



Тестовые задания для подготовки к сдаче специального экзамена для лиц, получивших высшее медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах по специальности «Дерматовенерология»
«Основы гистоморфологии кожи. Биопсия кожи»

1. Паракератоз – это:

- утолщение рогового слоя
- сохранение в роговом слое клеток с ядрами
- разрастание сосочков дермы
- размножение клеток шиповидного слоя

2. Спонгиоз – это:

- внутриклеточный отек
- межклеточный отек
- баллонирующая дегенерация
- вакуольная дегенерация

3. К патогистологическим процессам связанных с изменением эпидермальной кинетики не относят:

- папилломатоз
- акантоз
- паракератоз
- дискератоз

4. Гиперкератоз характеризуется:

- утолщением рогового слоя
- утолщением шиповатого слоя
- утолщением зернистого слоя
- разрастанием сосочково дермы

5. Гранулез - это:

- утолщение зернистого слоя эпидермиса
- утолщение рогового слоя эпидермиса
- появление вакуолей в базальных эпидермоцитах
- утолщение шиповатого слоя эпидермиса

6. Основными патогистологическими процессами, протекающие в дерме являются:

- папилломатоз
- нарушения микроциркуляции в коже
- клеточные инфильтраты воспалительного характера
- все перечисленное

7. К гистоморфологическим изменениям связанных с нарушением эпидермальных связей не относится:

- папилломатоз
- баллонирующая дегенерация
- спонгиоз
- вакуольная дистрофия

8. К патологическим процессам связанных с нарушением дифференцировки клеток эпидермиса относится:

- акантолиз
- паракератоз
- баллонирующая дегенерация
- папилломатоз

9. К типам клеточных инфильтратов по структуре относят:

- диффузный
- очаговый
- лихеноидный
- все перечисленное

10. По клеточному составу клеточные инфильтраты подразделяют на:

- мономорфный
- лимфогистиоцитарный
- плеоморфный
- все перечисленное

«Иммунитет и иммунопатологические реакции кожи»

1. Характеристике специфического иммунитета соответствует:

- носит индивидуальный характер
- сохраняет память о перенесенной инфекции
- препятствует повторному возникновению инфекции
- все перечисленное

2. Характеристике неспецифического иммунитета соответствует:

- формируется на протяжении всей жизни
- обеспечивает борьбу с инфекцией на ранних этапах ее развития
- сохраняет память о перенесенной инфекции
- препятствует повторному возникновению инфекции

3. К центральным органам иммунной системы относятся:

- селезенка
- лимфоузлы
- лимфоидная ткань, ассоциированная с кишечником, бронхами, мочеполовыми путями
- тимус, костный мозг

4. Виды цитокинов:

- интерликины
- фактор некроза опухолей
- колониестимулирующие факторы
- все перечисленные

5. В классификацию цитокинов по функции не входят:

- противовоспалительные
- провоспалительные
- адаптирующие
- ростковые

6. В чем заключается регуляторная роль цитокинов:

- регуляция эмбриогенеза
- регуляция отдельных нормальных физиологических функций
- регуляция процессов регенерации поврежденных тканей
- все ответы верны

7. Описанию клеточного иммунитета не соответствует:

- реализуется путем выработки цитотоксических Т-лимфоцитов на антиген
- эффекторными клетками являются цитотоксические Т-лимфоциты
- реализуется путем выработки антител из В-лимфоцитов
- данный иммунитет иногда называют Т-иммунитетом

8. Диагностические критерии иммунодефицитного заболевания:

- рецидивирующее течение инфекционного поражения кожи
- тенденция к генерализации инфекционно-воспалительного процесса в коже
- резистентность к антимикробной терапии
- все перечисленное

9. Характеристика первичных иммунодефицитов:

- имеется наследственно обусловленный дефект иммунной системы
- происходит сбой клеточного и гуморального компонентов иммунитета
- такие заболевания сопровождают человека на протяжении всей его жизни
- все ответы верны

10. Характеристика вторичных иммунодефицитов:

- являются результатом генетического дефекта
- возникают как следствие различных воздействий внешней среды на организм радиации, химиотерапии, а также при таких инфекциях, как ВИЧ развиваются в позднем постнатальном периоде или у взрослых
- все ответы верны

11. К типам повышенной реактивности относятся все кроме:

- реакция гиперчувствительности немедленного типа (I тип)
- комплементзависимые цитотоксические реакции немедленного типа (II типа)
- иммунопатологические реакции типа феномен Артюса (III типа)
- иммунопатологические реакции типа феномен Гаспара (V тип)

12. Комплементзависимые цитотоксические реакции немедленного типа (II тип) характерны для:

- системной красной волчанки
- ревматоидного артрита
- дерматомиозита
- всего перечисленного

13. Реакции гиперчувствительности замедленного типа (IV тип) не характерны для:

- пузырчатки
- контактного дерматита
- многоформной экссудативной эритемы
- токсикодермий

14. К иммуномодуляторам не относится:

- активаторы макрофагов
- мелатонин
- циклоsporин
- бромелаин

15. К иммуномодуляторам не относится:

- карнозин
- мелатонин
- клеточные и тканевые препараты
- антилимфоцитарный глобулин

16. К иммуотропным препаратам относятся все кроме:

- иммунокорректоры
- иммуностимуляторы
- иммунодепрессанты
- иммуnoreлаксанты

17. В классификацию иммулотропных препаратов не входят:

- препараты бактериального происхождения
- препараты растительного происхождения
- препараты синтетического происхождения
- мед и продукты пчеловодства

18. В классификацию иммулотропных препаратов не входят:

- производные полиэтиленпиперазина
- производные сульфаниламида
- препараты, содержащие нуклеиновые кислоты
- сульфонопириимидиновые производные

«Лепра. Лейшманиоз»

1. К какой группе возбудителей относится *Leishmania tropica*?

- простейшие
- бактерии
- хламидии
- спирохеты

2. Какой ученый впервые описал возбудителей лейшманиоза?

- Боровский П.Ф.
- Гительзон И.И.
- Латышев Н.И.
- Кожевников П.В.

3. Для лейшманиоза характерно наличие:

- узла, вскрывающегося в язву
- положительные тест Монтенедро
- обнаружение телец Боровского
- верно все

4. Обследовать на лепру нужно, если имеется:

- пигментное просветление кожи
- анестезии
- хронический насморк или носовые кровотечения
- все перечисленное

5. Наиболее частыми симптомами поражения периферических нервов при туберкулоидной лепре являются:

- парезы, параличи
- атрофия, трофические язвы, мутиляции
- лагофтальм
- все перечисленные

6. «Львиное» лицо характеризуется всем перечисленным, кроме:

- глубоких инфильтратов кожи и подкожной клетчатки на лице
- утолщения носа, губ, ушных раковин
- истончения и атрофии крыльев носа и ушных раковин
- выпадения бровей

7. Для лечения лепры используют следующие препараты:

- дапсон
- пенициллин
- ретиноиды
- глюкокортикоиды

8. Бугорки при поздно изъязвляющемся лейшманиозе кожи:

- мягкие
- эластичные
- плотные, покрыты чешуйками
- внешне не специфичны

9. При лепроматозном типе лепры развиваются:

- хронические отеки и слоновость
- пахово-бедренные адениты
- расстройства чувствительности
- все перечисленное

10. Нарушение чувствительности характерно для:

- сифилиса
- лепры
- лейшманиозы
- герпеса

11. Какие эпидемиологические характеристики следует учитывать при постановке диагноза «Кожный лейшманиоз»?

- пребывание в эндемичных районах
- наличие случайных половых контактов
- употребление алкоголя
- нет верного ответа

«Туберкулез»

1. Положительный симптом Пospelова наблюдается при:

- туберкулезной волчанке
- актиномикозе
- узловой эритеме
- многоформной экссудативной эритеме

2. Для индуративной эритемы Базена не характерно:

- часто болеют женщины
- наличие узлов синюшно-багрового цвета
- локализация высыпаний на голених
- острое течение, резкая болезненность

3. Симптом «яблочного желе» при туберкулезной волчанке выявляется при помощи:

- граттажа
- зонда
- диаскопии
- пальпации

4. Какой из приведенных форм туберкулеза кожи страдают преимущественно мужчины?

- эритемой Базена
- бородавчатым туберкулезом
- острым милиарным туберкулезом
- всеми приведенными формами

5. Какой из приведенных форм туберкулеза кожи страдают преимущественно женщины?

- скрофулодермой
- эритемой Базена
- лишаем золотушных
- всеми приведенными формами

6. Узлы при колликативном туберкулезе:

- плотные и безболезненные
- мягкие и безболезненные
- эластичные и болезненные
- плотные и болезненные

7. Люпус-карцинома – это:

- одновременное возникновение туберкулезной волчанки и рака кожи
- развитие рака кожи у больного туберкулезной волчанкой независимо от локализации обоих заболеваний
- развитие рака кожи на фоне туберкулезной волчанки или на рубцупосле туберкулезной волчанки
- все перечисленное

8. Туберкулезную волчанку следует дифференцировать:

- с мелкоузелковым саркоидозом
- с туберкулоидной лепрой
- с туберкулоидным лейшманиозом

-со всем перечисленным

9. Для колликативного туберкулеза не характерно:

- вторичное поражение из костного или суставного процесса
- язвы неглубокие, неправильных очертаний
- штампованные рубцы
- мостикообразные рубцы

10. К локализованным формам туберкулеза кожи относятся:

- колликативный
- лихеноидный
- папуло-некротический
- верно все

11. При туберкулезной волчанке выявляются симптомы:

- Поспелова
- Бенье-Мещерского
- «дамского каблучка»
- Пильнова

«Дерматозоозы. Чесотка. Педикулез»

1. Наличие при чесотке кровянистых корочек на локтях и в их окружности – это симптом:

- Арди
- Горчакова
- Бенье
- Сезари

2. Симптом Арди-Горчакова выявляется при:

- чесотке
- педикулезе
- вульгарных угрях
- шанкриформной пиодермии

3. Укажите наиболее частое осложнение чесотки:

- пиодермия
- атопический дерматит
- вторичная эритродермия
- экзема Капоши

4. В каком слое кожи самка клеща прокладывает чесоточный ход:

- роговом
- блестящем

- зернистом
- базальном

5. К местам типичной локализации чесотки у взрослых не относятся:

- межпальцевые складки кистей
- область гениталий
- лицо, волосистая часть головы
- кожа бедер

6. Для лечения педикулеза применяют:

- октинисепт
- перметрин
- салициловую мазь
- гибитан

7. Заражение чесоткой не происходит через:

- половой путь
- одежду и постель
- животных
- рукопожатия

8. Элементами сыпи при чесотке являются:

- язвы
- бугорки
- папуло-везикулы
- узлы

9. Перечислите мероприятия, которые нецелесообразно проводить в очаге чесотки:

- обследование и лечение контактов
- дезинфекция одежды, постельных принадлежностей
- осмотр контактных в лучах лампы Вуда
- все перечисленное

10. Профилактика чесотки не включает:

- профилактическое лечение контактных лиц
- проведение дезинфекции
- санитарно-просветительную работу
- строгую изоляцию всех, кто был в контакте с больным

«Поражения кожи при ВИЧ-инфекции»

1. Инфекции ВИЧ не передаются

- трансфузионным путем

- трансмиссивным путем
- от заболевшей матери к плоду
- инъекционным путем

2. СПИДу могут сопутствовать

- оппортунистические инфекции внутренних органов
- поражения нервной системы
- волосатая лейкоплакия языка
- все перечисленное

3. Подозрительным в отношении ВИЧ-инфекции является:

- атопический дерматит
- рецидивирующие гнойные инфекции
- эритематоз
- пузырчатка

4. Опасная концентрация ВИЧ содержится в:

- слюне
- моче, кале
- крови, грудном молоке
- поте

5. Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными осуществляется в:

- кожвендиспансерах
- инфекционных больницах
- территориальных центрах Госсанэпиднадзора
- территориальных центрах по профилактике СПИДа

6. Саркома Капоши, связанная со СПИДом, отличается:

- развитием заболевания в молодом возрасте
- быстрым прогрессирующим течением
- высокой летальности в первые 1–2 года заболевания
- всем перечисленным

7. Основным путем передачи ВИЧ-инфекции является:

- половой
- воздушно-капельный
- контактно-бытовой
- фекально-оральный

8. Вирус ВИЧ относится к группе:

- цитомегаловирус
- вирус герпеса

- ретровирус
- парамиксовирус

9. Для выявления антител к ВИЧ-инфекции приказом МЗ РФ рекомендуются методики:

- ПЦР
- микроскопия
- ИФА
- КСР

10. Кожные маркеры при ВИЧ-инфекции:

- микозы
- вирусные дерматозы
- себорейный дерматит
- все перечисленное

11. Пиодермии при ВИЧ-инфекции чаще представлены:

- фолликулитами
- импетиго
- шанкриоформной пиодермией
- всем перечисленным

12. Длительность стадии инкубации при ВИЧ-инфекции:

