

Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО
педагогическим советом
12.09.2022, протокол № 4

УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора управления
по учебной работе

Е.В. Неврычева

«13» сентября 2022 г.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5D14FAECA12B3528CAB1C801190FEA9E
Владелец: Неврычева Елена Викторовна
Действителен: с 21.09.2023 до 14.12.2024

ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.32 Дерматовенерология
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»
Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Хабаровск
2022

Оглавление

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.....	3
III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ	6
IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	12

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.32 Дерматовенерология соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.32 Дерматовенерология относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель государственной итоговой аттестации: объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая.

1.1. Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.
- принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-дерматовенеролог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

1.2. Результаты освоения программы ординатуры

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения:

Таблица 1

Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	УК-2.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
	УК-2.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
	УК-2.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
УК-3. Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	УК-3.1 Планирует педагогическую деятельность
	УК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Профилактическая деятельность	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ПК-1.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры) по профилю «дерматовенерология» ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение
	ПК-3. Готовность к проведению	ПК-3.1 Проводит противоэпидемические

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	мероприятия ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
	ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	ПК-4.1 Применяет социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков
Диагностическая деятельность	ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования
Лечебная деятельность	ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	ПК-6.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ПК-6.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	ПК-7.1 Оценивает состояния пациентов ПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Реабилитационная деятельность	ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	ПК-8.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ПК-8.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
Психолого-педагогическая деятельность	ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9 Применяет психолого-педагогические методы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Организационно-управленческая деятельность	ПК-10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-10.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ПК-10.2 Участвует в управлении медицинской организацией и ее структурными подразделениями
	ПК-11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПК-11.1 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ПК-12. Готовность к организации медицинской помощи при	ПК-12.1 Участвует в организации медицинской помощи при чрезвычайных

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ

1.3. Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

1.4. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- собеседование.

1.5. Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится основной образовательной программы по специальности 31.08.32 Дерматовенерология, результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Таблица 4

Этапы государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Предмет проверки	Особенности проведения
1.	Тестирование	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института в соответствии с расписанием.
2.	Оценка уровня освоения практических навыков	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	При проверке практических навыков обучающемуся предоставляются данные лабораторных и инструментальных обследований. В процессе ответа обучающийся должен провести анализ представленных обследований и дать свое заключение. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.

3.	Собеседование	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
----	---------------	---	--

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1.1. Основная литература

2. Атопический дерматит : учеб. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И.Пирогова, каф. дерматовенерологии лечеб. фак. ; сост.: А. Э. Карамова [и др.]. - М. : Деловой экспресс, 2020. - 40 с.

3. Альбанова, В.И. Атопический дерматит: учеб. пособие для врачей / В. И. Альбанова, С. Ю. Петрова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 168 с.

4. Башкина, О.А. Тяжелые хронические дерматозы : учеб. пособие / О. А. Башкина, М. А. Самотруева, Е. Б. Касимова ; Астрах. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Астрахань : Изд-во Астрах. ГМУ, 2022. - 114 с.

5. Биткина, О.А. Токсикодермии. Тяжелые варианты течения. Клиника, диагностика, лечение: учеб. пособие / О. А. Биткина ; Приволж. исслед. мед. ун-т. - 2-е изд. – Н. Новгород : Изд-во Приволж. исслед. мед. ун-та, 2021. - 64 с.

6. Демина, О.М. Акне : учеб. пособие / О. М. Демина, Н. Н. Потекаев ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И.Пирогова, каф. кож. болезней и косметологии, фак. доп. проф. образования. – М.: РНИМУ им. Н.И.Пирогова, 2022. - 38 с.

7. Диагностика, лечение и реабилитация псориаза : учеб. пособие для использования в образоват. учреждениях, реализующих осн. проф. образоват. программы высш. образования подгот. кадров высш. квалификации по прогр. ординатуры по специальности 31.08.32 “Дерматовенерология” и программы доп. проф. образования по указанной специальности: рекомендовано Координац. советом по обл. образования “Здравоохранение и мед. науки” / М-во здравоохранения Хабаров. края, КГБОУ ДПО "Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения", каф. дерматовенерологии и косметологии ; сост. А. В. Некипелова. - Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2022. - 104 с.

8. Диффузные болезни соединительной ткани: склеродермия, склероатрофический лишай, дерматомиозит, смешанное заболевание соединительной ткани : учеб. пособие / Р. А. Раводин, В. Г. Корнишева, В. Л. Мирзоян [и др.] ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 96 с.

9. Ерина, И.А. Грибковые заболевания кожи : учеб. пособие / И. А. Ерина, Р. А. Садретдинов ; Астрах. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. – Астрахань : Астрахан. ГМУ, 2018. – 48 с.

10. Ерина, И.А. Общие принципы лечения заболеваний кожи : учеб. пособие / И. А. Ерина, Р. А. Садретдинов ; Астрах. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Астрахань : АГМУ, 2019. - 96 с.
11. Иванова, И.Н. Дерматология. Особенности течения дерматозов у детей : учеб. пособие / И. Н. Иванова, Г. В. Еремина, В. В. Попов ; Волгогр. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2020. - 112 с.
12. Иванова, И.Н. Инфекционные и венерические заболевания у детей и взрослых : учеб. пособие / И. Н. Иванова, Г. В. Еремина, В. В. Попов ; Волгогр. гос. мед. ун-т м-ва здравоохранения Рос. Федерации. - Волгоград : ВолгГМУ, 2021. - 112 с.
13. Инфекционные экзантемы у детей : учеб. пособие / В. Л. Мирзоян, И. М. Разнатовский, С. К. Клибсон [и др.] ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. дерматовенерологии. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2020. - 112 с.
14. Капулер, О.М. Доброкачественные новообразования кожи : учеб. пособие / О. М. Капулер ; ЧУОО ВО "Реавиз" мед. ун-т. - Самара : Инсома-пресс, 2022. - 120 с.
15. Кожные болезни детей и подростков : учеб. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, Северо-Запад. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова ; ред. К. И. Разнатовский. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2022. - 176 с.
16. Кожные и венерические болезни : учеб. / ред. О. Ю. Олисова. - 2-е изд., доп. – М. : Практ. медицина, 2019. – 296 с.
17. Костик, М.М. Ювенильная локализованная склеродермия : учеб. пособие / М. М. Костик, И. А. Чикова, Р. К. Раупов ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т. – СПб.: СПбГПМУ, 2022. - 32 с.
18. Оказание медицинской помощи по профилю "Дерматовенерология" детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации : учеб. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, Урал. гос. мед. ун-т ; ред. М. А. Уфимцева. – Екатеринбург : Изд-во УГМУ, 2018. – 92 с.
19. Педикулез и проблема резистентности вшей к инсектицидам : учеб. пособие / Ю. В. Лопатина, Т. В. Соколова, В. В. Гладько, А. П. Малярчук ; Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова [и др.]. – М.: Onebook.ru, 2022. - 46 с.
20. Псориаз : учеб. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И.Пирогова, каф. дерматовенерологии лечеб. фак. ; сост.: А. Э. Карамова [и др.]. - М. : Деловой экспресс, 2020. - 54 с.
21. Сифилис. Диагностика на современном этапе : учеб. пособие / Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения, Каф. дерматовенерологии и косметологии ; сост.: М. В. Щеткина, И. Н. Кулешов. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2018. – 28 с.
22. Современные подходы лечения атопического дерматита : учеб. пособие / Е. В. Донцова, Л. А. Новикова, Л. Н. Борзунова [и др.] ; Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко Минздрава России. - Воронеж : Изд.-полигр. центр "Научная книга", 2021. - 106 с.
23. Сорокина, Е.В. Эритемы : учеб. пособие / Е. В. Сорокина, С. А. Масюкова, Н. К. Ахматова ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Пенз. гос. ун-т. - Пенза : Изд-во ПГУ, 2020. - 202 с.
24. Физиотерапевтические методы в лечении атопического дерматита у детей : учеб. пособие / Е. В. Донцова, И. И. Иванова, Л. А. Новикова [и др.] ; Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, ФГБУ ДПО "Центр. гос. мед. акад." Управления делами Президента РФ. - Воронеж : Науч. кн., 2022. - 64 с.
25. Фототерапия в дерматологии : учеб. пособие / К. И. Разнатовский, С. К. Клибсон, А. А. Вашкевич [и др.] ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И.Мечникова, каф. дерматовенерологии. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2021. - 44 с.

- 25.1. Дополнительная литература
26. Агкацева, С.А. Дерматология. Краткий справочник по неотложным и острым состояниям : Первая и амбулаторно-поликлиническая помощь / С. А. Агкацева. – М. : Идел-Пресс, 2020. - 192 с.
27. Дерматовенерология : нац. рук. крат. изд. / Ассоц. мед. о-в по качеству. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 896 с.
28. Дерматовенерология : Стандарты мед. помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 512 с.
29. Дерматовенерология : учеб.-метод. пособие / О. В. Жукова, Е. И. Касихина, М. Н. Острцова [и др.]. – М.: РУДН, 2022. - 84 с.
30. Кисина, В.И. Инфекции, передаваемые половым путем : моногр. / В. И. Кисина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с.
31. Лабораторные методы диагностики сифилиса : пособие для врачей / Н. Н. Потекаев, С. В. Ротанов, Н. В. Фриго [и др.] ; Моск. науч.-практ. центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы [и др.]. – М. : ГГТУ, 2020. - 88 с.
32. Международная статистическая классификация болезней. Десятый пересмотр (МКБ-10). Дерматовенерология и косметология : алф. указ. / м-во здравоохранения Хабар. края, КГБОУ ДПО "Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения". – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2018. – 31,[1] с.
33. Молочков В.А. Дерматоонкология. Лечение : моногр. / В. А. Молочков. – М. : Практ. медицина, 2018. – 328 с.
34. О чем может рассказать кожа новорожденного : дифференциальная диагностика патологических состояний, особенности ухода : учеб.-метод. пособие для специалистов здравоохранения / М-во здравоохранения Хабар. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост.: Д. А. Яхиева-Онихимовская [и др.]. - Хабаровск : РИЦ ИПКСЗ, 2022. - 52 с.
35. Организация профилактики и контроля за заболеваемостью сифилисом и другими инфекциями, передаваемыми половым путем : учеб. пособие для врачей / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг, Т. А. Сырнева, Н. П. Малишевская ; М-во здравоохранения Свердлов. обл., Урал. НИИ дерматовенерол. и иммунопатол. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2019. – 36 с.
36. Поляков, А.П. Диагностика и лечение плоскоклеточного рака кожи : учеб.-метод. пособие / А. П. Поляков ; Моск. науч.-исслед. онкол. ин-т им. П.А.Герцена - фил. ФГБУ "Нац. мед. центр радиологии" Минздрава России. – М.: НМИЦ радиологии, 2022. - 50 с.
37. Раводин, Р.А. Поражения ногтей в практике врача-дерматовенеролога : рук. для врачей / Р. А. Раводин, В. Г. Корнишева, И. А. Якупов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 176 с.
38. Разнатовский, К.И. Микозы кожи и ногтей : рук. / К. И. Разнатовский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 232 с.
39. Реабилитационная бальнеотерапия хронических дерматозов в санаториях Хабаровского края : метод. рекомендации для специалистов здравоохранения / М-во здравоохранения Хабар. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения, каф. дерматовенерологии и косметологии ; сост. А. В. Некипелова. - Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2021. - 28 с.
40. Скорая медицинская помощь в стационаре: алгоритм оказания скорой медицинской помощи при поступлении пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией : учеб.-метод. пособие / И. А. Багрецова, И. М. Барсукова, Л. П. Пивоварова [и др.] ; С.-Петерб. НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе [и др.]. – СПб. : СПб. НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2019. –

52 с.

41. Современные подходы лечения атопического дерматита : учеб. пособие / Е. В. Донцова, Л. А. Новикова, Л. Н. Борзунова [и др.] ; Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко Минздрава России. - Воронеж : Изд.-полигр. центр "Научая книга", 2021. - 106 с.

42. Тактика врача-дерматовенеролога : практ. рук. / Е. В. Файзуллина, Р. Р. Гилаева, Р. Н. Зарипова, Ф. К. Мухаметшина ; ред. Н. Н. Потекаев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 208 с.

43. Чесотка : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Хабар. края, КГБОУ ДПО "Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения" ; сост. М. В. Щеткина. - Хабаровск : ИПКСЗ, 2022. - 48 с.

7.3 Информационно-электронные ресурсы

1. Альбанова, В. И. Атопический дерматит / В. И. Альбанова, А. Н. Пампура. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456408.html> (дата обращения: 18.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

2. Венерические болезни и дерматозы аногенитальной области : ил. рук. для врачей / Д. В. Заславский, А. А. Сыдилов, А. М. Иванов, Р. А. Насыров. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 640 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453803.html> (дата обращения: 18.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

3. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В. В. Покровского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454213.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.

4. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 896 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457085.html> (дата обращения: 18.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

5. Дерматоонкология и онкогематология. Атлас / под ред. О. Ю. Олисовой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454138.html> (дата обращения: 18.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

6. Дерматоонкология и онкогематология. Атлас / под ред. О. Ю. Олисовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477496.html> (дата обращения: 11.01.2023). - Режим доступа : по подписке.

7. Довлетханова, Э.Р. Папилломавирусная инфекция : теоретические и практические аспекты / Э.Р. Довлетханова, В.Н. Прилепская. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 88 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445396.html> (дата обращения: 20.01.2021). – Режим доступа : по подписке.

8. Иммуноterapia / под ред. Р. М. Хаитова, Р. И. Атауллаханова, А. Е. Шульженко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453728.html> (дата обращения: 18.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

9. Исагулова Е.Ю. Атопический дерматит у взрослых: особенности психодиагностики и психоаналитической терапии / Е. Ю.Исагулова. – М.: Когито-Центр, 2021. – 291 с. – URL: <https://ipr-smart.ru/123778>.— IPR SMART, по паролю.

10. Карпова, А. В. Успешная дерматологическая практика / А. В. Карпова, В. П. Дудолодов, Е. В. Макарова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 152 с. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451601.html> (дата обращения: 18.01.2022). - Режим доступа : по подписке.

11. Кисина, В. И. Инфекции, передаваемые половым путем / В. И. Кисина, А. Е. Гущин, К. И. Забиров. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. – URL :

- <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453322.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.
12. Кожно-венерические заболевания. Полный справочник / О. Л. Ананьев, Е. В. Анисимова, Н. В. Иваничкина [и др.]. – Саратов : Науч. кн., 2019. – 606 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/80198.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
13. Кочергин, Н. Г. Тропическая дерматология / Н.Г. Кочергин, О.Ю. Олисова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 104 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457863.html>. (дата обращения: 20.01.2021). – Режим доступа : по подписке.
14. Кошкин, С. В. Атлас-справочник по дерматовенерологии / С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457658.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.
15. Кошкин, С. В. Атопический дерматит / С. В. Кошкин, М. Б. Дрождина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457931.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.
16. Ламоткин, И. А. Клиническая дерматоонкология : атлас / И. А. Ламоткин. – 4-е изд. – М.: Лаборатория знаний, 2020. – 500 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/88943.html> (дата обращения: 11.01.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
17. Ламоткин, И. А. Онкодерматология: атлас: учеб. пособие / И. А. Ламоткин. – 2-е изд. – М.: Лаб. знаний, 2021. – 879 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/109425.html> (дата обращения: 11.01.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
18. Матушевская, Е. В. Акне и розацеа / Е. В. Матушевская, Е. В. Свирщевская. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 120 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452431.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.
19. Мачарадзе, Д. Ш. Пищевая аллергия у детей и взрослых. Клиника, диагностика, лечение / Д. Ш. Мачарадзе. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 392 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455012.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.
20. Медицинская микология / А. В. Зачиняева, А. В. Москалев, В. А. Андреев, В. Б. Сбойчаков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 288 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444740.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.
21. Мяделец, О. Д. Морфофункциональная дерматология / О. Д. Мяделец, В. П. Адаскевич. – М.: Мед. лит., 2021. – 745 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108381.html> (дата обращения: 11.01.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.
22. Подзолкова, Н. М. Вульвовагинальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Диагностика, лечение, реабилитация / Н. М. Подзолкова, Л. Г. Созаева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455821.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.
23. Поражения кожи при болезнях внутренних органов : ил. рук. для врачей / И. П. Левчук, С. Л. Соков, А. В. Курочка, А. П. Назаров. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453797.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.
24. Профессиональные заболевания кожи // Мухин Н. А., Профессиональные болезни / под ред. Н. А. Мухина, С. А. Бабанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – Гл. 15. – 576 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442999.html>. (дата обращения: 03.09.2020). – Режим доступа : по подписке.

25. Раводин, Р.А. Поражения ногтей в практике врача-дерматовенеролога : рук. для врачей / Р. А. Раводин, В. Г. Корнишева, И. А. Якупов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 176 с.

26. Разнатовский, К. И. Микозы кожи и ногтей / К. И. Разнатовский, Л. П. Котрехова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 232 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458013.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.

27. Разнатовский, К. И. Псориатическая болезнь. Диагностика, терапия, профилактика / К. И. Разнатовский, О. В. Терлецкий. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458495.html>. (дата обращения: 15.10.2020). – Режим доступа : по подписке.

28. Ситкалиева, Е. В. Дерматовенерология : учеб. пособие / Е. В. Ситкалиева. – 2-е изд. – Саратов : Науч. кн., 2019. – 159 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/80980.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

29. Скорая медицинская помощь в стационаре: алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при поступлении пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией: учеб.-метод. пособие / И. А. Багрецова, И. М. Барсукова, Л. П. Пивоварова [и др.] ; под ред. В. Е. Парфенова, И. М. Барсуковой. – СПб.: СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2019. – 50 с. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120515.html> (дата обращения: 11.01.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей. – DOI: <https://doi.org/10.23682/120515>.

30. Тамразова, О.Б. Акне и малассеzioзы у детей и подростков / О.Б. Тамразова, И.М. Османов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 208 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448755.html>. (дата обращения: 21.11.2020). – Режим доступа : по подписке.

31. Фофанова, И. Ю. Бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Современное состояние проблемы / И. Ю. Фофанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446300.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.

32. Хрянин, А. А. Хламидийная инфекция : эволюция взглядов / А. А. Хрянин, О. В. Решетников. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 208 с. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455944.html> (дата обращения: 18.01.2022). – Режим доступа : по подписке.

7.4. Информационно-электронные ресурсы

1. Официальный сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Российская государственная библиотека (РГБ) www.rsl.ru
3. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): www.iramn.ru

IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

На прием к врачу-дерматологу обратился мужчина, 35 лет, с жалобами на мокнущие высыпания в углах рта. Отделяемое гнойное, иногда с геморрагическим компонентом, подсыхает в тонкую серозную или серозно-гнойную корку, которая отпадает через несколько дней. Заболевание сопровождается чувством зуда, болезненностью при приеме пищи. Из анамнеза известно, что больной в течение нескольких лет страдает сахарным диабетом.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.

3. Проведите обследование данного пациента.
4. Лечение.
5. Прогноз.

Больной С., обратился к дерматологу по поводу появления на лице, в области носогубного треугольника гнойничка, появление которого сопровождалось выраженной болезненностью, повышением Т тела до 37,4 С, недомоганием. Больной страдает сахарным диабетом.

Объективно: в области носогубного треугольника пустула конической формы, 1 см в диаметре, болезненная при пальпации. В общем анализе крови лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Вопросы:

1. Наиболее предполагаемый диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Тактика лечения.
4. Какие осложнения возможны в данном случае?

Больная Б., 20 лет, обратилась в РКВД в ноябре 2006 года с жалобами на неприятные ощущения типа легкого жжения, покалывания в области наружной поверхности правого бедра. Считает себя больной с июня, когда на месте сильного удара волейбольным мячом появилась сиреневая полоса размером до 2 см, постепенно увеличивающаяся. Не лечилась, к врачам не обращалась.

Общее состояние удовлетворительное. Анализы крови, мочи, содержание сахара, холестерина, билирубина в крови - в пределах нормы.

На наружной поверхности верхней трети правого бедра имеется белесоватый очаг размерами до 4 см, плотный, окруженный сиреневой полосой до 0,3 см шириной, постепенно переходящей в неизмененную кожу. Других высыпаний на коже и слизистых нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Больная Б., 80 лет, пенсионерка, обратилась в РКВД, с жалобами на появление участков уплотнения по всему кожному покрову, жжение, зуд, затруднения при движениях в плечевых, локтевых, голеностопных суставах. 2 года назад после травмы стало беспокоить чувство стягивания кожи, покалывания, преимущественно на боковых поверхностях туловища в поясничной области. Появились участки уплотнения на коже плеч, предплечий, груди, живота, бедер, голеней, ограничение объема движений в суставах.

Больная росла и развивалась нормально. Страдала частыми ангинами, перенесла воспаление легких, брюшной тиф. В настоящее время выявлена хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, артериальная гипертензия (II стадия), сахарный диабет (легкая степень). Замужем с 19 лет, 7 беременностей, 3 родов, 4 медицинских аборта. Менопауза с 55 лет. Общее состояние удовлетворительное. Рост 150 см., масса тела 68 кг. Периферические лимфатические узлы не увеличены, видимые слизистые бледно-розового цвета. Ограничен объем движений в плечевых, локтевых и голеностопных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Кожные покровы бледные. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Кожа туловища, конечностей диффузно уплотнена, отмечаются множественные спаянные с подлежащими тканями уплотненные участки. В области плечевого пояса имеется атрофия кожи, мышц.

Пальпация очагов поражения безболезненная. На участках уплотнения на плечах, груди, животе имеются полосы депигментации. Поражения внутренних органов не выявлено. ОАК и ОАМ, биохимия крови без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? 2. Лечение? 3. Прогноз?

Больная Б., 8 лет, поступила в стационар РКВД с жалобами на поражение кожи ягодиц. Месяц назад девочке были сделаны инъекции пенициллина по поводу пневмонии. По окончании курса терапии на ягодицах появились сиренево-розовые пятна, постепенно уплотнявшиеся, что заставило родителей обратиться к дерматологу.

Общее состояние относительно удовлетворительное, телосложение правильное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, зев чистый. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 70 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Процесс на коже носит ограниченный характер. На ягодицах симметрично расположены очаги диаметром 4 см, правильных очертаний, округлой формы, сиренево-коричневого цвета, с выраженным западением в центре, плотной консистенции. По периферии очагов имеется бледно-сиреневый ободок шириной до 1,5 см. В периферической крови СОЭ 23 мм /час. Анализы мочи без изменений, биохимические анализы крови в пределах нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? 2. Лечение? 3. Прогноз в плане возможной трансформации в системную форму заболевания.

Больной С., 1939 г рождения, кузнец, с 20-летнего возраста страдает ДКВ. Неоднократно лечился амбулаторно и в стационаре препаратами хинолинового ряда, местно применял кортикостероидные мази.

В июне 2007 года больной в течение месяца работал электросварщиком (защитной маской не пользовался), после чего наступило обострение процесса: усилился зуд, появилась гиперемия, шелушение, жжение, особенно в области правой ушной раковины. После непродолжительного лечения фторокортом состояние кожи улучшилось. Через месяц на правой ушной раковине образовались многочисленные опухолевидные образования, на которые больной не обратил должного внимания. Опухоль быстро прогрессировала и в сентябре достигла размеров куриного яйца, появились изъязвления. Больной обратился за медицинской помощью.

При поступлении в стационар РКВД самочувствие больного удовлетворительное. Патологических изменений внутренних органов не выявлено. На щеках, носу - очаг поражения в виде бабочки. В центре очага - атрофия кожи, многочисленные телеангиоэктазии, местами скопления корок и чешуек серого цвета. По периферии очагов слабо выраженная зона фолликулярного гиперкератоза и гиперемии застойно-синюшного оттенка. При поскабливании участков поражения определяется симптомы Бенъе-Мещерского и "дамского каблука". В области правой ушной раковины имеется опухоль размерами 10x10 см, возвышающаяся над уровнем кожи на 4-5 см, деревянистой плотности, прорастающая в подлежащие ткани. Поверхность ее темно-коричневая, бугристая, покрыта множественными массивными корками, при снятии которых обнажаются кровоточащие язвы диаметром от 1 до 2 см, неправильной формы, с обрывистыми, кратерообразными краями, дно покрыто гнойно-некротическим налетом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? 2. Лечение. 3. Прогноз.

Больной, 18 лет, находясь на стационарном лечении по поводу сахарного диабета, стал жаловаться на болезненную припухлость и уплотнение небольшого размера на коже левой

щеки, повышение Т тела до 37.5 С, недомогание, головную боль. В анализе крови: лейкоцитоз, СОЭ - 20 мм/ч. При осмотре: на коже в области левой щеки плотный болезненный инфильтрат ярко-красного цвета диаметром 5 см. Регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Тактика лечения.

Больной, 25 лет, обратился в центр медицинской косметологии по поводу высыпаний, локализованных преимущественно на коже лица, груди и спины по поводу угревой болезни. Приблизительно через 8-10 дней высыпания постепенно прогрессировали, располагаясь симметрично, преимущественно на коже туловища. Кроме того, больной жаловался на слабость, снижение работоспособности, адинамию, головную боль, боли в мышцах и суставах, усиливающиеся в ночное время, повышение температуры тела до 37,7С. По совету врача-косметолога больной обратился к дерматовенерологу.

Объективно при осмотре: на коже лица, груди и спины резко отграниченные от здоровой кожи фолликулярные папулы, на вершине которых имеется пустула размером 0,2-0,3см в диаметре, конусообразной формы с гнойным экссудатом; бледно-розовые с нерезкими очертаниями, округлые, размером до 1 см в диаметре, локализованные преимущественно на туловище и конечностях. Данные симптомы продолжались около 7-10 дней, больной расценил их, как проявление гриппозного состояния. При исследовании крови на RW - реакция резко положительная.

Вопросы:

Диагноз?

С чем дифференцировать?

Дополнительные методы исследования?

С чем связано гриппоподобное состояние?

Больной Б., 10 лет, поступил в КВД с жалобами на поражение кожи груди, шеи, спины. Болен 2 года, аналогичное заболевание у отца. Не лечился. Летом после загара появляются белые пятна на местах высыпаний.

