Программа подготовки специалиста

**Специальность: кожные и венерические болезни**

**Факультет: лечебный**

**Оценочные средства по дисциплине**

**дерматовенерология**

**Тестовые задания**

**Инструкция:** Укажите номера правильных ответов.

**Раздел I Дерматология**

1. Псевдолейкодерма- это:

1. Участки депигментации на месте бывшых высыпаний

2. Геморрагическое невоспалительное пятно

3. Воспалительное пятно

4. Очаг лихенификации

5. Искусственное пятно

2. В клинику поступил больной с жалобами на наличие распространенных высыпаний, на месте которых после разрешения

остаются рубчики. Высыпания были представлены инфильтрированными бесполостными, возвышающимися над уровнем кожи элементами желтоватого цвета, мягкой консистенции, полушаровидной формы, округлых очертаний. Была произведена биопсия одного из первичных элементов. Гистологически высыпания представляли собой инфекционную гранулему. Назовите элемент:

1. Узелок

2. Бугорок

3. Пузырек

4. Волдырь

5. Пузырь

3. Больной жалуется на зудящие высыпания, возвышающиеся над

окружающей кожей, розового цвета, рассеянные на коже туловища. Болен 2 дня. Высыпные элементы существуют в течение нескольких часов, самопроизвольно исчезают и появляются вновь. Дайте определение морфологическому элементу.

1. Узелок

2. Волдырь

3. Узел

4. Бугорок

5. Пузырек

4. Укажите механизм образования внутриэпидермального пузыря:

1. Акантолиз

2. Баллонирующая дистрофия

3. Вакуольная дистрофия

4. Спонгиоз

5. Экзоцитоз

5. Мономорфная сыпь представлена:

1. Несколькими видами первичных элементов

2. Первичными и вторичными элементами

3. Одним видом вторичных элементов

4. Одним видом первичных элементов

5. Несколькими видами вторичных элементов

6. Лихенификация характеризуется всем перечисленным, кроме

1. Уплотнения кожи

2. Усиления кожного рисунка

3. Образования эрозий

4. Утолщения кожи

5. Пигментации

7. Назовите морфологическую основу бугорка:

1. Акантоз

2. Периваскулярная инфильтрация

3. Вакуольная дистрофия

4. Инфекционная гранулема

5. Папилломатоз

8. В амбулаторию клиники обратился больной с жалобами на

появление ярко-розовых, отечных элементов, сопровождающихся

зудом. Через 2-3 часа после появления элементы бесследно

регрессируют. Назовите элемент:

1. Бугорок

2. Узелок

3. Волдырь

4. Узел

5. Пузырек

9. Лихенификация формируется в результате:

1. Механического повреждения кожи

2. Длительного расчесывания

3. Заживления эрозий

4. Вскрытия пузырей

5. Слияния бугорков

10. По величине различают следующие воспалительные пятна:

1. Розеола

2. Пурпура

3. Эритема

4. Экхимозы

11. Веснушки являются пятнами:

1. Воспалительными

2. Геморрагическими

3. Искусственными

4. Пигментными

5. Телеангиэктазиями

12. Бородавки формируются в результате разрастания эпидермиса

типа акантоза и являются:

1. Бугорками

2. Невоспалительными узелками

3. Воспалительными узелками

4. Невоспалительными узлами

5. Вегетацией

13. Укажите, какими путями осуществляется заражение чесоткой:

1. Половым

2. Через игрушки

3. Через одежду и постель

4. Через животных

5. Через насекомых

14. Укажите факторы естественной резистентности кожи к пиококкам:

1. Целостность рогового слоя кожи

2. Кислая рН кожной поверхности

3. Физиологическое шелушение

4. Повышенное салоотделение

5. Повышенное потоотделение

15. К группе стафилококковых пиодермий относятся:

1. Сикоз простой

2. Фурункулез

3. Гидраденит

4. Заеда

5. Вульгарная эктима

16. При лечении пиодермий противопоказано применение:

1. Сухого тепла

2. УФО

3. УВЧ

4. Водных процедур

5. Иглорефлексотерапии

17. Показаниями для наложения ихтиоловой «лепешки» являются:

1. Импетиго вульгарное

2. Фурункул

3. Заеда

4. Гидраденит

5. Фолликулит

18. Назначение антибиотиков считается обязательным при:

1. Пиодермиях, сопровождающихся лихорадкой

2. Рецидивирующих пиодермиях

3. Локализации пиодермий на лице и голове

4. Одиночных фурункулах

5. Глубоких пиодермиях

19. Разновидностями стрептококковой пиодермии являются:

1. Стрептококковая заеда

2. Буллезное импетиго

3. Щелевидное импетиго

4. Поверхностный панариций

5. Вульгарное импетиго

20. Норвежская чесотка встречается:

1. У больных с психическими заболеваниями

2. У больных с сахарным диабетом

3. На фоне длительного приема цитостатиков

4. У больных атопическим дерматитом

5. У нечистоплотных людей

21. Укажите, какие первичные морфологические элементы чаще составляют клиническую картину чесотки:

1. Пузырек

2. Бугорок

3. Узелок

4. Пятно

5. Корка

22. К числу эндогенных факторов, благоприятствующих развитию пиодермий, относятся:

1. Гиповитаминозы

2. Нарушения обмена веществ

3. Вегетативные неврозы

4. Местное нарушение кровоснабжения

5. Иммунодефицит

23. Для местного лечения пиодермий применяют следующие средства:

1. Фукорцин

2. Гентамициновая мазь

3. Левомеколь

4. Чистый ихтиол

5. 2% салициловый спирт

24. Лечение больного чесоткой предусматривает:

1. Применение эмульсии бензилбензоата

2. Применение УФО

3. Назначение серных мазей

4. Исключение острой пищи

5. Применение спрея «Спрегаль»

25. Укажите среди нижеперечисленных глубокую форму стрептодермии:

1. Стретококковое импетиго

2. Околоногтевая фликтена

3. Эктима вульгарная

4. Буллезное импетиго

5. Заеда

26. Укажите наиболее характерные признаки чесотки:

1. Инфильтрация в очагах поражения

2. Папуло-везикулезные элементы

3. Импетигинизация в очагах поражения

4. Ночной зуд

5. Локализация в области волосистой части головы

27. Укажите типичную локализацию высыпаний при неосложенной чесотке у взрослых:

1. Лицо

2. Область сосков

3. Межпальцевые складки кистей

4. Боковые поверхности туловища

5. Половые органы у мужчин

28. Укажите экзогенные факторы, имеющие значение в развитии пиодермий:

1. Микротравмы кожи

2. Загрязнение кожи

3. Переохлаждение

4. Перегревание

5. Употребление жирной пищи

29. Укажите, какие из нижеперечисленных средств необходимы для лечения неосложненной чесотки:

1. Гидрокортизоновая мазь

2. 2% борная мазь

3. 5% салициловая мазь

4. 33% серная мазь

5. 5% нафталановая мазь

30. Укажите, с какими кожными заболеваниями нет необходимости дифференцировать чесотку:

1. Атопический дерматит

2. Розовый лишай

3. Кожный зуд

4. Экзема

5. Пруриго

31. При развитии аллергического контактного дерматита кистей от стирального порошка необходимо:

1. Прекратить пользование стиральным порошком

2. Исключить частое мытье рук

3. Назначить внутрь – Зиртек

4. Назначить местно – крем «Элоком»

5. Применять при стирке местные защитные средства.

32. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

1. Металлические украшения

2. Синтетичекие ткани

3. Моющие средства

4. Декоративная косметика

5. Горчичники.

33. Причинами развития простого дерматита являются:

1. Механическое трение

2. Кипяток

3. Стиральный порошок

4. Концентрированные щелочи

5. Концентрированные кислоты.

34. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

1. УФ-лучи

2. Косметический крем

3. Тени для век

4. Пена для бритья

5. Дезодорант.

35. Облигатными причинами (простых дерматитов) являются факторы:

1. Механические

2. Физические

3. Химические

4. Биологические

5. Инфекционные.

36. Для аллергического контактного дерматита характерны следующие признаки:

1. Выраженность воспаления кожи зависит от концентрации раздражителя

2. Воспаление кожи выходит за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя

3. Возникает при повторном контакте с раздражителем

4. Четкие границы, очагов поражения

5. Наличие временного интервала между первым контактом с аллергеном и развитием кожных проявлений.

37. Простой контактный дерматит характеризуется следующими признаками:

1. Четким границам

2. Локализацией в местах контакта с раздражителем

3. Выраженностью воспаления в зависимости от силы раздражителя

4. Образованием волдырей

5. Быстрым регрессом после устранения раздражителя.

38. Для истинной экземы характерны следующие клинические признаки:

1. Нечеткие границы очагов поражения

2. Асимметричность

3. Зуд

4. Мокнущие эрозии – «серозные колодцы»

5. Мономорфность сыпи.