- от 1 до 3-х недель
- от 3-х недель до 3-х месяцев
- от 1 до 6 месяцев
- от 6 месяцев до 1 года

13. Особенностью опоясывающего лишая у ВИЧ-инфицированных является:

- рецидивирующий характер высыпаний
- персистентность высыпаний
- поражение внутренних органов на более поздних стадиях
- все перечисленное

14. Особенностью отрубевидного лишая у ВИЧ-инфицированных является:

- трансформация пятен в папулы и бляшки
- зудящие фолликулиты на коже плеч и лице
- распространенность процесса
- все перечисленное

15. Саркома Капоши у ВИЧ-инфицированных ассоциирована с:

- хламидиями
- вирусом Эпштейна-Барр
- цитомегаловирусом

-вирусом гепатита С 1b генотипа

16. Формы кандидоза при ВИЧ-инфекции:

-псевдомембранозный

-эритематозный

-гиперпластический

-все перечисленное

17. Пути передачи ВИЧ-инфекции:

-половые контакты

-переливание инфицированной крови и ее препаратов

-от инфицированной матери ребенку

-все перечисленное

18. Стадии ВИЧ-инфекции:

-первичных проявлений

-вторичных заболеваний

-терминальная

-все перечисленное

«Ониходистрофии»

1. Полная регенерация видимой части ногтя происходит за:

-1-2 месяца

- 2-3 месяца

- 3-4 месяца

- 4-5 месяцев

2. Онихобласты матрицы обеспечивают:

-рост ногтя в длину

-рост ногтя в ширину

-плотное соединение ногтя с его ложем

-все перечисленное

3. Койлонихия это:

-расщепление ногтевой пластинки в продольном направлении

-отсутствие луночки

-стертый свободный край ногтя

-ложкообразные ногти

4. Препараты мышьяка не окрашивают ногтевую пластинку в:

-белые поперечно расположенные полосы

-молочно-белого цвета

- голубой цвет

-коричневыми

5. Формальдегид не окрашивает ногтевую пластинку в:

- желтую
- ржавую, затем коричневую
- синюшную окраску
- серую

6. Клинические формы лейконихии:

- точечная, пятнистая
- тотальная
- субтотальная (частичная)
- все перечисленное

7. Онихошизис это:

- продольная трещина ногтевой пластины
- продольное расслоение со свободного края ногтевой пластины
- отделение от ногтевого ложа со свободного края
- отделение от ногтевого ложа в области валика

8. Онихорексис это:

- утолщение ногтевой пластины
- продольная трещина ногтевой пластины
- продольное расслоение со свободного края ногтевой пластины
- отделение от ногтевого ложа со свободного края

9. Онихолизис это:

- утолщение ногтевой пластины
- продольное расслоение со свободного края ногтевой пластины
- отделение от ногтевого ложа со свободного края
- отделение от ногтевого ложа в области валика

10. Онихомадезис это:

- продольная трещина ногтевой пластины
- продольное расслоение со свободного края ногтевой пластины
- отделение от ногтевого ложа со свободного края
- отделение от ногтевого ложа в области валика

11. Онихоклазия это:

- утолщение ногтевой пластины
- продольная трещина ногтевой пластины
- ломкость ногтей
- отделение от ногтевого ложа со свободного края

12. Онихауксис это:

- утолщение ногтевой пластины
- продольная трещина ногтевой пластины
- продольное расслоение со свободного края ногтевой пластины
- отделение от ногтевого ложа в области валика

Эритема кожи (эритема Дарье, Афцелиуса-Липшютца, Гамелла, стойкая возвышающаяся и т.д.)»

1. Для активной эритемы не характерно:

- может сопровождаться отеком и нередко субъективными ощущениями
- изменения кожи обусловлены расширением венозных сосудов дермы и стазом крови
- яркая окраска
- изменения кожи обусловлены расширением артериальных сосудов кожи и усилением кровотока

2. Для пассивной эритемы не характерно:

- чаще развивается как результат длительного хронического воспаления
- изменения кожи обусловлены расширением артериальных сосудов кожи и усилением кровотока
- изменения кожи обусловлены расширением венозных сосудов дермы и стазом крови
- кожа приобретает застойный синюшно-красный цвет

3. Выделяют эритемы:

- диффузные
- очаговые
- фигурные
- все перечисленное

4. Центробежная кольцевидная эритема Дарье характеризуется:

- острым развитием
- множественными очагами, склонных к эксцентричному росту и формированию кольцевидных очагов с западением в центре
- утолщением периферического края очагов
- всем перечисленным

5. Для центробежной кольцевидной эритемы Дарье нехарактерно:

- образование пузырьков по краю очагов
- увеличение отдельных высыпаний в течение нескольких суток
- длительность заболевания до нескольких лет
- разрешаются самостоятельно

6. Для хронической мигрирующей эритемы Афцелиуса-Липшютца характерно:

- вызывается трепонемотипной спирохетой
- локализуется на коже шеи, подмышечных впадин, паховые складки
- наблюдаются поражения внутренних органов и систем
- все перечисленное

7. К хронической мигрирующей эритемы Афцелиуса-Липшютца не относится:

- без лечения заболевание длится месяцами
- вырабатывается стойкий иммунитет
- иммунитет отсутствует
- при лечении исчезает бесследно

8. Для извилистой ползучей эритемы Гамелла характерно:

- редкий паранеопластический синдром
- возникает одновременно с опухолевым процессом или чуть раньше
- сопровождается зудом
- все перечисленное

9. Для скарлатиноформной десквамативной рецидивирующей эритемы Фереоля-Бенъе характерно:

- острое начало
- зуд и жжение
- возникает как реакция на различные раздражители
- все перечисленное

10. Ревматическая эритема Лендорфа-Лейнера характеризуется:

- появлением высыпаний в ответ на перенесенную инфекцию, вызванную бета-гемолитическим стрептококком группы А
- множественными поверхностными кольцевидными не шелушащимися эритематозными пятнами
- локализацией на коже туловища, конечностей, реже лица
- всем перечисленным

«Рубцовые алопеции»

1. Причинами возникновения вторичной рубцовой алопеции являются:

- механические травмы
- ожоги 2-4 степени
- ожоги серной кислотой
- все перечисленное

2. Хронические дерматозы, приводящие к рубцовой алопеции:
 - красный плоский лишай
 - липоидный некробиоз
 - саркоидоз
 - все перечисленное

3. К лимфоцитарным первичным рубцовым алопециям не относят:
 - келоидные акне
 - дискоидную красную волчанку
 - псевдопелладу Брока
 - кератоз фолликулярный подрывающий шиповидный

4. Для синдрома Грэхема-Литтла характерно:
 - рубцовая алопеция волосистой части головы
 - облысение подмышечных впадин и лобка без атрофии
 - фолликулярные папулы красного плоского лишая
 - все перечисленное

5. К смешанным первичным рубцовым алопециям относят:
 - муцинозную алопецию
 - келоидные акне
 - дискоидную красную волчанку
 - псевдопелладу Брока

6. Нейтрофильной первичной рубцовой алопецией является:
 - эрозивный пустулезный дерматоз
 - келоидные акне
 - перифолликулит Гоффмана
 - синдром Грэхема-Литтла

7. В системной терапии рубцовой алопеции применяют:
 - аминохинолиновые препараты
 - ретиноиды
 - моноклональные антитела
 - антибиотики

8. К дефектам развития вторичной рубцовой алопеции не относят:
 - эктодермальный дефект
 - недержание пигмента
 - псевдопелладу Брока
 - хондродисплазию Конради-Хюнермана

9. Специфическими инфекциями вторичной рубцовой алопеции являются:
 - трихофития
 - карбункул

- туберкулезная волчанка
- все перечисленное

10. В лечении рубцовой алопеции применяют:

- Пимекролимус
- Инфликсимаб
- Изотретиноин
- все перечисленное

Ихтиоз»

1. Тип наследования при вульгарном ихтиозе:

- мультифакториальный
- аутосомно-рецессивный
- аутосомно-доминантный
- возможно начало в любом возрасте

2. В каком возрасте возникают изменения кожи при вульгарном ихтиозе:

- с рождения
- в первые годы жизни
- в подростковом периоде
- возможно начало в любом возрасте

3. При вульгарном ихтиозе обычно патологический процесс не захватывает кожу:

- туловища
- верхних конечностей
- кистей и стоп
- лица и крупных складок

4. Наиболее эффективным средством в лечении вульгарного ихтиоза являются:

- кортикостероиды
- антибиотики
- ароматические ретиноиды
- цитостатики

5. Как называется самая легкая форма вульгарного ихтиоза:

- ксеродермия
- простой ихтиоз
- иглистый ихтиоз
- блестящий ихтиоз

6. Препаратами выбора для лечения ихтиоза являются:

- Цитостатики
- Ретиноиды
- Антибиотики
- Антигистаминные препараты

7. Для ламиллярного ихтиоза нехарактерно:

- Темные, толстые чешуйки
- При рождении коллоидальный плод
- Ретенционный гиперкератоз
- Пролиферативный гиперкератоз

8. Для ихтиоза плода нехарактерно:

- Ротовое отверстие растянуто, малоподвижно
- Наличие эктропиона
- Деформация носа и ушных раковин
- Волосы и ногти отсутствуют

9. Для обыкновенного ихтиоза нехарактерно:

- Ретенционный гиперкератоз
- Усилен кожный рисунок ладоней и подошв
- Коллоидальный плод
- Поражение ногтевых пластинок.

10. К формам ихтиоза не относят:

- Вульгарный
- Ихтиозиформная эритродермия
- Энтеропатический
- Врожденный

11. К разновидностям вульгарного ихтиоза не относят:

- Ксеродермия
- Плод Арлекина
- Блестящий
- Простой

12. Эритродермия ихтиозиформная врожденная - это:

- Сухой и буллезный тип
- Ламеллярный и плод Арлекина
- Ксеродерма и ихтиоз плода
- Ихтиоз ламеллярный и вульгарный

13. X - сцепленный ихтиоз - это:

- Ретенционный гиперкератоз
- Продукция кератогиалина не нарушена

- Глубокая стромальная катаракта
- Истонченный зернистый слой

14. Для ихтиоза рецессивного X - сцепленного не характерно:

- Поражение всего кожного покрова, включая складки
- Болеют исключительно девочки
- Поражение кожи волосистой части головы, лица, шеи
- Ладони и подошвы не поражены

15. В лечении ихтиозиформной эритродермии не применяется:

- Гризеофульвин
- Ретиноиды
- Кортикостероиды, анаболики
- УФ - лучи, крем с мочевиной

16. Для сухого типа ихтиозиформной эритродермии не характерно:

- Чешуйки светлые
- Эритродермия с возрастом регрессирует
- Пузыри на ладонях и подошвах
- Эктропион

«Фотодерматозы»

1. Для пигментной ксеродермы характерно:

- полиморфизм сыпи
- локализация высыпаний на открытых участках кожного покрова
- дебют высыпаний на 2-3 году жизни
- все перечисленное

2. К фотодерматозам относят:

- пигментную ксеродерму
- солнечную крапивницу
- солнечную экзему
- все перечисленное

3. Для фототоксических реакций характерно:

- наличие в организме фотосенсибилизаторов
- патологическая реакция
- клинически - эритема, отек кожи
- все перечисленное

4. Общим для всех фотодерматозов является:

- сезонность
- цикличность течения
- невротические расстройства
- все перечисленное

5. Для солнечной крапивницы характерно:

- провоцируется видимым светом и УФА
- развитие толерантности к облучению
- уртикарные высыпания на неизменной коже
- все перечисленное

6. К проявлениям световой оспы не относится:

- сильный зуд, жжение
- пупкообразное вдавление в центре пузыря
- фотофобия
- поражение открытых участков кожи

7. Диапазон длинноволновых ультрафиолетовых лучей УФА2:

- 280-320 нм
- 320-340 нм
- 340-400 нм
- все перечисленное

8. Для солнечной экземы не характерно:

- обостряется заболевание весной
- начало заболевания в детском возрасте
- полиморфизм высыпаний
- обострение через 1 сутки после пребывания на солнце

9. Лекарственные средства, вызывающие сенсibilизацию:

- Дапсон
- Изотретиноин
- Диклофенак
- все перечисленное

10. Клиническая картина пигментной ксеродермы характеризуется:

- актиническими кератомами
- атрофией кожи
- доброкачественными и злокачественными опухолями кожи
- всем перечисленным

«Состояния и заболевания периода новорожденности»

1. Состояние новорожденных при склереме не характеризуется:

- общим тяжелым состоянием
- замедленным дыханием
- повышенной температурой тела, возбуждением, тахикардией
- редким пульсом

2. Развитию адипонекроза новорожденных способствуют:

- тяжелые роды, асфиксия и переохлаждение ребенка
- преобладания тугоплавких жирных кислот в составе жировой ткани
- гиперкальциемия
- все перечисленное