Общее состояние удовлетворительное. При обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При осмотре кожные покровы повышенной влажности. На коже шеи, груди, спины имеются мелкие 1х1 см пятна без воспалительных явлений с четкими границами, цвета кофе с молоком, с отрубевидным шелушением на поверхности. Местами имеются гипопигментированные пятна таких же размеров. Проба Бальцера положительная. При микроскопии обнаружены округлые споры в виде гроздьев винограда и короткие, слегка изогнутые нити мицелия.

Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Меры профилактики?

Больной А., 9 лет поступил в КВД с жалобами на наличие поражения волосистой части головы, болен 3 недели. Сначала на темени появилась припухлость, мать лечила ребенка мазью Вишневского, связывала появление очага с переохлаждением ребенка, лечение было неэффективным, "опухоль" увеличивалась, гнойное отделяемое сохло в корки.

Обратилась к дерматологу, ребенок был направлен на стационарное лечение в КВД. Предполагаемый источник заражения - больной теленок из личного хозяйства, за которым мальчик ухаживал.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено, физиологические отправления в норме.

На волосистой части головы волосы черные, густые, длиной 3 см. В теменной области имеется один очаг с четкими границами размерами 3х3 см в диаметре. Очаг представляет из себя опухолевидный инфильтрат, приподнятый над уровнем непораженной кожи на 1,2 см. Кожа в очаге темно-красного цвета, покрыта гнойными корками, волосы частично выпали, оставшиеся - впаяны в корки. При потягивании пинцетом волос свободно извлекается из волосяного фолликула. Увеличены и болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны задние шейные лимфатические узлы справа. Под люминесцентной лампой свечения волос нет. Других высыпаний на коже и слизистых нет. Микроскопически поражение волоса по типу *Trichophyton ectothrix megasporos*. Сделан посев на питательные среды.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Каков прогноз заболевания?

Больной А., 19 лет, студент. Поступил в микологическое отделение КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже стоп и кистей. Болен 2 недели, месяц назад стал посещать бассейн, заметил появление трещин в межпальцевых складках стоп, пузырьков на сводах стоп, которые по совету родителей смазывал йодом, соком чистотела, наступило ухудшение, появились пузырьки на кистях. Обратился к дерматологу, был направлен на стационарное лечение.

При осмотре на коже межпальцевых складок стоп - гиперемия, мацерация, поверхностные трещины. На сводах обеих стоп кожа гиперемирована, имеется масса многокамерных пузырьков с плотной крышкой и мутным содержимым. Некоторые пузырьки вскрылись с образованием мокнущих эрозий с серозным отделяемым. На боковых поверхностях пальцев кистей и ладонях - множество пузырьков с прозрачным содержимым. Ногтевые пластинки кистей и стоп не поражены. Субъективно: зуд кожи кистей и стоп, жжение и болезненность кожи межпальцевых складок и сводов стоп.

При микроскопировании соскобов с межпальцевых складок стоп и крышек пузырей обнаружены нити мицелия. С кистей грибы не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение больному.

В женскую консультацию обратилась больная 25 лет с жалобами на сливкообразные выделения из половых органов, зуд и резкую болезненность при мочеиспускании. По профессии – учитель. Больной себя считает последние полгода, не замужем. При опросе больной было установлено, что зуд усиливается во время менструации. Перенесенные заболевания и операции – хронический тонзиллит, частые ОРВИ, сахарный диабет, аппендэктомия полгода назад, лечение антибиотиками.

Объективно: на слизистой оболочке вульвы и влагалища имеются налеты серо-белого цвета, резко ограниченные гиперемированной каймой. Налеты «сидят» плотно, слизистая оболочка в области поражения склонна к кровоточивости.

Данные общего анализа крови: Нв 120 г/л, эр. 3,7:10¹²/л, Л 6,4·10⁹/л, Э. 1%, П. 1%, С.65%, лимф. 30%, мон. 3%, СОЭ 18 мм/ч.

Анализ мочи и кала в пределах нормы. Сахар крови – 7,5 ммоль/л, протромбиновый индекс 90%, реакция Вассермана и осадочные пробы отрицательные.

Микроскопически (трёхкратно) обнаружены псевдомицелий и почкующиеся клетки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Достаточен ли объем проведенных исследований для подтверждения диагноза?
3. Лечение?
4. Меры профилактики?

Больной Ш. 43 лет, дворник, обратился с жалобами на сухость губ, чувство стягивания. Объективно: нижняя губа гиперемизована, слегка инфильтрирована, сухая, покрыта мелкими чешуйками.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Прогноз?
4. Рекомендации по трудоустройству.

Больной 62 лет обратился с жалобами на поражение красной каймы нижней губы. Болен в течение года. На нижней губе появляются поверхностные эрозии, которые медленно заживают, но вскоре появляются вновь, некоторые покрываются корочками.

Объективно: на красной кайме нижней губы - две эрозии овальной формы с гладкой поверхностью красного цвета, не кровоточат, дно эрозии не уплотнено, вокруг небольшая гиперемия.

При обследовании полости рта - наличие кариозных зубов, пародонтоз. Из анамнеза также выявлены гастрит, гепатохолецистит.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Каков прогноз заболевания?
4. Профилактика?

Больной Л., 58 лет, водитель, обратился, с жалобами на поражение слизистой оболочки нижней губы, болезненность. Болен около 2-х лет. Сначала появилось ощущение шероховатости в левой части слизистой нижней губы, затем стала появляться кровоточивость. Курит с 15 лет по пачке в день. Из сопутствующих заболеваний - гастрит. Обращался к стоматологу по поводу болезней зубов, протезировался, назначались полоскания, витамин А. Улучшения не было.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Прогноз заболевания.

Мужчина 48 лет обратился к стоматологу с жалобами на высыпания в полости рта. В анамнезе – пациент страдает ревматоидным артритом. Со слов больного, эти высыпания в полости рта появились при повышении дозы метотрексата (цитостатик) ревматологом. При осмотре на слизистой оболочке губ, щек и десен, спинке и боковых поверхностях языка имеются резко ограниченные эрозии округлой формы серо-белого цвета, окруженные тонким воспалительным венчиком. Субъективно больного беспокоит сильная болезненность.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Ваши рекомендации

Больной Ж. 34 года, поступил в КВД 26.10. с жалобами на наличие болезненной язвы на половом члене и болезненного уплотнения в правой паховой области, затрудняющую ходьбу. Заболел 7.10., когда на половом члене появилась язва величиной со спичечную головку и болезненные лимфоузлы с вишню в правой паховой области. Через неделю узлы спаялись в болезненные конгломераты, препятствующие ходьбе, через неделю больной обратился к врачу и был направлен в стационар.

Из анамнеза: женат, 31.09 во время отпуска имел половой контакт со случайной партнершей.

Из перенесенных заболеваний отмечает в детстве частые ангины, воспаление легких, фурункулез, тонзиллит. Страдает алкоголизмом.

При осмотре: правильного телосложения, повышенного питания, в области внутреннего листка крайней плоти справа имеется язвочка бледно-красного цвета, размером 0,3х0,3 см овальной формы, плотноэластической консистенции, безболезненная при пальпации. Справа паховые лимфатические узлы увеличены до размеров лесного ореха, спаяны в конгломерат, с явлениями периаденита и воспаления кожи. При пальпации конгломерат малоподвижен, плотноэластической консистенции, безболезненный. В отделяемом твердого шанкра при микроскопии найдена бледная трепонема, КСР отрицателен. РИФ 4+, РПГА 4+. Через 5 дней КСР стал слабоположительным.

Анализ крови: эр. 4,0 1012/л, НВ 150 г/л, л 7,6 109/л, Э.6% п. 3%, с.43%, лимф 36 % , мон. 7%, СОЭ 15 мм/час.

Общий белок 67 г/л, белковые фракции: альбумин 40,1%, α1- глобулин 8,8%, α2-глобулины 14%, γ-глобулины 22,8%, сахар крови - 4 ммоль/л, ПТИ 109%.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование?
2. В чем особенности клиники заболевания у данного больного?
3. Чем вы можете объяснить эти особенности?
4. Какое лечение следует назначить больному?

Больная Л., 27 лет, в мае появились высыпания на нижней губе, которые она в течение 2 недель смазывала раствором бриллиантового зеленого. В связи с отсутствием улучшения обратилась к стоматологу, который назначил левомицетиновую мазь, после применения которой высыпания на губах исчезли, но вскоре появились высыпания на туловище. Больная обратилась в КВД, где серологические исследования на сифилис оказались резко положительными с титром 1 : 120.

При осмотре на нижней губе имеются две эрозии овальной формы, размером 1х1 см, покрытые кровянистыми корочками с плотным инфильтратом в основании. Подчелюстные лимфоузлы размером с фасоль, безболезненные, плотные на ощупь, не спаянные с окружающими тканями. На коже туловища обильная мелкопятнистая розеолезная сыпь. Остальные участки кожи и слизистых свободны от высыпаний, периферические лимфоузлы увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз твердого шанкра такой локализации?
3. Тактика врача в отношении тесных бытовых контактов?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза.

Больной М, 17 лет, воспитанник детского дома. Половая связь со случайной знакомой 11.09. Считает себя больным с конца сентября, когда заметил на внутреннем листке крайней плоти полового члена язвочку. Не лечился. В ноябре появился зуд в

перианальной области, слабость, недомогание, стали выпадать волосы. Обратился к врачу с жалобами на мокнутие в межпальцевых складках стоп, болезненность, появление трещин и эрозий. Был установлен диагноз: интертригинозная форма микоза стоп. Назначены фунгицидные средства. Проводимое лечение не дало результатов и больной 23.12 был госпитализирован.

При поступлении: жалобы на общую слабость, вялость, боли в ногах, мокнутие в межпальцевых складках. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы бледные, тургор нормальный. На задней поверхности шеи имеются участки депигментации на гиперпигментированном фоне, отмечается диффузное поредение волос. Зев резко гиперемирован, на миндалинах, слизистой оболочке полости рта и губ папулезная сыпь опалового цвета, на наружном листке крайней плоти полового члена и коже множественные лентикулярные и эрозированные папулы медно-красного цвета. В перианальной области отмечены лентикулярные, нумулярные и гипертрофические папулы ветчинно-красного цвета. На коже ладоней и подошв - множественные папулезные элементы буровато-красного цвета, округлой формы, размером с чечевицу. На отдельных элементах отмечается периферическое шелушение по типу воротничка Биетта. В межпальцевых складках стоп обильное мокнутие, множественные эрозивные папулезные элементы с явлениями мацерации эпидермиса. Выраженный полиаденит: увеличены периферические лимфоузлы, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. КСР А1 4+, А2 4+, МР 4+, титр 1:80. РИБТ 90%, РИФ 4+. С эрозированных папул обнаружена бледная трепонема, с межпальцевых складок стоп обнаружены нити мицелия.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, обоснование?
2. Какое лечение следует назначить больному?
3. Консультация какого специалиста необходима?

Больная М., 48 лет, в течение 4-х месяцев лечилась в участковой больнице по поводу язвенной пиодермии. В связи с безрезультатностью терапии направлена на консультацию к дерматологу. При осмотре в правой подчелюстной области имеется очаг слившихся, расположенных на небольшом расстоянии друг от друга бугорков, образующих обширную бляшку диаметром 5-10 см, резко ограниченную от видимо здоровой кожи и возвышающуюся над ней на 1-2 см. Бляшка плотной консистенции, темно-багрового цвета. В центре имеются изъязвившиеся бугорки.

Вопросы:

1. Можно ли поставить диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Когда можно использовать пробное лечение при сифилисе?

Больная М., 62 лет, доярка, обратилась к дерматовенерологу по поводу высыпаний на голени, которые появились после травмы (ушиб копытом коровы). Аналогичные высыпания возникали и раньше на предплечье. Они были болезненными и без лечения регрессировали на протяжении нескольких месяцев, оставляя после себя рубцы.

При поступлении высыпания локализовались на передней поверхности верхней трети левой голени области локтевого сустава. Очаг поражения на передней поверхности левой голени размером 7x10 см имел овальные очертания и был представлен близко расположенными друг к другу бугорковыми элементами разной стадии развития, синюшно-буроватого цвета, величиной от конопляного зерна до чечевицы, плотной консистенции, окружающими в виде кольца зону рубцово - измененной кожи.

На коже в области локтевого сустава сгруппированные бугорковые элементы красновато-

буроватого цвета, размером с горошину, плотной, консистенции, расположенные изолированно, но довольно близко друг к другу. В области разгибательной поверхности левого предплечья - обширный мозаичный рубец. Субъективные ощущения отсутствовали. КСР А1 3+, А2 3 +, МР 2+.

От люмбальной пункции больная отказалась. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Какие исследования можно провести для подтверждения диагноза?
4. Какая эпидемическая работа должна быть проведена дерматовенерологом?

Ребенок Д., от второй беременности, срочных родов.

Мать ребенка 23 лет, не замужем, сельская жительница, на учете у гинеколога не состояла по поводу настоящей беременности, 3 года назад лечилась по поводу вторичного рецидивного сифилиса. Лечение неполноценное. Пациентка несколько раз прерывала лечение, клинко-серологический контроль проводила нерегулярно. При последней явке (1 год назад) клинических проявлений сифилиса не обнаружено, серологические реакции отрицательные. Пациентка снята с учета, ведет асоциальный образ жизни, злоупотребляет алкоголем. В роддоме оформила отказ от второго ребенка.

В родах у матери КСР: А1 3+, А 2 3+, МР 3+. Диагноз: Серологический рецидив, реинфекция?

От дальнейшего исследования на сифилис отказалась, самовольно ушла из роддома.

При рождении масса тела ребенка 2936 г, кожа и видимые слизистые свободны от высыпаний. Печень выступает на 0,6 см из-под реберной дуги. КСР у ребенка после рождения и через 10 дней отрицателен. Рентгенологическое исследование длинных трубчатых костей: в области дистальных головок бедренных костей определяются склеротические полосы просветления 1,5-2,0мм. Заключение: сифилитический остеохондрит бедренных костей 1-2 степени.

Консультация офтальмолога: сходящееся косоглазие, нистагм, специфических изменений нет.

Консультация невропатолога: перинатальная энцефалопатия; гипертензионно-гидратационный синдром.

УЗИ внутренних органов: визуализируются включения 2 мм по всей паренхиме печени.

Заключение: увеличение правой доли печени. Диффузные изменения паренхимы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение больному.
3. Какова причина появления больного ребенка?
4. Меры профилактики врожденного сифилиса?
- 5.Сроки клинко-серологического контроля данного больного?

В РКВД находится больной с диагнозом сифилис первичный кожи и слизистых. КСР отрицателен. Из анамнеза: непереносимость препаратов группы пенициллина.

Вопросы:

1. Тактика врача?
2. Сроки клинко-серологического контроля?

К врачу стоматологу обратился пациент с жалобами на незначительные болевые ощущения при приеме пищи.

Объективно: на дорсальной поверхности языка отмечается наличие резко ограниченных папул, гладких, лишенные сосочков участки округлых очертаний (симптом «скошенного

луга»). Также на слизистой оболочке полости рта отмечается наличие папул белого цвета («опаловые бляшки»). При поскабливании поверхность папул снимается, обнажая эрозию мясо-красного цвета.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика ведения пациента?
3. Лечение?

Больной К., 16 лет, учащийся колледжа, имеет постоянное место жительства, поступил в венерологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. Болен 10 дней. Имел половой контакт со случайной партнершей, через 6 дней после чего появились гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. С этими явлениями обратился в кожно-венерологический диспансер, где при исследовании в мазках из уретры был обнаружен гонококк.

При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделения из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстательная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно болезненное. Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Hb 142 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Назначьте лечение больному.

В чем заключается метод комбинированной провокации?

Нужно ли проводить этому больному превентивное лечение от сифилиса?

Больной Б, 39 лет, холост, обратился в РКВД с жалобами на скудные выделения из уретры в виде "утренней капли" и непостоянные боли в области промежности и крестца. Болен около года, когда после случайной половой связи появились выделения из уретры. Лечился амбулаторно по поводу свежего гонорейного уретрита препаратами пенициллина, после чего наблюдались явления постгонорейного уретрита, получал тетрациклин, трихопол в больших дозах длительными курсами. Наблюдалось некоторое улучшение. Направлен в РКВД в связи с безуспешностью терапии.

Объективно: Кожные покровы свободны от высыпаний, половые органы развиты правильно по мужскому типу. При осмотре отмечается небольшая отечность губок наружного отверстия уретры и скудные слизистые выделения. Моча в первой порции и во второй порции прозрачная и содержит единичные слизисто-гнойные нити. При исследовании простаты через прямую кишку изменений не определяется.

Вопросы:

1. Можно ли поставить диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует сделать?
3. Окончательный диагноз?
4. Назначьте лечение больному (методом ПИФ с моноклональными антителами обнаружены в соскобе из уретры хламидии).
5. Каковы критерии излеченности при хламидиозе?

Больной В. родился от второй беременности. Беременность протекала с явлениями токсикоза, закончилась преждевременными родами на 37 неделе беременности. Мальчик родился массой 3,0 кг, длиной 52 см. К груди приложили на 3 сутки, сосал вяло. На 6 день у новорожденного появился двусторонний отек век, сужение глазной щели, обильные

слизистые и гнойные выделения. Конъюнктивит резко гиперемизирован, инфильтрирован. При рождении ребенку была проведена профилактика гонобленнореи 30% раствором сульфацила натрия. При исследовании отделяемого из глаз на гонококки результат отрицательный. Лечение сульфацилом натрия безуспешно. При исследовании соскоба с конъюнктивы ребенка и соскоба из шейки матки у матери методом прямой иммунофлюоресценции обнаружены хламидии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков путь заражения?
3. Методы профилактики офтальмохламидиоза?
4. Назначьте лечение больному.

Больной Б., 20 лет обратился в клинику РКВД с жалобами на обильные выделения из уретры, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание и рези в конце его, болезненные эрекции. Заболел остро 2 дня назад, заболевание связывает со случайной половой связью 12 дней назад.

Об-но: кожа половых органов и перианальной области свободна от высыпаний. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Из уретры обильное гнойное отделяемое, губки наружного отверстия уретры резко гиперемизированы, отечны, уретра гиперемизирована, болезненная при пальпации. Половой член в полуэрегированном состоянии. При пальпации органов мошонки патологии нет. При пальпаторном обследовании простаты - изменений нет. При проведении двухстаканной пробы моча мутная в двух стаканах, имеются гнойные нити и хлопья. При исследовании мазков из уретры на гонококки, трихомонады, мазка мочи на трихомонады (осадка мочи) и соскоба на хламидии и бактериологическом исследовании на уреоплазму обнаружены гонококки и уреоплазма.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы клинические особенности смешанных инфекций уrogenиталий?
3. Назначьте лечение данному больному.

На прием к врачу обратился больной К., 31 год, холост. Жалобы на появление сыпи на третий день после повышения температуры. При осмотре: сыпь состоит из отдельных беспорядочно разбросанных пятен и папул; локализуется на руках и туловище. Помимо лихорадки у больного выявлены увеличенные лимфоузлы, язва на мошонке и гиперемические пятна на мягком небе. Из анамнеза выявлено, что больной живет беспорядочной половой жизнью.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз
3. Дальнейшая тактика ведения больного?

На прием к врачу обратился больной М., 42 года с жалобами на общую слабость, потливость, повышение температуры, болезненность в области пахово-бедренных складок, особенно при ходьбе. Болен около двух лет. Неоднократно лечился антибиотиками с временным эффектом. Из эпиданамнеза: многочисленные внебрачные половые связи.

При осмотре: Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, ксеротичны. Все лимфатические узлы пальпируются, подвижные, плотные, безболезненные, от 0,5 до 2 см в диаметре.

На коже носа, обеих щек, лба имеется диффузный очаг поражения неправильных очертаний с четкими границами, синюшно-розового цвета с повышенной салльностью,

покрытый жирными чешуйками. Аналогичные очаги округлых очертаний размерами 3-5 см имеются в области грудины.

На слизистой полости рта в области спинки языка, мягкого неба, щек и десен имеются эрозии, покрытые беловатым налетом, снимающимся при поскабливании. В соскобе - псевдомицелий и почкующиеся клетки.

В паховых складках с переходом на внутреннюю поверхность бедер имеются эрозии с вегетациями фестончатых очертаний, покрытые серозными и гнойными корками, дряблые фликтены, окаймленные инфильтрированным ободком розово-красного цвета, единичные фолликулиты. На внутреннем листке крайней плоти в зоне 12 часов имеется эрозивный дефект диаметром около 1,5 см, округлых очертаний с четкими границами и плотным инфильтратом в основании. При микробиологическом исследовании материала с эрозий рост кокковой и палочковой грамположительной флоры.

Серологические реакции на сифилис отрицательные (КСР, РИФ, РИБТ).

При иммуноферментном анализе обнаружены антитела к ВИЧ. В реакции иммунного блока найдены антитела ко всему спектру антигенов ВИЧ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие проявления на коже и слизистых позволяют предположить этот диагноз?
3. Какова дальнейшая тактика ведения больного?

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Организация дерматовенерологической помощи населению.
2. Организация дерматовенерологической стационарной помощи
3. Экспертиза трудоспособности. Организация экспертизы трудоспособности в КВД. Определение понятия, цели задачи экспертизы трудоспособности. Временная утрата трудоспособности. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, порядок их выдачи и заполнения.
4. Организация экспертизы временной утраты трудоспособности в дерматовенерологии.
5. Стойкая утрата трудоспособности. Показания к направлению на МСЭК. Порядок направления на МСЭК, взаимосвязь МСЭК и КЭК КВД. Организация медико-социальной реабилитации дерматологических и венерических больных. Определение понятия, цели и задачи медицинской и социальной реабилитации. Основные направления организации социальной и медицинской реабилитации дерматологических и венерических больных.
 - а. 9) Анатомия кожи. Гистология и ультраструктура кожи. Гистология эпидермиса, дермы, гиподермы. Гистология сосудов, нервов, придатков кожи. Физиология кожи.
6. Основы диагностики кожных болезней. Анамнез и осмотр больного кожным заболеванием. Комплексное клиническое исследование кожи дерматологических больных (граттаж, пальпация, диаскопия, дермографизм и др.).
7. Морфологические элементы кожных сыпей и их гистологическая сущность. Первичные морфологические элементы. Вторичные морфологические элементы. Исследование придатков кожи. Клиническая оценка кожной сыпи в целом. Принципы построения дерматологического диагноза. Принципы дифференциального диагноза. Вычислительная диагностика и диагностические алгоритмы.
8. Принципы лечения кожных болезней. Комплексная терапия кожных болезней. Этиотропное лечение. Патогенетическое лечение. Симптоматическое лечение. Принципы реабилитации
9. Дерматиты и токсикодермии. Дерматиты. Этиология и патогенез дерматитов. Облигатные и факультативные раздражители. Артифициальные дерматиты. Аллергические дерматиты.
10. Клиника дерматитов. Дерматиты от механических факторов. Дерматиты от термических факторов. Ожоги. Отморожения. Солнечный дерматит. Дерматит от

воздействия ионизирующей радиации. Острые лучевые дерматиты I, II, III, IV степени. Хронические лучевые дерматиты. Поражения кожи электрическим током. Дерматиты от растений и трав.

11. Дерматиты от химических факторов. Поражения кожи облигатными раздражителями (химические ожоги). Дерматиты от факультативных раздражителей. Паратравматические дерматиты.

12. Лечение и профилактика дерматитов. Лечение дерматитов. Профилактика дерматитов.

13. Токсикодермии. Этиология и патогенез. Клиника острых и хронических токсидермий, лечение.

14. Профессиональные болезни кожи. Профессиональные дерматозы, классификация. Распространенность профессиональных дерматозов. Этиология профессиональных дерматозов.

15. Красная волчанка. Классификация красной волчанки. Этиология и патогенез красной волчанки. Критерии диагностики клинических форм. Анамнез и физикальное обследование. Лабораторные исследования.

16. Системная красная волчанка. Поражение кожи при системной красной волчанке. Поражение внутренних органов при системной красной волчанке.

17. Системная склеродермия. Поражения кожи при системной склеродермии. Поражения внутренних органов при системной склеродермии.

18. Зудящие дерматозы. Этиология и патогенез зудящих дерматозов.

19. Фотодерматозы. Классификация фотодерматозов. Фото-травматические реакции. Фотодинамические реакции (фототоксические и фотоаллергические).

20. Пузырные дерматозы. Этиология и патогенез пузырных дерматозов. Классификация пузырных дерматозов. Диагностика пузырных дерматозов. Цитологические методы диагностики. Иммуноморфологическая диагностика. Гистологическое исследование.

21. Экзема. Классификация экземы. Этиология и патогенез экземы. Истинная экзема. Дисгидротическая экзема. Пруригинозная экзема. Микробная экзема. Детская экзема. Профессиональная экзема. Дифференциальная диагностика экземы. Лечение экземы. Профилактика экземы. Экспертиза трудоспособности больных экземой.

22. Атопический дерматит. Этиология и патогенез атопического дерматита. Иммунные нарушения при атопическом дерматите. Аномальная продукция цитокинов. Нарушения нервной системы. Эндотоксикоз и сенсибилизация.

23. Псориаз. Этиология и патогенез псориаза. Генетика псориаза. Эпидемиология псориаза. Вульгарный псориаз. Экссудативный псориаз. Псориатический артрит. Этиология и патогенез псориатического артрита. Клиническая картина псориатического артрита. Лечение псориатического артрита.

24. Розацеа. Этиология и патогенез розацеа. Классификация розацеа. Клиническая картина розацеа. Дифференциальная диагностика розацеа. Лечение розацеа. Профилактика розацеа.

25. Болезни сальных и потовых желез. Себорея. Этиология и патогенез себореи. Клиника себореи. Лечение себореи. Себорейный дерматит. Этиология и патогенез себорейного дерматита. Лечение себорейного дерматита.

26. Акне. Классификация акне. Этиология и патогенез акне. Клиническая картина акне. Лечение акне.

27. Болезни волос. Классификация болезней волос. Патогенез болезней волос. Гипертрихозы. Гипотрихозы. Гнездная алопеция. Гиперандрогенная алопеция.

28. Лимфомы и псевдолимфомы. Грибовидный микоз. Первичный ретикулез кожи. Пойкилодермическая лимфома кожи. Лечение лимфомы кожи.

