**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 №\_\_8\_\_\_**

**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. ЛОЖНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРЕДСТАВЛЕН СОЧЕТАНИЕМ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ
   1. папула, бугорок, эрозия
   2. волдырь, эритема, экскориации
   3. пузырь, корки, эрозии
   4. пузырь, папула, эрозия
   5. папула, волдырь, пузырь, чешуйка, корочка
9. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ
   1. гипосульфит натрия

2)пантотиновая кислота

3)аскорбиновая кислота

4) сернокислая магнезия

5)все перечисленное

1. РУБЕЦ ОСТАЕТСЯ ПОСЛЕ ЭВОЛЮЦИИ
   1. папулы
   2. везикулы
   3. бугорка
   4. волдыря
   5. пятна
2. ВЕЗИКУЛА
   1. первичный морфологический элемент сыпи
   2. вторичный морфологический элемент сыпи
   3. эволюционирует рубцом
   4. содержит гнойный экссудат
   5. величиной более 2 см
3. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПЯТНА НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. петехия
   2. розеола
   3. пурпура
   4. фликтена
   5. вибицес
4. Комплексное клиническое исследование кожи НЕ включает
   1. граттаж (поскабливание)
   2. пальпацию
   3. диаскопию
   4. измерение электросопротивления
   5. пробное лечение
5. Использование кожных проб имеет значение для уточнения диагноза
   1. истинной экземы
   2. микробной экземы
   3. профессиональной экземы
   4. псориаза
   5. красного плоского лишая
6. СИМПТОМ «РОМБА МИХАЭЛИСА» ПРИ ЧЕСОТКЕ - ЭТО
   1. обнаружение чесоточных ходов в виде легкого возвышения при их пальпации
   2. наличие кровянистых корочек на локтях и в их окружности
   3. наличие пустул и гнойных корочек на локтях и в их окружности
   4. наличие кровянистых корочек и импетигинозных высыпаний в межъягодичной складке с переходом на крестец в области ромба Михаэлиса
   5. усиление зуда в ночное время суток
7. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЧЕСОТКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
   1. болезненность в месте поражения
   2. зуд, усиливающийся ночью
   3. полигональные папулы
   4. бугорки
   5. субфебрилитет
8. наиболее частое осложнение чесотки
   1. вторичная пиодермия
   2. сепсис
   3. рубцовая атрофия кожи
   4. флегмоны
   5. эритродермия
9. НА КОЖЕ ПРИ ЧЕСОТКЕ

1) парные бугорки

2) экскориации

3) гуммы

4) вегетации

5) лихенификация

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИМЕНЯЮТ
   1. спрегаль
   2. 20% суспензия бензил-бензоата
   3. р-р перманганата калия
   4. акридерм СК
   5. 1% крем экзифин
2. ПИОДЕРМИИ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ВСЛЕДСТВИЕ
   1. приема антибиотиков
   2. грудного вскармливания
   3. позднего прорезывания зубов
   4. повреждения целостности кожи и слизистых
   5. нарушения сна
3. При фурункуле в стадии инфильтрации назначается
   1. мазь целестодерм
   2. местно повязка с чистым ихтиолом
   3. анилиновые красители
   4. обкалывание гидрокортизоном