3. Излюбленной локализацией поражения при адипонекрозе новорожденных являются:

- ягодицы, спина, плечи, затылок, задняя поверхность конечностей
- голени, стопы, половые органы
- икроножные мышцы, лицо
- лицо, шея, плечевой пояс

4. Адипонекроз новорожденных необходимо дифференцировать от:

- склеремы
- склередемы
- склеродермии
- всех перечисленных заболеваний

5. Определости не возникают у детей при наличии:

- атопического дерматита
- плохого ухода за ребенком
- адипонекроза
- грубых пеленок

6. Развитию физиологической желтухи новорожденных способствует:

- недостаточность глюкуронил-трансферазной системы печени
- повышение конъюгированного билирубина
- повышение уровня прямого и непрямого билирубина
- все перечисленное

7. Телеангиэктазии новорожденных не характеризуются:

- исчезновением при надавливании
- хорошим прогнозом, постепенным исчезновением с возрастом
- отсутствием насыщенного темно-красного цвета
- увеличением с возрастом

8. Синие (монгольские) пятна не встречаются у детей:

- негроидной расы
- индейцев
- белой расы, но только у брюнетов
- белой расы и у блондинов

9. Преходящие отеки новорожденных могут являться симптомами следующих заболеваний:

- истинной нефропатии
- геморрагической болезни новорожденных
- эритробластоза плода
- всего перечисленного

10. Физиологический катар новорожденных появляется:

- в 1 день после рождения
- на 10 сутки
- на 20 сутки
- зависит от состояния ребенка

«Дисхромии»

1. Меланин в коже вырабатывается:

- фибробластами
- меланоцитами
- макрофагами
- кератиноцитами

2. Пигментация кожи определяется пигментами:

- каротином
- оксигемоглобином
- дезоксигемоглобином
- всеми перечисленными

3. Избыточное содержание меланина называется:

- бромидроз
- гиперкератоз
- гипермеланоз
- зромидроз

4. К ингибиторам фермента тирозиназы относят:

- арбутин
- глабридин
- аскорбиновая кислота
- все перечисленное

5. Вторичные гиперпигментации не наблюдаются после разрешения очагов:

- псориаза
- лентиго
- красного плоского лишая
- атопического дерматита

6. Для первого фототипа кожи характерно:

- рыжий цвет волос
- множественные эфелиды
- кожа не склонна к загару
- все перечисленное

7. Для лечения витилиго не используют:

- гепатопротекторы
- поливитамины
- антиоксиданты
- антигистаминные препараты

8. При витилиго в биоптате наблюдается:

- наличие сниженного количества клеток Гринштейна
- скопление большого количества клеток Лангерганса
- обычное количество меланоцитов
- замещение меланоцитов клетками Лангерганса

9. К внешним факторам возникновения витилиго относят:

- нервные стрессы
- частое травмирование кожи
- чрезмерное солнечное облучение
- все перечисленное

10. В патогенезе витилиго выделяют следующие теории:

- нейрогенная теория
- теория аутодеструкции (саморазрушения)
- генетическая теория
- все перечисленное

11. К генерализованным формам витилиго не относится:

- acrofacial форма
- vulgar или обыкновенная
- juvenile
- universal

12. К локализованным формам витилиго относится:

- focal форма
- segmentar
- slizistaya
- все перечисленное

13. Formой течения патологического процесса витилиго является:

- стабильное
- прогрессирующее
- нестабильное
- все перечисленное

14. К разновидностям витилиго относится:

- розовое витилиго Миллиана
- невус Сеттона
- лейкотрихия
- все перечисленное

15. Свечение очага витилиго при люминесцентном исследовании:

- беловатое
- желтое
- голубовато-белое
- изумрудное

16. Принципами терапии витилиго являются:

- диетотерапия
- лазеротерапия
- фототерапия
- все перечисленное

«Саркоидоз. Саркоидные реакции»

1. Саркоидоз характеризуется:

- системностью заболевания
- развитием эпителиоидно-клеточных гранулем
- процессами дистрофии, деструкции в тканях
- все перечисленным

2. Выделяют саркоидоз:

- лимфатических узлов
- глаз
- костной системы
- все перечисленного

3. Узловатая эритема развивается как токсико-аллергическая реакция при:

- язвенном колите
- инфекциях
- аутоиммунных расстройствах
- все перечисленном

4. Особенности узловой эритемы при саркоидозе:

- возникновению узлов часто предшествует отек нижних конечностей
- крупные размеры узлов с тенденцией к слиянию
- выраженные артралгии и околоуставные изменения
- все перечисленное

5. К формам саркоидоза с гранулемами, локализующимися в дерме не относится:

- мелкоузелковая
- крупноузелковая
- эритродермическая
- диффузно-инфильтративный саркоид Бека

6. К атипичным формам саркоидоза кожи не относится:

- ангиолюпоид Брока-Потрие
- остроизъязвляющаяся
- подкожный саркоид Дарье-Русси
- форма с выраженным лимфостазом

7. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать саркоидоз:

- розовыми угрями
- красной волчанкой
- туберкулезной волчанкой
- всеми перечисленными

8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать саркоидоз:

- кольцевидной гранулемой
- бугорковым сифилидом
- лимфомой
- всеми перечисленными

9. Какие препараты используются для лечения саркоидоза:

- кортикостероиды
- противомалярийные
- нестероидные противовоспалительные
- все перечисленные

10. К формам саркоидоза не относится:

- внутригрудная
- внегрудная
- генерализованная
- локализованная

**«Диффузные болезни с поражением соединительной ткани
(дерматомиозит, эозинофильный фасциит Шульмана, болезнь Бехчета)»**

1. Для синдрома Бехчета не характерно:

- хроническое рецидивирующее течение
- болезненность в полости рта, боль при глотании
- болезненные проявления в области гениталий
- наличие бугорков

2. Склередеме Бушке предшествует:

- лекарственная болезнь
- лимфаденит лимфангоит
- голодание и авитаминоз
- стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей, ангина, пневмония, скарлатина, рожа

3. Для склеродермы Бушке характерно все перечисленное, кроме:

- поражает чаще взрослых женщин
- возникает после острой инфекции или травмы
- вперые проявления возникают на лице и шее
- характерны поражения пальцев рук, гиперпигментации

4. Исходом поражения мышц при дерматомиозите не может быть:

- мышечная атрофия
- фиброзный миозит
- кальциноз
- амилоидоз

5. Диагноз при дерматомиозите основывается на:

- кожно-мышечном синдроме
- повышении трансаминаз
- патологической миограмме
- правильно все

6. К большим симптомам дерматомиозита относят:

- кожный синдром
- мышечный синдром
- гистологические признаки поражения мышц
- все перечисленное

7. Синдром Бехчета:

- ассоциирован с антигеном HLA – B51
- является аутоиммунным заболеванием
- часто является семейным заболеванием

- часто тяжелее протекает у женщин

8. Клинические проявления синдрома Бехчета включают:

- изъязвление слизистой оболочки рта
- васкулит сетчатки
- синдром Бадди-Киари
- все верно

9. Лечение синдрома Бехчета включает:

- талидомид при узловатой эритеме
- циклофосфамид при упорных заболеваниях глаз
- циклоспорин А при изъязвлениях в полости рта и на гениталиях
- все перечисленное верно

10. Буро-лиловый оттенок (цвет гелиотропа) характерен для высыпаний при:

- дерматомиозите
- склеродермии
- красном плоском лишае
- системной красной волчанке

8. К периодам болезни дерматомиозита не относят:

- продромальный
- манифестный
- эритематозный
- дистрофический

9. Поражения кожи при дерматомиозите характеризуются наличием:

- «Симптома очков»
- «Симптома перилины»
- «Симптома Готтрона»
- всем перечисленным

10. К поражениям кожи при дерматомиозите относят:

- пойкилодермию
- эритему
- капилляриту
- все перечисленное

11. Для поражения мышц при дерматомиозите не характерно:

- «симптом рубашки»
- «симптом лестницы»
- «утиная» походка
- «симптом перчаток»

12. К основным диагностическим критериям при дерматомиозите относятся:

- периорбитальный отек
- миастения
- эритема
- все перечисленное

13. В лечении дерматомиозита не применяются:

- глюкокортикостероиды
- цитостатики
- антиоксиданты
- иммуномодуляторы

14. В основе патогенеза дерматомиозита лежит:

- дисбаланс В- и Т-системы лимфоцитов
- образование иммунных комплексов и отложение их в мышцах
- развитие иммунного воспаления в мышцах
- все перечисленное

15. Для дерматомиозита характерен синдром:

- Гебьержа-Вессенбаха
- висцерально-мышечный
- суставной
- все перечисленное

19. Для висцерально-мышечного синдрома при дерматомиозите не характерно:

- дисфагия
- дистрофия миокарда
- недержание мочи и кала
- дисхолия

20. Исходом воспаления при эозинофильном фасците Шульмана является:

- склероз
- некроз
- фиброз
- малигнизация

21. Провоцирующим фактором при эозинофильном фасците Шульмана не является:

- чрезмерная физическая нагрузка
- переохлаждение
- вирусные и бактериальные агенты
- стрессы

22. Центральное место в патогенезе эозинофильного фасцита Шульмана занимает:

- иммунное нарушение
- генетическая предрасположенность
- гиперсенсibilизация
- быстрое развитие воспалительного ответа

23. Излюбленной локализацией при эозинофильном фасците Шульмана является:

- кисти и стопы
- область поясницы
- области предплечий и голеней
- плечевой пояс

24. При эозинофильном фасците Шульмана может наблюдаться:

- диффузная гиперпигментация кожи
- сухость и явления гиперкератоза
- симметричный поли - или олигоартрит
- висцеральные поражения

25. Дифференциальную диагностику эозинофильного фасцита Шульмана не проводят с:

- системной склеродермией
- дерматомиозитом
- склеродемой Бушке
- туберкулезом кожи

26. При неэффективности ГКС для лечения эозинофильного фасцита Шульмана используют:

- антибиотики
- цитостатики
- нестероидные противовоспалительные препараты
- блокаторы гистаминовых рецепторов

27. Вне обострения эозинофильного фасцита Шульмана не назначают:

- массажа
- ЛФК
- озокеритовые ванны
- диатермии

«Висцеральные и глубокие микозы. Актиномикоз»

1. Различают следующие формы споротрихоза:

- поверхностная
- диссеминированная кожная
- висцеральная
- все перечисленные

2. Для споротрихоза характерны следующие клинические формы:

- локализованный (лимфатический)
- поверхностный (эпидермальный и дермальный)
- висцеральный
- все перечисленные формы

3. Источником инфекции при споротрихозе является:

- почва, мох
- злаки
- древесные материалы
- все перечисленное

4. Хромомикоз характеризуется поражением всех перечисленных тканей, кроме:

- кожи
- подкожной клетчатки
- слизистых
- внутренних органов

5. В зависимости от локализации различают следующие формы актиномикоза:

- челюстно-лицевой
- абдоминальный, органов малого таза и мочеполовых органов
- все перечисленные
- ничего из перечисленного

6. Различают формы актиномикоза:

- гуммозно-узловатую
- бугорково-пустулезную
- язвенную
- все перечисленные

7. Актиномикоз следует дифференцировать

- с гуммозным сифилисом
- с туберкулезной волчанкой
- с другими глубокими микозами

-со всем перечисленным

8. Возбудители хромомикоза растут

- на соломе
- на гнилых деревьях и листьях
- на различных злаках и овсе
- правильно все перечисленное

9. Бластомикоз характеризуется поражением всех перечисленных тканей, кроме:

- кожи
- слизистых
- подкожной клетчатки
- кости

10. Пути передачи гистоплазмоза:

- Контактно-бытовой,
- Воздушно-капельный,
- Пищевой,
- Водный.

11. К глубоким микозам не относится:

- Хромомикоз
- Споротрихоз
- Трихомикоз
- Гистоплазмоз

12. Какие формы выделяют в аспергеллезе:

- Аспергеллез бронхолегочный
- Аспергеллез септический
- Аспергеллез кожи
- все перечисленные

13. Пути передачи кокцидиоидоза:

- Контактно-бытовой,
- Воздушно-капельный,
- Пищевой,
- Бытовой,

14. Первичным морфологическим элементом аспергеллеза кожи является:

- Волдырь
- Везикула
- Пятно
- Узелок.

15. Резервуар для *Coccidioides immitis* все, кроме:

- хомяк
- мышь
- кенгуру
- собака

16. Аспергеллез вызывает:

- A. fumigatus*
- A. flavus*
- A. terreus*
- A. clavatus*

«Заболевания слизистых оболочки полости рта и красной каймы губ»1.