39. Назовите признаки, не характерные для микробной экземы:

1. Симметричность

2. Четкие границы

3. Локализация вокруг трофичеких и пиококковых язв

4. Географические очертания

5. Импетигинозные корки.

40. Для себорейной экземы характерным является:

1. Мокнутие

2. Локализация в зонах с усиленным салоотделением

3. Шелушение жирными чешуйками

4. Розовато-желтый оттенок высыпаний

5. Слабо инфильтрированные бляшки.

41. Для профессиональной экземы характерными клиническими признаками являются:

1. Поражение кистей

2. Симметричность

3. Быстрый регресс при назначении терапии

4. Рецидивы во время отпуска

5. Моновалентная сенсибилизация.

42. Назовите патогномоничные патогистологические признаки экземы:

1. Спонгиоз

2. Субэпидермальные пузыри

3. Лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы

4. Гранулез

5. Отек сосочкового слоя дермы.

43. Назовите признаки, характерные для дисгидротической экземы:

1. локализация высыпаний на ладонях и подошвах

2. ассиметричность

3. везикулы с плотными покрышками

4. локализация высыпаний в локтевых и подколенных ямках

5. локализации на кистях и стопах.

44. Общую кортикостероидную терапию при экземе назначают в случаях:

1) большой распространенности процесса

2) резистентности к обычной терапии

3) упорного течения

4) присоединения вторичной инфекции.

45. При хронической экземе вне обострения назначают:

1) примочки

2) теплые ванночки

3) пасты

4) окклюзионные повязки с редуцирующими мазями

5) тепловые физиопроцедуры.

46. Наиболее характерными клиническими проявлениями руброфитии являются:

1. Преимущественное поражение слизистых

2. Тенденция к универсальному поражению ногтевых пластинок кистей и стоп

3. Генерализованное поражение волосистой части головы

4. Частое поражение кожи стоп эритематозно-сквамозного характера

5. Поражение крупных складок кожи

47. Укажите принципы диагностики микозов:

1. Сбор эпидемиологического анамнеза

2. Люминесцентный метод (лампа Вуда)

3. Микроскопия (КОН-тест)

4. Культуральный метод

5. Серологический метод

48. Источником заражения микроспорией является:

1. Человек

2. Кошка

3. Собака

4. Лошадь

5. Корова

49. При грибковом поражении волос необходимо:

1. Провести эпиляцию (для теста КОН)

2. Применить аппликации кортикостероидных мазей

3. Назначить системный антимикотик

4. Назначить антибиотик широкого спектра действия

5. Назначить физиопроцедуры (ультразвук)

50. В стадии мокнутия при дисгидротической форме эпидермофитии для наружной терапии необходимо применять:

1. Присыпки

2. Мази

3. Взбалтываемые взвеси («болтушки»)

4. Примочки

5. Спиртовые протирания

51. Укажите наиболее характерную локализацию интертригинозной формы эпидермофитии:

1. Передняя поверхность голеней

2. Межпальцевые складки стоп

3. Паховые складки

4. Подмышечные области

5. Межягодичные складки

52. Возбудителем эритразмы является:

1. Corynebacterium minutissimum

2. Trichophyton violaceum

3. Candida albicans

4. Trichophyton rubrum

5. Microsporum canis

53. Назовите клинические формы эпидермофитии стоп:

1. Интертригинозная

2. Дисгидротическая

3. Атрофическая

4. Сквамозно-гиперкератотическая

5. Стертая

54. Назовите анатомо-физиологические признаки, характерные для дерматофитов (дерматомицетов):

1. Кератофильность

2. Наличие глико-, протео- и липолитических ферментов

3. Выраженная аэробность

4. Наличие хитина в клеточной оболочке

5. Выраженная анаэробность

55. Для лечения отрубевидного лишая применяют:

1. Шампунь «Низорал»

2. Спрей «Ламизил»

3. Эритемное УФ-облучение

4. 5% салициловый спирт

5. Втирание кортикостероидных мазей

56. Для микроспории волосистой части головы характерными признаками являются:

1. Эритема

2. Мокнутие

3. Зуд

4. Обломанные волосы

5. Шелушение

57. Назовите факторы, способствующие развитию микозов:

1. Эндокринопатии

2. Иммуносупрессивная терапия

3. Прием антибиотиков

4. Витаминотерапия

5. Оральные контрацептивы

58. Орунгал является препаратом:

1. Противовоспалительным

2. Противовирусным

3. Противопротозойным

4. Фунгистатическим

5. Антибактериальным

59. Перечислите признаки, характерные для кератомикозов:

1. Поражение рогового слоя эпидермиса

2. Мокнутие

3. Десквамация

4. Образование пятен цвета «кофе с молоком»

5. Отсутствие воспаления

60. Назовите заболевания из группы дерматофитий:

1. Эпидермофития

2. Руброфития

3. Трихофития

4. Кандидоз

5. Микроспория

61. При красном плоском лишае кроме кожи могут поражаться:

1. Суставы

2. Слизистые оболочки

3. Волосы

4. Ногти

5. Внутренние органы

62. Укажите клинические симптомы красного плоского лишая:

1. Зуд

2. Распространенные кожные высыпания

3. Поражение слизистых

4. Боли в суставах

5. Жжение

63. Для лечения красного плоского лишая применяются:

1. Плаквенил

2. Дипроспан

3. Кларитин

4. Сонапакс

5. Нистатин

64. Для вульгарной формы псориаза характерным является:

1. Отсутствие отечности высыпаний

2. Ярко-красные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками

3. Отсутствие чешуе-корок

4. Отсутствие артралгии

5. Универсальное поражение кожных покровов

65. Укажите характерные локализации красного плоского лишая:

1. Туловище

2. Голени

3. Лицо

4. Половые органы

5. Слизистые оболочки полости рта

66. На прием к дерматологу обратилась больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности предплечий и голеней имеются многочисленные плоские папулезные высыпания размером от булавочной головки до горошины синюшно-красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью и пупкообразным вдавлением в центре. Описанная клиническая картина соответствует диагнозу:

1. Псориаз

2. Пруриго

3. Вторичный сифилис

4. Красный плоский лишай

5. Чесотка

67. Розовый лишай начинается с появления:

1. Волдыря

2. Пигментированного пятна

3. Папулы

4. Везикулы

5. Воспалительного пятна

68. Выберите симптом, патогномоничный для красного плоского лишая:

1. Симптом Никольского

2. Симптом Бенье-Мещерского

3. Симптом Викема

4. Симптом Горчакова-Арди

5. Симптом Пильнова

69. Для экссудативной формы псориаза наиболее характерными признаками являются:

1. Наличие муковидных чешуек

2. Наличие геморрагических корок

3. Наличие гнойных корок

4. Наличие серозных чешуе-корок

5. Наличие отечных папул

70. Для лечения псориаза эффективными физиотерапевтическими методами являются:

1. Селективная фототерапия (СФТ)

2. Озонотерапия

3. Фотохимиотерапия (ПУВА)

4. Оксигенотерапия

5. Криотерапия

71. Помимо кожи при псориазе могут поражаться:

1. Волосы

2. Суставы

3. Роговица глаза

4. Ногти

5. Сердце

72. Псориатическая эритродермия характеризуется:

1. Универсальным поражением кожи

2. Увеличением лимфатических узлов

3. Подъемом температуры тела

4. Поражением слизистых оболочек

5. Поражением печени

73. Красный плоский лишай необходимо дифференцировать с:

1. Псориазом

2. Сифилисом

3. Плоскими бородавками

4. Токсикодермией

5. Пруриго

74. Выберите клиническин признаки, характерные для розового лишая

1. Полициклические очертания высыпаний

2. Желтовато-розовый цвет высыпаний

3. Восковидный блеск высыпаний

4. Наличие «материнской бляшки»

5. Расположение пятен по линиям натяжения Лангера

75.. Выберите диагностичексие феномены, характерные для псориаза:

1. Феномен Кебнера

2. Сетка Викема

3. Симптом стеаринового пятна

4. Симптом Никольского

5. Симптом Бенье-Мещерского

76. Назовите меры вторичной профилактики при хроническом кожном эритематозе ( красной волчанке ):

1. Курортотерапия на Черном море

2. Профилактический прием препаратов хинолинового ряда в весенне-летний период

3. Гипоаллергенная диета

4. Применение фотозащитных кремов на открытые участки тела

5. Санация очагов хронической инфекции

77. Укажите клинические симптомы, характеризующие начало бляшечной склеродермии:

1. Субфебрильная температура

2. Артралгии

3. Зуд

4. Сиреневые пятна на коже

5. Отсутствие субъективных ощущений

78. Дифференциальный диагноз в начальной стадии дискоидной красной волчанки следует проводить с заболеваниями:

1. Солнечный дерматит

2. Розацеа

3. Себорейная экзема

4. Псориаз

5. Грибковое поражение

79. Укажите характерную локализацию дискоидной красной волчанки:

1. Нос

2. Щеки

3. Красная кайма губ

4. Волосистая часть головы

5. Ушные раковины

80. Назовите характерные клинические признаки очага бляшечной склеродермии:

1. Желтовато – белый цвет, блестящая поверхность

2. Отсутствие волос и сглаживание кожного рисунка

3. Деревянистая плотность

4. Уменьшение пото- и салоотделения в очаге

5. Чувство стягивания кожи

81. Для дискоидной красной волчанки не характерны:

1. Эритема

2. Везикуляция

3. Фолликулярный гиперкератоз

4. Рубцовая атрофия

5. Крупнопластинчатое шелушение

82. Развитию полной картины системной склеродермии предшествуют:

1. Повышение температуры тела

2. Общая слабость и быстрая утомляемость при привычной физической нагрузке

3. Периодические боли в крупных и мелких суставах и тянущие боли в мышцах по ночам

4. Повышение чувствительности к холоду

5. Длительная инсоляция

83. Процессы, лежащие в основе клинических проявлений склеродермии:

1.Акантоз

2.Спонгиоз

3.Паракератоз

4.Дерматосклероз

5.Вакуольная дистрофия

84. Укажите сведения, характерные для больных кожной формой красной волчанки:

1. Наличие у родственников онкологических заболеваний

2. Повышенная чувствительность к УФ – лучам

3. Сопутствующие заболевания печени с нарушением порфиринового обмена и выраженной сенсибилизацией к УФ – лучам

4. Преимущественное поражение женщин молодого и среднего возраста

5. Период менопаузы

85. При системной красной волчанке в крови наблюдаются следующие изменения:

1. Ускоренная СОЭ

2. Гипергаммаглобулинемия

3. Анемия

4. Тромбоцитопения

5. Лейкоцитоз

86. Факторы, имеющие значение в патогенезе склеродермии:

1. Эндокринные нарушения

2. Нервно – сосудистые нарушения

3. Механические травмы

4. Возраст после менопаузы

5. Лайм-боррелиоз

87. Укажите препараты, обычно применяемые в местной терапии кожной формы красной волчанки:

1. Эпителизирующие мази

2. Кортикостероидные мази с антибиотиками

3. Кератолитические мази

4. Антибактериальные мази

5. Фторсодержащие кортикостероидные мази

88. Укажите наиболее частую локализацию бляшечной склеродермии:

1. Лицо, шея

2. Волосистая часть головы

3. Предплечья, голени

4. Гениталии

5. Туловище

89. Факторы, способствующие развитию красной волчанки:

1. Фокальная инфекция

2. Инсоляция

3. Обморожение

4. Лекарственная непереносимость

5. Повышенное артериальное давление

90. Гистологические признаки, характерные для красной волчанки:

1. Гиперкератоз

2. Переваскулярные лимфоцитарные инфильтраты

3. Фибриноидные изменения соединительной ткани

4. Вакуольная дистрофия базальных клеток

5. Спонгиоз

91. Кожный зуд, как симптом, часто встречается при следующих заболеваниях:

1. Сахарный диабет

2. Глистная инвазия

3. Лейкозы

4. Красная волчанка

5. Болезни печени

92. Диагноз атопического дерматита может быть поставлен на основании:

1. Указания на начало заболевания в детстве

2. Улучшения в летнее время

3. Наличия лихенификации в локтевых и подколенных сгибах

4. Развития везикуляции в очагах поражения

5. Белого дермографизма

93. В возникновении строфулюса первостепенную роль играют:

1. Пищевая аллергия

2. Контакт со стиральным порошком

3. Детский возраст

4. Нервные факторы

5. Памперсы

94. Хроническую крапивницу нужно дифференцировать с:

1. Укусами насекомых

2. Чесоткой

3. Токсидермией

4. Экземой

5. Дерматитом Дюринга

95. Какие из перечисленных элементов наиболее характерны для клинической картины атопического дерматита у взрослых?

1. Волдырь

2. Экскориация

3. Эритема

4. Лихенификация

5. Узел

96. Какие из перечисленных элементов наиболее характерны для клинической картины пруриго взрослых?

1. Серопапула

2. Папула

3. Волдырь

4. Экскориация

5. Пустула

97. Какими действиями не обладает кортикостероидная мазь?

1. Вазоконстрикторным

2. Противозудным

3. Противомикробным

4. Противовоспалительным

5. Дезодорирующим

98. Какие утверждения неверны в отношении антигистаминных препаратов?

1. Оказывают гистаминопектическое действие

2. Являются Н1 блокаторами

3. Являются Н2 блокаторами

4. Оказывают противозудное действие

5. Являются Н3 блокаторами

99. Обострения и ремиссии атопического дерматита зависят от:

1. Сезонности

2. Погрешностей в диете

3. Стрессогенных ситуаций

4. Инсоляции

5. Наследственности

100. Зуд кожи как симптом характерен для следующих заболеваний:

1. Сахарного диабета

2. Глистной инвазии

3. Болезней печени

4. Опоясывающего герпеса

5. Простого герпеса

101. Каким заболеваниям и состояниям кожный зуд может сопутствовать в качестве симптома?

1. Беременности

2. СПИДу

3. Болезням почек

4. Гепатитам

5. Пузырчатке

102. Какие утверждения противоречат общепринятым представлениям о зудящих дерматозах?

1. Кожный зуд может быть как нозологией, так и симптомом

2. Крапивница характеризуется полиморфизмом высыпаний

3. Строфулюс – это детская почесуха

4. Экзема не относится к нейродерматозам

5. Зудящие дерматозы это аллергические заболевания

103. Какие цели должна преследовать наружная терапия при атопическом дерматите?

1. Противозудное действие

2. Барьерстабилизирующее действие

3. Противовоспалительное действие

4. Кератопластическое действие

5. Увлажняющее действие

104. Какие изменения лабораторных параметров не характерны для больных атопическим дерматитом?

1. Повышенный уровень сывороточных IgE антител

2. Выявление акантолитических клеток

3. Эозинофилия крови

4. Повышение цитокинов 2-го типа

5. Повышение креатинина сыворотки

105. Отметьте нетипичную локализацию высыпаний при атопическом дерматите у взрослых:

1. Лицо

2. Ягодицы

3. Шея

4. Локтевые сгибы

5. Ладони и подошвы

106. В лечении розацеа используют:

1.антиандрогены (оральные контрацептивы)

2.препараты группы имидазола (трихопол)

3.кортикостероидные гормоны

4.синтетические ретиноиды

5.антибиотики тетрациклинового ряда

107. В местной терапии вульгарных угрей используют:

1."Дифферин"(ретиноид 3-го поколения)

2."Базирон АС" (бензоил-пероксид)

3."Скинорен"(азелаиновая кислота)

4.Целестодерм с гарамицином

5.Тридерм

108. Розацеа следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

1.Дискоидная красная волчанка

2.Себорейный дерматит

3.Периоральный дерматит

4.Вульгарные угри

5.Себорейная экзема

109. Укажите типичную локализацию себореи:

1.Верхняя треть спины

2.Лицо

3.Верхняя треть груди

4.Волосистая часть головы

5.Паховые складки

110. Укажите заболевания, в клинической картине которых встречается алопеция:

1.Вторичный сифилис

2.Микроспория

3.Дискоидная красная волчанка

4.Розацеа

5.Вульгарные угри

111. В лечении вульгарных угрей используют:

1.Антибиотики тетрациклинового ряда

2.УФ облучение (общее и местное)

3.Криомассаж жидким азотом

4.Антиандрогенные препараты (оральные контрацептивы)

5.Синтетические ретиноиды (Роаккутан)

112. Эффективная профилактика розацеа включает:

1.Курортное лечение на Черноморском побережье

2.Фотозащитные средства

3.Длительные занятия спортом

4.Устранение резких температурных колебаний

5.Отказ от алкоголя и горячей пищи

113. Укажите заболевания заболевания, триггер фактором которого является злоупотребление кортикостероидными мазями:

1.Масляные угри

2.Ринофима

3.Атерома

4.Периоральный дерматит

5.Себорейный дерматит

114. В терапии гнездной алопеции используют:

1.Кортикостероидные гормоны

2.Антибиотики тетрациклинового ряда

3.Ангиопротекторы

4.Антигистаминные препараты

5.Витамины группы В

115. Укажите основные патогенетические звенья вульгарных угрей:

1.Атопическая конституция

2.Гиперсекреция кожного сала

3.Гиперандрогения

4.Гиперкератоз устьев волосяных фолликулов

5.Бактериальная инфекция

116. Укажите побочные эффекты длительного лечения розацеа кортикостероидными мазями:

1.Атрофия кожи лица

2.Телеангиэктазии

3.Гипертрихоз лица

4.Милиумы

5.Гиперплазия сальных желез

117. Укажите заболевание,вызываемое клещом железница угревая:

1.Зерновая чесотка

2.Некротические угри

3.Ринофима

4.Демодикоз

5.Норвежская чесотка

118. Причинами алопеций являются:

1.Длительный прием цитостатиков

2.Лучевое воздействие

3.Хронические инфекции

4.Эндокринные нарушения

5.Строгая диета с быстрой потерей веса

119. Причинами медикаментозных угрей являются:

1.Косметические средства

2.Препараты йода

3.Стероидные гормоны

4.Препараты брома

5.Оральные контрацептивы

120. В местной терапии розацеа используют:

1.Молоко Видаля

2.Электрокоагуляцию телеангиоэктазий

3.Примочки из настоев лекарственных средств

4.Криомассаж жидким азотом

5.Мазь "Целестодерм "

121. Для простого герпеса наиболее характерными элементами сыпи являются:

1. Гнойнички, язвы, гнойные корки

2. Узелки, чешуйки, гиперпигментация

3. Бугорки, язвы, геморрагические корки

4. Пузырьки, эрозии, серозные корки

5. Папулы, волдыри, экскориации

122. К Вам обратился пациент с жалобами на болезненные эрозии на половом члене. В анамнезе выявлено частое появление подобных высыпаний в течение года. При осмотре: на головке полового члена сгруппированные пузырьки полициклических очертаний, на отечном основании, мягком при пальпации. Наиболее вероятный диагноз:

1. Вульгарная пузырчатка

2. Шанкриформная пиодермия

3. Рецидивирующий герпес

4. Первичный герпес

5. Первичный сифилис

123. Укажите наиболее характерные признаки простого герпеса:

1. Наличие “предвестников”

2. Начало заболевания в пожилом возрасте

3. Хроническое течение дерматоза

4. Связь рецидивов с приёмом сульфаниламидов

5. Склонность к рецидивированию

124. Укажите наиболее эффективные препараты для купирования рецидива простого герпеса:

1. Ацикловир

2. Тетрациклин

3. Валтрекс

4. Трихопол

5. Фамвир

125. К Вам обратился пациент с жалобами на появление высыпаний, сопровождающихся зудом. При осмотре - в области угла рта справа на эритематозном, отёчном фоне сгруппированные мелкие пузырьки, наполненные серозным содержимым, и мелкие эрозии. Между какими заболеваниями, в первую очередь, следует проводить дифференциальный диагноз:

1. Первичный сифилис

2. Стрептококковое импетиго

3. Вульгарная пузырчатка

4. Простой герпес

5. Опоясывающий герпес

126. Укажите наиболее эффективные методы лечения контагиозного моллюска:

1. 5% салициловая мазь

2. Диатермокоагуляция

3. Мазь Зовиракс

4. Механическое удаление

5. УФО

127. Укажите субъективное ощущение, наиболее характерное для опоясывающего герпеса:

1. Зуд

2. Жжение

3. Чувство стягивания кожи

4. Чувство покалывания в коже

5. Болевой синдром

128. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать простой герпес:

1. Опоясывающий герпес

2. Аллергический дерматит

3. Стрептококковое импетиго

4. Первичный сифилис

5. Вульгарный псориаз

129. Язвенная форма простого герпеса и рецидивы опоясывающего лишая могут быть маркерами следующих системных заболеваний:

1. Злокачественных новообразований

2. Глистной инвазии

3. Инфекция ВИЧ на стадии СПИДа

4. Хронической почечной недостаточности

5. Хронического лимфолейкоза

130. Наиболее тяжелой разновидностью первичного герпеса (нередко с летальным исходом) является:

1. Первичный герпетический гингивостоматит

2. Первичный герпетический вульво-вагинит

3. Герпетический панариций

4. Первичный герпес новорожденных

5. Первичный герпес гениталий

131. К заболеваниям, передающимся половым путем, относятся следующие разновидности вирусных дерматозов:

1. Плоские бородавки

2. Остроконечные кондиломы

3. Синдром Ханта

4. Простой герпес гениталий

5. Контагиозный моллюск

132. Среди разновидностей бородавок выделяют следующие:

1. Обычные

2. Плоские

3. Подошвенные

4. Остроконечные

5. Псориазиформные

133. При типичном развитии рецидива простого герпеса принято выделять следующие стадии:

1. Предвестников

2. Эритематозная

3. Везикулезная

4. Эрозивная

5. Шелушения

134. Наиболее эффективными методами вторичной профилактики рецидивов простого герпеса являются следующие:

1. Аутогемотерапия

2. Герпетическая поливакцина

3. Инъекции антибиотиков

4. Индукторы интерферона

5. Витаминотерапия

135. Укажите признаки, наиболее характерные для опоясывающего герпеса:

1. Пузырьковые высыпания

2. Склонность к рецидивированию

3. Боли по ходу нервных стволов

4. Положительный симптом Никольского

5. Развитие пост-герпетической невралгии

136. У больной 53 лет без видимой причины на слизистой рта появились крупные пузыри с вялой покрышкой и ярко-красные эрозии. Процесс сопровождается болезненностью, затрудняющей прием пищи. Ваш ниболее вероятный клинический диагноз:

1. Опоясывающий лишай

2. Токсикодермия

3. Простой пузырьковый лишай

4. Сифилитическая пузырчатка

5. Вульгарная пузырчатка

137. Признак, характерный для герпетиформного дерматита Дюринга:

1. Развитие стойкого иммунитета после лечение

2. Полиморфизм сыпи

3. Положительный симптом Кебнера

4. Положительный симптом Никольского

5. Положительный симптом «груши»

138. Для подтверждения диагноза вульгарной пузырчатки необходимо провести следующее лабораторное исследование:

1. Мазки-отпечатки на акантолитические клетки

2. Анализ крови на сахар

3. Клинический анализ крови

4. Посев содержимого пузыря на флору

5. Исследование содержимого пузыря на эозинофилы

139. Симптом груши обнаруживают при:

1. Герпетиформном дерматите Дюринга

2. Экземе

3. Истинной пузырчатке

4. Опоясывающем лишае

5. Буллезной форме токсидермии

140. В процессе клинической эволюции истинной пузырчатки возникают следующие вторичные морфологические элементы:

1. Эрозии

2. Корки

3. Пигментные пятна

4. Рубцы

141. Для подтверждения диагноза герпетиформного дерматита Дюринга необходимо провести кожную пробу для определения повышенной чувствительности к:

1. Сульфаниламидам

2. Антибиотикам

3. Новокаину

4. Иодидам

142. Акантолитические клетки обнаруживают при:

1. Герпетиформном дерматите Дюринга

2. Экземе

3. Сифилитической пузырчатке

4. Истинной пузырчатке

143. Клинико-диагностический прием, характерный для истинной пузырчатки:

1. Проба Ядассона

2. Реакция Пирке

3. Проба Бальзера

4. Симптом Никольского

144. Назовите первичный морфологический элемент, типичный для вульгарной пузырчатки:

1. Пятно

2. Бугорок

3. Узелок

4. Пузырь

5. Гнойничок

145. Для лечения герпетиформного дерматита Дюринга применяются:

1. Витамины

2. Антигистаминные препараты

3. Препараты сульфонового ряда

4. Антибиотики

5. Сульфаниламиды

146. Повышенное содержание эозинофилов в пузыре обнаруживают при:

1. Герпетиформном дерматите Дюринга

2. Экземе

3. Истинной пузырчатке

4. Опоясывающем лишае

5. Буллезной форме токсидермии

147. Поражение слизистой оболочки полости рта при истинной пузырчатке сопровождается:

1. Зудом

2. Болезненностью

3. Жжением

4. Парестезиями

5. Чувством стянутости

148. Наиболее важным лабораторным исследованием для подтверждения диагноза вульгарной пузырчатки является:

1. Исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки

2. Клинический анализ крови

3. Исследование содержимого пузыря на эозинофилы

4. Посев содержимого пузыря на флору

5. Исследование крови на электролиты

149. К клиническим формам пузырчатки относятся все, кроме:

1. Импетигинозной

2. Себорейной

3. Листовидной

4. Вегетирующей

5. Вульгарной

150. Повышенная чувствительность к глютену нередко обнаруживается при:

1. Герпесе

2. Пузырчатке

3. Герпетиформном дерматите Дюринга

4. Синдроме Стивенса-Джонсона

5. Контактном дерматите

**Раздел II Венерология**

1. Твердый шанкр может локализоваться на любом участке кожи и слизистых, но реже всего он встречается на:

1. Внутреннем листке крайней плоти

2. Шейке матки

3. Головке полового члена

4. Стенках влагалища

5. На волосистой части головы

2. У больных первичным сифилисом не бывают:

1. Папулы ладоней и подошв

2. Эритематозная ангина, рубцующийся твердый шанкр

3. Лабиринтная глухота

4. Саблевидные голени

5. Лимфангит

3. Первичный период сифилиса начинается с:

1. Внедрения бледной трепонемы в организм

2. Позитивации КСР

3. Регионарного лимфаденита

4. Появления твердого шанкра

5. Полиаденита

4. Укажите атипичные формы твердого шанкра:

1. Гангренозный шанкр

2. Шанкр-панариций

3. Индуративный отек

4. Шанк-амигдалит

5. Шанкр-отпечаток

5. К разновидностям твердого шанкра относятся:

1. Язвенный шанкр

2. Гигантский шанкр

3. Экстрагенитальный шанкр

4. Биполярный шанкр

5. Шанкр-панариций

6. Какой препарат применяют для очищения поверхности твердого шанкра перед исследованием на бледную трепонему?