5)вскрытие фурункула

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ
   1. Trichophyton mentogrophytes и Trichophyton verrucosum
   2. Trichophyton tonsurans
   3. Trichophyton schoenleinii
   4. Candida albicans
   5. правильно 3,4
2. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ МИКРОСПОРИИ НЕ ВКЛЮЧАЮТ
   1. веррукозная микроспория
   2. инфильтративно-нагноительная микроспория
   3. микроспория гладкой кожи
   4. микроспория волосистой части головы
   5. экссудативная микроспория
3. К АТИПИЧНЫМ КОЖНЫМ ФОРМАМ ФАВУСА НЕ ОТНОСИТСЯ
   1. сквамозная
   2. импетигинозная
   3. инфильтративно - нагноительная
   4. алопециевидная
   5. скутулярная
4. НЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ РУБРОМИКОЗЕ
   1. кожа стоп
   2. кожа ладоней
   3. гладкая кожа и складки
   4. ногтевые пластинки
   5. слизистые оболочки
5. ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА НЕ ВКЛЮЧАЕТ
   1. антибиотики широкого спектра действия
   2. актинолизат
   3. витамины
   4. хирургическое иссечение
   5. антимикотики
6. 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
7. РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЮТ
   1. сахарный диабет
   2. солнечный загар
   3. растительная диета
   4. васкулит кожи
   5. гипертоническая болезнь
8. ВОЛЧАНКА ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ
   1. бугорков (люпом)
   2. папул
   3. пятен (геморрагическая сыпь)
   4. пустул
   5. волдырей
9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ
   1. нос
   2. верхняя губа
   3. голени
   4. щеки
   5. верно 1, 2, 4
10. ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВОЛЧАНКУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
    1. с бугорковым сифилидом
    2. с экземой
    3. с отрубевидным лишаем
    4. с розовым лишаем
    5. с болезнью Девержи
11. Остронекротизирующийся лейшманиоз кожи является
    1. зоонозным
    2. антропонозным
    3. и то, и другое
    4. ни то, ни другое
12. Бугорки при поздно изъязвляющемся лейшманиозе кожи
    1. розово-красные
    2. красные
    3. красновато-коричневые или красновато-синюшные
    4. желтые
    5. цвета здоровой кожи
13. 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
14. 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
15. Для простого пузырькового лишая характернО
    1. узелки
    2. глубокие трещины
    3. группы пузырьков
    4. бугорки
    5. волдыри
16. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ ОТНОСИТСЯ К
    1. пузырным дерматозам
    2. кератомикозам
    3. вирусным дерматозам
    4. пиодермитам
    5. аллергодерматозам
17. Для опоясывающего лишая характернО
    1. резкая болезненность
    2. нарушение общего состояния
    3. диссеминация высыпаний по всему туловищу
    4. отсутствие субъективных ощущений
    5. верно 1, 2
18. К клиническим симптомам простого пузырькового лишая относятся
    1. волдыри
    2. сгруппированные пузырьки
    3. папулы лентикулярные
    4. язвы
    5. рубцы
19. 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
20. 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
21. Методы лечения рецидивирующего герпеса не включают
    1. противовирусную антибиотикотерапию
    2. специфическую и неспецифическую иммунотерапию
    3. лечение индукторами интерферона
    4. симптоматическую терапию
    5. цитостатики
22. К МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЕ НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. нумулярная
    2. себорейная
    3. микотическая
    4. интертригинозная
    5. экзема сосков
23. Факультативные раздражители могут вызывать
    1. эпидермиты
    2. аллергические контактные дерматиты
    3. экзему истинную
    4. экзему микробную
    5. эритродермию
24. БОЛЬНОМУ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА НАЗНАЧАЮТ НЕМЕДЛЕННО
    1. антибиотики
    2. кортикостероиды
    3. сульфаниламиды
    4. витамины
    5. цитостатики
25. ЛИХЕНОИДНЫЕ ПАПУЛЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ
    1. полигональные
    2. плоские
    3. розово-серые
    4. шаровидные
    5. верно 1, 2, 3
26. Ожог, вызванный концентрированной щелочью, характеризуется
    1. сухим струпом
    2. мягким струпом
    3. нечеткими границами
    4. отсутствием субъективных ощущений
    5. интенсивным зудом
27. патогенетическим механизмом развития экземы не является
    1. генетическая предрасположенность
    2. поливалентная сенсибилизация
    3. иммунодефицитное состояние
    4. ионизирующее излучение
    5. дисфункции желудочно-кишечного тракта
28. ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО
    1. феномен «дамского каблучка»
    2. интенсивное мокнутие
    3. боль
    4. нарушение функции сальных желез
    5. верно 1,2,3
29. Для псориатических папул характерно
    1. сетка Уикхема
    2. воротничок Биетта
    3. симптом «стеаринового пятна»
    4. симптом «яблочного желе»
    5. симптом «дамского каблучка»
30. дЛЯ псориаза ХАРАКТЕРНО
    1. наличие папул
    2. нестерпимый зуд
    3. локализация на передней поверхности конечностей
    4. поражение слизистых оболочек
    5. артралгии
31. 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
32. ПАПУЛЫ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ИМЕЮТ
    1. пупковидное вдавление
    2. округлую форму
    3. овальную форму
    4. обильное шелушение на поверхности
    5. мягко-эластичную консистенцию
33. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПСОРИАЗА НЕ ОТНОСИТСЯ
    1. себорейный
    2. экссудативный
    3. ладонно-подошвенный
    4. пустулезный
    5. бугорковый
34. Клинической формой Красного Плоского Лишая не является
    1. кольцевидная
    2. типичная
    3. атрофическая
    4. бородавчатая
    5. туберкулоидная
35. клинической формой Красного Плоского Лишая на слизистой полости рта не является
    1. типичная
    2. экссудативно - гиперемическая
    3. эрозивно-язвенная
    4. буллезная
    5. пигментированная
36. 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
37. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРОВОДЯТ
    1. бактериологический посев
    2. серологические реакции
    3. гистологические исследования
    4. пробу Вассермана
    5. исследование лампой Вуда