1. Симптом «капли росы» характерен для:

- актинического хейлита
- атопического хейлита
- гландулярного хейлита
- метеорологического хейлита

2. Теории развития эксфолиативных хейлитов:

- нейрогенная
- вирусная
- наследственная
- все перечисленные

3. Облигатным предраком нижней губы является:

- макрохейлит
- актинический хейлит
- хейлит Манганотти
- гландулярный

4. К формам лейкоплакии не относят:

- плоскую
- веррукозную
- пузырную
- эрозивную

5. К собственно хейлитам не относят:

- актинический
- атопический
- эксфолиативный
- метеорологический

6. Для метеорологического хейлита характерно:

- чаще регистрируется у мужчин
- отмечается застойная гиперемия, шелушение, инфильтрация
- является факультативным предраком
- все перечисленное

7. Для синдрома Меркельсона-Розенталя не характерно:

- паралич тройничного нерва
- отек губ
- парез лицевого нерва
- гранулематозный хейлитом

8. К факультативным предракам красной каймы губ не относится:

- бородавчатый предрак
- кожный рог
- гиперкератотическая форма красной волчанки и красного плоского лишая
- постлучевой хейлит

9. К облигатным предракам слизистой оболочки полости рта относят:

- болезнь Боуэна
- хейлит Мангонотти
- постлучевой дерматит
- граниченный предраковый гиперкератоз

10. К симптоматическим хейлитам не относят:

- гиповитаминозный
- метеорологический
- макрохейлит
- атопический

«Профессиональные заболевания кожи»

1. Профессиональный кандидоз наиболее часто развивается у всех перечисленных групп профессий, кроме:

- работников производства антибиотиков
- работников кондитерских пищевых предприятий
- работников фруктово-консервных предприятий
- лаборантов медицинских лабораторий, производящих исследования на кандидоз

2. Профессиональные фотодерматиты характеризуются всем перечисленным, кроме:

- возникновения через несколько часов после одновременного контакта с фотодинамическим веществом и солнечного облучения

- возникновения через несколько дней после контакта с фотодинамическим веществом и одновременным солнечным облучением
- гиперемии, отека, пузырей на коже
- конъюнктивита, ринита, воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей

3. Причинами возникновения профессиональных дерматозов могут быть все перечисленные ниже производственные вредности, кроме:

- химических
- инфекционных
- психо - эмоциональных
- паразитарных

4. Кожа моряков и земледельцев характеризуется:

- предшествующим фотодерматитом
- поражением преимущественно открытых участков кожи
- является разновидностью сенильной атрофии
- всем перечисленным

5. Для профессиональной экземы характерно:

- поражение кистей и предплечий
- рецидив во время отпуска
- прогресс в период отпуска
- поражение лица

6. К физическим факторам, которые могут вызывать профессиональные дерматозы, относятся:

- соли тяжелых металлов
- медикаменты
- воздействие электрическим током
- фосфорорганические вещества

7. Какие профилактические мероприятия осуществляются для предупреждения профдерматозов:

- пользование спецодеждой
- выявление и лечение больных с профпатологией
- санпросвет работа
- все перечисленное

8. Каковы особенности профессиональных стигм:

- приводят к нетрудоспособности
- не мешают трудоспособности
- свидетельствуют о снижении иммунитета
- все перечисленное

10. К санитарно-техническим мероприятиям по профилактике профдерматозов относят:

- оборудование эффективной вентиляции
- устройство душевых помещений
- систематический контроль за содержанием в воздухе токсических веществ
- все перечисленное

11. К профдерматозам, вызываемых инфекционными и паразитарными агентами, относят:

- инфильтративно-нагноительную трихофития
- кандидоз
- сибирскую язву
- все перечисленное

12. Основные меры профилактики профдерматозов:

- предварительные и периодические медосмотры
- диспансеризация
- санитарный инструктаж
- все перечисленное

13. К санитарно-гигиеническим мероприятиям по профилактике профдерматозов относят:

- борьба с захламленностью, запыленностью, загазованностью воздушной среды
- своевременная стирка, ремонт, замена спецодежды
- обеспечение рабочих мылом, полотенцами, обтирочным материалом
- все перечисленное

14. Условием развития дерматоза от воздействия фотодинамических веществ является:

- наличие других заболеваний кожи
- предшествующее солнечное облучение
- одновременное солнечное облучение
- наличие заболевания у родственников

15. К технологическим мероприятиям по профилактике профдерматозов относят:

- механизация производственных процессов
- автоматизация производственных процессов
- замена токсических веществ на безвредные
- все перечисленное

16. Профессиональный фотодерматит является следствием:
- фотосенсибилизации
 - воздействия ионизирующей радиации
 - работы с радиоизотопами
 - работы с источниками искусственного освещения

«Предраковые заболевания кожи»

1. Облигатным предраком является:

- хейлит Манганотти
- актинический хейлит
- гландулярный хейлит
- с-м Россолимо-Мелькерсона-Розенталя (макрохейлит)

2. К облигатным предракам вирусной этиологии относят:

- гигантскую кондилому Бушке-Левенштейна
- веруциформную эпидермодисплазию
- инвертированные кондиломы
- верно все

3. Внутрипротоковый рак это:

- болезнь Педжета
- эритроплазия Кейра
- бовеноидный папулез
- болезнь Боуэна

4. К факультативным предракам не относится:

- базалиома
- кератоакантома
- сенильный акантоз
- лейкоплакия

5. Болезнь Бовена характеризуется всем, кроме:

- является облигатным предраком
- медленного развития
- трансформации в рак кожи
- спонтанного регресса

6. Для кератомы не характерно:

- «псевдозва»
- трансформация в базалиому
- локализация на открытых участках тела
- плотноэластическая консистенция

7. К факультативным предраковым заболеваниям кожи с малой вероятностью малигнизации относятся:

- лимфомы кожи
- синдром Лассуера-Литтля
- кератоакантома
- псевдопелада Брока

8. Чаще всего эритроплазия Кейра локализуется:

- на коже туловища
- в области головки полового члена у мужчин
- в области половых органов женщин
- на коже нижних конечностей

9. Для кератоакантомы не характерно:

- "псевдоязва"
- спонтанная инволюция
- трансформация в базалиому
- локализация на открытых участках тела

10. К предраковым поражениям кожи относят:

- бовеноидный папулез
- гигантскую кондилому бушке- ливенштейна
- болезнь боуэна
- все перечисленное

«Доброкачественные новообразования»

1. Причинами возникновения опухолей могут быть:

- вирусы
- ионизирующее излучение
- канцерогены
- все перечисленное

2. Какие опухоли являются доброкачественными:

- невус
- аденома
- липома
- все перечисленное

3. Для дерматофибромы характерно:

- опухоль соединительнотканного происхождения
- возникает в местах механических повреждений
- представлена одиночными, реже множественные плоскими узелками округлой формы, залегающими в дерме

-верно все перечисленное

4. К формам гемангиомы относится:

- капиллярная
- артериальная
- кавернозная
- верно все перечисленное

5. Дерматофиброма характеризуется:

- доброкачественным течением
- чаще у женщин в местах механических повреждений и укусов насекомых
- одиночные узелки, залегающие в дерме
- всем перечисленным

6. Ангиофиброма лица изолированная характеризуется:

- полушаровидной плотной папулой с широким основанием и гладкой поверхностью
- окраска варьирует от телесной до коричневатой или красной
- отсутствием субъективных ощущений
- всем перечисленным

7. Для гемангиомы нехарактерно:

- доброкачественная опухоль из лимфатических сосудов
- состоит из расширенных капилляров с пролиферацией эндотелия
- локализуется на лице, волосистой части головы
- полная инволюция наступает к 5-летнему возрасту

8. Для липомы нехарактерно:

- доброкачественная опухоль, состоящая из зрелых жировых клеток
- медленный рост
- прорастание в соседние ткани, в частности в мышцы
- мельчайшие папилломатозные и нитевидные разрастания

9. Акрохорды характеризуются:

- появлением у женщин в предклимактерическом периоде
- мельчайшими папилломатозными и нитевидными разрастаниями
- локализуются на коже шеи, подмышечных впадин, под молочными железами
- всем перечисленным

10. К методам лечения доброкачественных новообразований кожи относят:

- хирургический
- криодеструкция
- лазерная вапоризация

-все перечисленное

«Злокачественные новообразования»

1. Для базалиомы не характерно:

- локализация на лице, шее
- отличается медленным течением
- характеризуется местнодеструктирующим действием
- облигатный предрак

2. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявиться:

- неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- увеличением или неравномерностью пигментации
- увеличением или неравномерностью плотности
- всем перечисленным

3. Профилактика злокачественных опухолей кожи включает

- лечение предрака
- исключение повторного лечения лучами Рентгена
- диспансерное наблюдение за работающими с углеводородами
- все перечисленное верно

4. Для меланомы не характерно:

- возникает на фоне невуса
- провоцируется воздействием уфо
- быстро метастазирует
- спонтанно разрешается

5. Укажите признак, не характерный для базалиомы кожи:

- наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль кожи
- характерен медленный рост
- редко метастазирует
- происходит из пигментных невусов

6. Для меланомы кожи не характерно:

- происходит из меланоцитов и невусных клеток
- развивается только на открытых участках кожи
- может иметь различные оттенки цвета
- иногда развивается под ногтевой пластиной

7. Какая опухоль кожи относится к злокачественным:

- спиноцеллюлярная эпителиома
- сирингома

- меланома
- лейомиома

8. Перечислите признаки злокачественности опухолевого процесса:

- инвазивный рост
- кровооточивость
- пигментация
- все перечисленное

9. Какой признак злокачественности процесса отсутствует у базалиомы:

- метастазирование
- инвазивный рост
- прогрессирование
- клеточный атипизм

10. Базалиома относится к:

- доброкачественным опухолям
- злокачественным новообразованиям кожи эпителиального происхождения
- злокачественным новообразованиям кожи меланоцитарного происхождения
- нет верного ответа

11. К клиническим формам базалиомы относятся:

- склеродермоподобная
- язвенная
- прободающая
- все перечисленное

«Лимфомы»

1. К Т-клеточным лимфомам кожи относят:

- педжетоидный ретикулез
- иммунобластная Т-клеточная лимфома
- плазмоцитома кожи
- большеклеточная апластическая лимфома

2. К В-клеточным лимфомам кожи относят:

- синдром Сезари
- плеоморфные варианты лимфом кожи
- грибовидный микоз
- Т-клеточная лимфома взрослых

3. К вялотекущим Т-клеточным лимфомам относят:

- плеоморфная ТКЛК
- синдром Сезари
- плазмоцитома

-лимфоматоидный папулез

4. К быстро прогрессирующим В-клеточным лимфомам кожи относят:

- плазмоцитома
- центрацитарная лимфома
- большеклеточная В-клеточная лимфома ног
- иммуноцитома

5. Для злокачественных Т-лимфом кожи характерно все, кроме:

- увеличение регионарных лимфатических узлов
- полиморфные высыпания
- мономорфные высыпания
- зуд разной степени выраженности

6. Чем характеризуется начальная стадия грибовидного микоза:

- медленно прогрессирующими «экзематоидными» пятнами
- зудом
- генерализованными лимфаденопатиями
- иффузной аллопецией
- ладонно-подошвенным кератозом

7. К Т-клеточным быстро прогрессирующим лимфомам кожи относят:

- гранулематоз кожи
- синдром Сезари
- лимфоматоидный папулез
- плазмоцитома

8. Диагностика при Т-клеточных лимфомах кожи:

- исследование крови на наличие клеток Сезари
- биопсия пораженного участка кожи
- все перечисленное верно
- все перечисленное неверно

9. Продолжительность жизни при быстро прогрессирующей В-клеточной лимфомы кожи:

- 3 года
- 5 лет
- 9 лет
- все перечисленное неверно

10. На начальных этапах патологического процесса при первичных злокачественных лимфом кожи имеет место поражения:

- эпидермиса
- дермы
- гиподермы

-все перечисленное неверно

11. Патологический процесс при т-клеточной лимфоме кожи локализуется преимущественно:

- в роговом слое эпидермиса
- в базальном слое эпидермиса
- в эпидермисе и сосочковом слое дермы
- сетчатом слое дермы и гиподерме

12. Для клинической картины синдрома Сезари не характерно:

- генерализованная эритродермия
- клетки сезари в крови
- короткий предэритродермический период
- длительный предэритродермический период

13. К стадиям грибвидного микоза не относится:

- инфильтративно-бляшечная
- опухолевая
- атрофическая
- ритематозная

14. Какой наиболее значимый гистопатоморфологический процесс характерен для злк:

- акантоз
- гиперплазия и уплотнение базальных кератиноцитов
- микроабсцессы потрие
- пидермотропизм инфильтрата

15. Препаратами первого выбора для лечения больных злк на ранних стадиях являются:

- сильные и сверхсильные наружные кортикостероидные препараты
- фотохимиотерапия
- цитостатическая полихимиотерапия
- метотрексат

16. Укажите основной этиологический фактор развития ЗЛК:

- вирус папилломы человека
- впг 1
- ретровирусы
- хламидии

17. При Т-клеточной лимфоме кожи отмечается преимущественная пролиферация:

- т-хелперных лимфоцитов
- т-киллерных лимфоцитов

- в-лимфоцитов
- т-супрессорных клеток

18. Грибовидный микоз необходимо дифференцировать:

- от бляшечного парапсориаза
- от псориазической эритродермии
- от красного волосяного лишая девержи
- от всех перечисленных нозологий

«Паранеоплазии»

1. Типичные пигментации при нейрофиброматозе характеризуется:

- появлением пигментации в пожилом возрасте
- веснушчатоподобной пигментации в подмышечных и паховых складках
- папулезными высыпаниями
- голубых невусов

2. Этиологическим фактором злокачественного черного акантоза является:

- вирусный агент
- аденокарцинома внутренних органов
- наследственная предрасположенность
- травматизация кожи

3. Тип наследования синдрома Горлина-Гольтца:

- аутосомно-рецессивный
- сцепленный с X-хромосомой
- аутосомно-доминантный
- сцепленный с Y-хромосомой

4. Для синдрома Пейтца-Турена-Егерса не характерно:

- мелко пластинчатое шелушение очагов пигментации
- полипоз ЖКТ
- меланиновая пигментация кожи лица
- наследственный характер заболевания

5. Псориазеформный акрокератоз Базекса чаще сочетается с онкологией:

- матки
- почек
- молочных желёз
- пищеварительного тракта

6. Для болезни Реклингхаузена характерно:

- пятна красного цвета
- «кофейные» пятна
- узелков Лиша

-синдром Горлина-Гольца

7. К диагностическим критериям синдрома Свита не относится:

- лейкоцитоз
- быстрое улучшение при приеме антибиотиков
- внезапное появление папул и бляшек
- болезненность папул и бляшек

8. Для клинической картины злокачественного черного акантоза не характерно:

- гиперпигментация
- гиперкератоз
- неопластические процессы
- папилломатоз

9. Чаще всего поздняя кожная порфирия сочетается с:

- заболеваниями почек
- эндокринными патологиями
- патологией нервной системы
- заболеваниями печени

10. При множественном нейрофиброматозе (болезни Реклингхаузена) не характерно:

- появления пигментации с первого года жизни
- овальных и округлых крупных "кофейных" пятен
- веснушчатоподобной пигментации в подмышечных и паховых складках
- темного цвета пигментаций и обильных волос на их поверхности

«Основы медицинского страхования в дерматовенерологии»

1. Базовая программа ОМС определяет:

- вид медицинской помощи
- перечень страховых случаев
- критерии доступности и качества медицинской помощи
- все перечисленное

2. В базовой программе ОМС не устанавливаются нормативы:

- объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо
- финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи
- финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо
- финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо

3. Территориальная программа ОМС определяет нормативы:

- объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо
- финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо
- финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо
- всего перечисленного

4. К видам социальных страховых рисков относят:

- необходимость получения медицинской помощи
- профессиональное заболевание
- наступление инвалидности
- все перечисленное

5. Страховая медицинская организация имеет права на:

- участие в формировании территориальной программе ОМС
- привлечение экспертов качества медицинской помощи
- согласование тарифов на оплату медицинской помощи
- все перечисленное

6. К обязанностям медицинской организации не относят:

- предоставление счетов за оказанную медицинскую помощь
- предоставление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств
- предоставление сведений о застрахованных лицах
- предоставление сведений о режиме работы

7. Медицинская помощь в рамках ОМС предоставляется при:

- ВИЧ-инфекции
- врожденных аномалиях
- деформациях и хромосомных нарушениях
- всем перечисленном

8. Территориальная программа ОМС не включает в себя:

- виды оказания медицинской помощи
- перечень страховых случаев
- возможность изменения тарифов на оплату медицинской помощи
- условия оказания медицинской помощи

9. Страховая медицинская организация обязана:

- оформить полис ОМС
- обработать данные о застрахованных лицах
- возвратить остатки целевых средств после расчетов за медицинскую помощь
- все перечисленное

10. В базовой программе ОМС не устанавливаются:
- нормы количества застрахованных лиц в возрасте до 18 лет
 - нормативы финансового обеспечения базовой программы ОМС
 - нормы объемов предоставления медицинской помощи
 - требования к условиям оказания медицинской помощи

«Нормативная база здравоохранения дерматовенерологии»

1. В структуре КВД, по приказу МЗ и СР РФ от 16.03.2010г. № 151-Н должны быть следующие подразделения:

- стационар круглосуточного пребывания
- диагностическая лаборатория
- отделение физиотерапевтических методов лечения
- все перечисленное

2. В структуре амбулаторно-поликлинического отделения КВД. по приказу МЗ и СР РФ от 16.03.2010г. № 151-Н, предусмотрены следующие кабинеты:

- для оказания лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями кожи
- для оказания лечебно-диагностической помощи больным с микозами
- для оказания лечебно-диагностической помощи больным с ИППП
- все перечисленное

3. В каких случаях и кому медицинская помощь может оказываться без согласия граждан, их представителей, в соответствии со ст. 34 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»:

- несовершеннолетним
- детям
- лицам, страдающим онкологическими заболеваниями
- пациентам с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

4. Согласно постановлению правительства РФ №715 2004 года, ИППП относятся к:

- болезням, управляемым методами вакцинопрофилактики
- социально обусловленным заболеваниям
- болезням неинфекционного профиля патологии
- все не верно

5. Разрешение на занятие медицинской деятельностью в РФ, регламентируется:

- лицензией
- сертификатом
- дипломом

-всем перечисленным

6. МКБ – это:

- перечень наименований болезней в определенном порядке
- перечень диагнозов в определенном порядке
- перечень заболеваний, расположенных по алфавиту
- система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с международными критериями

7. Листок нетрудоспособности выдается работающим на предприятиях и учреждениях РФ:

- гражданам РФ
- гражданам государств СНГ
- лицам без гражданства
- всем перечисленным категориям лиц

8. Листок нетрудоспособности не выдается по уходу:

- в период отпуска по беременности и родам
- по хроническим болезням в период ремиссии
- за больными членами семьи старше 15 лет при стационарном лечении
- все перечисленное

9. Обладают правом выдавать листки нетрудоспособности следующие медицинские работники:

- врач учреждения переливания крови
- фельдшер МО органа управления здравоохранением субъекта РФ
- врач приемного отделения больницы
- врач бальнеологической лечебницы

10. Врач общей практики, педиатр, по приказу МЗ и СР РФ от 16.03.2010г. № 151-Н, направляет пациента с патологией кожи для оказания спецмедпомощи к дерматовенерологу в случаях:

- необходимости подтверждения диагноза
- отсутствия возможности установить диагноз
- отсутствия клинического эффекта от проводимой терапии
- всего перечисленного

11. Специализированная медицинская помощь, по приказу МЗ и СР РФ от 16.03.2010г. № 151-Н, ДВ больным оказывается в следующих УЗ:

- Центр специализированных видов медицинской помощи
- Специализированная больница
- Профильная клиника научной или образовательной организации
- Все перечисленное

«Основы законодательства о здравоохранении, правовые аспекты работы дерматовенеролога»

1. Управление здравоохранением в России включает следующие уровни:

- федеральный
- региональный
- муниципальный
- все перечисленное

2. Специализированная медпомощь по дерматовенерологии оказывается в УЗ:

- КВД
- Участковой больнице
- Бальнеолечебнице
- Центре восстановительного лечения

3. К дерматологической службе относятся УЗ:

- КВД
- Женская консультация
- Перинатальный центр
- Центр планирования семьи

4. Специализированная медицинская помощь оказывается ДВ больным за счет краевого бюджета в:

- ГБУЗ КВД
- ИЧП
- Негосударственной медицинской организации
- Коммерческой фирме

5. К локальным актам ЛПУ не относится:

- приказ
- устав учреждения
- методические рекомендации
- положение о подразделении

6. Консультирование в венерологии это:

- консультация зав. отделением врача, работающего в его отделении
- конфиденциальное общение врача и пациента
- прием главным врачом диспансера подчиненного
- консультация пациента ВК

7. Конечная цель консультирования в венерологии это:

- помощь пациенту принять определенное решение
- уточнить диагноз заболевания
- наметить план лечения
- составить план обследования

8. Кто несет ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи:

- медицинский работник
- учреждение здравоохранения
- органы управления здравоохранением
- местная администрация

9. Важнейшим деонтологическим принципом консультирования в венерологии является:

- выявление источника заражения
- уважение к личности каждого пациента
- санация половых партнеров больного
- выявление лиц, с которыми пациент был в тесном бытовом контакте

10. Конфиденциальность беседы в венерологии, это сохранение врачом:

- информации, предоставленной ему пациентом
- секрета диагностики ИППП
- тайны о способах распространения болезней
- тайны о механизме действия лекарств

«Санитарная статистика. Учет и отчетность в КВД»

1. В состав санитарной статистики входят показатели:

- здоровья населения
- здравоохранения
- клинической статистики
- всего перечисленного

2. Задачами медицинской статистики являются:

- изучение состояния здоровья населения
- анализ количественных характеристик общественного здоровья
- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений
- все перечисленное

3. Медицинская учетная документация, не используемая в стационарах:

- журнал учета приема больных и отказов в госпитализации 001/у
- медицинская карта стационарного больного 003/у
- медицинская карта больного венерическим заболеванием 065/у
- статистическая карта выбывшего из стационара 066/у-02

4. Медицинская учетная документация, не используемая в поликлиниках:

- талон амбулаторного пациента 025-6/у-89
- контрольная карта диспансерного наблюдения 030/у
- медицинская карта амбулаторного больного 025/у-87

-температурный лист 004/у

5. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках:

-журнал учета процедур 029/у7

-книга регистрации листков нетрудоспособности 036/у

-карта больного лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете) 041/у

-все перечисленное

6. Статистика здоровья населения:

-изучает состояние здоровья населения

-оценивает достоверность результатов исследования

-решает вопросы сбора информации о сети учреждений здравоохранения

-сопоставляет данные деятельности лечебно-профилактических учреждений с нормативными уровнями

7. Статистика здравоохранения решает вопросы:

-сбора информации

-обработки информации

-анализа информации

-всего перечисленного

8. Годовая отчетность лечебно-профилактических организаций включает медицинскую документацию, используемую в:

-стационарах

-поликлиниках

-лаборатории в состав лечебно-профилактических учреждений

-все перечисленное

9. Источниками санитарной статистики являются:

-первичная учетная медицинская документация

-статистическая отчетность

-единовременные учеты

-все перечисленное

10. Санитарная статистика необходима для:

-подготовки федеральных программ медицинского обслуживания населения

-страхования

-популяризации здорового образа жизни

-всего перечисленного

11. На пациента, бывшего в половом контакте с больным гонореей, заполняется:

- медицинская карта больного венерическим заболеванием
- медицинская карта амбулаторного больного
- карта профилактически осмотренного с целью выявления
- статистический талон для регистрации заключительных диагнозов
- контрольная карта диспансерного наблюдения

12. Основные методы изучения заболеваемости по:

- причинам смерти
- обращаемости
- данным медицинских осмотров
- всему перечисленному

13. В формировании общественного здоровья определяющую роль играет:

- генетические факторы
- природно-климатические факторы
- уровень и образ жизни населения
- уровень качества и доступность медицинской помощи

14. В форму Госстатотчетности № 9, вносятся данные о ДВ больных:

- трихомонозом
- бактериальным вагинозом
- кандидозом
- псориазом

«Структура и функционирование КВД. Порядок оказания дерматовенерологической помощи, аттестация врачей, лицензирования»

1. Эффективность медицинской помощи – это:

- улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
- степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов
- удлинение периода ремиссии
- полное выздоровление

2. Кто выдает лицензию на занятие медицинской деятельностью в порядке ИЧП:

- орган управления здравоохранения края
- профессиональная медицинская ассоциация
- местная администрации
- управление Росздравнадзора

3. Заболеваемость дерматозами можно изучить по данным:

- причин смерти
- деятельности МСЭ
- деятельности стационарных отделений
- обращаемости в КВД и профилактических осмотров

4. Основными задачами КВО не являются:

- активное выявление больных ИППП при профилактических осмотрах
- Обследования лиц, бывших в контакте с больными ИППП
- организация добровольного медицинского страхования
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности при дерматозах

5. Какие медицинские учреждения подлежат лицензированию:

- частные медорганизации
- государственные больницы
- клиники государственных образовательных учреждений
- все медицинские организации, независимо от формы собственности

6. Разрешение на занятие медицинской деятельностью в РФ, регламентируется:

- лицензией
- сертификатом
- дипломом
- всем перечисленным

7. Функциями дерматовенеролога не являются:

- обеспечение учета больных ИППП
- диспансерное наблюдение за больными дерматозами
- оказание консультативной помощи больным больниц всех профилей
- определение контингента лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам

8. Функцией врача ДВ не является:

- прием в поликлиническом отделении
- участие в профилактических медицинских осмотрах
- патологоанатомическое исследование
- оказание помощи на дому

9. К задачам КВК ЛПУ не относят:

- активное выявление больных ИППП
- амбулаторный прием пациентов ДВ профиля
- проведение МСЭ
- участие в периодических осмотрах пациентов

10. Формами профилактической работы врача-дерматовенеролога являются:

- участие в профилактических осмотрах
- участие в «Днях здоровья»
- проведение санитарно-просветительской работы
- все перечисленное

11. Контингенты лиц, подлежащих профмедосмотрам, определяются:

- Роспотребнадзором
- КВД
- Муниципальной поликлиникой
- Работодателем

«Оценка покровных тканей. Современные методы диагностики»

1. Оценка функционального состояния кожи включает изучение:

- биомеханических свойств кожи
- цветовых характеристик (пигментации, эритемы)
- трансэпидермальной потери воды
- всего перечисленного

2. К методам оценки физиологического состояния кожи не относят:

- себуметрию
- кутометрию
- диаскопию
- корнеометрия

3. Количество поверхностного сала и активности сальных желез (жирности кожи) определяется методом:

- кутометрии
- корнеометрии
- себуметрии
- термометрии

4. Методы измерения механических свойств кожи определяют:

- упругость
- эластичность
- плотность
- все перечисленное

5. К методам поперечной деформации относят:

- баллистометрию
- токметрия
- тензометрия
- торсиметрия

6. Визуализирующие методы диагностики кожи это:

- конфокальная сканирующая лазерная микроскопия
- дерматоскопия
- оптическая когерентная томография
- все перечисленное

7. Оценка гидратации определяется методом:

- вапориметрии
- корнеометрии
- рН-метрии
- термометрии

8. Акустический метод (ревискозиметрия) измеряет:

- поверхностный рН кожи
- эластичность кожи
- микрорельеф
- увлажненность кожи

9. Содержание меланина измеряется:

- баллистометром
- корнеометром
- мексаметром
- термографом

10. К специальным методам обследования кожного покрова не относят:

- граттаж
- диаскопия
- перкуссия
- осмотр

«Дерматоскопия»

1. Дерматоскопы бывают:

- с масляной иммерсией
- кросс-поляризованные
- гибридные
- все перечисленное

2. К признакам диагностики меланоцитарных образований не относят:

- пигментную сеть
- псевдоподы
- лакуны
- глобулы

3. Немеланоцитарным образованием является:

- базалиома
- себорейный кератоз
- дерматофиброма
- все перечисленное

4. К дерматоскопическим признакам себорейного кератоза не относят:

- комедоноподобные отверстия
- структуры «спицевого колеса»
- обрывистые края, «изъеденные молью»
- структуры «отпечатки пальцев»

5. Дерматофиброма характеризуется наличием:

- древовидно ветвящихся сосудов
- пигментной сеточкой кольцевидной формы
- белым пятном в центре
- черными точками или глыбками, сосредоточенными в центре

6. Дифференциальный диагноз доброкачественных и злокачественных меланоцитарных образований основывается на:

- модельном анализе
- алгоритме ABCD
- «правиле 11 признаков» (S. Menzies, 1996)
- всем перечисленном

7. В доброкачественных меланоцитарных новообразованиях обычно выявляются такие цвета как:

- светло-коричневый
- темно-коричневый
- черный
- все перечисленные

8. Цвет новообразования при клиническом осмотре зависит от:

- преобладающего типа пигмента
- концентрации меланина
- глубины залегания пигмента в коже
- всего перечисленного

9. К признакам меланомы не относят:

- бело-голубую «вуаль»
- атипичные сосуды
- церебриформные структуры
- атипичную пигментную сеть

10. Комедоноподобные отверстия – это дерматоскопический признак:

- базалиомы
- дерматофибромы
- меланомы
- себорейного кератоза

«Физиотерапевтические методы лечения в дерматологической практике»

1. Комплексная программа физиопрофилактики предусматривает применение физических факторов с целью:

- предупреждения развития заболеваний
- закаливания организма
- предупреждения обострения хронических заболеваний
- всего перечисленного

2. Криотерапия это:

- лечебное воздействие холодовых факторов
- метод светолечения
- применение переменного синусоидального тока
- лечебное воздействие постоянным током

3. ПУВА (фотохимиотерапия) основана на сочетании применения:

- фотосенсибилизаторов и длинноволновых УФ-лучей (UVA 320-400нм)
- фотосенсибилизаторов и коротковолновых УФ-лучей (UVC 100-280нм)
- фотосенсибилизаторов и средневолновых УФ-лучей (UVB 280-320нм)
- фотосенсибилизаторов и электротерапия

4. Лазеротерапия это:

- применение электромагнитных волн оптического диапазона
- применение переменного синусоидального тока средней частоты
- метод лечения механическими колебаниями
- метод прижигания тканей электрическим током

5. Фонофорез это:

- введение в ткани ультразвуком лекарственных веществ
- метод лечения электрическим полем ультравысокой частоты
- лечебный метод прижигания тканей электрическим током
- лечение постоянным током

6. Противопоказание при применении ультрафиолетового излучения:

- акне
- псориаз
- алопеция
- онкологические заболевания

7. Преимуществом лекарственного электрофореза является:

- создание кожного депо лекарственного вещества
- воздействие непосредственно на область патологического очага
- безболезненное введение лекарственного препарата
- все перечисленное

8. Диапазон длинноволновых ультрафиолетовых лучей:

- 100-280 нм
- 280-320 нм
- 320-400 нм
- все перечисленное

9. К общим противопоказаниям для физиотерапии не относится:

- гипертоническая болезнь III стадии
- злокачественные новообразования
- беременность
- активный туберкулез

10. Фотосенсибилизаторы это:

- природные или искусственные синтезированные вещества, способные к увеличению чувствительности биологических тканей к воздействию света
- длинноволновые УФ-лучи
- иммуносупрессивные препараты
- коротковолновые УФ-лучи

«Сифилис. Особенности клинического течения, диагностика первичного и вторичного периода сифилиса. Латентный сифилис»

1. Бледная трепонема имеет следующие формы существования:

- спиралевидную
- тетракокковую
- шаровидную
- бобовидную

2. Клинические характеристики широких кондилом, укажите неверный ответ:

- имеют вегетации на поверхности
- часто эрозируются
- мало контагиозны
- локализуются вокруг ануса

3. Какие проявления на слизистой оболочке рта типичны для вторичного периода сифилиса:

- опаловые папулы на губах
- милиарные язвочки на щеках

- специфическая ангина
- все перечисленное

4. Для сифилитических угрей не характерно:

- отсутствует эволюционный полиморфизм высыпаний
- отсутствует жирная себорея
- поражается слизистая оболочка полости рта
- отсутствуют комедоны

5. Поражение волос при вторичном сифилисе не может обозначаться как:

- «омнибусный» диагноз
- «мех изъеденный молью»
- реакция Яриша-Лукашевича-Герксгеймера
- симптом Пинкуса

6. Укажите возможные осложнения при лечении антибиотиками пенициллинового ряда:

- головная боль
- анафилактический шок
- повышение температуры тела
- рвота

7. Укажите клинические симптомы, характерные для твёрдого шанкра языка:

- эрозивный шанкр
- одиночный шанкр
- лимфаденит в подчелюстной и подбородочной областях
- все перечисленное

8. Через какой промежуток времени с моментами заражения развивается вторичный период сифилиса:

- через месяц
- через 6-8 недель
- через 6 месяцев
- через 1 год

9. Для вторичного раннего скрытого сифилиса не характерно:

- отсутствие высыпаний на коже
- отсутствие высыпаний на слизистых
- положительная МРП
- отсутствие изменений со стороны спинномозговой жидкости

10. Укажите не типичные признаки вторичных сифилидов:

- отсутствие субъективных ощущений
- злокачественное течение
- округлые очертания

-медно-красный оттенок

11. Какие сифилиды не встречаются при вторичном сифилисе:

- пятнистый
- бугорковый
- папулёзный
- пустулёзный

12. Какой сифилид крайне редко встречается при вторичном сифилисе:

- пустулёзный
- папулёзный
- розеолёзный
- везикулёзный

13. Какие сифилиды свидетельствуют о злокачественном течении сифилиса:

- пустулёзный
- розеолёзный
- везикулёзный
- лейкодерма

14. Какие клинические характеристики не типичны для индуративного отека при первичном сифилисе:

- локализация в области половых органов
- резкая болезненность
- увеличение органа в 2-4 раза
- отсутствие ямки при надавливании

15. Какие методы лабораторной диагностики позволяют подтвердить диагноз первичного сифилиса:

- РИБТ
- бактериологический
- ИФА
- микроскопия препарата, окрашенного по Граму

16. Перечислите современные особенности течения первичного периода сифилиса:

- преобладание множественных твёрдых шанкров
- частое сочетание сифилиса с другими ИППП
- частые осложнения первичной сифиломы
- верно все

17. Какие клинические симптомы позволяют отличить шанкр-панариций от вульгарного панариция:

- булавовидное вздутие
- наличие плотного инфильтрата

- болезненность
- верно все

18. Какой клинический симптом не характерен для шанкра-амигдалита:

- односторонний процесс
- плотная консистенция инфильтрата
- дефект на поверхности миндалин
- увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов

19. Укажите клинический симптом, не характерный для твёрдого шанкра красной каймы губ:

- эрозивный шанкр
- резкая болезненность
- расположен на нижней губе
- увеличение подчелюстных лимфоузлов

20. Укажите заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику шанкра губы:

- стрептококковое импетиго
- рак губы
- туберкулёзная язва
- все перечисленное

21. При первичном периоде сифилиса доминирующей является следующая форма бледных трепонем:

- инцистированная
- спиралевидная
- зернистая
- L-форма

22. При скрытом позднем сифилисе доминирующей является следующая форма бледных трепонем:

- спиралевидная
- зернистая
- инцистированная
- L-форма

23. Цисты бледных трепонем являются:

- неживыми организмами
- живыми организмами
- дегенеративными организмами
- движущимися

24. Региональный склераденит у больных первичным сифилисом развивается:

- еще до появления твердого шанкра
- одновременно с появлением твердого шанкра
- спустя 5-9 дней после появления твердого шанкра
- спустя 10-12 дней после появления твердого шанкра

25. При вторичном сифилисе из морфологических элементов наиболее часто встречаются:

- пигментные
- пятнистые
- бугорковые
- гуммозные

26. При регрессе папулезных сифилидов возникающее шелушение распространяется:

- от периферии к центру
- от центра к периферии
- по всей поверхности папулы
- по левой половине папулы

27. На слизистых оболочках у больных вторичным сифилисом наиболее частыми морфологическими элементами являются:

- пятна
- папулы
- язвочки (афты)
- бугорки

28. Для скрытого раннего сифилиса характерно:

- наличие резидуальных явлений после разрешения сифилидов
- отсутствие резидуальных явлений после разрешения сифилидов
- наличие или отсутствие резидуальных явлений значения не имеет
- чувство зуда после регресса сифилидов

29. К атипичным твердым шанкрам не относится:

- шанкр-панариций
- шанкр-амигдалит
- гангренозный шанкр
- индуративный отек крайней плоти

30. Экстрагенитальные твердые шанкры чаще всего встречаются:

- на коже рук
- на коже туловище
- на коже ног
- на губах и слизистой оболочке рта

31. Стандартные серологические реакции у больных первичным сифилисом становятся положительными после появления твердого шанкра в среднем через:

- 5-7 дней
- 2-3 нед
- 5-6 нед
- 9-10 нед

32. К разновидностям пустулезного сифилида не относится:

- акнеформный
- импетигиозный
- рупииоидный
- фурункулоподобный

33. Для раннего скрытого сифилиса не характерно наличие:

- в прошлом высыпаний на половых органах, слизистой оболочке полости рта, коже туловища
- активной формы сифилиса у полового партнера
- поздней формы сифилиса у полового партнера
- высокого коэффициента позитивности при резко положительной реакции ИФА

34. Наиболее чувствительными серологическими тестами при диагностике сифилиса являются:

- реакция иммунофлюоресценции РИФ-200
- реакция иммунофлюоресценции РИФ-абс
- реакция Колмера
- реакция иммобилизации трепонем РИБТ

35. Как изменяются лимфатические узлы при первичном сифилисе:

- увеличены
- плотноэластической консистенции
- кожа над ними не изменена
- все перечисленное

36. Перечислите клинические характеристики, типичные для твердого шанкра:

- округлая форма
- отсутствие болезненности
- инфильтрат в основании
- все перечисленное

37. Каким морфологическим элементом представлен твердый шанкр:

- пятном
- папулой
- язвой
- верно все

38. Какие существуют варианты твердого шанкра в зависимости от размера:

- гигантский
- милиарный
- комбустиформный
- монетовидный

39. В процессе фагоцитоза бледной трепонемы макрофагами могут наблюдаться:

- лизис
- размножение
- эндоцитобиоз
- Л-трансформация

40. Критерием реинфекции не является:

- достоверность первого заражения, подтвержденного документально
- полноценное лечение при первичном инфицировании
- поздние формы сифилиса у контактных лиц
- лабораторное подтверждение диагноза (обнаружение бледной трепонемы)

41. Перечислите варианты прямого заражения сифилисом:

- половой
- профессиональный
- трансплацентарный
- все перечисленное

42. Какие причины способствуют удлинению инкубационного периода сифилиса:

- стрессы
- прием антибиотиков
- прием спазмолитиков
- алкоголизм, наркомания

43. Материалом для исследования на бледную трепонему в темном поле зрения не служит:

- отделяемое шанкра
- кровь
- пунктат лимфатического узла
- отделяемое эрозивных папул

44. Для каких целей согласно приказу №87 МЗ РФ от 23.03.2001г. предназначена в сифилидологии количественная РМП?