1. 2% раствор борной кислоты

2. 0,02% раствор фурацилина

3. Раствор хлоргексидина

4. 0,9% раствор хлорида натрия

5. 10% раствор хлорида натрия

7. Укажите признаки, характерные для неосложненного твердого шанкра:

1. Безболезненность

2. Гнойное отделяемое

3. Подрытые края

4. Плотно-эластический инфильтрат в основании

5. Полициклические очертания

8. Первичный период сифилиса заканчивается с:

1. Развитием полиаденита

2. Появлением розеолезной сыпи

3. Рубцеванием твердого шанкра

4. Позитивацией РИБТ

5. Развитием продромальных явлений (субфебрилитет, головная боль, недомогание и т.д.)

9. При первичном сифилисе бледная трепонема может быть обнаружена:

1. При исследовании в темном поле тканевого сока шанкра

2. В спинномозговой жидкости

3. В пунктате из регионарного лимфатического узла

4. В слюне

5. В моче

10. Твердый шанкр следует дифференцировать с:

1. Плоскоклеточным раком

2. Простым герпесом

3. Шанкроидом

4. Шанкриформной пиодермией

5. Красным плоским лишаем

11. Какие признаки относятся к осложнениям твердого шанкра?

1. Баланит

2. Фимоз

3. Гангренизация

4. Лихенификация

5. Фагеденизация

12. Твердый шанкр – это:

1. Эрозия

2. Везикула

3. Язва

4. Бугорок

5. Пятно

13. В первичном периоде сифилиса у больных могут встречаться следующие признаки:

1. Твердый шанкр

2. Отрицательный комплекс серологических реакций (КСР)

3. Положительный комплекс серологических реакций (КСР)

4. Сифилитическая ангина

5. Лимфангит

14. Для типичного твердого шанкра не характерны:

1. Правильные округлые или овальные очертания

2. Гладкое, блестящее дно

3. Блюдцеобразная форма

4. Болезненность

5. Подрытые края

15. К разновидностям твердого шанкра относятся:

1. Щелевидный шанкр

2. Биполярный шанкр

3. Карликовый шанкр

4. Шанкр-амигдалит

5. Шанкр-отпечаток

16. При локализации на миндалине твердый шанкр может иметь форму:

1. Язвенную

2. Комбинированную – язвенную на фоне ангиноподобной

3. Ангиноподобную

4. Флегмонозную

5. Дифтеритическую

17. Для обнаружения бледных трепонем применяется:

1. Окраска метиленовым синим

2. Серебрение по Морозову

3. Окраска по Романовскому-Гимзе

4. Исследование нативных препаратов в темном поле

5. Культивирование на питательных средах

18. Какие из перечисленных проявлений относятся к осложнениям твердого шанкра:

1. Фимоз

2. Вульвовагинит

3. Баланопостит

4. Индуративный отек

5. Фагеденизма

19. Для типичного твердого шанкра характерны:

1. Экстрагенитальная локализация

2. Скудное серозное отделяемое

3. Полициклические очертания

4. Безболезненность

5. Подрытые края

20. В первичном периоде сиифлиса остаются отрицательными:

1. КСР

2. РИБТ

3. РПГА

4. РИФ

5. ИФА

21. Регионарный лимфаденит при первичном сифилисе характеризуется следующими клиническими признаками:

1. Лимфоузлы подвижны

2. Кожа над лимфоузлами не изменена

3. Лимфоузлы безболезненны

4. Лимфоузлы спаяны между собой

5. Лимфоузлы мягкой консистенции

22. Клиническая картина первичного периода сифилиса характеризуется следующими признаками:

1. Твердым шанкром

2. Регионарным лимфаденитом

3. Регионарным лимфангитом

4. Розеолезной сыпью на туловище

5. Сифилитической ангиной

23. Какие методы применяются для исключения или подтверждения диагноза первичного сиифлиса?

1. Комплекс серологических реакций (КСР)

2. Исследование тканевой жидкости эрозивно-язвенных поражений на бледную трепонему

3. Конфронтация

4. Исследование спинномозговой жидкости

5. Исследование пунктата регионарных лимфоузлов на бледную трепонему

24. Укажите атипичные формы твердого шанкра:

1. Шанкр-амигдалит

2. Шанкр-панариций

3. Индуративный отек

4. Гангренозный шанкр

5. “Целующийся” шанкр

25. Следующие нижеперечисленные признаки характерны для типичного твердого шанкра:

1. Пластинчатый инфильтрат в основании язвы

2. Полициклические очертания

3. Блюдцеобразные края

4. Обильное гнойное отделяемое

5. «Полированное» дно эрозии или язвы

26. У больных первичным сифилисом не бывает:

1. Лентикулярных папул туловища

2. Шанкра-панариция

3. Сифилитической алопеции

4. Регионарного лимфаденита

5. Папулезных сифилидов

27. Для регионарного сифилитического лимфаденита характерны:

1. Болезненность лимфоузлов

2. Подвижность лимфоузлов

3. Воспаление кожи над лимфоузлами

4. Плотно-эластическая консистенция лимфоузлов

5. Спаянность лимфоузлов

28. Для исключения или подтверждения диагноза первичного сифилиса применяют:

1. Комплекс серологических реакций

2. Исследование спинномозговой жидкости

3. Исследование тканевой жидкости эрозивно-язвенных поражений на бледную трепонему

4. Посев крови на бледную трепонему

5. Метод конфронтации

29.Укажите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз папулезного сифилида:

1.Псориаз

2.Остроконечные кондиломы

3.Красный плоский лишай

4.Розовый лишай

5.Геморрой

30.Больному с резко положительными реакциями на сифилис при отсутствии

клинических проявлений могут быть выставлены следующие диагнозы:

1.Сифилис скрытый ранний

2.Сифилис первичный серопозитивный

3.Сифилис скрытый неуточненный

4.Сифилис обезглавленный

5. Сифилис скрытый поздний

31. На коже у больных вторичным сифилисом могут встречаться следующие высыпания:

1.Сосудистые невоспалительные пятна

2.Сосудистые воспалительные пятна

3.Пигментные пятна

4.Папулы

5.Пустулы

32. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз пустулезного сифилида:

1.Вульгарное импетиго

2.Вульгарные угри

3.Вульгарная эктима

4.Вульгарная пузырчатка

5.Вульгарный псориаз

33. Для вторичных сифилидов характерно:

1.Наличие островоспалительных явлений

2.Отсутствие островоспалительных явлений

3.Болезненность

4.Безболезненность

5.Самопроизвольное исчезновение

34. Эритематозная сифилитическая ангина характеризуется:

1.Резкими границами

2.Болезненностью

3.Яркой гиперемией

4. Безболезненностью

5.Наличием гнойных пробок

35. О возможном наличии у больного вторичного рецидивного сифилиса свидетельствуют:

1.Осиплость голоса

2.Лейкодерма

3.Широкие кондиломы

4.Мелкоочаговая алопеция

5.Остатки твердого шанкра

36. Из высыпаний вторичного сифилиса заразными являются:

1.Эрозивные папулы языка

2.Розеола туловища

3.Широкие кондиломы вокруг ануса

4.Лейкодерма шеи

5.Роговые папулы ладоней и подошв

37. Сифилитическую розеолу надо дифференцировать с :

1.Токсидермией

2.Красным плоским лишаем

3.Розовым лишаем

4.Отрубевидным лишаем

38. Для вторичного свежего сифилиса характерны:

1.Алопеция, папулы ладоней и подошв

2.Эритематозная ангина, широкие кондиломы

3.Лейкодерма, необильная розеола

4.Остатки твердого шанкра, обильная розеола

5. Папулы ладоней и подошв, широкие кондиломы.