29. Саркома Капоши. Ретикулосаркоматоз. Псевдолимфомы (лимфоплазии). Кожные проявления при лейкозах.

30. Наследственные дерматозы. Вводные сведения по медицинской генетике.

- Материальные основы наследственности. Методы изучения наследственной патологии. Мутагенные факторы. Генные мутации
31. Опухоли кожи. Опухоли потовых желез. Сирингомы. Рак потовых желез. Опухоли сальных желез. Кисты сальных желез. Доброкачественная аденокистозная эпителиома Брука. Рак сальных желез. Эпидермальный рак. Плоскоклеточный рак с ороговением. Злокачественная акантома. Канкроид. Плоскоклеточный рак без ороговения.
32. Пиодермии. Этиология и патогенез пиодермии. Эпидемиология пиодермии. Морфология и биология пиококков (стафилококков, стрептококков, вульгарного протей, синегнойной палочки). Причины разнообразия клинической картины и характера течения пиодермий, и их лечение.
33. Туберкулез кожи. Этиология и патогенез туберкулеза кожи. Эпидемиология туберкулеза кожи. Классификация туберкулеза кожи. Первичный туберкулезный аффект кожи. Туберкулезная волчанка. Бородавчатый туберкулез кожи. Колликувативный туберкулез кожи (скрофулодерма). Язвенный туберкулез кожи. Индуративный туберкулез кожи. Папулонекротический туберкулез кожи.
34. Лепра. Этиология и патогенез лепры. Эпидемиология лепры. Классификация лепры. Клиника лепры, типы лепры (туберкулоидный, лепроматозный, пограничный, недифференцированные типы).
35. Диагностика, лечение и профилактика лепры. Экспертиза трудоспособности больных лепрой. Организация борьбы с лепрой.
36. Дерматозоозы. Чесотка. Эпидемиология чесотки. Этиология и патогенез чесотки. Клиника чесотки и ее осложнений. Чесотка у детей. Крустозная (норвежская) чесотка. Чесотка, вызванная паразитами животных. Лечение и профилактика чесотки.
37. Демодекоз. Этиология и патогенез демодекоза. Лабораторная диагностика демодекоза. Клиническая картина и дифференциальная диагностика демодекоза. Лечение демодекоза. Профилактика демодекоза.
38. «Поражения кожи при ВИЧ-инфекции. Клинические проявления ВИЧ-инфекции на коже. Микотические поражения при ВИЧ-инфекции. Патоморфоз кожных проявлений при ВИЧ-инфекции.
39. Общая микология. Этиология микозов. Классификация микозов. Эпидемиология микозов. Медико-географические факторы в эпидемиологии микозов. Социальные и бытовые факторы. Морфофизиологические особенности патогенных грибов.
40. Поверхностные микозы. Кератомикозы. Этиология кератомикозов. Эпидемиология кератомикозов. Патогенез кератомикозов. Разноцветный лишай. Пьедра. Лечение кератомикозов. Профилактика кератомикозов.
41. Дерматомикозы. Эпидемиология дерматомикозов. Этиология дерматомикозов. Патогенез дерматомикозов. Микроспория. Трихофития. Фавус. Диагностика дерматомикозов. Лечение дерматомикозов. Профилактика дерматомикозов. Экспертиза
42. Микозы стоп. Этиология микозов стоп. Эпидемиология микозов стоп. Патогенез микозов стоп. Эпидермофития стоп. Онихомикозы. Паховая эпидермофития Руброфития. Диагностика микозов стоп. Лечение микозов стоп. Профилактика микозов стоп.
43. Кандидоз. Этиология кандидоза. Эпидемиология кандидоза. Патогенез кандидоза. Поверхностный кандидоз околоногтевых валиков, ногтей, кожи и слизистых оболочек. Висцеральный кандидоз. Кандидоз и беременность. Генерализованный хронический (гранулематозный) кандидоз. Лечение кандидоза кожи. Профилактика кандидоза. Экспертиза трудоспособности больных кандидозом.
44. Эпидемиология сифилиса. Общая патология сифилиса. Пути передачи инфекции. Периодизация в течение сифилитической инфекции. Классификация сифилиса.
45. Клинические проявления сифилиса. Первичный сифилис. Твердый шанкр (типичные и атипичные формы, осложненные формы), регионарный склераденит, лимфангит.
46. Вторичный сифилис. Сифилитическая розеола. Папулезные сифилиды. Везикулезные сифилиды. Пустулезные сифилиды. Сифилитическое облысение. Пигментный сифилид

47. Третичный сифилис. Бугорковые сифилиды. Гуммозные сифилиды
 48. Скрытый сифилис. Сифилис скрытый ранний. Сифилис скрытый поздний
 49. Врожденный сифилис. Факторы риска развития врожденного сифилиса. Сифилис и беременность. Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис. Врожденный скрытый сифилис.
 50. Сифилис нервной системы. Ранний нейросифилис. Поздний нейросифилис. Поражение органов чувств при сифилисе.
 51. Лечение сифилиса. Препараты, применяемые при лечении сифилиса. Методы лечения сифилиса. Критерии излеченности и показания к снятию с учета, серорезистентность. Прогноз при сифилисе. Профилактика сифилиса. Организация борьбы с сифилисом.

1. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) и анализировать полученную информацию
2. Оценивать общее и функциональное состояние кожи и ее придатков, подкожной жировой клетчатки, лимфатических узлов, суставов
3. Анализировать полученные данные состояния кожных покровов, их поражений и диагностических признаков, симптомов
4. Проводить исследование с помощью дерматоскопа и интерпретировать полученные результаты
5. Проводить исследования, в том числе инструментальные, интерпретировать полученные результаты
6. Проводить исследования функциональных свойств кожи, в том числе десквамации, пигментации, трансдермальной потери жидкости, эластичности кожи, pH кожи, себуметрии
7. Проводить трихологические исследования
8. Оценивать состояние суставов (при болезнях кожи, сопровождающихся их поражением)
9. Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального исследований пациента и оценивать их результаты
10. Обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам и интерпретировать их результаты
11. Получать биологический материал от пациента, в том числе эпидермальные чешуйки, ногтевые пластины, пораженные волосы, содержимое кожного элемента-пузыря, мазок-отпечаток, для лабораторных исследований
12. Получать кожный биоптат
13. Проводить дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных новообразований кожи
14. Проводить дифференциальную диагностику болезней кожи с клиническими проявлениями сифилиса
15. Проводить дифференциальную диагностику болезней кожи и кожных проявлений системных заболеваний
16. Устанавливать диагноз с учетом МКБ, определять план лечения пациента
17. Определять медицинские показания для оказания пациенту медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара
18. Проводить необходимые лечебные процедуры, в том числе электрокоагуляцию, криодеструкцию, лазерную деструкцию ткани кожи, механическое удаление доброкачественных новообразований на коже, внутримышечное, внутрикожное введение лекарственных препаратов, инъекционное введение лекарственных препаратов в очаг поражения кожи
19. Назначать и выписывать лекарственные препараты, в том числе экстенпоральные, медицинские изделия и лечебное питание

20. Определять медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам, для проведения медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения в специализированных медицинских организациях
21. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции
22. Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) и анализировать полученную информацию
23. Проводить физикальный осмотр, в том числе осмотр и пальпацию, пациента с урогенитальными инфекционными заболеваниями, с инфекциями, передаваемыми половым путем, и интерпретировать результаты осмотра
24. Проводить инструментальное исследование пациента, в том числе кольпоскопическое, уретроскопическое
25. Получать биологический материал для лабораторных исследований (из уретры, влагалища, цервикального канала, слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, прямой кишки, ротоглотки, предстательной железы, материал с патологических высыпаний в аногенитальной области)
26. Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследования пациента с инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе урогенитальными инфекционными заболеваниями, оценивать их результаты
27. Обосновывать необходимость направления пациента с инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе урогенитальными инфекционными заболеваниями, на консультации к врачам-специалистам и интерпретировать их результаты
28. Устанавливать диагноз с учетом МКБ, определять план лечения пациента
29. Определять медицинские показания для оказания пациенту медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара
30. Назначать и выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание
31. Проводить необходимые лечебные мероприятия, в том числе физиотерапевтические методы лечения, а также электрокоагуляцию, криодеструкцию, лазерную деструкцию ткани кожи, механическое удаление доброкачественных новообразований в аногенитальной области, влагалище, шейке матки, уретре, внутримышечное, внутрикожное введение лекарственных препаратов в очаг поражения кожи
32. Назначать лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для контроля результатов лечения инфекций, передаваемых половым путем, урогенитальных инфекций и их осложнений
33. Консультировать пациента по вопросам профилактики заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе урогенитальными инфекционными заболеваниями, ВИЧ-инфекцией, а также вызываемых ими осложнений
34. Формулировать медицинские заключения по результатам медицинских освидетельствований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, в части, касающейся наличия и (или) отсутствия заболеваний по профилю "дерматовенерология" и лепры
35. Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции опорно-двигательного аппарата, обусловленные заболеваниями по профилю "дерматовенерология" и лепрой
36. Определять показания для проведения диспансерного наблюдения пациента с заболеваниями по профилю "дерматовенерология" и лепрой, группу диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, предварительных, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю

"дерматовенерология", клиническими рекомендациями (протоколами лечения), с учетом состояния здоровья пациента, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Актуальные вопросы онкологии

**В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЮТ**

злокачественные новообразования

болезни органов кровообращения

травмы и отравления

болезни органов пищеварения

болезни органов дыхания

**САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ У МУЖЧИН
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

рак легкого

рак желудка

рак предстательной железы

рак прямой кишки

КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

рака легкого, гортани, мочевого пузыря

рака легкого, яичников, мочевого пузыря

рака легкого, почки, щитовидной железы

рака легкого, желудка, толстой кишки

рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование

больные с предопухолевыми заболеваниями

лица, излеченные от злокачественных новообразований

правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ

в легкие

в плоские кости

в паховые лимфоузлы

в кожу

ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА ПОРАЖАЕТ

длинные трубчатые кости

все плоские кости

кости черепа

кости таза

**В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ
ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПРИ РАКЕ**

пищевода и анального канала прямой кишки

желудка и тонкой кишки

тонкой и ободочной кишки

желудка и ободочной кишки

ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
АНАТОМИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ:

сигмовидная кишка
восходящая ободочная кишка
поперечная ободочная кишка
нисходящая ободочная кишка
слепая кишка

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ
ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОЛИФЕРАЦИИ

Іб
Іа
ІІ
ІІІ

ОСТЕОГЕННЫЕ САРКОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В
ВОЗРАСТЕ:

до 25 лет
от 30 до 40 лет
от 40 до 50 лет
старше 50 лет

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода
лечения

проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ ЛИЦА У

75-85% больных
60-70% больных
50-55% больных
на коже лица встречается редко

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, ЛИДИРУЮЩИМ ПО ЧАСТОТЕ КЛИНИЧЕСКИМ
СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

дисфагия
боль в грудной клетке при глотании
повышенное слюноотделение
рвота

НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНА К ОТДАЛЕННОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ
МЕЛАНОМА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА

узловая
акролентигинозная
злокачественное лентиго
поверхностная

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

гематурия
пальпируемая опухоль
боль
слабость
ускоренная СОЭ

ПО МЕРЕ РОСТА РАКА ЛЕГКОГО СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ
НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА
при эндобронхиальном экзофитном раке
при перибронхиальном узловатом раке
при разветвленном раке
при пневмониеподобном раке
при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

СИМПТОМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
РАКА ЛОКАЛИЗОВАННОГО
в сигмовидной кишке
в восходящей кишке
в поперечной кишке
в слепой кишке

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ РФ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ИМЕЕТ
ТЕНДЕНЦИЮ
к повышению
к снижению
к стабильности
к повышению в старшей возрастной группе
к снижению среди лиц молодого возраста

ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
головка
тело
хвост
вся поджелудочная железа (тотальное поражение)

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ
ЛОКАЛИЗОВАНЫ В
печени
костях
легких
надпочечниках
селезенке

К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ
гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, ускоренная СОЭ
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, повышенная температура тела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

затрудненное и/или учащенное мочеиспускание
боль в промежности, крестце, пояснице
микроскопическая гематурия
нарушение акта дефекации

АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

тотальная тиреоидэктомия
резекция доли
гемитиреоидэктомия
энуклеация узла

С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТ, ИЗЛЕЧЕННЫЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

первый год - 1 раз в 3 мес, второй - третий год - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
один раз в 6 мес. в течение 5 лет, затем – ежегодно
первый год - 1 раз в мес, второй год -1 раз в 3 мес, третий - пятый года -1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
ежегодно в течение 10 лет

НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ НЕ ВЛИЯЕТ

употребление большого количества жиров
ультрафиолетовое излучение
курение
микротравмы слизистой губы

КАКИЕ ИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

фолликулярный и папиллярный рак
медулярный и недифференцированный рак
папиллярный и медулярный рак
недифференцированный и фолликулярный рак

ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАПИЛЛОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

кровянистые выделения из соска
симптом втяжения
наличие плотного участка с зернистой поверхностью
болезненность при пальпации ареолы

КАКОЙ СИМПТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПИЩЕВОДА В ЛИМФОУЗЛЫ АОРТАЛЬНОГО ОКНА

осиплость голоса
кашель
боль в грудной клетке
икота
дисфагия

РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

печень
легкие
надключичные лимфатические узлы
кости

МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ РАКЕ
желудочно-кишечного тракта
легкого
молочной железы
женских половых органов

Здоровый образ жизни
ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ
артериальная гипертензия
мерцательная аритмия
сахарный диабет
искусственные клапаны сердца
все вышеперечисленное

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ
натошак > 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста ≥ 11.1 ммоль/л
натошак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста < 7.8 ммоль/л
натошак < 6.1 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста > 7.8 ммоль/л

ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ХС ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ
 ≤ 1.8 ммоль/л
 ≤ 2.5 ммоль/л
 ≤ 3.0 ммоль/л

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ ХИБС СО
СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФК
не менее 2-х раз в год
не менее 3-х раз в год
не менее 4-х раз в год

БОЛЬНЫХ ИБС, ОТНЕСЕННЫХ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА НАПРАВЛЯЮТ
НА КАГ
без дальнейших неинвазивных исследований
по результатам дополнительных исследований
необходимость в рутинном направлении на каг отсутствует

К ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ
ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ (ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ
ОТВЕТЫ):
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА
статины
бета-адреноблокаторы
нитраты
ингибиторы АПФ или блокаторы РААС
антагонисты кальция

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЫШЕН ПРИ ОКРУЖНОСТИ
ТАЛИИ У МУЖЧИН
180 см и более;
94 см и более;

102 см и более;
110 см и более;

ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ (ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ) ПОДЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНТИНГЕНТЫ ГРАЖДАН

больные хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), являющимися основными причинами инвалидности и преждевременной смертности населения
пациенты имеющие высокий риск развития ССЗ
больные ХНИЗ и пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском
нет правильного ответа

ЦЕЛЮЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫЕ ХНИЗ ЯВЛЯЕТСЯ

ДОСТИЖЕНИЕ ЗАДАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИКАЛЬНОГО, ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

достижение целевых уровней факторов риска
замедление патологического процесса и развития обострений.
снижение числа госпитализаций и осложнений.
повышение качества и увеличение продолжительности жизни

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫХ ХНИЗ, НО ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ИХ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

достижение заданных параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования
достижение целевых уровней факторов риска
предупреждение развития патологического процесса и заболеваний.
повышение качества и увеличение продолжительности жизни
все вышеперечисленное

В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

1 I группа
2 II группа
III группа
I и II группы
II и III группы

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%
2 23,1%
17,6%

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ II ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%
23,1 %
17,6%

ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ВЫБРАТЬ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
сокращение числа случаев инвалидности
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
снижение числа вызовов СМП и госпитализаций по экстренным показаниям
все перечисленное

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ (ФЕЛЬДШЕРОВ) В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
сокращение числа случаев инвалидности
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
полнота охвата диспансерным наблюдением больных
все перечисленное

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ С АГ I-III СТЕПЕНИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ, НО БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
не менее 1 раза в год
не менее 2-х раз в год
1 раз в 3 месяца
каждый месяц

КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АД ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ПРИ САМОКОНТРОЛЕ
менее или равно 140/90 мм рт ст
менее или равно 135/85 мм рт ст
менее или равно 130/80 мм рт ст

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К
высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА
первом году программы
третьем году программы
пятом году программы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ЭТО
комплекс организационных и технологических мероприятий по управлению и осуществлению профилактической программы

систематизированное изложение основных целей, задач, направленных на профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, сохранение и укрепление здоровья повседневная работа и деятельность системы здравоохранения, общественных организаций

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА РАВНЯТЬСЯ

основному обмену;

200ккал;

энерготратам;

расходам на движение;

верного ответа нет

С ВОЗРАСТОМ ЭНЕРГОГРАТЫ

увеличиваются;

не изменяются;

уменьшаются;

зависит только от профессии;

верного ответа нет

У ЖЕНЩИН ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА БЫТЬ

как у мужчин;

меньше;

больше;

зависит только от профессии;

верного ответа нет

ЖИРЫ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

7%;

10%;

30%;

40%;

верного ответа нет

ПРОСТЫЕ УГЛЕВОДЫ СОСТАВЛЯТЬ ДОЛЖНЫ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

12%;

7%;

0%;

30%;

верного ответа нет

ПРИЕМ ПИЩИ ЗА СУТКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

2-3 раза;

3-4 раза;

по желанию;

ИЗБЫТОК ЖИРА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

желчекаменной болезни;

атеросклерозу;

раку кишечника;

раку молочной железы;

все вышеперечисленное.

ИЗБЫТОК ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОСТЫХ УГЛЕВОДОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

ожирение;
язвенную болезнь;
рак груди;
цирроз печени;
колит.

ИЗБЫТОК ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ОПАСЕН ДЛЯ РАЗВИТИЯ

гастрита;
колита;
артериальной гипертонии;
артроза суставов
верного ответа нет

В ПИТАНИИ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

избыток белка;
нерациональное соотношение жиров;
недостаток витаминов;
недостаток углеводов;
избыток жира и недостаток витаминов

ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ ЛУЧШЕ ОГРАНИЧИТЬ

убрав солонку со стола;
недосаливая при кулинарной обработке
избегая солений;
верно а,б,в;
верного ответа нет

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ОГРАНИЧИТЬ

белки;
соль;
растительное масло;
фрукты;

ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИПЕМИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОГРАНИЧИТЬ

жиры;
соль;
растительное масло;
фрукты, овощи;

ПРИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО

белки;
жиры;
сахара;
алкоголь;
сахара и алкоголь.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ НЕОБХОДИМЫ В ОСНОВНОМ ДЛЯ

лечения больных в стационаре;
профилактике наркомании;
помощи при отказе от курения;
достижения сбалансированности рациона;
профилактика ХНИЗ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН

5- 9;
10 - 14;
15- 19;
20 - 25;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У МУЖЧИН

80 и более;
94 и более;
102 и более;
110 и более;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У ЖЕНЩИН

88 и более;
94 и более;
102 и более;
ПО и более;

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АЛИМЕНТАРНОЙ ФОРМЫ (ПЕРВИЧНОГО) ОЖИРЕНИЯ

низкая физическая активность;
переедание;
гормональная недостаточность;

АБДОМИНАЛЬНЫЙ (МУЖСКОЙ) ТИП ОЖИРЕНИЯ ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

сердце;
артерии;
вены;
А и Б;
суставы;

ЖЕНСКИЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ (ТИП «ГРУШИ») ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

печень;
легкие;
опорно-двигательный аппарат;
почки;
верного ответа нет

ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

лекарственная терапия;
диета;
пищевые добавки;
хирургическое лечение;

СТЕПЕНЬ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ РЕДУКЦИИ ДИЕТЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ ВОЗМОЖНА ДО

500 ккал.

800 ккал.

1000 ккал.

1200ккал.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОКАЗАНА ПРИ

высоких степенях ожирения;

сопутствующей патологии;

булимии;

ПРИ ОЖИРЕНИИ НУЖНО ОГРАНИЧИВАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

белки;

витамины;

минералы;

углеводы;

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА
ПРЕДПОЛАГАЕТ

занятия йогой;

аэробные нагрузки на досуге;

марафон;

силовые нагрузки;

верного ответа нет

1Г ЖИРА СОДЕРЖИТ, КИЛОКАЛОРИЙ

1;

4;

7;

9;

1Г УГЛЕВОДОВ СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;

4;

7;

9;

1Г БЕЛКА СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;

7;

4;

9;

верного ответа нет

1Г «ЧИСТОГО» АЛКОГОЛЯ СОДЕРЖИТ КАЛОРИЙ

1;

4;

7;

9;

верного ответа нет

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ ЖЕНЩИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

- 5г;
- 50 г;
- 30 г;
- 60 г;

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ МУЖЧИН В КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

- 5г;
- 50 г;
- 50 г;
- 60 г;

верного ответа нет

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ (СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ВОЗ) – ЭТО

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем.
процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
б) убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
ориентация на граждан, участие местного сообщества.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

РИСК КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

сердечно-сосудистых
травм и несчастных случаев
болезней нервной системы
новообразований
болезней органов пищеварения

ЦЕЛЬ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

стабилизация показателей здоровья населения РФ.
снижении показателей смертности общей
снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
снижение показателей смертности от внешних причин

КОНТИНГЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНА КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ

детей всех возрастных групп.
молодежь.
пожилых людей
все вышеперечисленное.

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОФИЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ БРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ

смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность
смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАПРАВЛЕННЫ НА

выявление заболеваний на ранних стадиях.
выявление заболеваний и факторов риска
выявление факторов риска и факторов здоровья

ПО ПРОГНОЗАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ К 2020 ГОДУ ОСНОВНОЙ УРОН (ЧИСЛО ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ТРУДОСПОСОБНОСТИ) ВСЛЕДСТВИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВИТ

50%
80%
60%

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ К ОСНОВНЫМ НИЗ ОТНОСЯТ

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства
болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НИЗ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ СВЯЗЫВАЮТ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, СО СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ
снижением распространенности поведенческих ФР среди населения
снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ
снижением смертности от БСК
все ответы верны

УПРАВЛЯЕМЫЕ ОСНОВНЫМИ ФАКТОРЫ РИСКА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РОСТ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ
курение, потребление алкоголя, нездоровое питание
только курение
курение и повышенное артериальное давление
курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание

КАКОЙ ПРИНЦИП (СТРАТЕГИЯ) ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ОЦЕНКАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, СЧИТАЕТСЯ ОСНОВНЫМ
популяционная стратегия
стратегия высокого риска
сочетание стратегий популяционной и высокого риска

РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО
уровнями отдельных факторов риска
возрастом
географическими условиями и характеристиками окружающей среды
суммарным риском
наличием необходимого оборудования

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ
разработку законодательства;
просвещение населения
поддержку активности населения;
доступ к информации и содействие ее распространению;
наличие и доступность профилактической помощи;
межсекторальное взаимодействие.
все вышеперечисленное

КАКИЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА ПРИМЕРЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, СЧИТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ И ДОЛЖНЫ УЧИТЫВАТЬСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ
поддержки, осознание пользы от занятий.
уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.
уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.
уверенность индивидуума в пользе от занятий.

КАКИЕ ФАКТОРЫ, НАРЯДУ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА, ОКАЗАЛИ СУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА РОСТ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РОССИИ

психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения,
психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

СРЕДИ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТ БСК ТЕМПЫ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ ВЫШЕ ОТ
ишемической болезни сердца, чем от цереброваскулярной болезни
цереброваскулярной болезни, чем от ишемической болезни сердца

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ
20%
50%
40%
55%

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К
высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

К НАУЧНО ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИКИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ
диетическая коррекция избыточной массы тела, дислипотеидемии, водно-солевого обмена.
оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.
отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).
нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.
рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.
все вышеперечисленное

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА
первом году
на третьем году
через 5 лет;

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА
до 10%
20-30%
30-40%
40-50%

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

до 10%

20-30%

30-40%

40-50%

В КАКИХ СТРАНАХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЧАСТОТА КУРЕНИЯ МУЖЧИН МЕНЕЕ 30%

Западная Европа

Восточная Европа

Финляндия

Канада

ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ВКЛЮЧАЮТ

предотвращать курение с детского и юношеского возраста

оказывать помощь лицам, желающим бросить курить

информационную работу медиков, СМИ

законодательное регулирование

все вышеперечисленное

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОГРАНИЧЕНИИ КУРЕНИЯ ТАБАКА НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

регулирование производства табачных изделий, оптовой и розничной продажи

рекламирование табака

запрет на курения (на рабочих местах, в транспорте, учреждениях здравоохранения, образования, культуры, спорта, власти)

пропаганду знаний о вреде курения.

запрет на показ курения в фильмах, кроме новых.

ВО ВРЕМЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РОССИИ НАБЛЮДАЛОСЬ

снижение смертности от внешних причин

увеличение продолжительности жизни

снижение смертности от внешних причин и увеличение продолжительности жизни

В КАКОМ ГОДУ В РОССИИ ПРИНЯТА КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА НАРКОТИКАМИ

в 2000

в 1999

в 1993

в 2005

Реализация профилактических программ направлена на

достижение поставленных целей программы

соблюдение запланированных сроков и использование запланированных ресурсов

достижение поставленной цели и использование запланированных ресурсов

достижение цели в запланированные сроки

достижение поставленной цели, соблюдение сроков и использования запланированных ресурсов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

партнерство и участие СМИ

участие системы образования

управление программой, оценку процесса реализации, оценку эффективности реализации партнерство, участие СМИ, системы образования, управление программой, оценку процесса реализации и эффективности, профилактические технологии, обучение специалистов, населения и пациентов, создание условий для реализации профилактические технологии и обучение специалистов, населения и пациентов, и создание условий для реализации

ОБЯЗАТЕЛЬНО ВХОДИТ В ДИРЕКЦИЮ ПРОГРАММЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

административное руководство региона (территории)

административное руководство региона (территории) и представители общественности

административное руководство региона (территории) и представители всех партнеров по реализации программы

представители общественности и финансовых организаций, участвующих в финансировании программы.

