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАН
    1. бензилпенициллин
    2. эритромицин
    3. левомицетин
    4. тетрациклин
    5. сульфаниламиды

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.