- диагностика сифилиса
- установление критерия излеченности
- диагностика сифилиса у беременных
- скрининг сифилиса у пациентов неврологических стационаров

45. Какая из реакции не используется для диагностики сифилиса:

- RPR
- ПЦР
- ИФА
- РИФ

46. На каких животных в настоящее время создается модель экспериментального сифилиса:

- кролики
- крысы
- мышы
- морские свинки

47. Каким путем осуществляется заражение сифилисом кроликов:

- интратестикулярно
- алиментарно
- ингаляторно
- внутривенно

48. Укажите год открытия бледной трепонемы:

- 1805
- 1880
- 1905
- 1915

49. Кто из ученых открыл бледную трепонему:

- П. Унна
- Ф. Шаудин
- А. Нейссер
- П.В. Никольский

50. При какой локализации твердого шанкра отмечается его болезненность:

- в области уздечки
- в шейке матки
- вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала
- в области малых половых губ

51. Реакция иммобилизации трепонем (РИБТ) производится:

- для подтверждения диагноза первичного сифилиса
- для контроля за лечением
- для подтверждения диагноза скрытого сифилиса
- для решения вопроса о снятии с диспансерного наблюдения.

52. Основные изменения при гистологическом исследовании сифилидов выявляются:

- в кровеносных и лимфатических сосудах кожи
- в эпидермисе
- в мышцах
- в дерме

53. Что не относится к проявлениям вторичного периода сифилиса:

- розеолезный сифилид
- папулезный сифилид
- бугорковый сифилид
- алопеция

«Современные особенности течения третичного периода сифилиса. Висцеральный сифилис, сифилис костей и суставов. Врожденный сифилис. Нейросифилис»

1. В основе прогрессивного паралича лежит:

- поражение оболочек головного мозга
- поражение вещества головного мозга
- поражение сосудов головного мозга
- поражение корешков спинного мозга

2. Поздний врожденный сифилис развивается:

- в возрасте до 1-го года
- в возрасте до 2-х лет
- после 2-х лет жизни
- в период новорожденности

3. Назовите костные повреждения при раннем врожденном сифилисе:

- периостит
- остеохондрит I стадии
- остеохондрит II стадии
- все перечисленное

4. Основными морфологическими элементами на коже и слизистых оболочках при третичном периоде сифилиса являются:

- узелки
- узлы-гуммы
- папулы
- пустулы

5. Рентгенографию длинных трубчатых костей при обследовании наличия врожденного раннего сифилиса ребенку до 10 дней жизни:

- следует выполнять
- не следует делать
- на усмотрение врача
- на усмотрение заведующего отделением

6. Основным поражением кожи и слизистых оболочек при раннем врожденном сифилисе не являются:

- сифилитическая диффузная инфильтрация
- сифилитический насморк
- сифилитическая пузырчатка
- фолликулярный гиперкератоз

7. При прогрессивном параличе:

- изменения в цереброспинальной жидкости отсутствуют
- изменения в цереброспинальной жидкости закономерны
- изменения связаны со стадией патологического процесса
- изменения в цереброспинальной жидкости коррелируют с КСР крови

8. Кто является автором трансплацентарной теории передачи сифилиса:

- Матценауэр
- Шаудин
- Гофман
- Шонлейн

9. Клиническими характеристиками сифилитической пузырчатки не являются:

- локализация пузырей на ладонях и подошвах
- симптом Никольского
- тяжелое общее состояние
- обилие бледных трепонем в отделяемом пузырей

10. Какие клинические характеристики не типичны для сгруппированного бугоркового сифилида:

- фокусное расположение бугорков
- появление свежих бугорков на рубцах
- формирование мозаичного рубца
- отсутствие субъективных ощущений

11. Укажите признаки не характерные для сифилитического аортита:

- недостаточность аортального клапана
- колбообразное расширение выходной части аорты
- преимущественное поражение восходящей оболочки аорты
- расширение устьев коронарных сосудов

12. Какой рубец образуется на месте гуммы:

- звездчатый
- мозаичный
- келоидный
- шаровидный

13. Какие методы лабораторной диагностики не используют для подтверждения диагноза третичного сифилиса:

- РИФ
- МР
- Бактериологический
- РИБТ

14. Укажите признак, не характерный для сифилитической пузырьчатки:

- инфильтрация в основании пузыря
- отсутствие субъективных ощущений
- положительный симптом Никольского
- локализация на ладонях и подошвах

15. Какие внутренние органы вовлекаются в процесс при сифилисе грудного возраста:

- печень
- почки
- легкие
- все перечисленное

16. Какое морфологическое изменение не типично для зубов Гетчинсона:

- поражение верхних центральных резцов
- образование на жевательной поверхности полулунной вырезки
- ширина режущей поверхности равна шейке зуба
- отсутствие эмали на режущей поверхности

17. Какой симптом не относится к вероятным признакам при позднем врожденном сифилисе:

- ягодицеобразный череп
- рубцы Робинсона-Фурнье
- симптом Авситидийского-Гугуменакиса
- седловидный нос

18. Для сифилитического остеохондрита не характерно:

- поражение трубчатых костей
- поражение метафиза
- поражение эпифиза
- возникновение в первые 3 месяца жизни

19. Для сифилитического остеохондрита первой степени характерно:

- расширение зоны окостенения до 4 мм
- расширение зоны окостенения до 2 мм
- полоса зоны окостенения выглядит ровной
- полоса зоны окостенения плохо дифференцируется

20. Для сифилидов третичного периода не характерно:

- отсутствие островоспалительных явлений
- образование рубцов
- высокая контагиозность
- отсутствие субъективных ощущений

21. Какой сифилид является косвенным доказательством поражения нервной системы:

- лейкодерма
- алопеция
- этима
- рупия

22. Каким путем сифилис передается плоду:

- трансплацентарно
- при прохождении через родовые пути
- трансовариально
- через инфицированные околоплодные воды

«Аногенитальные бородавки. Генитальный герпес»

1. Какие типы вируса герпеса могут вызывать проявления в области гениталий?

- ВПГ 3 типа и ВПГ 4 типа
- только ВПГ 4 типа

- ВПГ 1 типа и ВПГ 2 типа
- только ВПГ 1 типа

2. По клинико-морфологическим проявлениям генитальный герпес делится на:

- первый клинический эпизод первичного генитального герпеса
- рецидивирующий генитальный герпес
- атипичный генитальный герпес
- верно все перечисленное

3. При лабораторной диагностике генитального герпеса не используют:

- молекулярно-генетические методы
- иммунологические методы
- вирусологические методы
- культуральный метод

4. Дифференциальный диагноз генитального герпеса проводится с:

- сифилисом
- болезнью Бехчета
- плазмноклеточным баланитом Зуна
- верно все перечисленное

5. Цели лечения генитального герпеса:

- ускорение разрешения клинических проявлений
- предупреждение развития осложнений
- уменьшение частоты рецидивов
- верно все перечисленное

6. Проведение супрессивной терапии генитального герпеса показано при:

- 1-2 рецидива в год
- 6 и более рецидивов в год
- осложнениях со стороны ЦНС
- диссеминированной герпетической инфекции

7. Для лечения генитального герпеса не используют:

- ацикловир
- фамцикловир
- панавир
- солкотриховак

8. К аномальным нуклеотидам относится:

- ацикловир
- валацикловир
- ганцикловир
- верно все

9. Укажите противовирусный препарат из группы аномальных нуклеотидов

- фамвир
- алпизарин
- арбидол
- панавир

10. Для лечения беременных с генитальным герпесом рекомендуется использовать:

- ацикловир
- валацикловир
- фамцикловир
- алпизарин

11. Для местного лечения генитального герпеса не используют:

- ацикловир
- виру-мерц
- гиоксизон
- инфагель

12. ВПЧ способен вызывать:

- аногенитальные бородавки
- бовеноидный папулез
- неоплазию шейки матки
- верно все перечисленное

13. Факторы риска ВПЧ инфекции:

- раннее начало половой жизни
- беременность
- другие ИППП
- верно все перечисленное

14. Какие из перечисленных факторов способствуют развитию рака шейки матки при папилломавирусной инфекции?

- онкогенный генотип вируса
- одновременное заражение несколькими онкогенными типами вируса
- генетические факторы
- все перечисленное

15. Дифференциальный диагноз аногенитальных бородавок проводится с:

- сифилисом
- микропапилломатозом вульвы
- чесоткой
- верно все перечисленное

16. При лабораторной диагностике папилломавирусной инфекции используют:

- ИФА
- ПЦР
- культуральный метод
- ПИФ

17. Какие из перечисленных методов возможно использовать для диагностики папилломавирусной инфекции?

- ПЦР
- цитологическое исследование
- кольпоскопия
- все перечисленное

18. К физическим методам лечения аногенитальных бородавок относится:

- электрокоагуляция
- лазерная вапоризация
- криодеструкция
- все перечисленное

«Гонококковая инфекция»

1. Формы простатита, выберите неверное

- катаральный
- фолликулярный
- паренхиматозный
- диффузный

2. Кто открыл возбудителя гонореи?

- Нейссер
- Шаудин
- Гоффман
- Донне

3. Гонококк может поражать:

- уретру

- шейку матки
- конъюнктиву
- верно всё

4. Согласно протокола ведения больных «Гонококковая инфекция» определены модели пациентов:

- гонококковая инфекция свежая
- гонококковая инфекция хроническая
- гонококковая инфекция с системными проявлениями
- верно всё

5. У какой категории пациентов гонококк может поражать многослойный плоский эпителий?

- беременные
- алкоголики
- девочки
- пожилые люди

6. Пути инфицирования гонококками:

- половым
- через предметы туалета, белье
- при прохождении через родовые пути
- верно всё перечисленное

7. Вероятность заражения гонококковой инфекцией зависит от:

- формы заболевания полового партнера
- фазы менструального цикла у женщин
- применения средств личной профилактики
- верно все перечисленное

8. Особенности течения гонококковой инфекции у женщин не являются:

- часто вялое, бессимптомное течение
- многоочаговость поражения
- инфекция часто протекает как смешанная
- наличие эрозивно-язвенных поражений

9. Гонококковое поражение верхних отделов мочеполовой системы у женщин:

- эндометрит
- вестибулит
- цервицит
- миометрит

10. Клинические симптомы гонококковой инфекции у девочек:

- острое течение
- многоочаговость поражения
- склонность к рецидивам
- верно всё перечисленное

11. Для подострой и торпидной формы гонококковой инфекции у девочек характерно:

- воспалительные изменения выражены слабо
- незначительные выделения из половой щели
- незначительно выраженные дизурические явления
- верно все перечисленное

12. При гонококковой инфекции у девочек наиболее часто в воспалительный процесс вовлекается:

- прямая кишка
- цервикальный канал
- уретра, преддверие влагалища
- уретра и мочевого пузыря

13. К экстрагенитальной гонококковой инфекции не относится:

- литтреит
- артрит
- фарингит
- конъюнктивит

14. Производство мазка на выявление гонококков целесообразно:

- через 24 часа после полового контакта
- сразу после комбинированной провокации
- после задержки мочи на 3 – 4 часа
- через 1 месяц после приема антибиотиков

15. Топическая диагностика гонореи у мужчин включает в себя:

- пробу Томпсона
- уретроскопию
- пальцевое исследование предстательной железы (противопоказано при остром процессе)
- верно всё

16. Методы диагностики гонококковой инфекции:

- микроскопическое исследование
- метод ПЦР
- реакция Борде-Жангу
- верно всё

17. На какие инфекции необходимо провести исследования пациентам с диагнозом «гонококковая инфекция»

- трихомоноз,
- ВИЧ, вирусные гепатиты В и С
- сифилис
- верно всё перечисленное

18. Для лечения гонококковой инфекции чаще применяют:

- цефалоспорины
- тетрациклины
- пенициллины
- сульфаниламиды

19. Для лечения детей с диагнозом «гонококковая инфекция» используют:

- ципрофлоксацин
- цефтриаксон
- офлоксацин
- сумамед

20. Для лечения беременных с диагнозом «гонококковая инфекция» используются:

- офлоксацин
- ципрофлоксацин
- спектиномицин
- суммамед

21. Препараты для лечения смешанной гонорейно-трихомонадной инфекции?