представители всех партнеров по реализации программы и представители общественности

РОЛЬ СМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

содействие формированию позитивного отношения к здоровью, и моды на здоровый образ жизни

повышение ответственности каждого человека за сохранение своего здоровья, а следовательно и здоровья общества

вовлечение различных секторов общества, администрации в реализацию мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

формирование партнерских отношений для продвижения профилактических программ на различных уровнях

все вышеперечисленное.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОТРУДНИЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

обязательная программа гигиенического воспитания в школах, лекции по здоровому образу жизни и здоровому поведению в школах

обследование состояния здоровья и здорового поведения школьников и осуществление профилактических вмешательств (вакцинация) через школьные медицинские кабинеты

программа по укреплению здоровья в школах

совместная подготовка предложений к мероприятиям областных и городских программ по охране здоровья

все вышеперечисленное

ФАКТОРЫ, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, НАИБОЛЕЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

уровень информированности пациента о факторах риска

уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования

уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта желание пациента изменить свое поведение

знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактическом консультировании

В ОСНОВЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВОСТЕПЕННЫМ
раннее выявление заболевания и факторов риска
консультирование по профилактике и коррекции факторов риска
медикаментозное лечение и коррекция факторов риска
межсекторальное сотрудничество и создание условий для реализации профилактических мер
все вышеперечисленное

МОНИТОРИРУЮТСЯ И ОЦЕНИВАЮТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

структурные измерения
организационные изменения
показатели здоровья и уровни факторов риска
данные социологических опросов об уровне знаний и умений медицинских работников, знаний населения, пациентов.
все перечисленное

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения
все перечисленное

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ программ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы

опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ СРЕДНЕСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная
медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ПОКАЗАТЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (В ПОЛИКЛИНИКАХ)

распространенность факторов риска
удельный вес профилактических посещений (в % от общего числа)
полнота охвата профилактическими осмотрами (в %)
показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения
смертность и заболеваемость

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

контингент и объем диспансеризации.
потребность в диспансерном наблюдении в лечебно-профилактической помощи и
активность в ее реализации
оценку эффективности диспансеризации
здоровье прикрепленного населения
информированность и отношение населения (пациентов) к медицинским назначениям

УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВОЗ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ В СУТКИ (БЕЗ УЧЕТА КАРТОФЕЛЯ)

200 г
300 г
500 г
800 г

ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

наличием сбалансированного регулярного питания;
недостатком в рационе питания белка;
избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания;
недостатком в рационе питания клетчатки;
недостатком витаминов группы В и Д.

Избранные вопросы скрининга онкологических заболеваний МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеноскопия
биопсия опухоли*
УЗИ
компьютерное обследование

термография

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА И ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ СЧИТАЕТСЯ

эндоскопия желудка с биопсией
рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)
исследование кала на скрытую кровь
исследование желудочного сока с гистамином

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ
при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с
регионарным лимфатическим аппаратом
при рентгенологическом исследовании
при использовании эндоскопических методов
при клиническом осмотре больного

ВНУТРИПРОТОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ
дуктографии
бесконтрастной маммографии
крупнокадровой флюорографии
не могут быть выявлены рентгенологически

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ
щитовидной железы
желудка
поджелудочной железы
почки
предстательной железы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
крупный литический очаг в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
нарушение кортикального слоя
экстраоссальный компонент, не содержащий дополнительных включений
периостальная реакция в виде "козырька"

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЭА (РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА) МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО
для динамического наблюдения после лечения (в качестве мониторинга)
для уточнения степени распространенности опухоли (стадирования)
для установления диагноза рака

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ И КОРНЕЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеновская компьютерная томография
рентгенография + линейная томография
рентгеноскопия
сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)
магнитно-резонансная томография

ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

пневмоторакс
гемоторакс
кровохаркание
имплантационное метастазирование

ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

компьютерная томография
ангиографическое исследование
экскреторная урография
рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
ультразвуковое исследование

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия
бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
общий клинический анализ мочи
радионуклидная цистография

ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К БЫСТРОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ

меланоме
раке нижней губы
раке молочной железы
остеогенной саркоме

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В РОССИИ ДЛЯ СКРИНИНГА НА РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

гемокульт-тест
ирригография
рентгеноскопия желудка и кишечника
колоноскопия

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА маммография*

УЗИ молочных желез
пункционная Биопсия
секторальная резекция
самообследование

В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК
не нарушена*
нарушена умеренно
нарушена выраженно
возможны все варианты

СОЧЕТАНИЕ «N₀» ОБОЗНАЧАЕТ
недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов*
одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ
ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ
легких
органов брюшной полости
молочной железы*
щитовидной железы*

**Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционная
безопасность**

МЕХАНИЗМ (ПУТЬ) ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
контактно-бытовой
аэрогенный
вертикальный
пищевой
трансмиссивный

ВИЧ ПОРАЖАЕТ
эритроциты
лимфоциты
тромбоциты
гепатоциты
макрофаги

ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СТАВИТСЯ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ
полового контакта
наличие у больного СПИД-маркерного заболевания
увеличения лимфатических узлов более 3-х мес.
обнаружения антител к ВИЧ в сыворотке методом ИБ
наличия у больного иммунодефицита, снижение количества Т4 (хелперов)

ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ КРОВЬЮ КОЖУ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТ
96⁰ спиртом
70⁰ спиртом
дважды моют с мылом
3% раствором хлорамина

ПРЕДМЕТЫ ОБИХОДА В ОКРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
ДЕЗИНФИЦИРУЮТ
6% раствором перекиси водорода
96⁰ спиртом

5% хлорными растворами

3% хлорными растворами

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА НА ВИЧ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

пациент болен СПИДом

в организме есть антитела к ВИЧ

человек заразен на протяжении всей его жизни

у больного терминальный период

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИЧ ИНФЕКЦИИ

2-3 недели

3-4 месяца

5-6 месяцев

от 2 недель до 6 месяцев

от 3 недель до 1 года и более

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН В

стадии инкубации

серонегативный период

стадии ПСИДа

бессимптомный период

ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ (БОЛЕЗНЕННОСТИ) ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ЭТО

число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей так же на конец года

число больных активным туберкулезом на конец года

удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории

число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей.

САМЫМ ОПАСНЫМ ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением

скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми

бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со взрослыми

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТ

правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации

общие рекомендации по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации

все перечисленное

Клиническая фармакология

ШИРОТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ - ЭТО

хирургическая доза лекарства;

отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови;

диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической концентрациями лекарства в плазме; (+)

процент не связанного с белком лекарства;

диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства.

ФАРМАКОКИНЕТИКА - ЭТО

изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств (+)
изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств
изучение токсичности и побочных эффектов
методология клинического испытания лекарств
изучение взаимодействий лекарственных средств

ВИДЫ АБСОРБЦИИ В ЖКТ

фильтрация
диффузия
активный транспорт
пиноцитоз
все виды (+)

РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение $T_{1/2}$
повышение концентрации свободной фракции препарата
снижение концентрации свободной фракции препарата (+)
лучшая эффективность препарата

ПРЕПАРАТЫ, БОЛЬШЕ ПОДВЕРГАЮЩИЕСЯ МЕТАБОЛИЗМУ В ПЕЧЕНИ

липофильные (+)
гидрофильные
липофобные
имеющие кислую реакцию
имеющие щелочную реакцию

ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИЗУЧЕНИЕ

эффектов лекарственных средств и механизмов их действия (+)
абсорбции и распределения лекарств
метаболизма лекарств
выведения лекарств

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИШЕЧНУЮ АБСОРБЦИЮ

pH желудочного сока
васкуляризация
моторика
состояние микрофлоры кишечника
все перечисленные (+)

ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ, НАЗЫВАЮТСЯ

агонистами
синергистами (+)
антагонистами
миметиками
литиками

ЕСЛИ ПЕРВИЧНУЮ МОЧУ СДЕЛАТЬ БОЛЕЕ ЩЕЛОЧНОЙ, ТО

- экскреция слабых кислот уменьшится
- экскреция слабых кислот увеличится (+)
- экскреция слабых оснований увеличится
- увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований
- экскреция не изменится

ПРЕПАРАТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНДУКЦИИ ФЕРМЕНТОВ В ПЕЧЕНИ

фенобарбитал (+)

циметидин

амиодарон

эритромицин

ципрофлоксацин

факторы, влияющие на период полувыведения

почечный и печёночный клиренс (+)

биодоступность

скорость распределения

связь с белком

экскреция почками

ФАКТОРЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ, ИЗМЕНЯЮЩИЕСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

всасывание

объём распределения

почечная экскреция

метаболизм

всё перечисленное (+)

ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

пути введения лекарственных средств (+)

кратности приема

скорости выведения

эффективности препарата

продолжительности лечения

БИОДОСТУПНОСТЬ - ЭТО

процент вещества, выделенного из организма

процент вещества, достигшего системного кровотока (+)

эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект

процент препарата, связанного с белком

ничего из перечисленного

ЛЕКАРСТВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗЫВАЮТСЯ В ПЛАЗМЕ С

альбуминами (+)

глобулинами

фибриногеном

мукопротеинами

трансферрином

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО

разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами (+)

между максимальной терапевтической и максимальной токсической

между минимальной терапевтической и максимальной токсической
между максимальной терапевтической и минимальной токсической

ЗАВИСИТ БИОДОСТУПНОСТЬ ОТ

всасывания и связи с белком
всасывания и пресистемного метаболизма (+)
экскреции почками и биотрансформации в печени
объёма распределения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ($T_{1/2}$) ЭТО

время выведения препарата из организма
время снижения концентрации препарата в плазме на 50% (+)
снижение скорости выведения на 50%
время достижения терапевтической концентрации

НА ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ ВЛИЯЮТ

уровень клубочковой фильтрации
уровень канальцевой реабсорбции
уровень канальцевой секреции
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

РЕЗУЛЬТАТОМ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВ В ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

образование активных метаболитов
образование неактивных метаболитов
образование токсических продуктов
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

БИОТРАНСФОРМАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРИВОДИТ К

меньшей степени ионизации
меньшей жирорастворимости (+)
снижению связывания с белком
большей степени ионизации

ПАРАМЕТР «КАЖУЩИЙСЯ ОБЪЕМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

скорость всасывания препарата
скорость выведения препарата
скорость распада препарата
эффективность препарата
способность препарата проникать в органы и ткани (+)

БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ПЛАЗМЕ ПРИ СУБЛИНГВАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ, ЧЕМ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОТОМУ, ЧТО

лекарство не подвергается пресистемному метаболизму (+)
лекарство не связывается с белками плазмы
лекарства не связываются с тканями
увеличивается гидрофильность препарата
увеличивается липофильность препарата

ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ, НАЗЫВАЮТСЯ

токсические
аллергические (+)
фармакодинамические
фармакокинетические
псевдоаллергические

ВЫСОКИЙ ОБЪЁМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

о высоких концентрациях свободного препарата в плазме
о высоких концентрациях препарата в тканях (+)
о высоких концентрациях связанного препарата в плазме
о низких концентрациях препарата в тканях
о хорошей эффективности препарата

ЭФФЕКТ ДВУХ ЛЕКАРСТВ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ, ЭТО

антагонизм
суммарный эффект
аддитивный эффект
потенцирование (+)
сенситизация

В ПОНЯТИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ПРЕПАРАТА ВХОДИТ

всасывание
распределение
экскреция (+)
связь с белком
пресистемный метаболизм

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ, ПРИ КОТОРОМ БИОДОСТУПНОСТЬ МАКСИМАЛЬНА

пероральном
сублингвальном
внутримышечном
внутривенном (+)
ректальном

В ПОНЯТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВХОДИТ

вытеснение препарата из связи с белком
ингибирование метаболизма в печени
инактивация препаратов в инфузионном растворе (+)
торможение всасывания лекарств
взаимодействие на уровне экскреции в почках

ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СНИЖАЕТСЯ СВЯЗЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ

ишемическая болезнь сердца
острые инфекции
цирроз печени (+)
бронхиальная астма
пневмония

ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОЧЕЧНЫЙ КЛИРЕНС ПРЕПАРАТОВ

пол
вес
почечный кровоток (+)
гипертензия
заболевания печени

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСКОРЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

курение (+)
пожилой возраст
хроническое употребление алкоголя
прием эритромицина
лихорадка

СИНДРОМ «РИКОШЕТА» - ЭТО

снижение эффекта препарата при его отмене
увеличения эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма при отмене препарата
развитие обратного эффекта при продолжении использования препарата (+)

ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К ЗАМЕДЛЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ

курение
пожилой возраст (+)
однократное употребление алкоголя
прием барбитуратов
прием рифампицина

АУТОИНДУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

пенициллина
нитроглицерина (+)
пропранолола
преднизолона
гентамицина

СИНДРОМ ОТМЕНЫ ЭТО

положительное действие лекарственного средства
снижение эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма на отмену препарата (+)
усиление эффекта препарата при его отмене

ФАКТОРЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВСАСЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ В ЖКТ

запор
приём антацидов (+)
приём холинолитиков
хорошее кровоснабжение стенки кишечника

ИНГИБИТОРОМ ПЕЧЁНОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

циметиди (+)
нитраты
рифампицин
фенобарбитал
никотин

АУТОИНДУКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТ

повышение эффективности препарата при повторном применении
инактивация препарата другим лекарственным средством
увеличение активности препарата при первом введении
снижение эффективности препарата при повторном применении (+)

РАВНОВЕСНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭТО

состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого
(+)

максимальная концентрация после введения препарата
концентрация перед очередным введением препарата
средняя концентрация после введения препарата
правильных ответов нет

ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ

в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в толстом кишечнике

ПРЕПАРАТЫ С ВЫСОКОЙ ЛИПОФИЛЬНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

выводятся почками в неизменном виде (+)
хорошо всасываются в ЖКТ
метаболизируются в печени
хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ дигоксина

гентамицина
теофиллина (+)
преднизолона
ванкомицина

В ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ВЫВЕДЕНИЕ

морфина
новокаиамида
барбитуратов (+)
хинина
варфарина

КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫЗЫВАЕТ ОЩЕЛАЧИВАНИЕ МОЧИ

аскорбиновая кислота
аспирин
тиазидные диуретики
бикарбонат натрия (+)
эуфиллин

УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМЫ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТА

пиноцитоз

пассивная диффузия
активный транспорт
фильтрация
все перечисленное (+)

УКАЖИТЕ, ГДЕ В ОСНОВНОМ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВ
в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в прямой кишке

ВСАСЫВАНИЕ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ
ампициллина (+)
рамиприла
омепразола
ципрофлоксацина
метопролола

СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ
периода полувыведения
способа приема
связи с белком
объема распределения
дозы (+)

ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВ, КРОМЕ
нарушения почечной экскреции
увеличения концентрации препаратов в плазме
уменьшения связывания с белками плазмы
увеличения $T_{1/2}$
уменьшения биодоступности (+)

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ ПРИВОДИТ К
увеличению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
замедлению метаболизма в печени (+)
снижению почечной экскреции
снижению $T_{1/2}$

НИКОТИН ПРИВОДИТ К
уменьшению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
увеличению связи с белками плазмы
ускорению метаболизма в печени (+)
ускорению почечной экскреции

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ
гиперкалиемию
гинекомастию
синдром Рейно

подагра (+)
гипогликемия

АНТИБИОТИК, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ
ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

эритромицин (+)
амоксциллин
цефтриаксон
гентамицин
ванкомицин

НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫМ ИЗ АНТИБИОТИКОВ АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ ГРУППЫ
ЯВЛЯЕТСЯ

амикацин
тобрамицин
гентамицин
неомицин (+)
стрептомицин

РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ
ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

A
B1
B2
C
фолиевой кислоты (+)

НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ВИТАМИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К
ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА

A (+)
B1
B2
C
PP

ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПОДАГРЕ ИЗ-ЗА
СПОСОБНОСТИ ВЫЗЫВАТЬ ГИПЕРУРИКЕМИЮ

нитроглицерин
эритромицин
пропранолол
гипотиазид (+)
каптоприл

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ СЕРДЕЧНЫХ
ГЛИКОЗИДОВ

рвота
гинекомастия
потеря аппетита (+)
гиперкалиемия
тахикардия

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИХ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

сердцебиение
сухость во рту
нарушение аккомодации
задержка мочеиспускания
все перечисленное (+)

Диуретик, вызывающий развитие гирсутизма и гинекомастии
гипотиазид
спиронолактон (+)
фуросемид
диакарб
индапамид

СОЧЕТАНИЕ ГИПОТОНИИ И БРАДИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

клофелина (+)
нифедипина
каптоприла
празозина
нитроглицерина

Медицина чрезвычайных ситуаций

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЩИТЕ И ПО ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ, МАТЕРИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРНЫХ ЦЕННОСТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ОТ ОПАСНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЕДЕНИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ЭТО

мобилизация;
мобилизационная подготовка;
территориальная оборона;
гражданская оборона;

ВВЕДЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ НА ТЕРРИТОРИИ РФ НАЧИНАЕТСЯ

с момента объявления состояния войны;
с момента фактического начала военных действий;
с введением на территории РФ военного положения;
все перечисленное выше;

ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНОЙ В ОБЛАСТИ ИЛИ КРАЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

Центр по делам ГО и ЧС;
Комиссия по ГО и ЧС;
Специально уполномоченное лицо;
Законодательное собрание области;
Губернатор.

ВОЗРАСТ ГРАЖДАН, РФ МУЖСКОГО ПОЛА, КОТОРЫХ МОГУТ ЗАЧИСЛЯТЬ В НЕВОЕНИЗИРОВАННЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ И СЛУЖБЫ ГО СОСТАВЛЯЕТ

18-27 лет;
20 - 45 лет;
16 - 60 лет

18-60 лет;

18-45 лет.

ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАЧ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ ПОВЫШАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ

повседневных мероприятий;

первоочередных мероприятий первой группы;

первоочередных мероприятий второй группы;

мероприятий общей готовности;

все перечисленное выше.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРЕВОДУ ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЭКОНОМИКИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЭКОНОМИКИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ПЕРЕВОДУ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЙ НА РАБОТУ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ, ПЕРЕВОДУ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДРУГИХ ВОЙСК, ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ, ОРГАНОВ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И СОСТАВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ- ЭТО

мобилизация;

мобилизационная подготовка;

военная подготовка;

гражданская оборона;

мероприятия ГО и ЧС.

МЕРОПРИЯТИЯ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДЯТСЯ

в мирное время;

в военное время;

в рабочее время;

всегда;

после введения военного положения.

СОСТОЯНИЕ ВОЙНЫ В РФ ОБЪЯВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

в случае угрозы вооруженного нападения на РФ другого государства;

в случае вооруженного нападения на РФ другого государства или группы государств;

в случае возникновения чрезвычайной ситуации;

в случае угрозы проведения на территории РФ террористических актов;

НА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОБЛАСТИ МОБИЛИЗАЦИИ, ВОЗЛОЖЕНО

разработка документов по планированию деятельности организации;

создание мобилизационных органов;

осуществление международного сотрудничества

выполнение мобилизационных заказов (заданий);

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ВОЗЛОЖЕНО

на МО РФ

на ВСМК

на МСГО

на ГВМУ

на МЗ РФ

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, В СЛУЧАЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, ВКЛЮЧАЕТ
лечебно-эвакуационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия,
медицинское снабжение, медицинскую защиту населения**

медицинское снабжение, этап медицинской эвакуации, путь медицинской эвакуации,
медицинскую защиту.

лечебно-эвакуационные мероприятия, учет и отчетность, эвакуационное направление,
медицинскую сортировку

санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение,
вид медицинской помощи, объем медицинской помощи

повышение устойчивости тыла, сохранение промышленного потенциала страны, защиту
населения в условиях военного времени

СОСТАВ МСГО ПРЕДСТАВЛЕН

областью, краем, республикой в составе РФ б. территорией города, городского района,
сельского округа

руководством, органом управления, формированиями, учреждениями

головными больницами, многопрофильными и профилированными больницами
органами управления и штабами МСГО

**В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДЧИНЕННОСТИ, ФОРМИРОВАНИЯ МСГО
ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ**

на территориальные и производственные

на объектовые и территориальные

на производственные и объектовые

на территориально-производственные

на санитарные - гигиенические и лечебные

В СОСТАВ МСГО НА МЕСТНОМ УРОВНЕ ВХОДЯТ

силы и средства МСГО организаций

силы и средства МСГО на территории города, сельского района

силы и средства МСГО на территории субъектов РФ

силы и средства МСГО на территории всей РФ

формирования и учреждения

Первая и неотложная помощь

**МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИ
ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ**

2-3 минуты

4-5 минут

5-6 минут

до 30 минут +

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

нитевидный пульс на сонной артерии

отсутствие спонтанного дыхания +

отсутствие пульса на сонной артерии +

отсутствие сознания +

**САМЫМ ЧАСТЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ
асистолия**

фибрилляция желудочков +
олная атриовентрикулярная блокада
экстремальная синусовая брадикардия

ПРОТИВПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

старческий возраст
травмы не совместимые с жизнью +
заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития +

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

только клиническая смерть +
агония и предагональное состояние
все внезапно развившиеся терминальные состояния
клиническая смерть и биологическая смерть

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ

1 вдох:5-6 компрессий
1-2 вдоха:6-8 компрессий
15 компрессий:2 вдоха
30 компрессий:2 вдоха +

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постоянная одышка
приступообразная одышка
вынужденное положение больного во время приступа
приступы одышки с удлиненным выдохом +
"бочкообразная" грудная клетка

МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ

10 мин
30 мин +
1 час
3 мин

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

введение антигистаминных препаратов
наложение жгута
в/в введение преднизолона и адреналина +
п/к введение адреналина в место инъекции

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

бледность кожи на фоне высокой температуры
заторможенность и вялость больного
гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами +
гипотония, поддающихся лечению прессорными аминами
ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ - ГОНОКОКК - ОТНОСИТСЯ

- 1) *к парным коккам грам-отрицательным
- 2) к парным коккам грам-положительным

- 3) к парным коккам грам-вариабельным
- 4) коккобациллам грам-отрицательным
- 5) коккобациллам грам-вариабельным

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГОНОКОККОВ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКАХ, КРОМЕ

- 1) парности кокков
- 2) грам-отрицательности
- 3) *грам-положительности
- 4) внутриклеточного расположения
- 5) бобовидной формы

В СРЕДАХ С САХАРАМИ ГОНОКОКК РАЗЛАГАЕТ

- 1) лактозу
- 2) галактозу
- 3) *декстрозу
- 4) сахарозу
- 5) рибозу

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ С

- 1) хламидиями
- 2) дрожжевым мицелием
- 3) *трихомонадами
- 4) уреаплазмой
- 5) гарднереллами

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ГОНОРЕЯ ПОЛУЧЕНА У СЛЕДУЮЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

- 1) у человекообразных обезьян
- 2) у морских свинок
- 3) у кроликов
- 4) у собак
- 5) *ни у одного животного

НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ С ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ

- 1) многослойным плоским неороговевающим эпителием
- 2) переходным эпителием
- 3) *цилиндрическим эпителием
- 4) многослойным плоским ороговевающим эпителием
- 5) кубическим эпителием

ГОНОКОККИ МОГУТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНЫХ СЛЕДУЮЩИМИ ПУТЯМИ, КРОМЕ

- 1) лимфогенного
- 2) гематогенного
- 3) по поверхности слизистых гениталий
- 4) трансканаликулярного
- 5) *всеми перечисленными путями

ИЗВЕЩЕНИЯ ПО ФОРМЕ N 089/У-93 ЗАПОЛНЯЮТСЯ НА БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ, У КОТОРЫХ ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДЕН

- 1) *бактериоскопически и бактериологически
- 2) уретроскопически
- 3) по данным конfrontации
- 4) по характеру выделений
- 5) по выраженности клинических проявлений

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГОНОРЕЕ ЧАЩЕ РАВНА

- 1) 1-2 дням
- 2) 3-4 дням
- 3) 5-7 дням
- 4) 8-10 дням
- 5) *10-14 дням

У ЖЕНЩИН ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

- 1) гиперемии губок наружного отверстия уретры
- 2) плотноэластической консистенции стенок уретры
- 3) гнойных выделений из уретры
- 4) учащенного мочеиспускания
- 5) *тупых болей в низу живота

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У МУЖЧИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

- 1) застойно-гиперемированного цвета слизистой губок наружного отверстия уретры
- 2) скудных гнойных выделений
- 3) болезненности в конце акта мочеиспускания
- 4) наличия незначительного количества гнойных нитей в 1-й и 2-й мочи
- 5) *наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи

ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) гиперестезии в области живота, промежности
- 2) гнойных выделений из уретры
- 3) ночных поллюций
- 4) плотно-эластической консистенции предстательной железы при пальпации
- 5) *определения уплотнений на поверхности предстательной железы при пальпации

ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ПРОСТАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ощущение инородного тела в области прямой кишки
- 2) выделения из уретры
- 3) высокий лейкоцитоз в секрете предстательной железы
- 4) определение узловатых уплотнений на поверхности предстательной железы при пальпации
- 5) *все перечисленное

БОЛЬНОМУ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И

ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРОВОДИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) *секрета простаты
- 2) отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
- 3) клинического анализа мочи
- 4) клинического анализа крови
- 5) двухстаканной пробы мочи

ПОКАЗАНИЯМИ К ТОТАЛЬНОЙ УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) хронического простатита
- 2) *острого простатита
- 3) литтреита
- 4) хронического уретрита
- 5) импотенции

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПРОСТАТИТА ОСНОВАНА НА РЕЗУЛЬТАТАХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, КРОМЕ

- 1) мазков
- 2) *уретроскопии
- 3) анализа 3 порций мочи
- 4) пальпации предстательной железы
- 5) УЗИ предстательной железы

ПРИЗНАКАМИ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) выделений из уретры
- 2) затрудненного и длительного мочеиспускания
- 3) препятствия при введении в уретру бужа или тубуса уретроскопа
- 4) рубцового сужения уретры по данным уретроскопии
- 5) *отсутствия нарушений мочеиспускания

ДЛЯ РЕЦИДИВОВ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) сохранения клинических проявлений заболевания после лечения
- 2) сохранения повышенного лейкоцитоза в мазках
- 3) нахождения в мазках трихомонад
- 4) неполноценного лечения
- 5) *клинического выздоровления после лечения

ДЛЯ РЕИНФЕКЦИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) клинического выздоровления после лечения
- 2) нормализации мазков после лечения
- 3) отсутствия в мазках трихомонад
- 4) полноценного ранее проведенного лечения
- 5) *сохранения клинических проявлений после лечения

ПРИ ОСТРО ПРОТЕКАЮЩИХ РЕЦИДИВАХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) гоновакциной
- 2) пирогеналом
- 3) местным лечением

- 4) *другими антибиотиками широкого спектра
- 5) тем же антибиотиком

ЖЕНЩИНА 25 ЛЕТ СОСТОИТ В БРАКЕ 3 ГОДА. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОЦЕРВИЦИТ, АДНЕКСИТ. В МАЗКАХ - ЛЕЙКОЦИТОЗ. ГОНОКОККИ И ТРИХОМОНАДЫ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ. У ДОЧЕРИ 1.5 ЛЕТ ОСТРЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ ГОНОРЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ. ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА:

- 1) бактериоскопическое и бактериологическое исследование
- 2) сульфаниламидные препараты
- 3) назначение физиотерапевтических процедур
- 4) назначение антибактериальных препаратов согласно чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам
- 5) *бактериоскопическое и бактериологическое исследование; назначение физиотерапевтических процедур, назначение антибактериальных препаратов согласно чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам

ПРИ УРЕТРИТАХ, ВЫЗВАННЫХ ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ДИПЛОКОККАМИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП АНТИБИОТИКОВ, КРОМЕ

- 1) аминогликозидов
- 2) цефалоспоринов
- 3) линкомицина
- 4) полимиксина
- 5) *противогрибковых препаратов

БОЛЬНОМУ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ ПЕРЕДНЕГО УРЕТРИТА ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ. АНТИБИОТИК КАКОЙ ГРУППЫ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ПАЦИЕНТУ?