39. Папулезные высыпания при вторичном сифилисе бывают следующих разновидностей:

1.Милиарные

2.Угревидные

3.Нумулярные

4.Импетигинозные

5. Вегетирующие

40. Сифилиды при вторичном сифилисе имеют следующие признаки

1.Высыпания, как правило, не сопровождаются субъективными ощущениями

2.В элементах отсутствуют признаки острого воспаления

3.Высыпаниям свойствен конформизм

4.Возможно самопроизвольное исчезновение высыпаний

5. Сифилиды быстро регрессируют под влиянием противосифилитической терапии

41. Папулезные высыпания при вторичном сифилисе имеют следующие разновидности:

1.Лентикулярные

2.Себорейные

3.Широкие кондиломы

4.Псориазиформные

5.Нумулярные

42. Пустулезные высыпания при вторичном сифилисе имеют следующие

разновидности:

1.Оспенновидные

2.Угреидные

3.Сифилитическая эктима

4.Сифилитическая гумма

5.Сифилитическая рупия

43. Вторичный период сифилиса начинается с :

1.Появления твердого шанкра

2.Появления регионарного лимфаденита

3.Исчезновения твердого шанкра

4.Появление полиаденита

5. Появление генерализованных высыпаний

44. При вторичном сифилисе могут поражаться следующие внутренние органы и системы:

1. Костно-суставная система

2. Сердечно-сосудистая система

3. Эндокринная система

4. Нервная система

5. Печень

45. Вторичный период сифилиса начинается от момента заражения в

среднем через:

1. Одну-две недели

2.Два-три месяца

3.Пять-шесть месяцев

4.Один год

5.Два-четыре года

46. К клиническим симптомам вторичного свежего сифилиса относятся:

1. Обильная розеола

2. Широкие кондиломы

3. Твердый шанкр

4. Лейкодерма

5. Полиаденит

47. К клиническим симптомам вторичного рецидивного сифилиса относятся

1.Обильная розеола

2.Широкие кондиломы

3.Твердый шанкр

4.Лейкодерма

5.Алопеция

48. К проявлениям вторичного сифилиса относятся:

1.Пятнистый сифилид

2.Бугорковый сифилид

3.Папулезный сифилид

4.Гуммозный сифилид

5.Пустулезный сифилид

49. Для сифилитической эритематозной ангины характерно:

1.Разлитая ярко-красная эритема

2.застойная эритема с четкими границами

3.Резкая болезненность

4.Безболезненность

5.Гнойные пробки

50. Сифилитическая осиплость голоса обусловлена:

1. Пятнистым сифилидом

2.Бугорковым сифилидом

3.Папулезным сифилидом

4.Пустулезным сифилидом

5.Пигментным сифилидом

51. К клиническим симптомам вторичного сифилиса относятся

1.Остатки твердого шанкра

2.Розеола

3.Полиаденит

4.Алопеция

52. У больных вторичным сифилисом могут быть положительными

следующие серологические реакции:

1.КСР

2.РИФ

3.РИБТ

4.РПГА

5.Реакция микропреципитации

53. Окончанием вторичного периода сифилиса является:

1. Исчезновение розеолы

2.Появление бугорков

3.Исчезновение папул

4.Появление гумм

5.Исчезновение полиаденита

54. Вторичный период сифилиса в среднем длится:

1. Две-четыре недели

2.Две-четыре декады

3.Два-четыре месяца

4.Два-четыре года

5.Два-четыре десятилетия

55. Розеола вторичного свежего сифилиса характеризуется:

1.Обилием высыпаний

2.Крупными размерами

3. Беспорядочным расположением

4.Тенденцией к группировке

5.Небольшим количеством высыпаний

56. Розеола вторичного рецидивного сифилиса характеризуется:

1. Мелкими размерами

2. Крупными размерами

3. Беспорядочным расположением

4. Тенденцией к группировке

5. Небольшим количеством высыпаний.

57. Третичный сифилис может проявляться:

1. Бугорком

2. Сифилитической эктимой

3. Гуммой

4. Звздчатым рубцом

5. Полиаденитом

58. К клиническим проявлениям суперинфекции при третичном сифилисе относятся:

1. “Целующийся” шанкр

2. Бугорки и гуммы

3. Шанкры-отпечатки

4. Гумма голени и генитальный твердый шанкр

5. Звездчатый рубец

59. Для сифилитических бугорков характерно:

1. Синюшно-красная окраска

2. Ярко-красная окраска

3. Изъязвление с последующим рубцеванием

4. Исчезновение без следов

5. Плотно-эластическая консистенция

60. К третичным сифилидам относят:

1. Широкие кондиломы

2. Мелкоочаговое облысение

3. Папулы ладоней и подошв

4. Сгруппированные бугорки

5. Гумма твердого неба

61. Для сифилитических гумм характерно:

1. Мягковатая консистенция

2. Плотно-эластическая консистенция

3. Вскрытие с последующим образованием корок

4. Вскрытие с последующим образованием язвы с «гуммозным стержнем»

5. Подрытые края

62. К особенностям проявлений третичного сифилиса можно отнести:

1. Волнообразное течение

2. Длительные сроки развития поражения

3. Незначительное число бледных трепонем

4. Ничтожная заразительность

5. Развитие у ослабленных лиц

63. Сифилитические бугорки бывают:

1. Сгруппированные

2. Серпигинирующие

3. Площадкой

4. Генерализованные

5. Сфокусированные

64. Клинические проявления третичного сифилиса характеризуются следующими признаками:

1. Безболезненные узлы

2. Обильная розеолезная сыпь туловища

3. Мелкоочаговое облысение

4. Лейкодерма

5. Мозаичные рубцы

65. При обследовании больных третичным сифилисом необходимы консультации следующих специалистов:

1. Стоматолога

2. Невропатолога

3. Окулиста

4. Хирурга

5. Отоларинголога

66. При третичном сифилисе чаще встречается:

1. Орхит

2. Энтерит

3. Мезаортит

4. Нефросклероз

5. Гепатит

67. Сифилитическая гумма является:

1. Невоспалительным узлом

2. Отеком сосочкового слоя дермы

3. Инфекционной гранулемой

4. Папулезным инфильтратом

5. Доброкачественным новообразованием

68. Бугорки и гуммы характерны для:

1. Третичного сифилиса

2. Вторичного сифилиса

3. Первичного сифилиса

4. Раннего скрытого сифилиса

5. Позднего скрытого сифилиса

69. Исходом сгруппированного бугоркового сифилида является:

1. Гипопигментация

2. Гладкий рубец

3. Мозаичный рубец

4. Келоидный рубец

5. Гиперпигментация

70. В клинической картине третичного сифилиса наблюдаются:

1. Алопеция

2. Бугорки

3. Лейкодерма

4. Папулы

5. Пустулы

71. Сифилитический бугорок является:

1. Инфекционной гранулемой

2. Папулезным доброкачественным образованием

3. Отеком сосочкового слоя дермы

4. Специфическим васкулитом

5. Продуктивным воспалением

72. Отрицатнльный КСР в третичном периоде сифилиса встречается у:

1. 100% больных

2. 70% больных

3. 50% больных

4. 30% больных

5. 10% больных

73. К особенностям третичного сифилиса следует отнести:

1. Наивысшее состояние инфекционной аллергии

2. Склонность к фиксации поражений на местах травм

3. Низкую напряженность иммунитета

4. Отрицательный КСР у всех больных

5. Положительной КСР у 70% больных

74. Высыпания третичного периода сифилиса характеризуются:

1. Самопроизвольным исчезновением без следов

2. Изъязвлением с последующим рубцеванием

3. Высокой контагиозностью

4. Повсеместностью поражений

5. Слабой заразительностью

75. К факторам, препятствующим заражению сифилисом, относятся:

1. Прочность кожно-слизистого покрова

2. Гигиеническая обработка гениталий после полового контакта

3. Использование дезинфицирующих средств

4. Использование презерватива

5. Использование 0,9% раствора натрия хлорида

76. Для проявлений третичного сифилиса характерны следующие особенности:

1. Склонность проявлений к распаду с обширной деструкцией

2. Продуктивный характер воспаления

3. Повсеместность поражений

4. Острая воспалительная реакция

5. Низкая контагиозность

77. К сифилидам третичного периода относятся:

1. Папулы

2. Бугорки

3. Лейкодерма

4. Узлы

5. Пузыри

78. В клинической картине третичного сифилиса могут наблюдаться:

1. Бугорки

2. Рубцы

3. Узлы

4. Язвы

5. Папулы

79. К причинам развития третичного сифилиса относятся:

1. Отсутствие или недостаточность специфического лечения

2. Детский и старческий возраст

3. Тяжелые сопутствующие заболевания

4. Отягчающие местные условия и болезни

5. Неполноценное питание

80. Поздние формы сифилиса включают:

1. Нейросифилис

2. Третичный сифилис

3. Висцеральный сиифилис

4. Серопозитивный латентный сифилис

5. Вторичный рецидивный сифилис

81. Для индивидуальной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в частности сифилиса могут применяться следующие препараты:

1.Мирамистин

2.Цидипол

3.Хлоргекседина биглюконат

4.10% р-р хлорида натрия

5.Раствор перманганата калия

82. К дюрантным антибиотикам для лечения сифилиса относят:

1.Сумамед

2.Бициллин-3

3.Таривид

4.Экстенциллин

5.Роцефин

83. Условиями назначения неспецифической терапии сифилиса является:

1.Поздняя форма заболевания

2.Врожденный сифилис

3.Сопутствующие заболевания

4.Непереносимость антибиотиков

5.Скрытое течение сифилиса

84. В начале лечения больного с диагнозом сифилитического аортита, осложненного аневризмой аорты, можно применить следующие препараты:

1.Пенициллин

2.Доксициклин

3.Ретарпен

4.Эритромицин

5.Бициллин-3

85. К специфическим препаратам, применяемым для лечения больных сифилисом, относятся:

1.Препараты пенициллина

2.Пирогенные препараты

3.Цефалоспорины

4.Витамины

5.Иммуномодуляторы

86. Больному, страдающему алкоголизмом, с диагнозом вторичного рецидивного сифилиса, в лечение могут быть включены следующие препараты:

1.Витамины

2.Иммуномодуляторы

3.Антибиотики

4.Антигистаминные препараты

5.Транквилизаторы

87. Средствами неспецифического лечения сифилиса являются:

1.Пирогенал

2.Продигиозан

3.Циклоферон

4.Тетрациклин

5.Иммунал

88. Трепонемоцидным действием обладают следующие препараты:

1.Антибиотики пенициллинового ряда

2.Препараты висмута

3.Антибиотики тетрациклинового ряда

4.Препараты йода

5.Препараты ртути

89. Основными принципами противосифилитического лечения являются:

1.Достаточная продолжительность

2.Интенсивность

3.Комбинированность

4.Комплексность

5.Очередность

90. При снятии больного сифилисом с клинико-серологического учета необходимо заключение об отсутствии специфической патологии от:

1.Терапевта

2.Окулиста

3.Невропатолога

4.Отоларинголога

5.Уролога

91. Превентивное лечение пациенту, имевшему половой контакт с больной сифилисом женщиной, назначается, если после контакта прошло:

1.3 месяца

2.1-2 недели

3.Более 2 месяцев

4.До 2 месяцев

5.6 месяцев

92. Критериями излеченности сифилиса является:

1.Проведенное полноценное лечение

2.Благополучный период клинико-серологического наблюдения

3.Отсутствие признаков сифилиса при обследовании по всем органам и системам

4.Отрицательная РИБТ

5.Отрицательная РИФ

93. Какова тактика ведения пациента - мужчины, 35 лет, обратившегося на прием к дерматовенерологу в связи с тем, что 2 недели назад у него был половой контакт с женщиной, больной вторичным рецидивным сифилисом. При тщательном осмотре специфических высыпаний на коже и слизистых оболочках не обнаружено. Комплекс серологических реакций отрицателен.

1.Проводить клинико-серологический контроль за пациентом в течение 2-х месяцев

2.Оставить без наблюдения

3.Провести лечение по схемам вторичного рецидивного сифилиса

4.Провести превентивное лечение

5.Провести лечение по схемам первичного серопозитивного сифилиса

94. Чаще при лечении пенициллинами встречается осложнение:

1.Эмболия легкого

2.Нефропатия

3.Полиневриты

4.Некроз на месте иньекций

5.Анафилактический шок

95. Индивидуальная профилактика венерических болезней наиболее эффективна, если она проведена после полового контакта не позднее, чем через:

1.12 часов

2.24 часов

3.6 часов

4.2 часа

5.48 часов

96. Особенностью лечения поздних форм сифилиса является:

1.Применение в начале лечения таблетированных антибиотиков резерва

2.Применение в начале лечения иммуномодуляторов

3.Применение только тетрациклиновых антибиотиков

4.Применение только дюрантных антибиотиков

5.Применение неспецифических препаратов

97. Время исчезновения бледной трепонемы с поверхности сифилидов при лечении пенициллином составляет:

1.10 часов

2.3 часа

3.24 часа

4.25-70 часов

5.90 часов

98. В случае непереносимости препаратов пенициллина назначают лечение:

1.Сумамедом

2.Препаратами висмута

3.Пирогеналом

4.Ретарпеном

5.Гибитаном (хлоргексидина биглюконата)

99. Трепонемоцидной концентрацией антибиотика в сыворотке крови является:

1.0,01 ЕД/мл

2.0,03 ЕД/мл

3.Менее 0,03 ЕД/мл

4.0,005 ЕД/мл

5.Менее 0,01 ЕД/мл

100. Частота введения больному сифилисом бензилпенициллина по 400 тыс. ЕД, для поддержания его трепонемоцидной концентрации в сыворотке крови составляет

1.Каждые 12 часов

2.Каждые 3 часа

3.Каждые 6 часов

4.Каждые 8 часов

5.Каждые 24 часа

101. Для лечения сифилиса не применяется антибиотик:

1.Роцефин

2.Тетрациклин

3.Ретарпен

4.Авелокс

5.Пенициллин

102. Трепонемоцидным действием обладают :

1.Препараты висмута

2.Препараты мышьяка

3.Препараты йода

4.Препараты ртути

5.Препараты пенициллина

103. Дюрантные препараты пенициллина (ретарпен, экстенциллин) применяются во всех следующих случаях, кроме:

1.Превентивного лечения

2.Лечения нейросифилиса

3.Лечения первичного сифилиса

4.Профилактического лечения

5.Лечения вторичного свежего сифилиса

104. Превентивное лечение – это:

1.Лечение пациента, находившегося в контакте с больным сифилисом, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев

2.Лечение в случае непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда

3.Лечение беременных женщин, больных сифилисом

4.Лечение поздних форм сифилиса

5.Лечение врожденного сифилиса у детей

105. К Вам на прием обратился пациент 26 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся резями во время мочеиспускания, появившиеся через 6 дней после случайного полового контакта. При микроскопическом исследовании отделяемого с окраской по Граму и метиленовым синим на фоне значительного лейкоцитоза обнаружены внутриклеточные диплококки и жгутиковые простейшие. Ваш диагноз:

1. Гонорейный уретрит

2. Бактериальный уретрит

3. Смешанный трихомонадно-гонорейный уретрит

4. Трихомонадный уретрит

5. Урогенитальный хламидиоз

106. При лечении данного пациента могут быть применены следующие варианты лечения:

1. Сначала лечение гонореи, затем трихомониаза

2. Сначала лечение трихомониаза, затем гонореи

3. Лечение только гонореи

4. Одновременно лечение обеих инфекций

5. Сочетание системной терапии и физиотерапевтического лечения

107. Укажите препараты, которые могут быть использованы в лечении этого пациента:

1. Доксициклин

2. Орнидазол

3. Нистатин

4. Трихопол

5. Ламизил

108. После окончания этиотропной терапии пациента тактика врача заключается в следующем:

1. Взятие мазков из уретры и при получении отрицательного результата снятие с учета

2. Проведение контрольного исследования после провокации, и в случае отсутствия инфекций окончание наблюдения больного

3. Назначение профилактического лечения других возможных ИППП

4. Дополнительное обследование пациента для исключения возможного развития воспалительных процессов органов малого таза

5. Дальнейшее наблюдение пациента с контрольным обследованием через месяц для исключения прочих ИППП

109. Укажите клинические симптомы, составляющие картину уретрита независимо от его этиологии:

1. Выделения из уретры

2. Чувство рези или жжения при мочеиспускании

3. Гиперемия и отечность губок уретры

4. Осадок или помутнение мочи в первой порции

5. Зуд мошонки

110. Хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта может явиться причиной развития следующих Болезней:

1. Цервицит

2. Простатит

3. Уретрит

4. Конъюктивит

5. Моноартрит

111. Возбудителями 2-й генерации, передаваемым преимущественно половым путем, 2-й генерации относятся:

1. Гонококк

2. Хламидии

3. Трихомонада

4. Уреаплазма

5. Вирус простого герпеса

112. Укажите, какие урогенитальные инфекции передаются преимущественно половым путем:

1. Хламидиоз

2. Кандидоз

3. Гонорея

4. Простой герпес

5. Уреаплазмоз

113.Диагнозу гонорейного уретрита соответствует следующие утверждения:

1. Эта инфекция поражает только мужчин

2.В клинической картине преобладают обильные гнойные

выделения из уретры и боли при мочеиспускании

3. При лечении эффективны препараты из группы имидазола

4. При лечении эффективны антибиотики цефалоспоринового ряда

5. Диагноз выставляется на основании клиники и не требует

лабораторного подтверждения

114. При контроле излеченности урогенитальных инфекций применяются следующие методы провокаций:

1. Алиментарная

2. Химическая

3. Механическая

4. Комбинированная

5. Вербальная (Психологическая)

115. Для уретрита трихомонадной природы справедливы следующие утверждения:

1. Закономерно половой путь заражения

2. Клиническая картина банального уретрита

3. Обнаружение простейших жгутиковых в отделяемом из уретры

4. Терапевтическая эффективность препаратов из группы имидазола

5. Преимущественно болеют женщины

116. При обследовании пациентов, страдающих уретритами, инфекционной природы, необходимо провести исследования:

1. Взятие мазков из уретры

2. Цистоскопическое исследование

3. Исследование крови на КСР

4. Биохимическое исследование крови

5. Конфронтация

117. При лечении смешанного гонорейно-хламидийного уретрита наиболее эффективены

1. Роцефин

2. Авелокс

3. Доксициклин

4. Сумамед

5. Эритромицин

118. При гонорейном уретрите эффективны препараты нижеперечисленных групп:

1. Тетрациклины

2. Макролиды

3. Фторхинолоны

4. Цефалоспорины

5. Имидазолы

119. При проведении контрольного обследования больного после лечения уретрита наиболее эффективным видом провокации является:

1. Химическая

2. Механическая

3. Алиментарная

4. Комбинированная

5. Биологическая

120. В случае доказанности у пациента трихомонадной природы уретрита лечение можно проводить следующими препаратами:

1. Тетрациклином

2. Орнидазолом

3. Нистатином

4. Тинидазолом

5. Ацикловиром

121. Возбудитель гонореи – гонококк – относится:

1. К парным коккам грам-положительным

2. К парным коккам грам-вариабельным

3. К парным коккам грам-отрицательным

4. Коккобациллам грам-отрицательным

5. Коккобациллам грам-вариабельным

122. Больному острым гонорейным орхоэпидидимитом необходимо провести следующие исследования:

1. Исследование секрета простаты

2. Клинический анализ крови

3. Исследование отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей

4. Клинический анализ мочи

5. Двухстаканную пробу мочи

123. Показаниями к тотальной уретроскопии являются подозрения на возможное развитие осложнений в виде:

1. Хронического простатита

2. Хронического уретрита

3. Литтреита

4. Импотенции

5. Острого простатита

124. При острой и подострой формах неосложненной гонореи показано лечение:

1. Гоновакциной

2. Местным прцедурами

3. Антибиотиками

4. Трихополом

5. Пирогеналом

125. Укажите правильную тактику лечения торпидных и хронических форм гонорейной инфекции:

1. Иммунотерапевтические, антигистаминные препараты

2. Местное лечение

3. Антибактериальные препараты, местное лечение

4. Иммунотерапевтические, антибактериальные, антигистаминные препараты

5. Иммунотерапевтические препараты, местное лечение

126. Бактериоскопическая идентификация гонококков основывается на следующих признаках:

1. Парность кокков

2. Грам-положительность

3. Грам-отрицательность

4. Наличие макрофагов в мазке

5. Внутрилейкоцитарное расположение возбудителя

127. Наиболее частой причиной ауторецидивов гонореи является ассоциация гонококков с:

1. Хламидиями

2. Дрожжевыми грибами

3. Трихомонадами

4. Уреаплазмами

5. Гарднереллами

128. Наиболее благоприятными для развития гонококков являются слизистые оболочки, выстланные:

1. Цилиндрическим эпителием

2. Переходным эпителием

3. Многослойным плоским неороговевающим эпителием

4. Многослойным плоским ороговевающим эпителием

5. Кубическим эпителием

129. Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется следующими клиническими признаками:

1. Обильные гнойные выделения из уретры

2. Наличие гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи

3. Болезненность при мочеиспускании

4. Развитие гонорейного моноартрита

5. Гиперемия губок наружного отверстия уретры

130.Детям, больным хронической гонореей, можно вводить гоновакцину начиная с возраста:

1. 1 год

2. 2 года

3. 3 года

4. 4 года

5. 5 лет

131. Общее лечение в инфекционно-токсической стадии болезни Рейтера должно предусматривать:

1. Дезинтоксикационную терапию

2. Иммунокоррекцию

3. Гипосенсибилизирующую терапию

4. Физиотерапевтические процедуры

5. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

132. Показаниями для обследования на гонорейно-хламидийно-уреаплазменную инфекцию являются:

1. Бесплодный брак

2. Нарушение функции щитовидной железы

3. Патология беременности

4. Планируемая госпитализация

5. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза

133. Дифференциальный диагноз гонорейного вульвовагинита проводят с негонорейными вульвовагинитами, развивающимися в следствие:

1. Мочекаменной болезни

2. Наличие Энтеробиоза

3. Механического или термического раздражения вульвы

4. Крауроза вульвы

5. Заражения другими ИППП

134.Клиническими симптомами гонореи глаз являются:

1. Отек век

2. Экзофтальм

3. Светобоязнь, гноетечение

4. Древовидный конъюктивит

5. Распадающаяся язва в роговой оболочке

135. Характерными жалобами и симптомами острой гонореи у девочки является:

1. Учащенное болезненное мочеиспускание

2. Везикулезные высыпания на наружных половых органах

3. Гнойные выделения из половой щели

4. Лихорадка, лифаденопатия

5. Гиперемия наружных половых органов

136.С целью диагностики урогенитального хламидиоза у женщин исследуется соскоб со слизистой оболочки:

1. Уретры и заднего свода влагалища

2. Уретры и цервикального канала

3. Цервикального канала и прямой кишки

4. Уретры

5. Уретры, цервикального канала и прямой кишки

137. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин исследуется:

1. Соскоб слизистой оболочки прямой кишки

2. Соскоб слизистой оболочки уретры

3. Соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки

4. Секрет простаты

5. Соскоб слизистой носоглотки

138. При гонорее различают следующие клинические формы:

1. Свежая острая

2. Свежая подострая

3. Врожденная

4. Свежая торпидная

5. Хроническая

139. Наиболее информативными методами лабораторной диагностики гонореи и трихомониаза являются:

1. Иммунофлюоресценция.

2. Световая микроскопия с окраской метиленовым синим или по Грамму

3. Полимеразная цепная реакция

4. Культуральный метод

5. Серологические тесты

140. Наиболее информативными методами лабораторной диагностики хламидиоза и уреаплазмоза являются:

1. Прямая и непрямая иммунофлюоресценция.

2. Световая микроскопия

3. Полимеразная цепная реакция

4. Серологические тесты

5. Культуральный метод

141. Среди перечисленных укажите разновидность твердого шанкра:

1. Эрозивный шанкр Фолькмана

2. Индуративный отек

3. Шанкр-панариций

4 Шанкр-амигдалид

5. Фагеденизм

142. Начало вторичного периода сифилиса в первую очередь знаменуется:

1. Заживлением твердого шанкра

2. Появлением полиаденита

3. Продромальными явлениями

4. Первыми генерализованными высыпаниями

5. Эритематозной ангиной

143. Среди перечисленных отметьте признаки, не характерные для твердого шанкра:

1. Плотноэластический инфильтрат в основании эрозии

2. Гладкое ровное дно

3. Полициклические очертания

4. Безболезненность

5. Устойчивость к местной терапии

144. Назовите наиболее редкую локализацию твердого шанкра:

1. Язык

2. Область ануса

3. Шейка матки

4. Стенки влагалища

5. Внутренний листок крайней плоти

145. Окончанием второго периода сифилиса знаменует:

1. Исчезновение розеолы

2. Появление бугорков

3. исчезновение полиаденита

4. Появление гумм

5. Заживление твердого шанкра

146. Первичный серопозитивный период сифилиса начинается с:

1. Появление твердого шанкра

2. Позитивации РИФ

3. Позитивации РИБТ

4. Позитивации КСР

5. Появления генерализованных высыпаний.

147. Какие осложнения встречаются при гонорейном уретрите?

1. Простатит

2. Стриктура уретры

3. Эпидидимит

4. Паховый лимфаденит

5. Фимоз

148. В анамнезе больного вторичным сифилисом характерны:

1. Небольшая давность высыпаний

2. Отсутствие эффекта от местной терапии

3. Отсутствие субъективных ощущений

4. Указание на предшествующую язву на гениталиях.

5. Наличие субъективных ощущений

149. Для клинических проявлений вторичного сифилиса характерны:

1. Розеолезные высыпания

2. Папулезные высыпания

3. Пустулезные высыпания

4. Мелкоочаговое облысение

5. Бугорки и гуммы

150. Укорочение инкубационного периода сифилиса наблюдается при:

1. Биполярных твердых шанкрах

2. Множественных твердых шанкрах

3. Специфической суперинфекции

4. Сахарном диабете

5. Приеме антибиотиков по поводу сопутствующей патологии