- азитромицин
- метронидазол
- суммамед
- канамицин

22. Антибиотики какого ряда показаны беременным с гонококковой инфекцией:

- аминогликозиды
- цефалоспорины
- фторхинолоны
- сульфаниламиды

23. Контроль излеченности гонококковой инфекции при установленном источнике заражения проводят:

- через 2 и 14 дней
- через 2 дня
- сразу после лечения
- через 1 месяц

«Урогенитальный трихомониаз»

1. Согласно МКБ-Х выделяют:

- урогенитальный трихомониаз
- хронический трихомониаз
- острый трихомониаз
- подострый трихомониаз

2. Патогенами урогенитального тракта человека являются:

- Trichomonas tenax*
- Trichomonas vaginalis*
- Trichomonas abdominalis*
- верно всё перечисленное

3. Морфологические структуры, позволяют влагалищной трихомонаде активно двигаться:

- паракостальные гранулы
- жгутики
- аксостиль
- верно всё перечисленное

4. Факторы патогенности трихомонад:

- подвижность, адгезивная активность
- цитотоксическая активность
- протеазная, фосфолипазная активность
- верно всё перечисленное

5. Для клиники хронического урогенитального трихомоноза у девочек характерно:

- незначительные выделения с неприятным запахом
- жалобы на незначительный, временами усиливающийся зуд
- периодическое обострение процесса
- всё перечисленное

6. Клинические проявления урогенитального трихомониаза, наиболее типичные для женщин:

- зуд и жжение во влагалище
- обильные пенистые выделения
- дискомфорт при мочеиспускании
- верно все перечисленное

7. Для клиники острого урогенитального трихомоноза у девочек характерно:

- гиперемия, отек наружных половых органов
- выделения гнойного жидкого пенистого характера
- частое вовлечение в процесс уретры
- всё перечисленное

8. К объективным симптомам трихомонадной инфекции у мужчин не относится:

- гиперемия, отечность в области наружного отверстия уретры
- скудные или умеренные уретральные выделения
- возможны эрозивно-язвенные поражения кожи головки полового члена
- наличие одиночных папул буроватой окраски

9. Какие осложнения не встречаются у мужчин, страдающих урогенитальным трихомониазом:

- простатит
- везикулит
- эпидидимит
- баланопостит

10. Какие микроорганизмы длительное время могут персистировать в трихомонадах?

- бледная трепонема
- гонококки
- грибы рода Candida
- трихомонады

11. Методы для лабораторного подтверждения диагноза урогенитального трихомониаза:

- РИФ
- РИТ
- культуральный
- РПГА

12. Наибольшей диагностической ценностью в диагностике трихомониаза обладает:

- иммунологическое исследование
- культуральное исследование
- ИФА
- ПЦР

13. Забор материала для диагностики мочеполового трихомоноза у женщин не проводится:

- из уретры
- из цервикального канала

- со стенок и заднего свода влагалища
- из ротоглотки

14. Препараты для лечения урогенитального трихомоноза:

- метронидазол
- низорал
- дифлюкан
- цефтриаксон

15. Причины неэффективности терапии мочевого трихомоноза:

- инактивация препаратов влагалищной флорой
- плохая абсорбция препарата
- низкая концентрация препаратов в очаге поражения
- верно всё перечисленное

16. Для лечения беременных с диагнозом «мочеполовой трихомоноз» используют:

- ниморазол
- тенонитрозол
- метронидазол
- тинидазол

17. Установление клинико-микробиологических критериев излеченности трихомонадной инфекции проводится:

- сразу после окончания лечения
- через 5 дней после лечения
- через 14 дней после лечения
- по желанию пациента

«Хламидийная инфекция. Болезнь Рейтера»

1. Хламидии, вызывающие поражение УГТ:

- Chlamydia trachomatis
- Chlamydia psittaci
- Chlamydia pecorum
- Chlamydia abortus

2. Медико-социальное значение хламидиоза – укажите неверное:

- приводит к бесплодию
- является причиной воспалительных заболеваний органов малого таза
- приводит к снижению трудоспособности населения
- приводит к заражению новорожденных

3. Пути заражения урогенитальным хламидиозом:

- половые перверсии
- при прохождении плода через половые пути
- внутриутробно
- всё перечисленное

4. Инфицирование детей хламидиями не происходит:

- бытовым путем от родителей, больных хламидиозом
- воздушно-капельным путем
- при прохождении плода по родовым путям матери
- внутриутробно

5. Во время прохождения плода по родовым путям матери хламидии не инфицируют:

- конъюнктиву
- дыхательные пути
- прямую кишку
- влагалище у девочек

6. Благодаря каким свойствам хламидии имеют сходство с бактериями:

- имеют ДНК и РНК
- чувствительны к антибиотикам
- являются облигатными внутриклеточными паразитами
- верно всё перечисленное

7. Хламидии обладают всеми перечисленными признаками, кроме:

- занимают промежуточное положение между бактериями и вирусами
- энергетически автономны
- имеют тропизм к цилиндрическому эпителию
- имеют клеточную стенку

8. Эпителій каких органов могут поражать хламидии:

- цервикального канала
- прямой кишки
- глаз
- верно всё перечисленное

9. Характеристики, свойственные элементарным тельцам хламидий:

- метаболически активны
- метаболически неактивны
- неинфекционны
- верного ответа нет

10. Характеристики, свойственные ретикулярным тельцам хламидий:

- метаболически активны и неинфекционны
- метаболически неактивны и инфекционны
- метаболически активны и инфекционны
- метаболически неактивны и неинфекционны

11. У новорожденных, инфицированных хламидиями не развиваются:

- конъюнктивиты
- вульвовагиниты
- пневмонии, бронхиты
- артриты

12. Клинический спектр хламидийной инфекции, чаще встречающийся у новорожденных?

- офтальмия
- сальпингит
- бартолинит
- ангиит

13. При урогенитальном хламидийном вульвовагините у девочек не наблюдается:

- Умеренная гиперемия слизистых оболочек наружных половых органов
- Слизистые или слизисто-гнойные выделения из влагалища
- Эрозии в области половых органов
- Болезненность преддверия влагалища и девственной плевы

14. Контингент женщин, подлежащий обследованию на урогенитальный хламидиоз:

- с воспалительными заболеваниями органов малого таза
- с наличием в анамнезе внематочной беременности
- часто меняющие половых партнеров
- всё перечисленное

15. Материалы для культуральной диагностики хламидий:

- куриный бульон
- среда Сабуро
- клетки Мак – Коя
- мышинные фибробласты L-929

16. Для подтверждения диагноза хламидиоза не используют метод:

- иммунофлюоресцентный
- иммуноферментный
- ПЦР
- культуральный

17. «Золотой стандарт» в диагностике хламидийной инфекции:

- иммунофлюоресцентный метод
- иммуноферментный метод
- культуральный метод
- ПЦР

18. Взятие материала из уретры для диагностики хламидий методом ПИФ берут

- сразу после мочеиспускания
- после провокации
- после задержки мочи на 3 – 4 часа
- после задержки мочи на 1 час

19. Для диагностики хламидиоза у детей используют:

- методы экспресс-диагностики
- ПЦР
- исследование нативных препаратов
- РНП

20. Развитию синдрома Рейтера обычно предшествует инфицирование:

- хламидиями
- вирусом простого герпеса
- трихомонадами
- бледной трепонемой

21. Клинические проявления синдрома Рейтера не включают:

- вялотекущий уретрит
- конъюнктивит
- артрит
- фарингит

22. Лабораторные признаки болезни Рейтера:

- высокий титр аутоантител к ткани предстательной железы
- наличие антигена HLA-B 27
- стойкое повышение СОЭ при нормальном или пониженном содержании лейкоцитов в периферической крови
- верно всё перечисленное

23. При болезни Рейтера не поражается:

- глаза
- суставы
- желудок
- уретра

24. Для артрита при синдроме Рейтера характерно:

- поражаются 5-6 суставов
- чаще болят мужчины
- болезненность, припухлость тканей, гиперемия кожи
- верно всё перечисленное

25. Применение 1,0г азитромицина при хламидийной инфекции возможно:

- при наличии осложнений
- у беременных
- при свежем, остром процессе
- у детей

26. Для лечения урогенитального хламидиоза у взрослых не используют:

- доксциклин
- азитромицин
- метронидазол
- рокситромицин

27. Для лечения урогенитального хламидиоза у беременных используют:

- гентамицин
- тетрациклин
- доксциклин
- джозамицин

28. Больному со смешанной хламидийно-кандидозной урогенитальной инфекцией назначают:

- экстенциллин
- азитромицин
- низорал
- гентамицин

29. Для лечения урогенитального хламидиоза у детей до 12 лет препараты выбора:

- тетрациклины
- пенициллины
- макролиды
- сульфаниламиды

30. Для лечения урогенитального хламидиоза используют:

- макролиды
- цефалоспорины
- пенициллины
- аминогликозиды

31. Для лечения урогенитального хламидиоза у детей старше 12 лет не применяются:

- тетрациклины
- макролиды
- пенициллины
- фторхинолоны

32. Показания к стационарному лечению при хламидийной инфекции мочевого тракта:

- диссеминация воспалительного процесса
- необходимость дополнительных исследований (лапароскопия)
- случаи заболевания, угрожающие течению беременности
- верно всё перечисленное

33. Контроль излеченности урогенитального хламидиоза методом ПЦР проводят:

- сразу по окончании лечения
- через 10 дней после лечения
- через 1 месяц после лечения
- в течение месяца 3 раза с интервалом 10 дней

«Бактериальный вагиноз. Урогенитальный кандидоз»

1. Анаэробные микроорганизмы, играющие роль в возникновении бактериального вагиноза?

- Gardnerella vaginalis*
- Bacteroides*.
- Peptostreptococcus*
- всё перечисленное

2. Возбудитель бактериального вагиноза не является:

- факультативный анаэроб
- культивируется на искусственных питательных средах
- грамвариабельная кокко-бацилла
- строгий анаэроб

3. Факторы, предрасполагающие к развитию бактериального вагиноза:

- изменение гормонального статуса
- использование внутриматочных контрацептивов
- нарушение микробиоценоза кишечника
- всё перечисленное

4. Жалобы у женщин с бактериальным вагинозом:

- Творожистые выделения
- болезненность при половом акте, кремообразные выделения
- Боли и рези при мочеиспускании
- отсутствие запаха

5. Для диагностики бактериального вагиноза используют:

- ПРЦ на гарнереллу
- критерии Амсель
- посев на гарнереллу
- посев на условно-патогенную флору и чувствительность к антибиотикам

6. Основные критерии диагностики бактериального вагиноза:

- РН влагалищного содержимого $> 4,5$
- положительный аминотест
- наличие «ключевых клеток»
- верно всё перечисленное

7. Для лечения бактериального вагиноза не используют:

- метронидазол
- 克林дамицин
- низорал
- орнидазол

8. Антибиотик из группы линкозамидов для лечения бактериального вагиноза:

- меторонидазол
- нифурател
- 克林дамицин
- орнидазол

9. Контрольное клинико-лабораторное обследование для оценки излеченности бактериального вагиноза рекомендуется проводить:

- сразу после окончания лечения
- по желанию пациента
- через 14-21 день после лечения
- не используют

10. Наиболее частый возбудитель урогенитального кандидоза:

- Candida glabrata
- Candida albicans
- Candida krusei
- Candida tropicalis

11. Провоцирующими факторами кандидозного вульвовагинита являются:
- применение антимикробных препаратов
 - использование оральных контрацептивов
 - заболевания желудочно-кишечного тракта
 - верно всё перечисленное
12. Клиническая картина кандидозного вульвовагинита характеризуется:
- зудом, жжением
 - творожистыми выделениями, усиливающимися перед менструацией
 - дизурией, диспареунией
 - верно всё перечисленное
13. Диагноз урогенитального кандидоза не устанавливается на основании:
- микроскопическое исследование нативных препаратов и окрашенных по Граму
 - микроскопическое исследование препаратов с добавлением 10% раствора КОН
 - культуральное исследование
 - ПЦР метод
14. Для рецидивирующего кандидозного вульвовагинита характерно:
- наличие более 4х рецидивов в год
 - незначительное количество творожистых выделений
 - сухость больших и малых половых губ
 - верно всё перечисленное
15. К препаратам группы азолов относятся все, кроме:
- итраконазол
 - изоконазол
 - натамицин
 - кетоконазол
16. Дифференциальный диагноз кандидоза вульвы проводят:
- аллергическим вульвитом
 - псориазом
 - склерозирующим атрофическим лихеном
 - верно всё перечисленное
17. Для местного лечения урогенитального кандидоза не используют:
- клотримазол
 - миконазол
 - клиндамицин
 - эконазол

18. Контрольное клинико-лабораторное обследование для оценки излеченности урогенитального кандидоза проводится:

- сразу после окончания лечения
- через 5 дней после лечения
- через 14 дней после лечения
- по желанию пациента