- 1) аминогликозидов
- 2) *тетрациклины, макролиды
- 3) цефалоспоринов IV поколения
- 4) противопаразитарных
- 5) противогрибковых

У ДЕВОЧЕК ВУЛЬВОВАГИНИТЫ ТРИХОМОНАДНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ

- 1) учащенного и болезненного мочеиспускания
- 2) зуда в области наружных половых органов
- 3) пенистых выделений из половой щели
- 4) гиперемии наружных половых органов
- 5) *творожистого отделяемого из половой щели, пленок белого цвета в области наружных половых органов

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) дезинтоксикационной терапии
- 2) гипосенсибилизирующей терапии
- 3) противоревматических препаратов
- 4) препаратов тетрациклинового ряда
- 5) *сульфаниламидных препаратов

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГОНОКОККОВОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ

- 1) *во всех сроках беременности без введения лекарственных препаратов непосредственно в цервикальный канал
- 2) во всех сроках беременности с введением лекарственных препаратов непосредственно в цервикальный канал
- 3) начиная со второго триместра беременности
- 4) начиная с третьего триместра беременности
- 5) не проводится

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ГОНОРЕЮ ЖЕНЩИН ЗАБОР ОТДЕЛЯЕМОГО ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ ВСЕХ ОЧАГОВ, КРОМЕ

- 1) уретры
- 2) парауретральных и бартолиновых желез
- 3) прямой кишки
- 4) *заднего свода влагалища
- 5) цервикального канала

В СЛУЧАЯХ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ ЖЕНЩИН, НО ОТСУТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ 10-12 ДНЕЙ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО

- 1) назначить повторный курс лечения в соответствии с чувствительностью чистой культуры гонококка к антибиотикам
- 2) *осуществить обследование на сопутствующие инфекции и назначить адекватное лечение
- 3) выполнить пробную лапароскопию
- 4) повторно произвести обследование на гонорею во время менструации
- 5) назначить иммунотерапию в сочетании с местным лечением

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНО-УРЕАПЛАЗМЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) бесплодного брака
- 2) *нарушения функций щитовидной железы
- 3) патологии беременности
- 4) хронических воспалительных заболеваний органов малого таза
- 5) нарушения менструального цикла

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ГОНОКОККОВОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА ПРОВОДЯТ С НЕГОНОРЕЙНЫМИ ВУЛЬВОВАГИНИТАМИ, РАЗВИВАЮЩИМИСЯ

- 1) при нарушении обмена веществ
- 2) при механическом и термическом раздражении
- 3) при наличии энтеробиоза
- 4) при наличии трихомоноза, кандидоза
- 5) *при всем перечисленном

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ГЛАЗ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) отека век
- 2) *экзофтальма
- 3) светобоязни, гноетечения

- 4) гиперемии конъюнктивы
- 5) распадающейся язвы в роговой оболочке

БОЛЬНЫМ ГОНОРЕЙ С НЕВЫЯВЛЕННЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ, НО ИМЕЮЩИМ ПОСТОЯННОЕ МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА И РАБОТЫ

- 1) превентивное противосифилитическое лечение проводится
- 2) превентивное противосифилитическое лечение не проводится
- 3) *клинико-серологический контроль осуществляется в течение 3 месяцев
- 4) клинико-серологический контроль осуществляется в течение 6 месяцев
- 5) превентивное противосифилитическое лечение не проводится; клинико-серологический контроль осуществляется в течение 3 месяцев

РАБОТНИЦА КОНДИТЕРСКОЙ ФАБРИКИ НАХОДИЛАСЬ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ГОНОКОККОВОГО ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ НЕ ВЫЯВЛЕН. НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВЕДЕННОГО ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ, УСТАНОВЛЕНО КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ. ТАКТИКА ВРАЧА:

- 1) превентивное противосифилитическое лечение, отстранение от работы
- 2) превентивное противосифилитическое лечение, допуск к работе
- 3) отстранение от работы, клинико-серологический контроль в течение 6 мес.
- 4) *допуск к работе, клинико-серологический контроль в течение 3 мес.
- 5) допуск к работе, клинико-серологический контроль в течение 6 мес.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) антибиотикотерапии по схеме хронической гонореи
- 2) *вакцинотерапии
- 3) местного лечения уретры и прямой кишки сразу после родов, шейки матки - через 5-6 недель после родов
- 4) ферментных препаратов, улучшающих пищеварение
- 5) антигистаминных препаратов

ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПИРОГЕНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) беременности, менструации
- 2) гипертонической болезни
- 3) *хронического эндомиометрита
- 4) активного туберкулеза
- 5) сахарного диабета

НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИНЕ 23 ЛЕТ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ: ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

- 1) бензилпенициллин в курсовой дозе 3.4 млн ЕД
- 2) бензилпенициллин в курсовой дозе 4.2-6.8 млн ЕД
- 3) бензилпенициллин в курсовой дозе 4.2-6.8 млн ЕД, местное лечение (микроклизмы с лекарственными препаратами)
- 4) *бензилпенициллин в курсовой дозе до 6.0 млн ЕД с последующим назначением левомицетина в суммарной дозе 10,0 г, местное лечение
- 5) левомицетин в суммарной дозе 10.0 г, местное лечение

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОКОККОВОГО ФАРИНГИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) *язвенных поражений слизистой оболочки миндалин глотки
- 2) гиперемии слизистой оболочки
- 3) отека слизистой оболочки
- 4) гнойного налета на миндалинах
- 5) регионарного аденита

ЖЕНЩИНА 23 ЛЕТ ПРИВЛЕЧЕНА К ОБСЛЕДОВАНИЮ КАК ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ: ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. В БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСЕВЕ ГОНОКОКК НЕ ОБНАРУЖЕН. ТАКТИКА ВРАЧА:

- 1) лечению не подлежит
- 2) лечение по схеме острой гонореи
- 3) *цефтриаксон 250 мг в/м однократно
- 4) местное лечение
- 5) повторное обследование на гонококковую инфекцию во время ближайшей менструации

ВОСПИТАТЕЛЬНИЦА ДЕТСКОГО САДА ПРИВЛЕЧЕНА К ОБСЛЕДОВАНИЮ КАК ПОЛОВОЙ КОНТАКТ БОЛЬНОГО ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ. В МАЗКАХ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСЕВЕ ГОНОКОКК НЕ ОБНАРУЖЕН. НА ОСНОВАНИИ ЖАЛОБ, КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА И ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: УРЕТРИТ, ЭНДОЦЕРВИЦИТ. ПРОВЕДЕНО АДЕКВАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ. КАКОВЫ СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

- 1) *через 7-10 дней после лечения, во время и по окончании ближайшей менструации
- 2) через 7-10 дней после лечения и в течение 2-3 менструальных циклов
- 3) клинико-серологический контроль в течение 1.5 месяцев
- 4) клинико-серологический контроль в течение 3 месяцев
- 5) клинико-серологический контроль в течение 6 месяцев

ДЕВОЧКЕ 3 ЛЕТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА И МИКРОСКОПИИ МАЗКОВ, ОКРАШЕННЫХ МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ, ПОСТАВЛЕН ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) *бактериологическое исследование с микроскопией мазков, окрашенных по Граму
- 2) бактериоскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму
- 3) вагиноскопию
- 4) определение сахаролитических свойств культуры, полученной при бактериологическом посеве
- 5) обследование родителей на гонококковую инфекцию

СОЦИАЛЬНО АДАПТИРОВАННОЙ ЖЕНЩИНЕ С ДИАГНОЗОМ: УРЕТРИТ, ЭНДОЦЕРВИЦИТ ГОНОРЕЙНО-ТРИХОМОНАДНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОВЕДЕНО КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЕН. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВЫПОЛНЕННЫЕ ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ, ПОЗВОЛИЛИ УСТАНОВИТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ И

ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ДОЛЖНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ?

- 1) *во время и по окончании ближайшей менструации
- 2) в течение 1,5 месяцев
- 3) в течение 2-3 менструальных циклов
- 4) в течение 4 месяцев
- 5) через 7-10 дней после окончания лечения, во время и по окончании ближайшей менструации

ЛЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ИМЕЮЩИХ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ КОНТАКТ С ДЕТЬМИ, БОЛЬНЫМИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ПРОВОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ ПРИ НАЛИЧИИ

- 1) осложнения
- 2) гонококкового пельвиоперитонита
- 3) рецидива заболевания
- 4) нарушения режима амбулаторного лечения
- 5) *всего перечисленного

КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОРЕИ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ

- 1) клинического обследования
- 2) бактериоскопического и бактериологического методов исследований
- 3) вагино- и уретроскопии
- 4) расширенной кольпоскопии
- 5) *клинического обследования; бактериоскопического и бактериологического методов исследований

ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ФОРМАМИ ГОНОРЕИ, КРОМЕ

- 1) *неосложненной
- 2) детей (независимо от формы)
- 3) осложненной
- 4) восходящего процесса
- 5) рецидива

ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ И СИМПТОМАМИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) учащенное болезненное мочеиспускание
- 2) зуд в области половых органов
- 3) гнойные выделения из половой щели
- 4) гиперемия наружных половых органов
- 5) *все перечисленное

ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ

- 1) массаж уретры на буже
- 2) уретроскопия
- 3) массаж уретры
- 4) микроскопическое исследование мазков из уретры через 7-10 дней
- 5) *культуральное исследование через 14 дней после окончания лечения

ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРЕТРИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ДРОЖЖЕПОДОБНЫМИ ГРИБАМИ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1) канамицин
- 2) цепорин
- 3) полимиксин
- 4) пенициллин
- 5) *флюконазол

ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ УРЕТРЫ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) промывание кислым раствором
- 2) промывание щелочным раствором
- 3) инстилляцию ляписа
- 4) *инстилляцию масляных растворов
- 5) бужирование

КУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОИЗВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 3 ч
- 2) 6 ч
- 3) 2 ч
- 4) 24 ч
- 5) *14 дней

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАН

- 1) бензилпенициллин
- 2) эритромицин
- 3) левомицетин
- 4) *тетрациклин
- 5) сульфаниламиды

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) схваткообразных болей в низу живота
- 2) обильных кровянисто-гнойных выделений из шейки матки
- 3) *эрозии шейки матки
- 4) повышенной температуры тела
- 5) симптомов раздражения брюшины

ПРИЗНАКАМИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) болей в низу живота
- 2) положительного симптома раздражения брюшины
- 3) увеличенной и пастозной матки гнойно-кровянистых выделений из матки
- 4) *нормального количества лейкоцитов в мазках

У ДЕВОЧКИ 5 ЛЕТ ОТМЕЧАЕТСЯ КЛИНИКА ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. В МАЗКАХ ОБНАРУЖЕНЫ

ВНУТРИКЛЕТОЧНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ ДИПЛОКОККИ. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) повторное бактериоскопическое исследование
- 2) бактериологическое исследование
- 3) бактериоскопическое исследование по Граму
- 4) бактериологическое исследование с определением ферментации возбудителя
- 5) *все перечисленное

С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН ИССЛЕДУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) отделяемого уретры
- 2) секрета простаты
- 3) нитей в моче
- 4) *нитей в промывных водах прямой кишки
- 5) секрета семенных пузырьков

С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН ИССЛЕДУЮТ

- 1) отделяемое уретры
- 2) нити в моче
- 3) отделяемое цервикального канала
- 4) отделяемое заднего свода влагалища
- 5) *все перечисленное

ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ

- 1) гонококковой инфекции
- 2) трихомониаза
- 3) хламидиоза
- 4) уреаплазмоза
- 5) *трихомониаза и уреаплазмоза

С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ 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, цервикального канала и прямой кишки
- 5) уретры

С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У МУЖЧИН ИССЛЕДУЕТСЯ

- 1) соскоб слизистой оболочки прямой кишки
- 2) *соскоб слизистой оболочки уретры, секрет простаты
- 3) соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки
- 4) секреты простаты
- 5) нитей в моче

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВ ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) до антибиотикотерапии
- 2) одновременно с антибиотикотерапией

- 3) сразу же после окончания антибиотикотерапии
- 4) проводить не следует
- 5) *при развитии постгонорейного процесса

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТОТАЛЬНОЙ УРЕТРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *хронического течения уретрита
- 2) острого воспалительного процесса в уретре
- 3) острого простатита
- 4) острого эпидидимита
- 5) острого колликулита

ДЕВОЧКЕ 2 ЛЕТ ЗАКОНЧЕНО ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ДЛЯ КОНТРОЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНИТЬ

- 1) *бактериологическое исследование
- 2) алиментарную провокацию
- 3) биологическую провокацию
- 4) механическую провокацию
- 5) термическую провокацию

ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ НАЧИНАЕТСЯ В СРОКИ

- 1) на следующий день после родов
- 2) через 3-5 дней
- 3) через 7-10 дней
- 4) через 15-20 дней
- 5) *через 5-6 недель

ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТРЫ И ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РОДОВ НАЧИНАЕТСЯ В СРОКИ

- 1) *сразу же после родов
- 2) на следующий день
- 3) через 5 дней
- 4) через 7-10 дней
- 5) через 15-20 дней

У МАТЕРИ ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. В СЕМЬЕ ТРОЕ ДЕТЕЙ - ДЕВОЧКА 3 ЛЕТ И МАЛЬЧИКИ 4 И 9 ЛЕТ. ПОДЛЕЖАТ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ГОНОРЕЮ

- 1) все дети
- 2) *девочка
- 3) мальчик 9 лет
- 4) мальчик 4 лет, если он спал в постели родителей
- 5) дети обследованию не подлежат

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) антибиотики по схеме гонококкового фарингита
- 2) *цефтриаксон 250 мг в/м однократно
- 3) неспецифическая иммунотерапия

- 4) антибиотики по схеме ВЗОМТ
- 5) специфическая иммунотерапия

ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЮТ

- 1) уретру
- 2) влагалище
- 3) ректум
- 4) цервикальный канал
- 5) *все перечисленное, кроме влагалища

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТРЫ, ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ЖЕЛЕЗ У БЕРЕМЕННОЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1) только в I триместре
- 2) только во II триместре
- 3) только в III триместре
- 4) *независимо от срока беременности
- 5) не проводится

БОЛЬНОМУ ПРОВЕДЕНО В СТАЦИОНАРЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ СИНДРОМА РЕЙТЕРА. ВЫПИСАН С КЛИНИЧЕСКИМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1) кризано-терапию
- 2) препараты хинолиновой группы
- 3) неспецифические иммуномодуляторы
- 4) биогенные стимуляторы
- 5) *кризано-терапию и препараты хинолиновой группы

ПРИЗНАКАМИ ЭНДОЦЕРВИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *слизистой пробки в цервикальном канале
- 2) слизисто-гнойных выделений из цервикального канала
- 3) эрозии шейки матки
- 4) ретенционных кист шейки матки
- 5) гипертрофии шейки матки

МУЖЧИНЕ В ГОРОДСКОМ КОЖВЕНДИСПАНСЕРЕ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. РЕЖИМ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУШАЕТ. НЕ РАБОТАЕТ, НЕ ПРОПИСАН. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ОН ДОЛЖЕН ЛЕЧИТЬСЯ

- 1) амбулаторно в кожвендиспансере
- 2) в стационаре кожвендиспансера
- 3) *в стационаре закрытого типа
- 4) в поликлинике по месту жительства
- 5) по желанию пациента

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРЕТРЫ У МУЖЧИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ

- 1) исследования прямым бужом
- 2) пальпации на прямом буже
- 3) уретроскопии
- 4) пальпации на тубусе уретроскопа
- 5) *всеми перечисленными способами

УСТАНОВЛЕНИЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НАЧИНАЕТСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В СРОКИ У

- 1) *мужчин, женщин и детей через 14 дней
- 2) мужчин и женщин через 1 месяц
- 3) женщин после первой менструации
- 4) детей сразу после окончания лечения
- 5) детей через 1 месяц

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЖЕНЩИН В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ

- 1) *вульва
- 2) влагалище
- 3) уретра и цервикальный канал
- 4) бартолиниевые железы
- 5) парауретральные ходы

У ЖЕНЩИНЫ, ПОЛУЧИВШЕЙ ПОЛНОЦЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЕРВОМ КОНТРОЛЕ ИЗВЛЕЧЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНЫ ВНОВЬ ГОНОКОККИ. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА РЕЦИДИВА НЕОБХОДИМЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) сохранения клинических проявлений заболевания после лечения
- 2) сохранения высокого лейкоцитоза в мазках после лечения
- 3) *отсутствия половых контактов
- 4) отсутствия жалоб, нормализации лейкоцитоза в мазках после лечения
- 5) выявления в мазках наряду с гонококками трихомонад

КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НОЗОЛОГИИ, КРОМЕ

- 1) трихомониаза
- 2) *крауроза
- 3) хламидийной инфекции
- 4) сифилиса
- 5) гонококковой инфекции

ДИАГНОЗ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА МОЖЕТ БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕН ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ, КРОМЕ

- 1) окраски мазков по Романовскому - Гимза
- 2) *окраски мазков по Граму
- 3) окраски мазков по Папаникалау
- 4) культурального исследования
- 5) микроскопии нативного препарата

МЕТОДЫ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ УРЕТРИТОВ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) инстилляций
- 2) микроклизм
- 3) *бужирований
- 4) тампонад

5) массажа

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АУТОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ СТАДИИ СИНДРОМА РЕЙТЕРА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) этиотропной терапии
- 2) *кортикостероидных гормонов
- 3) цитостатиков
- 4) анаболических гормонов, препаратов калия
- 5) иммуномодуляторов

КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) данных уретроскопии
- 2) бактериоскопического исследования мазков на гонококковую инфекцию
- 3) бактериоскопических исследований налета на коже крайней плоти
- 4) бактериологического исследования на гонококковую инфекцию
- 5) *данных обследования на другие возбудители болезней, передаваемые половым путем

ВОЗМОЖНЫМИ ПУТЯМИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТРИХОМОНАД В ОРГАНИЗМЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) лимфогенного
- 2) гематогенного
- 3) *континуитатного
- 4) антиперистальтического
- 5) лимфогенного и гематогенного

ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНО-УРЕАПЛАЗМЕННУЮ ИНФЕКЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛЕЧИТЬ

- 1) тетрациклином
- 2) эритромицином
- 3) канамицином
- 4) фторхинолонами
- 5) *правильно все, кроме: канамицином

ДЛЯ ГОНОКОККОВОГО ФАРИНГИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) гиперемии слизистой оболочки миндалин и глотки
- 2) отека слизистой оболочки миндалин и глотки
- 3) *гнойного налета на миндалинах
- 4) эрозийно-язвенных поражений мягкого неба
- 5) регионарного лимфаденита

У МУЖА И ЖЕНЫ ДИАГНОСТИРОВАНА ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. В СЕМЬЕ ДВОЕ МАЛЬЧИКОВ - 2 И 7 ЛЕТ. ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ГОНОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ ПОДЛЕЖАТ

- 1) 2-летний мальчик
- 2) оба ребенка
- 3) оба не подлежат
- 4) *не подлежат, если не спали в постели взрослых
- 5) не подлежат, если не пользовались общим туалетом

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ГОНОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ УЧИТЫВАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) количества выделений
- 2) характера выделений
- 3) цвета выделений
- 4) *запаха выделений
- 5) лабораторных исследований

ДЕВОЧКА 13 ЛЕТ ПО ПОВОДУ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЗАКОНЧИЛА ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ. ЧЕРЕЗ 14 ДНЕЙ ПРОВЕДЕНО КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ИЗЛЕЧЕННОСТИ. ГОНОКОККИ В МАЗКЕ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ, ЛЕЙКОЦИТЫ 5-8 В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ОТСУТСТВУЮТ. ДЕВОЧКА ПОСЕЩАЕТ ШКОЛУ

- 1) не может
- 2) может
- 3) может через 1 месяц после окончания лечения
- 4) может после двух контрольных исследований с провокацией
- 5) *может при условии регулярных явок на контроль

У ЖЕНЩИНЫ, ПОЛУЧИВШЕЙ ПОЛНОЦЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОМ КОНТРОЛЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ В МАЗКАХ ВНОВЬ ВЫЯВЛЕНЫ ГОНОКОККИ. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ РЕИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) отсутствия жалоб
- 2) клинического выздоровления после лечения
- 3) нормализации количества лейкоцитов в мазках после лечения
- 4) случайной половой связи
- 5) *сохранения клинических проявлений заболевания после лечения и высокого лейкоцитоза в мазках после лечения

У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГОНОКОККОМ ПОРАЖАЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ

- 1) влагалища
- 2) уретры
- 3) цервикального канала
- 4) матки и придатков матки
- 5) *влагалища и уретры

ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕВОЧКИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) учащенное болезненное мочеиспускание
- 2) зуд в области половых органов
- 3) гнойные выделения из половой щели
- 4) гиперемия наружных половых органов
- 5) *отсутствие жалоб или незначительная клиническая симптоматика

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ГЛАЗ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) *занесения инфекции в глаза загрязненными руками
- 2) распространения инфекции лимфогенным путем
- 3) распространения инфекции гематогенным путем

- 4) всего перечисленного
- 5) континуитатно

РАННИЕ РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ВОЗНИКАЮТ

- 1) через 1-2 дня
- 2) *от 3 дней до 1 месяца
- 3) через 1-2 месяца
- 4) через 2-6 месяцев
- 5) через 6-8 месяцев

ЖЕНЩИНЕ С ДИАГНОЗОМ ГОНОКОККОВЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ ПРОВЕДЕНО КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ВЫЯВЛЕН. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВЫПОЛНЕННЫЕ ЧЕРЕЗ 14 ДНЕЙ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ, ПОЗВОЛИЛИ УСТАНОВИТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО СРОКА ДОЛЖНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДАННОЙ ПАЦИЕНТКОЙ

- 1) может быть снята с учета
- 2) клинико-лабораторное обследование во время и по окончании ближайшей менструации
- 3) *клинико-лабораторное обследование в течение 2-3 менструальных циклов
- 4) клинико-лабораторное обследование в течение 4 месяцев
- 5) клинико-лабораторное обследование в течение 6 месяцев

КРИТЕРИЯМИ ОТБОРА БОЛЬНЫХ, СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОТОРЫМИ МОГУТ БЫТЬ СОКРАЩЕНЫ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) гонококковой инфекцией нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез
- 2) отсутствия сопутствующей инфекции урогенитального тракта
- 3) отсутствия жалоб и клинико-лабораторных признаков воспалительной реакции мочеполовых органов по окончании лечения
- 4) социально адаптированных с выявленными источниками заражения гонококковой инфекцией
- 5) *детей и беременных женщин

ДЕВОЧКА 4 ЛЕТ, ПОСЕЩАВШАЯ ДЕТСКИЙ САД, НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ С ДИАГНОЗОМ: ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ УСТАНОВЛЕНО КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВРАЧА

- 1) снятие с учета, допуск в детское учреждение
- 2) клинико-лабораторный контроль в течение 3 месяцев, допуск в детское учреждение
- 3) *в стационаре проводится 3 посева, после чего допускается в детское учреждение
- 4) клинико-лабораторный контроль в течение 3 месяцев, посещение детского учреждения не допускается
- 5) клинико-лабораторный контроль в течение 1.5 месяцев, допуск в детское учреждение

У ДЕВОЧКИ 5 ЛЕТ В БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ПОСЕВЕ ОБНАРУЖЕН ГОНОКОКК. УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ: ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ

МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

- 1) антибиотикотерапия и местное лечение
- 2) *цефтриаксон 125 мг в/м однократно
- 3) одновременное назначение гоновакцины в пониженных дозах и антибактериальных препаратов
- 4) одновременное назначение гоновакцины, антибактериальных препаратов местное лечение
- 5) сульфаниламидные препараты

ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛУЖАТ

- 1) электролечение
- 2) лечение ультразвуком
- 3) УВЧ-терапия, микроволновая терапия
- 4) свето-тепло-водолечение
- 5) *все перечисленное

ПРИМЕНЕНИЕ УВЧ-ТЕРАПИИ ОКАЗЫВАЕТ ЭФФЕКТ

- 1) противовоспалительный
- 2) рассасывающий
- 3) гипотензивный
- 4) бактерицидный и бактериостатический
- 5) *все перечисленное

В СЛУЧАЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПЕНИЦИЛЛИНА БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ С ДИАГНОЗОМ: ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ АНТИБИОТИКИ

- 1) эритромицин, левомицетин, абактал
- 2) *цефтриаксон
- 3) эрициклин, рифампицин, цефобид
- 4) эритромицин, сумамед, левомицетин
- 5) эрициклин, левомицетин, бисептол

БЕРЕМЕННОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИБИОТИКОВ, КРОМЕ

- 1) тетрациклина
- 2) *цефтриаксона
- 3) рифампицина
- 4) канамицина
- 5) максаквина

ЖЕНЩИНА С ДИАГНОЗОМ, ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАНА В СТАЦИОНАР. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) антибиотикотерапии
- 2) местного лечения
- 3) *аутогемотерапии
- 4) альтернативных схем

5) физиотерапии

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ

- 1) обнаружение "ключевых клеток" >20%
- 2) щелочная реакция выделений
- 3) "аминный" запах при проведении пробы с 10% раствором КОН
- 4) наличие "кремообразного" отделяемого в заднем своде влагалища
- 5) *все перечисленное

ОБЩИМИ ЖАЛОБАМИ ДЛЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА, УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА И БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выделения из влагалища
- 2) неприятный запах отделяемого
- 3) зуд, жжение или чувство дискомфорта в области наружных половых органов
- 4) эрозии на слизистых оболочках гениталий
- 5) *все перечисленное

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) цитологические
- 2) серологические
- 3) выделение возбудителя на клетках Мак-Коя
- 4) полимеразная цепная реакция
- 5) *все перечисленное

СИМПТОМАМИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ УРЕАПЛАЗМАМИ У ЖЕНЩИН МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) уретрита, эндоцервицита
- 2) эндометрита, сальпингоофорита
- 3) *гормон-зависимой опухоли яичника
- 4) нарушения менструального цикла
- 5) бесплодие

ПРИ ЛЕЧЕНИИ СМЕШАННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ (ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНО-КАНДИДОЗНОЙ) ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) антибактериальных препаратов
- 2) противогрибковых препаратов
- 3) препаратов группы фторхинолонов
- 4) *противопротозойных препаратов
- 5) иммуномодуляторов

БОЛЬШИНСТВО ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ПРЕПАРАТАМ

- 1) группы аминогликозидов
- 2) группы тетрациклина
- 3) *группы метронидазола
- 4) группы цефалоспоринов

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЛАГАЛИЩНАЯ ГАРДНЕРЕЛЛА ОТНЕСЕНА В ГРУППУ

- 1) облигатно-патогенных микроорганизмов
- 2) *условно-патогенных микроорганизмов
- 3) резидентной микрофлоры
- 4) все перечисленное правильно

5) все перечисленное неверно

В РАЗВИТИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ОСНОВНАЯ РОЛЬ МОЖЕТ ПРИНАДЛЕЖАТЬ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ФАКТОРАМ, КРОМЕ

- 1) состояния иммунологической реактивности макроорганизма
- 2) инфицирующей дозы влагалищной гарднереллы
- 3) вирулентности влагалищной гарднереллы
- 4) частоты смены половых партнеров
- 5) *приема адаптогенов

МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ

- 1) исследования нативного препарата
- 2) окраски 0.5% водным бриллиантовым зеленым
- 3) окраски по Граму
- 4) *окраски по Романовскому - Гимза
- 5) реакции иммунофлюоресценции

ДИАГНОЗ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ

- 1) микроскопического исследования
- 2) микробиологического исследования
- 3) *клинико-лабораторного сопоставления
- 4) реакции иммунофлюоресценции
- 5) ДНК-гибридизации, цепной полимеразной реакции

ЖЕНЩИНЕ 25 ЛЕТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. ПОЛОВОЙ ПАРТНЕР ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ, ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ НЕ ОБНАРУЖЕН. ТАКТИКА ВРАЧА В ОТНОШЕНИИ ПОЛОВОГО ПАРТНЕРА

- 1) в лечении не нуждается
- 2) лечение по желанию пациента
- 3) *лечение обязательно
- 4) клиническое наблюдение в течение 1.5 месяцев
- 5) клинико-лабораторное наблюдение в течение 1.5 месяцев

ТЕРМИНОМ "КЛЮЧЕВАЯ" КЛЕТКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- 1) клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения
- 2) клетка влагалищного эпителия, покрытая грам-вариабельной мономорфной упорядоченной палочковой флорой
- 3) *клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам- вариабельными коккобациллярными микроорганизмами
- 4) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам- положительной палочковой флорой
- 5) споровая форма микроорганизма

ТЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В ФОРМЕ МОНОИНФЕКЦИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) острое местное воспаление, высокий лейкоцитоз в мазках, окрашенных по Граму

- 2) острое местное воспаление, лейкоциты в пределах нормы в мазках, окрашенных по Граму
- 3) минимальные воспалительные явления при наличии повышенного количества лейкоцитов в мазках, окрашенных по Граму
- 4) *минимальное или полное отсутствие воспалительной реакции, резко сниженное количество лейкоцитов в мазках, окрашенных по Граму
- 5) острая местная воспалительная реакция, резко повышенное количество лейкоцитов в мазках, окрашенных по Граму

ЖЕНЩИНЕ 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО АНАЛИЗА ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) преждевременных родов
- 2) гипотрофии плода
- 3) послеродового эндометрита
- 4) *потери репродуктивной функции
- 5) гипоксии плода

ЖЕНЩИНЕ 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО АНАЛИЗА ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

- 1) препараты группы метронидазола и эритромицин внутрь
- 2) препараты группы метронидазола и/или клиндамицин внутрь
- 3) *препараты метронидазола и/или клиндамицин внутрь и местно
- 4) выполнение влагалищных ванночек с раствором препаратов, воздействующих на анаэробную флору
- 5) лечение не показано

ЖЕНЩИНЕ 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО АНАЛИЗА ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) группы пенициллина
- 2) эритромицин
- 3) *метронидазол или клиндамицин
- 4) аминогликозиды
- 5) цефалоспорины

НОВОРОЖДЕННЫМ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИДЕНТИФИКАЦИИ ХЛАМИДИЙ В СРОКИ

- 1) *при рождении и на 5-6-й день жизни
- 2) на 5-6-й день жизни
- 3) только при рождении
- 4) через 1 месяц после рождения
- 5) каждый месяц в течение 3 месяцев

У НОВОРОЖДЕННОГО, ИНФИЦИРОВАННОГО ХЛАМИДИЯМИ, НАИБОЛЬШАЯ ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МАТЕРИАЛА

- 1) со слизистой оболочки носа
- 2) *со слизистой оболочки задней стенки глотки
- 3) с наружного слухового прохода

- 4) с паховой складки
- 5) с пуповинного остатка

ЖЕНЩИНЫ, СТРАДАЮЩИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖАЛОБЫ, КРОМЕ

- 1) кремообразных умеренных выделений из влагалища
- 2) *нарушения менструального цикла
- 3) усиления запаха выделений во время менструации
- 4) зуда и жжения в области наружных половых органов
- 5) усиления запаха выделений во время полового контакта

ИДЕНТИФИКАЦИЯ УРЕАПЛАЗМЫ ПРОИЗВОДИТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ МЕТОДАМИ, КРОМЕ

- 1) *окраски мазков по Папаниколау
- 2) прямого теста на уреазу с индикатором марганца сульфата
- 3) прямого посева на плотную питательную среду, содержащую марганца сульфат
- 4) теста на уреазу в жидкой питательной среде с последующим культивированием на плотные питательные среды
- 5) ДНК-гибридизации, полимеразной цепной реакции

ФОРМЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

- 1) свежая
- 2) хроническая
- 3) свежая острая, подострая, торпидная
- 4) рецидивирующая
- 5) *все перечисленное неверно

НАЛИЧИЕ ГИПЕРЕМИИ, ОТЕКА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) патогномичным признаком
- 2) *следствием сопутствующей инфекции
- 3) отражением степени воспалительного процесса
- 4) отражением давности заболевания
- 5) отражением вирулентности инфекционного агента

ЖЕНЩИНА 22 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА ОБИЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧЕНЫ УМЕРЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕЧНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ПРЕДДВЕРИЯ И ВЛАГАЛИЩА, ПРОБА С 10% КОН ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. В МАЗКАХ - ЛЕЙКОЦИТЫ В НЕБОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ, "КЛЮЧЕВЫЕ" КЛЕТКИ >20%, ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КОККИ. ДИАГНОЗ

- 1) *бактериальный вагиноз
- 2) урогенитальный кандидоз
- 3) урогенитальный хламидиоз
- 4) урогенитальный микоплазмоз
- 5) урогенитальный трихомониаз

ЖЕНЩИНА 22 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА ОБИЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧЕНЫ УМЕРЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕЧНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ПРЕДДВЕРИЯ И ВЛАГАЛИЩА, ПРОБА С 10% КОН ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. В МАЗКАХ - ЛЕЙКОЦИТЫ В НЕБОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ,

"КЛЮЧЕВЫЕ" КЛЕТКИ >20%, ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КОККИ. ДИАГНОЗ: БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

- 1) антибиотики внутрь и местно
- 2) *препараты метронидазола внутрь и местно
- 3) препараты метронидазола внутрь и местно, антибиотики широкого спектра действия
- 4) антимикотики внутрь и местно
- 5) антибиотики широкого спектра действия, антимикотики внутрь и местно

ЖЕНЩИНА 22 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА ОБИЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧЕНЫ УМЕРЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕЧНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ПРЕДДВЕРИЯ И ВЛАГАЛИЩА, ПРОБА С 10% КОН ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. В МАЗКАХ - ЛЕЙКОЦИТЫ В НЕБОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ, "КЛЮЧЕВЫЕ" КЛЕТКИ >20%, ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КОККИ. ТАКТИКА ВРАЧА В ОТНОШЕНИИ ПОЛОВОГО ПАРТНЕРА ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) обследование и последующее лечение в случае обнаружения клинико-лабораторных признаков инфекционного процесса
- 2) *обследование и лечение вне зависимости от обнаружения "ключевых" в мазках и клиники
- 3) обследование и лечение при наличии клинических показаний и жалоб
- 4) не подлежит обследованию при отсутствии жалоб и клинически признаков воспаления
- 5) по желанию пациента

ЖЕНЩИНА 22 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ГИНЕКОЛОГУ С ЖАЛОБАМИ НА ОБИЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ОСМОТРЕ ОТМЕЧЕНЫ УМЕРЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕЧНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ПРЕДДВЕРИЯ И ВЛАГАЛИЩА, ПРОБА С 10% КОН ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. В МАЗКАХ - ЛЕЙКОЦИТЫ В НЕБОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ, "КЛЮЧЕВЫЕ" КЛЕТКИ >20%, ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КОККИ. ДИАГНОЗ: БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ. КОМПЛЕКС ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПОКАЗАННЫХ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКЕ, ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) препаратов метронидазола
- 2) *антибиотиков широкого спектра действия
- 3) иммуномодулирующая терапия
- 4) препаратов, улучшающих пищеварение
- 5) поливитаминов

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ, ПРОТЕКАЮЩИЙ В ВИДЕ МОНОИНФЕКЦИИ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЖАЛОБАМИ

- 1) *незначительное количество выделений с неприятным запахе усиливающимся во время менструации и полового контакта
- 2) обильные выделения с неприятным запахом, зуд, жжение в области наружных половых органов
- 3) дизурические явления, зуд, жжение в области наружных половых органов
- 4) ноющие боли в низу живота, обильные выделения с неприятным запахом
- 5) все перечисленное правильно

ЖЕНЩИНА 23 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ С ЖАЛОБАМИ НА ЖЖЕНИЕ, ЗУД В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ОБИЛЬНЫЕ, МОЛОЧНОГО ЦВЕТА ВЫДЕЛЕНИЯ С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ. ПРИ ОСМОТРЕ - ОСТРЫЙ КОЛЬПИТ, ОБИЛЬНЫЕ ТВОРОЖИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ В ЗАДНЕМ СВОДЕ, ПРОБА С 10% КОН

ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. В МАЗКАХ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ, "КЛЮЧЕВЫЕ" КЛЕТКИ > 20%, ПОЧКУЮЩИЕСЯ ДРОЖЖЕВЫЕ КЛЕТКИ И ПСЕВДОМИЦЕЛИЙ. В ПОСЕВЕ ТРИХОМОНАДЫ ВАГИНАЛИС НЕ ОБНАРУЖЕНЫ
ДИАГНОЗ:

- 1) бактериальный вагиноз
- 2) *урогенитальный кандидоз и бактериальный вагиноз
- 3) острый урогенитальный кандидоз
- 4) диагноз неясен, необходимо выполнить комбинированную провокацию с последующим бактериологическим исследованием
- 5) диагноз неясен, требуется произвести посев на уреаплазмоз

ЖЕНЩИНА 23 ЛЕТ ОБРАТИЛАСЬ К ВРАЧУ С ЖАЛОБАМИ НА ЖЖЕНИЕ, ЗУД В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ОБИЛЬНЫЕ, МОЛОЧНОГО ЦВЕТА ВЫДЕЛЕНИЯ С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ. ПРИ ОСМОТРЕ - ОСТРЫЙ КОЛЬПИТ, ОБИЛЬНЫЕ ТВОРОЖИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ В ЗАДНЕМ СВОДЕ, ПРОБА С 10% КОН ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. В МАЗКАХ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ, "КЛЮЧЕВЫЕ" КЛЕТКИ > 20%, ПОЧКУЮЩИЕСЯ ДРОЖЖЕВЫЕ КЛЕТКИ И ПСЕВДОМИЦЕЛИЙ. В ПОСЕВЕ ТРИХОМОНАДЫ ВАГИНАЛИС НЕ ОБНАРУЖЕНЫ
ДИАГНОЗ: УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ И БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ.
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) антимиотики, препараты метронидазола
- 2) антибиотики, антимиотики, препараты метронидазола
- 3) *антимиотики, препараты метронидазола, местное лечение
- 4) антибиотики, местное лечение
- 5) препараты метронидазола, местное лечение

ЖЕНЩИНА 38 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 4 МЕСЯЦЕВ ОТМЕЧАЕТ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПЕРЕД МЕНСТРУАЦИЕЙ, ПОСЛЕ ПОЛОВОГО КОНТАКТА, НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ. ПРИ ОСМОТРЕ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ НОРМАЛЬНОЙ ОКРАСКИ, В ЗАДНЕМ СВОДЕ - СКУДНОЕ МОЛОЧНОГО ЦВЕТА ОТДЕЛЯЕМОЕ, ПРОБА С 10% КОН ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. В МАЗКАХ ОБНАРУЖЕНЫ "КЛЮЧЕВЫЕ" КЛЕТКИ >20%, ЛЕЙКОЦИТЫ В БОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ. ДИАГНОЗ:

- 1) здорова
- 2) *бактериальный вагиноз
- 3) диагноз неясен
- 4) кандидоз
- 5) банальный кольпит

У НОВОРОЖДЕННОГО НА ТРЕТИЙ ДЕНЬ ЖИЗНИ ПОЯВИЛОСЬ ГНОЙНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ВО ВНУТРЕННЕМ УГЛУ ПРАВОГО ГЛАЗА. АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ НАЗНАЧЕНО ПРОМЫВАНИЕ ГЛАЗ РАСТВОРОМ ПЕНИЦИЛЛИНА. В ДАННОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО

- 1) при наличии отделяемого исследовать его мазок, окрашенный по Граму осуществить бактериологический посев с последующей микроскопией
- 2) изолировать ребенка и мать
- 3) вызвать на консультацию венеролога и окулиста
- 4) *все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

ПРИ РАЗБОРЕ СЛУЧАЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ГЛАЗ У НОВОРОЖДЕННОГО ЭПИДЕМИОЛОГ И ВЕНЕРОЛОГ УСТАНОВИЛИ, ЧТО 30% РАСТВОР СУЛЬФИЛА НАТРИЯ ДЛЯ ЗАКАПЫВАНИЯ НА СЛИЗИСТУЮ

ОБОЛОЧКУ ГЛАЗ БЫЛ ДАВНОСТЬЮ ТРОЕ СУТОК. СРОК ХРАНЕНИЯ ДАННОГО РАСТВОРА ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

- 1) *1 сутки
- 2) 2 суток
- 3) 3 суток
- 4) 4 суток
- 5) готовится перед употреблением

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА МОЖНО ПРОВОДИТЬ

- 1) через 3 дня после аборта
- 2) через 3-7 дней после аборта
- 3) *через 10 дней после аборта
- 4) через 20 дней после аборта
- 5) после первой менструации

ПРИ ПРОВЕРКЕ РАБОТЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОРЕИ ЭПИДЕМИОЛОГ ВЫЯВИЛ, ЧТО НЕ У ВСЕХ РОДИЛЬНИЦ В ОБМЕННОЙ КАРТЕ УКАЗАНА ДАТА ВЗЯТИЯ МАЗКА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ГОНОКОККИ. МАЗКИ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ РЕКОМЕНДУЕТСЯ БРАТЬ В СРОКИ

- 1) при взятии на учет по поводу беременности
- 2) во второй половине беременности
- 3) при поступлении в родильный дом
- 4) на 3-4 день после родов
- 5) *правильно все перечисленное, кроме: при поступлении в родильный дом

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРЕТРЫ У МУЖЧИН ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) исследование прямым бужом
- 2) пальпацию на прямом буже
- 3) уретроскопию
- 4) пальпацию на тубусе уретроскопа
- 5) *ничего из перечисленного

БОЛЬНОЙ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕРЕЗ 2 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ НАПИСАЛ ЖАЛОБУ В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ О НЕСОГЛАСИИ С ДИАГНОЗОМ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ. БЫЛА НАЗНАЧЕНА КОМИССИЯ. ОКАЗАЛОСЬ, ЧТО МАЗКИ БОЛЬНОГО В ЛАБОРАТОРИИ ОТСУТСТВУЮТ. СРОК ХРАНЕНИЯ МАЗКОВ

- 1) 1 месяц
- 2) 2 месяца
- 3) *3 месяца
- 4) 6 месяцев

ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У МУЖЧИН ПОДЛЕЖИТ ИССЛЕДОВАНИЮ

- 1) *выделения из уретры
- 2) секрет простаты
- 3) промывные воды из ректум
- 4) секрет Куперовых желез

5) все перечисленное

ГОНОКОККОВЫЙ САЛЬПИНГОООФОРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ

- 1) повторных повышений температуры тела, нарушения функции соседних органов
- 2) *болевых ощущений в низу живота
- 3) нарушения менструального цикла
- 4) обильных гнойных, гнойно-слизистых выделений
- 5) бесплодия

ГОНОКОККОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ И МИОМЕТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

- 1) болей в низу живота
- 2) слизистых, слизисто-гнойных выделений из влагалища
- 3) увеличения размеров матки, мягко-эластической консистенции
- 4) *резкого ограничения подвижности матки
- 5) нарушения менструальной функции

ЖЕНЩИНА 29 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР С ДИАГНОЗОМ: ГОНОКОККОВЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ. МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ И ЯИЧНИКИ ПАЛЬПИРОВАТЬ НЕ УДАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ РЕЗКОГО НАПРЯЖЕНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ПРОИЗВОДИТСЯ ЛИ ГЛУБОКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ?

- 1) да
- 2) *нет
- 3) по желанию пациентки
- 4) по желанию лечащего врача
- 5) да, в зависимости от тяжести состояния больной

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У РЕБЕНКА ПОДЛЕЖАТ ОБСЛЕДОВАНИЮ

- 1) *мать и отец
- 2) другие члены семьи, ухаживающие за ребенком (бабушка, сестра)
- 3) персонал группы детского дошкольного учреждения (воспитатель-няня)
- 4) дети, посещающие группу дошкольного детского учреждения
- 5) все перечисленные

ДЕВОЧКА 5 ЛЕТ, ПОСЕЩАЮЩАЯ ДЕТСКИЙ САД, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЕТ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛЕНИЯ ЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) бактериологического
- 2) бактериологического исследования отделяемого уретры, прямой кишки
- 3) вагиноскопии
- 4) *обследования родителей, воспитателя и детей в детском саду
- 5) анализов кала на яйца глист и энтеробиоз

РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ ПРОСТАТИТОВ, КРОМЕ

- 1) катарального
- 2) фолликулярного
- 3) *грануляционного
- 4) паренхиматозного

5) абсцесса предстательной железы

ЛЕЧЕНИЕ ГОНОКОККОВОГО ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА НАЧИНАЮТ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1) *антибиотиков и аутогемотерапии
- 2) пирогенала
- 3) гоновакцины
- 4) биогенных стимуляторов
- 5) антибиотиков и местного лечения

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТРЫ, ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ЖЕЛЕЗ У БЕРЕМЕННОЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1) только в I триместре
- 2) только во II триместре
- 3) только в III триместре
- 4) *независимо от срока беременности
- 5) не проводится

ПРИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЕТСЯ

- 1) уретра
- 2) влагалище
- 3) прямая кишка
- 4) шейка матки
- 5) *все перечисленное, кроме влагалища

ДЕВОЧКЕ 5 ЛЕТ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ: ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА БЕЗ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПЕРИУРЕТРАЛЬНЫХ И ПРИДАТОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ЕЙ ДОЛЖНО БЫТЬ НАЗНАЧЕНО ЛЕЧЕНИЕ

- 1) *антибиотиками
- 2) смазывание слизистой влагалища препаратами серебра
- 3) инсталляция во влагалище препаратов серебра
- 4) специфическая иммунотерапия
- 5) неспецифическая иммунотерапия

ЗАБОР МАТЕРИАЛА У ЖЕНЩИН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОЧАГОВ

- 1) *заднего и боковых сводов влагалища
- 2) уретры, цервикального канала, влагалища
- 3) уретры, цервикального канала
- 4) уретры, цервикального канала, прямой кишки
- 5) цервикального канала

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) нативного препарата
- 2) окраски метиленовым синим
- 3) окраски по Граму
- 4) *окраски по Романовскому - Гимза

5) окраски бриллиантовым зеленым

ЖЕНЩИНУ 56 ЛЕТ БЕСПОКОЯТ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА, БОЛЕЗНЕННЫЕ ПОЛОВЫЕ АКТЫ, ЧУВСТВО ЖЖЕНИЯ И ЗУДА В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, УСИЛИВАЮЩЕЕСЯ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ. МЕНОПАУЗА 5 ЛЕТ. ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА - КРАУРОЗ ВУЛЬВЫ, АТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА, ПРОБА С 10% КОН ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ. В МАЗКАХ - ЕДИНИЧНЫЕ Д ЛЕЙКОЦИТЫ, "КЛЮЧЕВЫЕ" КЛЕТКИ >20%. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДАННОЙ БОЛЬНОЙ

- 1) препараты метронидазола внутрь и местно
- 2) *местное лечение, консультация онколога-гинеколога, эндокринолога-гинеколога
- 3) препараты метронидазола, антибиотики, местное лечение
- 4) препараты метронидазола, антибиотики, местное лечение
- 5) антимикотики, антибиотики

С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРОВОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИДРО-И ПИОСАЛЬПИНКСА

- 1) опухоль матки
- 2) опухоль яичника
- 3) параметрит
- 4) острый аппендицит
- 5) *со всеми перечисленными

«ГРИБКОВЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ»

ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С МИКРОСПОРИЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) амбулаторно
- 2) в стационаре
- 3) по желанию родителей
- 4) по усмотрению врача
- 5) *возможны все перечисленные варианты

РЕБЕНОК, ЛЕЧИВШИЙСЯ ПО ПОВОДУ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ГОЛОВЫ, МОЖЕТ ПОСЕЩАТЬ ШКОЛУ ПОСЛЕ

- 1) одного отрицательного анализа
- 2) второго отрицательного анализа
- 3) *третьего отрицательного контрольного анализа
- 4) шестого отрицательного контрольного анализа
- 5) сразу после окончания лечения

РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ СПОРОТРИХОЗА

- 1) поверхностная
- 2) локализованная подкожная
- 3) диссеминированная кожная
- 4) висцеральная
- 5) *все перечисленные

ПОДМЫШЕЧНЫЙ ТРИХОМИКОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) стрептококками
- 2) грибами
- 3) стафилококками

- 4) *коринебактериями
- 5) вирусами

К ПРОТИВОКАНДИДОЗНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) мазей нистатиновой, амфотеррициновой, декаминовой 0,5-1%
- 2) 0,25% спиртового или водного раствора анилиновых красителей
- 3) левориновой взвеси (2 г леворина, 20 мл 95% этилового спирта, 1000 мл дистиллированной воды)
- 4) *бонафтоновой, оксолиновой или теброфеновой мазей
- 5) клотримазола

ХРОНИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ СЛИЗИСТЫХ СВЯЗАН С

- 1) гипотиреозом
- 2) гипопаратиреозом
- 3) гипокортицизмом
- 4) понижением секреторной функции половых желез
- 5) *всем перечисленным

К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ НИСТАТИНА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) тошноты
- 2) рвоты
- 3) жидкого стула
- 4) повышения температуры
- 5) *дерматитов

РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) сахарного диабета
- 2) длительного лечения антибиотиками
- 3) потливости, мацерации кожи
- 4) иммунодефицита
- 5) *гипертонической болезни

ПЛЕСНЕВЫЕ ГРИБЫ ПОРАЖАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) кожи
- 2) слизистых
- 3) ногтей
- 4) внутренних органов
- 5) *волос

ОНИХОЛИЗИС МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ НА ФОНЕ

- 1) кожных болезней
- 2) травматизации
- 3) эндокринных нарушений
- 4) бактериальных и грибковых инфекций
- 5) *всего перечисленного

АТРОФИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ

- 1) болезнях центральной и периферической нервной системы
- 2) эндокринопатиях
- 3) травматизации и нарушениях кровообращения

- 4) грибковых поражениях
- 5) *всем перечисленном

ДЛЯ СПОРОТРИХОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

- 1) локализованный (лимфатический)
- 2) диссеминированный
- 3) поверхностный (эпидермальный и дермальный)
- 4) висцеральный
- 5) *все перечисленные формы

ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ СПОРОТРИХОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) почва, мох
- 2) злаки
- 3) древесные материалы
- 4) испражнения голубей
- 5) *все перечисленное, кроме испражнения голубей

СОВРЕМЕННОЕ НАЗВАНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТРИХОФИТИИ

- 1) трихофитон фиолетовый
- 2) тонзурас
- 3) акуминатный
- 4) кратериформный
- 5) *трихофитон фиолетовый и тонзурас