38. В МАЗКАХ-ОТПЕЧАТКАХ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ
    1. LE-клетки
    2. палочки Ганзена
    3. клетки Тцанка
    4. тельца Боровского
    5. микобактерии Коха
39. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПУЗЫРЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. спонгиоз
    2. акантолиз
    3. спонгиоформная пустула Когоя
    4. микроабсцессы Мунро
    5. акантоз
40. 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
41. ОСЛОЖНЕНИЕ, НЕ ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРЧАТКИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ
    1. обострение хронической инфекции
    2. сахарный диабет (стероидный)
    3. гипертензия
    4. пептическая язва
    5. лейкопения
42. 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
43. ОБОСТРЕНИЕ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ХАРАКТЕРНО
    1. после приема антибиотиков
    2. после вакцинации
    3. под влиянием УФО
    4. после переохлаждения
    5. после приема флуконазола
44. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
    1. лицо
    2. поясничная область
    3. половые органы
    4. локти и колени
    5. ладони и подошвы
45. ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ
    1. (+) симптом Кебнера
    2. (+) йодная проба
    3. (+) симптом «дамского каблучка»
    4. (+) реакция Лукашевича
    5. (+) симптом « медовых сот»
46. ДИССЕМИНИРОВАННАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ
    1. артралгиями
    2. лейкоцитозом
    3. миалгиями
    4. замедленной СОЭ
    5. лимфоцитозом
47. 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
48. 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
49. Лабораторные показатели при системной красной волчанке
    1. лейкопения
    2. высокая СОЭ
    3. клетки красной волчанки
    4. диспротеинемия
    5. верно 1,3
50. 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
51. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА
    1. генитальные
    2. эзофагальные
    3. подмышечные
    4. ягодичные
    5. слизистые
52. ДЛЯ РЕГИОНАРНОГО СКЛЕРАДЕНИТА ХАРАКТЕРНО
    1. болезненность
    2. узлы спаяны между собой
    3. мягкая консистенция
    4. абсцедирование
    5. безболезненность
53. ТВЕРДЫЙ ШАНКР НЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С
    1. пузырьковым лишаем
    2. мягким шанкром
    3. чесоточной эктимой
    4. острой язвой вульвы Чапина-Липшютца
    5. кондиломами
54. 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
55. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНЫ
    1. резкие границы эритемы в зеве
    2. выраженная отечность миндалин
    3. резкая болезненность
    4. высокая температура тела
    5. все перечисленное верно
56. 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
57. 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
58. . РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОБЛЫСЕНИЯ
    1. мелкоочаговое, диффузное, смешанное
    2. мелкоочаговое, язвенно-некротическое, трихофитоидное
    3. смешанное, язвенно-некротическое
    4. только диффузное
    5. трихофитоидное, язвенно-некротическое
59. ХАРАКТЕРНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ
    1. узел, бугорок
    2. папула, волдырь
    3. везикула, пятно
    4. пустула
    5. папула
60. . Гуммозные поражения на коже следует дифференцировать
    1. со скрофулодермой
    2. с псориазом
    3. с болезнью Девержи
    4. с контактным дерматитом
    5. с чесоткой норвежской
61. 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
62. Бугорковый сифилид не следует дифференцировать
    1. с туберкулезом кожи
    2. с лейшманиозом
    3. с лепрой
    4. с глубокими микозами
    5. с экземой
63. 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 титром реагинов
    4. правильного ответа нет
64. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ЯВЛЯЮТСЯ
    1. препараты пенициллина
    2. препараты тетрациклина
    3. цефалоспорины
    4. макролиды
    5. верно 2,3
65. 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
66. 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
67. 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
68. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СПИДА
    1. легочная
    2. кишечная
    3. церебральная
    4. верно 1,2,3
    5. нет верного ответа
69. ИнфекциЯ ВИЧ не передается
    1. трансфузионным путем
    2. трансмиссивным путем
    3. от заболевшей матери к плоду
    4. инъекционным путем
    5. половым путем
70. 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
71. 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
72. 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
73. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПИРОГЕНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
    1. беременность, менструация
    2. гипертоническая болезнь
    3. хронический эндомиометрит
    4. активный туберкулез
    5. сахарный диабет
74. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРЕТРИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ДРОЖЖЕПОДОБНЫМИ ГРИБАМИ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ
    1. канамицин
    2. цепорин
    3. полимиксин
    4. пенициллин
    5. дифлюкан
75. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВ ПРИ ОСТРОЙ ГОНОРЕЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ
    1. до oбщего 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
76. ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГОНОРЕЙНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА ДЛЯ ПРОВОКАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ
    1. химическую провокацию
    2. алиментарную провокацию
    3. биологическую провокацию
    4. механическую провокацию
    5. термическую провокацию
77. ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНО-УРЕАПЛАЗМЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛЕЧИТЬ
    1. рифампицином
    2. эритромицином
    3. канамицином или цефаксином
    4. фторхинолонами
    5. верно 1,2,4
78. 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. противопоказаний нет
    5. верно 1,2,3
79. 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

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.