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОТЛИЧИЕ ПОРАЖЕННОГО ВОЛОСА ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ КАСАЕТСЯ

- 1) эндотрикса
- 2) эктотрикса
- 3) спор, расположенных цепочкой
- 4) спор, расположенных хаотично
- 5) *эктотрикса и спор, расположенных цепочкой

ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) микосептина
- 2) ламизила
- 3) микозолона
- 4) *преднизолона
- 5) клотримазола

ХРОМОМИКОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТКАНЕЙ, КРОМЕ

- 1) кожи
- 2) подкожной клетчатки
- 3) *слизистых
- 4) внутренних органов
- 5) эпидермиса

ДЛЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) хроническое течение
- 2) наличие пятен
- 3) отрубевидное шелушение

- 4) фестончатые очертания очагов
- 5) *все перечисленное, кроме: фестончатые очертания очагов

ДЛЯ ГЛУБОКОЙ ТРИХОФИТИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) общее недомогание с повышением температуры тела
- 2) наличие островоспалительных инфильтратов
- 3) положительный симптом "медовых сот"
- 4) самопроизвольное разрешение
- 5) *все перечисленное, кроме: самопроизвольное разрешение

ДЛЯ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) *мелкие множественные очаги, в очагах поражения видимы неизменные волосы
- 2) белая муфта у основания волос
- 3) четкие очертания очага
- 4) крупные очаги, сплошное поражение волос

ДЛЯ СКУТУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ФАВУСА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) атрофичности и безжизненности волос
- 2) мышиного запаха
- 3) зуда
- 4) *эктимы
- 5) рубцовой атрофии

ЗАРАЖЕНИЕ МИКРОСПОРИЕЙ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ

- 1) в детских коллективах
- 2) при контакте с кошками и собаками
- 3) в парикмахерских
- 4) при работе на животноводческих фермах
- 5) *правильно все перечисленное, кроме: при работе на животноводческих фермах

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ВОЛОС ПРИ МИКРОСПОРИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *частичного обламывания волос в очаге поражения на высоте 1-2 мм
- 2) обламывания волос на высоте 4-8 мм
- 3) наличия беловатой муфты вокруг обломанного волоса
- 4) зеленого свечения волос при облучении очагов лампой Вуда

ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *очаги мелкие, множественные
- 2) у основания волос белая муфта
- 3) очаги имеют четкие очертания
- 4) очаги крупные, поражение волос сплошное

ДЛЯ СКУТУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ФАВУСА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) эритемы
- 2) рубцовой атрофии
- 3) фавозных щитков
- 4) облысения
- 5) *обломанных волос

ПЕРЕХОДЯЩИЕ АНТИТЕЛА К ДЕРМАТОФИТАМ

- 1) присутствуют у всех дерматофитов
- 2) легко обнаруживаются постоянно
- 3) *очевидны при пассивной перемещающейся крапивной реакции на трихофитин
- 4) передают иммунитет на дерматофитозные инфекции

У БОЛЬНОГО 60 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ЛЕТ ИМЕЕТСЯ МУКОВИДНОЕ ШЕЛУШЕНИЕ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ; ПОЛОВИНА НОГТЕЙ КИСТЕЙ И СТОП УТОЛЩЕНЫ, ИМЕЮТ ОХРЯНО- ТЕМНОВАТЫЕ УЧАСТКИ, ЧАСТИЧНО РАЗРУШЕНЫ ПО СВОБОДНОМУ КРАЮ. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПРАВИЛЬНОГО ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМА

- 1) микроскопии чешуек и пораженных ногтей
- 2) бактериологическое исследование (посев) чешуек и пораженных ногтей
- 3) *и то и другое
- 4) ни то, ни другое

В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО РУБРОМИКОЗОМ ВХОДИТ

- 1) удаление ногтей
- 2) отслойка ногтевого ложа, кожи стоп и ладоней
- 3) лечение гризеофульвином, низоралом, ламизилом
- 4) *все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кандидоз слизистых оболочек
- 2) кандидоз складок кожи
- 3) висцеральный кандидоз
- 4) хронический генерализованный кандидоз
- 5) *все перечисленные

СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫМИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ КАНДИДОЗОМ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) хронические рецидивирующие, острые респираторные вирусные инфекции
- 2) бронхиты, пневмонии
- 3) гнойные отиты и хронические тонзиллиты
- 4) атопический дерматит
- 5) астматоидный бронхит
- 6) *все перечисленное

К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ФАВУСА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) скутулярной
- 2) сквамозной
- 3) импетигиозной
- 4) эритематозной
- 5) *питериоидной

НА КОЖЕ БЕДЕР И ГОЛЕНЕЙ ЭРИТЕМА, НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПУЗЫРЬКИ, ТРЕЩИНЫ В МЕЖПАЛЬЦЕВЫХ СКЛАДКАХ СТОП. МИЦЕЛИЙ ГРИБА ОБНАРУЖЕН В ЧЕШУЙКАХ КОЖИ. РОСТА НА СРЕДЕ САБУРО ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ПОСЕВА НЕТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ

- 1) *хлопьевидный эпидермофитон
- 2) рубротрихофитон
- 3) карликовый микроспорум
- 4) ментаграфитный трихофитон
- 5) стригущий трихофитон

К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА КОЖИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) *чрезмерной инсоляции
- 2) гиповитаминоза
- 3) иммунодефицитного состояния
- 4) дисбактериоза
- 5) эндокринных и обменных нарушений

К МИКОЗАМ ЧЕЛОВЕКА, ВЫЗЫВАЕМЫМ ГРИБАМИ, ПОРАЖАЮЩИМИ ЖИВОТНЫХ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) микроспория
- 2) инфильтративно-нагноительная трихофития
- 3) поверхностная трихофития
- 4) рубромикоз
- 5) *микроспория и инфильтративно-нагноительная трихофития

ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЮТСЯ

- 1) микроспория
- 2) поверхностная трихофития
- 3) глубокая трихофития
- 4) разноцветный лишай
- 5) *микроспория и глубокая трихофития

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ВЫЗЫВАЮТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ, КРОМЕ

- 1) трихофитонов
- 2) эпидермофитонов
- 3) *палочек Ганзена
- 4) дрожжеподобных грибов
- 5) микроспорумов

ПРОФИЛАКТИКА ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) выявление источников заражения, их изоляцию и дезинфекцию помещений
- 2) обследование контактов
- 3) ветеринарный надзор за животными
- 4) периодический медицинский осмотр персонала, подвержен грибковым заболеваниям (детские и бытовые учреждения)
- 5) *все перечисленное

ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) пятен
- 2) *нечетких границ и быстрого самопроизвольного разрешения
- 3) пузырьков по краю очагов
- 4) шелушения

5) пустул

ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЛЕСНЕВЫМИ ГРИБАМИ НОГТЕВАЯ ПЛАСТИНКА ОКРАШИВАЕТСЯ В ЦВЕТ

- 1) серый
- 2) черный
- 3) зеленовато-желтый
- 4) *все перечисленные цвета
- 5) не окрашивается

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ АКТИНОМИКОЗА

- 1) челюстно-лицевой
- 2) торакальный
- 3) абдоминальный, органов малого таза и мочеполовых органов
- 4) *все перечисленные
- 5) ничего из перечисленного

К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ЛЕВОРИНА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) тошноты
- 2) рвоты
- 3) кожного зуда
- 4) *дерматитов
- 5) послабления стула

ДЛЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) хронического течения
- 2) пятнистой сыпи
- 3) отрубевидного шелушения
- 4) *зуда
- 5) излюбленной локализации

У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ, ПОСЕЩАЮЩЕГО ДЕТСКИЙ САД, ДИАГНОСТИРОВАНА ПОВЕРХНОСТНАЯ ТРИХОФИТИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ. ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ РЕБЕНКА МОГУТ БЫТЬ ЧАЩЕ

- 1) *другие дети
- 2) взрослые женщины
- 3) взрослые мужчины
- 4) котята
- 5) никто из перечисленных

КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) эритема и отек
- 2) фолликулярные абсцессы
- 3) гнойные корки
- 4) четкие границы
- 5) *все перечисленные

ДЛЯ ФАВУСА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) наличия корок (скутул)

- 2) *ломкости волос и образования папул
- 3) рубцов
- 4) атрофии волос
- 5) поражения ногтевых пластинок

ВРЕМЯ ПОЛНОГО ОБНОВЛЕНИЯ КЛЕТОК ЭПИДЕРМИСА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до 8-10 дней
- 2) от 10 до 16 дней
- 3) от 20 до 25 дней
- 4) *от 26 до 28 дней
- 5) свыше 30 дней

ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

- 1) с гипоальбуминемией
- 2) с гепато-лентиккулярной дегенерацией печени
- 3) с нарушением лимфообразования
- 4) с грибковыми поражениями ногтей
- 5) *со всем перечисленным

РАЗЛИЧАЮТ ФОРМЫ АКТИНОМИКОЗА

- 1) гуммозно-узловатую
- 2) бугорково-пустулезную
- 3) язвенную
- 4) *все перечисленные
- 5) ничего из перечисленного

АКТИНОМИКОЗ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

- 1) с гуммозным сифилидом
- 2) с туберкулезной волчанкой
- 3) с другими глубокими микозами
- 4) со скрофулодермой
- 5) *со всем перечисленным

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ КАНДИДОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ

- 1) дифлюкон
- 2) низорал
- 3) нистатин и леворин
- 4) амфотерицин В
- 5) *все перечисленные

ЭПИДЕРМОФИТИЯ СТОП У ДЕТЕЙ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ

- 1) дисгидротическая
- 2) интертригинозная или сквамозная
- 3) эпидермофития ногтей
- 4) ничего из перечисленного
- 5) *все перечисленные

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ МИКРОСПОРИИ У 4-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ

- 1) камерной дезинфекции одежды, постели и игрушек ребенка
- 2) запрета на посещение детского сада
- 3) камерной дезинфекции и влажной дезинфицирующей уборки в детском саду
- 4) профилактического осмотра детей в детском саду
- 5) *профилактического лечения детей в детском саду

МИКОЗ, ВЫЗВАННЫЙ КРАСНЫМ ТРИХОФИТОНОМ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) эритематозно-сквамозного характера сыпи
- 2) наличия прерывистого валика из узелков по краю очага
- 3) поражения ногтей на стопах и кистях
- 4) генерализованного поражения кожи и ее придатков
- 5) *поражение слизистых

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) болезней крови
- 2) новообразований
- 3) лечения антибиотиками, иммунодепрессантами, сульфаниламидами, половыми гормонами
- 4) диабета
- 5) *беременности

КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кандидоз крупных складок
- 2) кандидоз мелких складок
- 3) кандидоз слизистых оболочек
- 4) кандидоз околоногтевых валиков и ногтей
- 5) *все перечисленные

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) гризеофульвина
- 2) *нистатина
- 3) ламизила
- 4) низорала
- 5) орунгал

К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) отрубевидный лишай
- 2) пьедра
- 3) эритразма
- 4) рубромикоз
- 5) *все, кроме: эритразма, рубромикоз.

СИМПТОМАМИ ДИСГИДРОТИЧЕСКОГО МИКОЗА СТОП ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) *эритемы на тыле стоп
- 2) пузырьков
- 3) эритемы
- 4) отслойки эпидермиса по периферии

5) лихенификации

ДЛЯ ПАХОВОЙ ЭПИДЕРМОФИТИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) инфильтрации
- 2) *чесуек и зуда
- 3) кирпично-красного цвета
- 4) кораллово-красного свечения при люминесценции
- 5) излюбленной локализации

БЕЛАЯ КАНДИДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НОРМАЛЬНОЙ ЧАСТЬЮ ФЛОРЫ

- 1) рта
- 2) зева
- 3) мочевого пузыря
- 4) *влагалища
- 5) прямой кишки

КОНТРОЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ГРИБЫ КАНДИДА ПРОВОДЯТСЯ

- 1) каждые 7 дней
- 2) *через 7 дней после окончания курса
- 3) перед началом каждого последующего тура печения
- 4) после окончания каждого последующего тура лечения
- 5) не проводятся

ИСТОЧНИКАМИ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) больной человек
- 2) зараженные предметы
- 3) больные животные
- 4) фрукты, овощи, растения
- 5) *все перечисленное

ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) эритематозно-сквамозных очагов
- 2) *нечетких границ и быстрого самопроизвольного разрешения
- 3) пузырьков по краю очагов
- 4) шелушения
- 5) вовлечения в процесс пушковых волос

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) симптома "медовых сот"
- 2) рубца
- 3) лимфаденита
- 4) *обломанных волос с усиленным ростом по периферии очагов
- 5) единичных очагов

ОСНОВНЫМИ ФОРМАМИ МИКОЗА СТОП ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) дисгидротической
- 2) межпальцевой
- 3) сквамозной
- 4) *поверхностной

5) интертригинозной

ДЛЯ ОНИКОМИКОЗА ХАРАКТЕРНЫ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- 1) мелкие точечные углубления в виде наперстка на ногтевой пластинке
- 2) ноготь деформированный, утолщенный
- 3) ноготь крошащийся, "изъеденный" со свободного края
- 4) ноготь тусклый, серовато-желтого цвета
- 5) *все перечисленные, кроме: мелкие точечные углубления в виде наперстка на ногтевой пластинке

ДЛЯ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЭПИДЕРМОФАГИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) локализация на коже свода стоп
- 2) наличие везикул, эрозий
- 3) гиперемия, мокнутие
- 4) наличие мацерации, пустул, трещин
- 5) *все перечисленное, кроме: наличие мацерации, пустул, трещин

ВОЗБУДИТЕЛИ ХРОМОМИКОЗА РАСТУТ

- 1) на соломе
- 2) на гнилых деревьях и листьях
- 3) на различных злаках и овсе
- 4) в воде или придонном иле различных водоемов
- 5) *правильно все перечисленное, кроме: в воде или придонном иле различных водоемов

РАЗЛИЧАЮТ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ХРОМОМИКОЗА

- 1) папилломатозно-язвенная
- 2) бугорковая
- 3) узловатая или гуммозная
- 4) легочная
- 5) *все перечисленные

ДЛЯ ГЛУБОКОЙ ТРИХОФИТИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) общего недомогания, повышения температуры
- 2) наличия островоспалительного инфильтрата
- 3) симптома "медовых сот"
- 4) *хронического течения
- 5) самопроизвольного разрешения

ЗООФИЛЬНАЯ ТРИХОФИТИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ПОД МИКРОСКОПОМ ОТ АНТРОПОФИЛЬНОЙ

- 1) наличием спор эндотрикса
- 2) наличием спор эктотрикса
- 3) наличием в волосе мицелия
- 4) *наличием спор эндотрикса и наличием спор эктотрикса
- 5) ничего из перечисленного

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ РУБРОМИКОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) дезинфекция обуви и чулок
- 2) дезинфекция жилых помещений
- 3) профилактический осмотр членов семьи
- 4) лечение гипергидроза

5) *все перечисленное

БЛАСТОМИКОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ТКАНЕЙ, КРОМЕ

- 1) кожи
- 2) *слизистых
- 3) подкожной клетчатки
- 4) внутренних органов

ПРИ ГЛУБОКОЙ ТРИХОФИТИИ В ВОЛОСАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) беспорядочное расположение спор
- 2) цепочки спор внутри волоса
- 3) цепочки спор и пузырьки воздуха внутри волоса
- 4) *цепочки спор снаружи волоса
- 5) ничего из перечисленного

ДЛЯ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *яркой гиперемии очагов с нечеткими границами
- 2) незначительной гиперемии
- 3) четких границ поражения
- 4) слегка возвышающихся краев
- 5) мелкоотрубевидного шелушения

К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ МИКОЗА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ КРАСНЫМ ТРИХОФИТОНОМ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) гиперкератотических
- 2) *гранулематозных и буллезных
- 3) интертригинозных
- 4) поражения больших складок
- 5) поражения ногтевых пластинок

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КАНДИДОЗА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *нечетких границ очагов и шелушения
- 2) влажных эрозий
- 3) грязно-серого налета в складках
- 4) воротничка отслоившегося эпителия по краю очагов
- 5) кандидозного хейлита

К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *актиномикоза
- 2) фавуса
- 3) трихофитии
- 4) микроспории
- 5) микроспории, вызванной ржавым микроспориумом

ПРИ ДИАГНОСТИКЕ МИКОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ

- 1) микроскопии пораженных волос и чешуек кожи
- 2) культуральной диагностики

- 3) *мазков-отпечатков с очагов поражения
- 4) гистологического исследования
- 5) люминесцентной диагностики

К ДЕРМАТОФИТАМ, ФЛЮОРЕСЦИРУЮЩИМ ПРИ СВЕТЕ ВУДА, ОТНОСЯТСЯ

- 1) все те, которые способны поражать волосы
- 2) трихофитон красный
- 3) микроспорум ржавый
- 4) *микроспорум собачий
- 5) все перечисленные

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ РАЗНОВИДНОСТЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРИХОФИТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) эритематозная
- 2) *черноточечная, атрофическая
- 3) трихофитийные гуммы
- 4) скутулярная
- 5) атрофическая

К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ВЫЗЫВАЕМЫМ АНТРОПОФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) микроспории, вызванной ржавым микроспорумом
- 2) поверхностной трихофитии
- 3) *глубокой трихофитии
- 4) фавуса
- 5) рубромикоза

К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА, ОТНОСЯТСЯ

- 1) диабет
- 2) длительный прием антибиотиков
- 3) повышенное потоотделение
- 4) иммунодефицит
- 5) *все перечисленное

ВОЛОСЫ ОБЛАМЫВАЮТСЯ НА 5-8 ММ ОТ УРОВНЯ КОЖИ

- 1) при поверхностной трихофитии
- 2) *при микроспории
- 3) при фавусе
- 4) при трихофитии инфильтративно-нагноительной
- 5) при алопеции

ГРИБКОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ, ВЫЗЫВАЕМОЕ МИКРОСПОРУМ КАНИС ОБЫЧНО ПРИОБРЕТАЕТСЯ ПРИ КОНТАКТЕ

- 1) со свиньей
- 2) с овцой
- 3) с крупным рогатым скотом
- 4) *с кошками
- 5) с птицами

В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ МИКРОСПОРИИ ВХОДЯТ

- 1) наружные средства
- 2) витаминотерапия

- 3) антигистаминные препараты
- 4) *все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

«ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ»

ИНФЕКЦИИ ВИЧ НЕ ПЕРЕДАЮТСЯ

- 1) трансфузионным путем
- 2) *трансмиссивным путем
- 3) от заболевшей матери к плоду
- 4) инъекционным путем
- 5) половым путем

СПИД-МАРКЕРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) оппортунистические инфекции внутренних органов
- 2) поражения нервной системы
- 3) саркому Капоши
- 4) волосатую лейкоплакию языка
- 5) *все перечисленное

ДЛЯ СТРЕПТОКОККОВОГО ИМПЕТИГО ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) появления на коже фликтен
- 2) желтых корок
- 3) быстрого распространения
- 4) *воспалительных узлов
- 5) воспалительного ободка вокруг фликтен

ПРИ СТРЕПТОКОККОВОМ ИМПЕТИГО НАЗНАЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) растворов анилиновых красок
- 2) *мазей со стероидными гормонами
- 3) вскрытия фликтен
- 4) паст с антибиотиками
- 5) мазей с антибиотиками

ДЛЯ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) эритемы
- 2) отека
- 3) группы пузырьков
- 4) *пузырей
- 5) эрозий

К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *пятен и волдырей
- 2) пузырьков
- 3) наличия венчика гиперемии вокруг очага
- 4) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи
- 5) склонности к рецидивам

К ПРЕПАРАТАМ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) оксолиновой мази
- 2) линимента госсипола
- 3) *ихтиоловой мази
- 4) теброфеновой мази
- 5) мази завиракс

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) симптоматического местного лечения
- 2) симптоматического общего лечения
- 3) противовирусной антибиотикотерапии
- 4) *специфической иммунотерапии
- 5) неспецифической иммунотерапии

ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) эритема
- 2) отек
- 3) язвы
- 4) некроз
- 5) *все перечисленное

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

- 1) в начале заболевания
- 2) в острой фазе
- 3) в неполной ремиссии
- 4) при неврологических осложнениях
- 5) *в неполной ремиссии и при неврологических осложнениях

ПОЛИВАЛЕНТНАЯ ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ВАКЦИНА НАЗНАЧАЕТСЯ БОЛЬНЫМ

- 1) простым герпесом в остром периоде
- 2) простым герпесом в период обратного развития высыпаний
- 3) *рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии
- 4) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии
- 5) во всех перечисленных случаях

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) герпес лица (губ, носа и т.д.)
- 2) герпес гениталий
- 3) герпетический кератит и гингвиостоматит
- 4) герпетический менингоэнцефалит
- 5) *все перечисленное

ЦЕЛЬЮ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение
- 2) противорецидивное действие
- 3) санировать очаг вирусной инфекции

- 4) достичь иммунотерапевтического эффекта
- 5) все перечисленное

ОГРАНИЧЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ СВЯЗАНО

- 1) *с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами
- 2) с отсутствием противовирусных антибиотиков
- 3) с плохим проникновением препаратов в кожу
- 4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии
- 5) правильного ответа нет

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИНТЕРФЕРОНА И ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА

- 1) *защищает неинфицированные вирусом клетки (ткани)
- 2) подавляет репродукцию вируса
- 3) стимулирует специфический иммунитет
- 4) стимулирует неспецифический иммунитет
- 5) предупреждает импетигенизацию очагов

К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ПРОСТОМ И ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ, ОТНОСИТСЯ

- 1) интерферон
- 2) бонафтон и метисазон
- 3) герпетическая вакцина
- 4) дезоксирибонуклеаза
- 5) *все перечисленное

К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) *триоксазона
- 2) метисазона
- 3) оксолина
- 4) госсипола
- 5) бонафтона

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1) интерфероном
- 2) *поливалентной герпетической вакциной
- 3) пирогеналом
- 4) иммуноглобулином
- 5) левамизолом

БОЛЬНЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ В ФАЗУ ОБОСТРЕНИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *поливалентной герпетической вакцины и пирогенала
- 2) интерферона
- 3) противовирусных антибиотиков
- 4) левамизола
- 5) иммуноглобулина

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) противовирусную антибиотикотерапию
- 2) специфическую и неспецифическую иммунотерапию
- 3) лечение индукторами интерферона
- 4) симптоматическую терапию
- 5) *все перечисленное

БОЛЬНЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕСОМ В ФАЗУ РЕМИССИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) противовирусные антибиотики
- 2) аутогемотерапия
- 3) *герпетическая вакцина
- 4) противовирусные мази
- 5) ничего из перечисленного

ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) резкой болезненности
- 2) нарушения общего состояния
- 3) *диссеминации высыпания по всему туловищу
- 4) асимметричности и группировки высыпаний
- 5) отсутствия рецидивов

К КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТАМ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) везикулезного
- 2) буллезного
- 3) генерализованного
- 4) гангренозного
- 5) *уртикарного

УЗЛЫ ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

- 1) *плотные и безболезненные
- 2) мягкие и безболезненные
- 3) эластичные и болезненные
- 4) мягкие и болезненные
- 5) плотные и болезненные

ЛЮПУС-КАРЦИНОМА — ЭТО

- 1) одновременное возникновение туберкулезной волчанки и рака кожи
- 2) развитие туберкулезной волчанки на фоне рака кожи
- 3) развитие рака кожи у больного туберкулезной волчанкой независимо от локализации обоих заболеваний
- 4) *развитие рака кожи на фоне туберкулезной волчанки или на рубце после туберкулезной волчанки
- 5) все перечисленное

ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОЛЛИКВАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *подчелюстные и шейные лимфатические узлы
- 2) подкрыльцовые лимфатические узлы
- 3) пахово-бедренные лимфатические узлы

4) кубитальные лимфатические узлы

СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ РАЗНОВИДНОСТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ, КРОМЕ

- 1) веррукозной
- 2) изъязвляющейся
- 3) серпигинозной
- 4) мутилирующей
- 5) *шанкриформной

ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ

- 1) края язвы мягкие, неровные, подрытые
- 2) края язвы плотные, ровные, штампованные
- 3) дно язвы гладкое, чистое, без налета
- 4) дно язвы зернистое, покрыто гнойным налетом
- 5) *правильно: края язвы мягкие, неровные, подрытые; дно язвы зернистое, покрыто гнойным налетом

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

- 1) люпоидный сикоз
- 2) эритематоз
- 3) лимфоцитому
- 4) плоскоклеточный рак
- 5) *все перечисленное

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) рубцевание язвы начинается с центральной части очага
- 2) рубцевание язвы начинается с периферической части очага
- 3) рубец гладкий, нежный, обесцвеченный
- 4) рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный
- 5) *рубцевание язвы начинается с центральной части очага; рубец гладкий, нежный, обесцвеченный

БОРОДАВЧАТЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- 1) хронической вегетирующей пиодермии
- 2) веррукозного красного плоского лишая
- 3) вульгарной бородавки
- 4) *псориаза
- 5) рака кожи

ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО

- 1) хроническое течение
- 2) *медленно прогрессирующее течение
- 3) быстро прогрессирующее течение
- 4) рецидивирующее течение
- 5) инволюционное течение

КОЛЛИКВАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) первичный
- 2) вторичный

- 3) третичный
- 4) все перечисленное правильно
- 5) *правильно первичный и вторичный

К ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) милиарного язвенного
- 2) первичного шанкриформного
- 3) колликативного
- 4) люпозного
- 5) *лихеноидного

СФОРМИРОВАННАЯ ЛЮПОМА ИМЕЕТ ЦВЕТ

- 1) темно-красный
- 2) темно-красный с коричневатым оттенком
- 3) светло-красный
- 4) *светло-красный с желтоватым оттенком
- 5) желтовато-коричневый

ПРИ НАДАВЛИВАНИИ НА ЛЮПОМУ ПУГОВЧАТЫМ ЗОНДОМ

- 1) возникает резкая болезненность
- 2) *болезненности нет или незначительная
- 3) болезненность зависит от размеров очага
- 4) болезненность зависит от стадии поражения
- 5) появляется кровотечение

К ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) острого диссеминированного милиарного
- 2) лихеноидного
- 3) папуло-некротического
- 4) индуративной эритемы Левандовского
- 5) *колликативного

Для туберкулезной волчанки характерно начало

- 1) *в раннем детском возрасте
- 2) в подростковом и юношеском возрасте
- 3) в зрелом возрасте
- 4) в пожилом возрасте
- 5) правильно все, кроме: в зрелом возрасте и в пожилом возрасте

Туберкулезную волчанку следует дифференцировать

- 1) с бугорковым сифилисом
- 2) с мелкоузелковым саркоидозом
- 3) с туберкулоидной лепрой
- 4) с туберкулоидным лейшманиозом
- 5) *со всем перечисленным

КЛИНИЧЕСКИМИ РАЗНОВИДНОСТЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ, КРОМЕ

- 1) плоской
- 2) опухолевидной

- 3) псориазiformной
- 4) *лихеноидной

ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКЕ НЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) кости носа
- 2) кости твердого неба
- 3) хрящи носа и ушной раковины
- 4) подкожная клетчатка
- 5) *кости свода черепа

ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

- 1) медленного эксцентричного роста очага
- 2) *быстрого эксцентричного роста очага
- 3) склонности к слиянию бугорков
- 4) склонности люпом к периферическому росту
- 5) изъязвления бугорков

УЗЛЫ ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) *подвижности
- 2) спаянности с кожей
- 3) размягчения
- 4) самостоятельного вскрытия
- 5) безболезненности

ДЛЯ КОЛЛИКВАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) узлов в подкожно-жировой клетчатке
- 2) *овальной формы узлов
- 3) шаровидной формы узлов
- 4) размеров узлов от 1 до 3 см

ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ УЗЛА ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОБРАЗУЕТСЯ

- 1) эрозия
- 2) *язва
- 3) свищевой ход
- 4) все перечисленное
- 5) узлы не вскрываются

ЯЗВА ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ИМЕЕТ

- 1) плотные вывороченные края
- 2) мягкие подрытые края
- 3) дно красное, блестящее, чистое
- 4) дно желтоватое, покрыто грануляциями
- 5) *мягкие подрытые края и дно желтоватое, покрыто грануляциями

ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ РУБЦЫ

- 1) гладкие, атрофичные
- 2) гладкие, гипертрофированные
- 3) келоидные
- 4) *с перемычками (трабекулярные) или сосочковыми разрастаниями

5) правильно все перечисленное

ЛЬВИНОЕ ЛИЦО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) глубоких инфильтратов кожи и подкожной клетчатки на лице
- 2) грубых складок на лице
- 3) утолщения носа, губ, ушных раковин
- 4) *истончения и атрофии крыльев носа и ушных раковин
- 5) выпадения бровей

ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1) в соскобе со слизистой перегородки носа
- 2) в соскобе с поверхности инфильтрата
- 3) в пункционном материале из инфильтрата
- 4) в гистологическом препарате
- 5) *во всем перечисленном, кроме: в соскобе с поверхности инфильтрата

БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ

- 1) крупные
- 2) *мелкие и плоские
- 3) остроконечные
- 4) полушаровидные
- 5) не имеют специфического вида

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) парезы, параличи
- 2) атрофия, трофические язвы, мутиляции
- 3) контрактуры, деформации кистей и стоп
- 4) лагофтальм
- 5) *все перечисленные

ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И ГЛАЗ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) постоянно
- 2) часто
- 3) *редко
- 4) не встречается
- 5) постоянно и часто

ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ

- 1) хронические отеки и слоновость
- 2) пахово-бедренные адениты
- 3) изъязвления
- 4) расстройства чувствительности
- 5) *все перечисленное

УЗЛЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ

- 1) не возвышаются над уровнем кожи и обнаруживаются лишь при пальпации
- 2) возвышаются над уровнем кожи
- 3) захватывают подкожную клетчатку
- 4) проникают в кости

5) *правильно все перечисленное

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЫ

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) *хроническое с обострениями
- 4) хроническое без обострений
- 5) возможны все перечисленные варианты

ОЧАГИ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) *нечетких границ
- 2) четких границ
- 3) валикообразного края
- 4) тенденции к периферическому росту
- 5) уменьшения инфильтрации в центре

ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) кожа
- 2) периферическая нервная система
- 3) центральная нервная система
- 4) опорно-двигательный аппарат
- 5) *кожа и периферическая нервная система

БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ

- 1) лежат изолированно
- 2) *сливаются и немногочисленные
- 3) многочисленные
- 4) возможно все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

ДЛЯ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЫ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) *гиперестезии вокруг очагов поражения кожи
- 2) анестезии в очагах и вокруг них
- 3) отсутствия потоотделения
- 4) выпадения пушковых волос
- 5) раннего поражения периферических нервов

КОЖА НАД УЗЛАМИ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) багрово-синюшной окраски
- 2) *розово-красной окраски
- 3) типа апельсиновой корки
- 4) значительного утолщения, грубых складок
- 5) изъязвлений

К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГЛУБОКОЙ ДИФТЕРИИ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) узловатая (гуммозная)
- 2) язвенная
- 3) флегмонозная
- 4) гангренозная

5) *все перечисленное, кроме: узловатая (гуммозная)

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОВЕРХНОСТНОЙ ДИФТЕРИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) импетигоподобную
- 2) эктимоподобную
- 3) экзематоидную
- 4) интертригинозную
- 5) *все перечисленное, кроме: эктимоподобную

ПСЕВДОДИФТЕРИЙНЫЕ ЯЗВЫ ИМЕЮТ

- 1) фестончатые или неправильные очертания
- 2) ровное дно и подрывные края
- 3) гнойный налет
- 4) резко болезненны
- 5) *все перечисленное

ГЛУБОКОЙ ДИФТЕРИЕЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БОЛЕЮТ

- 1) мужчины
- 2) *женщины и дети
- 3) лица старческого возраста
- 4) подростки
- 5) различий по полу и возрасту нет

ПРИ ЭРИЗИПЕЛОИДЕ ВОЗМОЖНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) болезненности в очаге поражения
- 2) тугоподвижности межфаланговых суставов
- 3) болезненности и увеличения регионарных лимфатических узлов
- 4) общего недомогания, субфебрилитета, озноба
- 5) *диспептических расстройств, рвоты, поноса, снижения аппетита

ЭРИЗИПЕЛОИД КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗМОЖЕН

- 1) у поваров
- 2) у рабочих мясо- и рыбоперерабатывающего производства
- 3) у кондитеров
- 4) у медицинских работников
- 5) *у поваров; у рабочих мясо- и рыбоперерабатывающего производства

ЭРИЗИПЕЛОИД РАЗВИВАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОСЛЕ

- 1) длительной мацерации эпидермиса
- 2) переохлаждения конечностей
- 3) *микротравмы
- 4) общего переохлаждения
- 5) ожога

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЭРИЗИПЕЛОИДЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) *1-3 дня
- 2) 5-7 дней
- 3) 7-14 дней
- 4) 21 день
- 5) отсутствует

ЭРИЗИПЕЛОИД НАЧИНАЕТСЯ С ПОЯВЛЕНИЯ

- 1) эритемы
- 2) отека и напряжения
- 3) зуда, жжения
- 4) болезненности
- 5) *всего перечисленного

ЭРИТЕМА ПРИ ЭРИЗИПЕЛИОДЕ

- 1) распространяется медленно, в течение 7-10 дней
- 2) распространяется быстро, в течение 3-5 дней
- 3) распространение эритемы идет равномерно во все стороны
- 4) распространение эритемы идет в основном в проксимальном направлении
- 5) *распространяется быстро, в течение 3-5 дней; распространение эритемы идет в основном в проксимальном направлении

В ПРОЦЕССЕ ЭВОЛЮЦИИ ЭРИТЕМЫ ПРИ ЭРИЗИПЕЛОИДЕ

- 1) центральная часть западает и приобретает цианотичный оттенок
- 2) край остается ярко-красным и приподнятым
- 3) сохраняется эксцентричный рост
- 4) эритема распадается на отдельные очаги
- 5) *происходит все перечисленное

ДЛЯ ФУЗОСПИРИЛЛЕЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) слабая выраженность воспалительных явлений вокруг язвы
- 2) незначительные изменения или отсутствие изменений лимфатических узлов
- 3) умеренная болезненность в очаге поражения даже при большой величине язвы
- 4) отсутствие изменений общего состояния
- 5) *все перечисленное

ШАНКРИФОРМНАЯ ФОРМА ФУЗОСПИРИЛЛЕЗА ОТЛИЧАЕТСЯ

- 1) правильными округлыми очертаниями язвы
- 2) гладким дном
- 3) отсутствием налета
- 4) *наличием инфильтрации в основании язвы
- 5) всем перечисленным

К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ФУЗОСПИРИЛЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) эрозивная
- 2) язвенная
- 3) шанкриформная
- 4) дифтероидная
- 5) *все перечисленное, кроме: эрозивная

ЯЗВЕННАЯ ФОРМА ФУЗОСПИРИЛЛЕЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) неправильными очертаниями
- 2) кратерообразным легко кровоточащим дном
- 3) легко удаляемым желтовато-зеленоватым налетом
- 4) широкой зоной гиперемии вокруг язвы
- 5) *всем перечисленным, кроме: широкой зоной гиперемии вокруг язвы

МИЛИАРНАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ЯЗВЫ ВУЛЬВЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) отсутствия нарушения общего состояния

- 2) *небольшого количества язв
- 3) размера язв до 1-2 мм в диаметре
- 4) локализации в основном по гребням больших половых губ
- 5) наклонности к рецидивам

О НАЧАЛЕ ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ ГАНГРЕНОЗНОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ВУЛЬВЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) очищения дна язвы
- 2) снижения температуры
- 3) уменьшения болезненности
- 4) уменьшения отека
- 5) *рубцевания язвы

ЯЗВЫ ПРИ ГАНГРЕНОЗНОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ВУЛЬВЫ ИМЕЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) неправильных очертаний
- 2) дно ровное, ярко-красное
- 3) налет желтовато-сероватый или черный некротический, плотно прикрепленный к дну
- 4) гиперемии и отека вокруг язвы
- 5) *вывороченных краев

ГАНГРЕНОЗНАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ЯЗВЫ ВУЛЬВЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) *медленного развития заболевания
- 2) острого озноба и повышения температуры
- 3) жгучих болей в области половых органов
- 4) быстро развивающегося отека половых губ
- 5) быстрого формирования язв

ПРИ ПСЕВДОВЕНЕРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ВУЛЬВЫ

- 1) дно язв покрыто гнойным налетом
- 2) инфильтрация в основании дна мягкая
- 3) инфильтрация в основании дна плотная
- 4) инфильтрация в основании дна отсутствует
- 5) *правильно: дно язв покрыто гнойным налетом; инфильтрация в основании дна мягкая

ПСЕВДОВЕНЕРИЧЕСКАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ЯЗВЫ ВУЛЬВЫ НАПОМИНАЕТ

- 1) твердый шанкр
- 2) *мягкий шанкр
- 3) шизнкриформную пиодермию
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

ПРИ ОСТРОЙ ЯЗВЕ ВУЛЬВЫ ОДНОВРЕМЕННО С ЯЗВАМИ МОГУТ ОБНАРУЖИВАТЬСЯ ВЫСЫПАНИЯ

- 1) типа экссудативной многоформной эритемы
- 2) типа узловатой эритемы
- 3) афты на слизистой оболочке рта
- 4) все перечисленное
- 5) *типа узловатой эритемы и афты на слизистой оболочке рта

НАРУШЕНИЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ЯЗВЕ ВУЛЬВЫ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) при гангренозной форме
- 2) при псевдовенерической форме
- 3) при милиарной форме
- 4) *при гангренозной форме и при псевдовенерической форме
- 5) общее состояние не нарушается ни при одной из форм

К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ОСТРОЙ ЯЗВЫ ВУЛЬВЫ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) гангренозной
- 2) псевдовенерической
- 3) *шанкриформной
- 4) милиарной
- 5) возможны все перечисленные формы

ПСЕВДОВЕНЕРИЧЕСКАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ЯЗВЫ ВУЛЬВЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) подрытых краев
- 2) *безболезненности при дотрагивании
- 3) появления новых язв по мере заживления существовавших ранее
- 4) склонности к рецидивам
- 5) нарушения общего состояния

НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА

- 1) представляет географическую разновидность обычной чесотки
- 2) вызывается аномальной реакцией хозяина
- 3) вызывается чесоточными клещами - паразитами животных
- 4) обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей
- 5) *вызывается аномальной реакцией хозяина и обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей

ДЛЯ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) лентикулярные папулы
- 2) геморрагии
- 3) *точечные зудящие пузырьки и узелки
- 4) волдыри
- 5) полигональные папулы

СКОРОСТЬ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ЧЕСОТКИ ЗАВИСИТ ОТ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ, КРОМЕ

- 1) количества клещей, попавших на кожу в момент инфицирования
- 2) половых и возрастных особенностей кожи
- 3) индивидуального чувства зуда
- 4) *гигиенических навыков
- 5) состояния иммунитета

ЯЗВА ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ ИМЕЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) свободна от налета
- 2) покрыта гнойными налетами
- 3) покрыта распадающимися массами
- 4) покрыта геморрагической коркой

5) *покрыта некротической коркой

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ШАНКРИФОРМНУЮ ПИОДЕРМИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) на бледную трепонему отделяемого серума с поверхности язвы
- 2) РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем)
- 3) РИФ (реакция иммунофлюоресценции)
- 4) КСР (комплекс серологических реакций)
- 5) *все перечисленные исследования

БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ

- 1) *отсутствует или незначительная
- 2) умеренная
- 3) сильная
- 4) очень сильная
- 5) возможны все перечисленные варианты

ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ, ПОКА НЕ ИСКЛЮЧЕН ДИАГНОЗ СИФИЛИСА, НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) повязки с анилиновыми красителями
- 3) исследование на бледную трепонему
- 4) мази с антибиотиками
- 5) *повязки с анилиновыми красителями и исследование на бледную трепонему

ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ИСЧЕЗАЮТ

- 1) одновременно с заживлением язвы
- 2) спустя 1 неделю после заживления язвы
- 3) *спустя 2-3 недели после заживления язвы
- 4) спустя 4-5 недель после заживления язвы
- 5) спустя 6-8 недель после заживления язвы

ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- 1) не увеличены
- 2) увеличены
- 3) плотно-эластические
- 4) мягкие
- 5) *правильно увеличены и плотно-эластические

ИНФИЛЬТРАТ ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ

- 1) мягкий
- 2) плотный
- 3) не выступает за границы язвы
- 4) выступает за границы язвы
- 5) *правильно плотный и выступает за границы язвы

ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- 1) не спаяны между собой и с окружающей кожей
- 2) спаяны между собой и с окружающей кожей
- 3) болезненные
- 4) безболезненные

5) *не спаяны между собой и с окружающей кожей и безболезненные

ШАНКРИФОРМНАЯ ПИОДЕРМИЯ НАЧИНАЕТСЯ С

- 1) пятна
- 2) *пузырька
- 3) пустулы
- 4) эрозии
- 5) узелка

ЯЗВА ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) узким воспалительным венчиком розово-красного цвета вокруг язвы
- 2) воспалительным ободком синюшно-багрового цвета
- 3) краями ровными, покатыми и возвышенными
- 4) плотными, вывороченными краями
- 5) *узким воспалительным венчиком розово-красного цвета вокруг язвы; краями ровными, покатыми и возвышенными

ЯЗВА ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ

- 1) правильных округлых или овальных очертаний
- 2) неправильных очертаний с неровным, бугристым дном
- 3) дно гладкое
- 4) *правильных округлых или овальных очертаний и дно гладкое
- 5) возможно все перечисленное

РОЖА

- 1) стрептококковая инфекция кожи и подкожной клетчатки
- 2) часто локализуется на лице
- 3) редко повторяется
- 4) пораженная поверхность может быть покрыта пузырями
- 5) *правильно все перечисленное, кроме: редко повторяется

ПРИ ПРОБОДАЮЩЕЙ ЭКТИМЕ БОЛЬНОМУ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) повязки с анилиновыми красителями
- 2) антибиотики
- 3) повязки с раствором риванола
- 4) мази с антибиотиками
- 5) *антибиотики и мази с антибиотиками

ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВОГО ИМПЕТИГО ХАРАКТЕРНО

- 1) появление на коже мелких пустул, пронизанных в центре волосом
- 2) наличие воспалительного венчика по периферии пустул
- 3) *и то, и другое
- 4) ни то, ни другое

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ РОЖА МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ

- 1) *к лимфостазу и слоновости
- 2) к тромбофлебиту
- 3) к поражению внутренних органов
- 4) ко всему перечисленному
- 5) ни к чему из перечисленного

БОЛЬНЫЕ РОЖЕЙ ЛИЦА НУЖДАЮТСЯ В

- 1) срочной госпитализации
- 2) госпитализации не нуждаются
- 3) срочном назначении антибиотиков
- 4) срочной изоляции
- 5) *срочной госпитализации и срочном назначении антибиотиков

ПРИ КОЛЬЦЕВИДНОМ ИМПЕТИГО НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) анилиновые красители
- 3) сульфаниламидные препараты
- 4) мази с антибиотиками
- 5) *анилиновые красители и мази с антибиотиками

ПРИ ВУЛЬГАРНОЙ ЭКТИМЕ БОЛЬНОМУ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) повязки с анилиновыми красителями
- 3) примочки с 2% раствором борной кислоты
- 4) мази с антибиотиками
- 5) *антибиотики и мази с антибиотиками

ПРИ ФУРУНКУЛЕЗЕ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) *флуцинар
- 2) чистый деготь
- 3) мази с антибиотиками
- 4) фукорцин
- 5) анилиновые красители

ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ

- 1) *апокриновые потовые, железы
- 2) эккриновые потовые железы
- 3) сальные железы
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

ПРИ ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) иссечение некротических тканей, после чего мази с антибиотиками
- 3) повязки с анилиновыми красителями
- 4) примочки с 2% раствором борной кислоты
- 5) *антибиотики; иссечение некротических тканей, после чего мази с антибиотиками

ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО НА ФОНЕ

- 1) *хронического язвенного колита
- 2) регионального энтерита
- 3) ревматоидного артрита
- 4) узелкового периартериита
- 5) дерматомиозита

ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) местно повязка с анилиновыми красителями
- 2) прогревание "синей лампой"
- 3) *местно повязка с чистым ихтиолом

- 4) местно повязка с мазью Вишневского
- 5) все перечисленное

ПРИ ВСКРЫВШЕМСЯ ФУРУНКУЛЕ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) УВЧ
- 2) повязка с анилиновыми красителями
- 3) повязка с чистым ихтиолом
- 4) *повязка с гипертоническим раствором
- 5) все перечисленное

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) в стадии начальной инфильтрации
- 2) в стадии размягчения центральной части
- 3) в стадии формирования стержня
- 4) *при абсцедировании
- 5) не рекомендуется

ПРИ ФУРУНКУЛЕЗЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) *крови на сахар
- 2) крови на билирубин
- 3) мочи на креатинин
- 4) кала на гельминты
- 5) всего перечисленного

БОЛЬНЫЕ КАРБУНКУЛОМ НУЖДАЮТСЯ

- 1) в назначении антибиотиков
- 2) в повязках с раствором риванола
- 3) в тепловых процедурах
- 4) в повязках из чистого ихтиола
- 5) *в назначении антибиотиков и в повязках из чистого ихтиола

ПРИ НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИИ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ ВО ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) дезинфекции кожи в очаге
- 2) дезинфекции кожи вокруг очага
- 3) *бритья волос
- 4) удаления корок
- 5) дезинфекции белья

АУТОВАКЦИНА ПОКАЗАНА ПРИ

- 1) карбункулах
- 2) гидрадените
- 3) *рецидивирующем фурункулезе
- 4) гангренозной пиодермии
- 5) всем перечисленным

СТАФИЛОКОККОВЫЙ АНАТОКСИН ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) фурункулезе
- 2) карбункуле
- 3) гидрадените
- 4) *рецидивирующем фурункулезе

5) всем перечисленном

ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИТОВ
АНТИБИОТИКАМИ ИХ КОМБИНИРУЮТ

- 1) с неспецифической терапией
- 2) со специфической иммунотерапией
- 3) с общеукрепляющими средствами
- 4) с физиотерапевтическими методами
- 5) *со всем перечисленным

ПРИ ТЯЖЕЛЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПИОДЕРМИЯХ ПОКАЗАНО ВСЕ
ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) стафилококкового д-глобулина
- 2) гипериммунной плазмы
- 3) *стафилококковой вакцины
- 4) Т-активина
- 5) декариса

ПРИ ПСЕВДОФУРУНКУЛУЗЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ

- 1) *экринные потовые железы
- 2) апокринные потовые железы
- 3) волосяные фолликулы
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) гнойнички плоские, дряблые
- 2) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы
- 3) *поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

ПРИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ОПРЕЛОСТИ БОЛЬНОМУ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) ежедневные ванны
- 2) антибиотики
- 3) повязки с анилиновыми красителями
- 4) мази с антибиотиками
- 5) *все перечисленное, кроме: ежедневные ванны и антибиотики

СИМПТОМАМИ СТРЕПТОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) *гнойнички плоские, дряблые
- 2) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы
- 3) поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

ПРИ ШАРОВИДНЫХ УГРЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) местно анилиновые красители
- 2) местно чистый ихтиол
- 3) вскрытие очага поражения
- 4) антибиотики
- 5) *вскрытие очага поражения и антибиотики

ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НОВОРОЖДЕННЫХ НАЗНАЧАЮТ

- 1) *антибиотики
- 2) чистый ихтиол
- 3) анилиновые красители
- 4) УВЧ
- 5) УФО

ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССАХ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) вскрытие абсцессов
- 3) анилиновые красители
- 4) местно ихтиоловая мазь
- 5) *все перечисленное, кроме: антибиотики и местно ихтиоловая мазь

БУГОРКИ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ

- 1) быстро увеличиваются в размерах
- 2) медленно увеличиваются в размерах
- 3) не сливаются
- 4) иногда сливаются
- 5) *медленно увеличиваются в размерах и иногда сливаются

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 10-20 дней
- 2) 1-1.5 месяца
- 3) 2-3 месяца
- 4) *от 3 месяцев до 1 года
- 5) более 1 года

ОСТРОНЕКРОТИЗИРУЮЩИЙСЯ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *зоонозным
- 2) антропонозным
- 3) и то, и другое
- 4) ни то, ни другое

ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ БУГОРКОВ ПРОИСХОДИТ НЕ РАНЕЕ

- 1) 1-2 месяцев
- 2) 3-4 месяцев
- 3) *5-6 месяцев
- 4) 1 года
- 5) возможно в любые сроки

ЛИМФАНГИТ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ

- 1) распространенный
- 2) регионарный
- 3) встречается реже, чем при остронекротизирующемся лейшманиозе
- 4) встречается также часто, как при зоонозном лейшманиозе
- 5) *регионарный; встречается реже, чем при остронекротизирующемся лейшманиозе

БЫСТРО ИЗЪЯВЛЯЮЩИЙСЯ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) локализацией на открытых участках кожи
- 2) локализацией на любых участках кожи
- 3) изъязвлением в течение первых трех месяцев с момента появления
- 4) изъязвлением в течение 4-6 месяцев с момента появления
- 5) *локализацией на открытых участках кожи; изъязвлением в течение 4-6 месяцев с момента появления

ТУБЕРКУЛОИДНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) появления новых бугорков на месте рубца или вокруг него
- 2) желтовато-бурого цвета бугорков
- 3) *отсутствия феномена яблочного желе
- 4) склонности к группировке
- 5) длительного существования без изъязвления

ТУБЕРКУЛОИДНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ — ЭТО

- 1) лейшманиоз у больного туберкулезной волчанкой
- 2) лейшманиоз кожи у больного любой формой туберкулеза кожи
- 3) особый вид поздно изъязвляющегося лейшманиоза кожи у больного, инфицированного туберкулезом
- 4) *особый вид поздно изъязвляющегося лейшманиоза кожи
- 5) ничего из перечисленного

ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ

- 1) поверхностным
- 2) глубоким
- 3) с округлыми или овальными очертаниями
- 4) с неправильными очертаниями
- 5) *поверхностным и с неправильными очертаниями

ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩИЙСЯ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) зоонозным
- 2) *антропонозным
- 3) антропозоонозным

ПРИ ОБРАТНОМ РАЗВИТИИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕГОСЯ ЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ

- 1) рубцевание заканчивается в течение 1 месяца
- 2) рубцевание может затянуться до 2 лет
- 3) образуется втянутый рубец
- 4) образуется гипертрофированный рубец
- 5) *рубцевание может затянуться до 2 лет и образуется втянутый рубец

ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ ЯЗВА ИМЕЕТ

- 1) штампованные края и дно, покрытое коркой
- 2) вывороченные края и чистое дно
- 3) *валикообразные края и дно, покрытое коркой
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

БУГОРКИ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ

- 1) мягкие

- 2) эластичные
- 3) *плотные, покрыты чешуйками
- 4) гладкие
- 5) внешне не специфичны

БУГОРКИ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ

- 1) розово-красные
- 2) красные
- 3) *красновато-коричневые или красновато-синюшные
- 4) желтые
- 5) цвета здоровой кожи

ДЛЯ ЧЕСОТКИ, ВЫЗВАННОЙ ПАРАЗИТАМИ ЖИВОТНЫХ, НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) острое начало
- 2) сильный зуд
- 3) поражение участков кожи, соприкасавшихся с больным животным
- 4) *хроническое течение
- 5) самоизлечение

МИЛИАРНАЯ ФОРМА ДЕМОДЕКОЗА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) милиарными нессливающимися узелками
- 2) отеком и гиперемизованным фоном
- 3) слиянием узелков с образованием бляшек
- 4) умеренным зудом и жжением в очагах
- 5) *тенденцией к периферическому росту узелков

КЛЕЩЕВОЙ ДЕРМАТИТ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬСЯ УКУСАМИ КЛЕЩЕЙ-ПАРАЗИТОВ

- 1) домовых мышей
- 2) домовых крыс
- 3) домашней птицы
- 4) голубей и других птиц, обитающих на чердаках
- 5) *всех перечисленных

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕМОДЕКОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) противовоспалительных средств
- 2) *гормональных мазей и кремов
- 3) антипаразитарных средств
- 4) гипосенсибилизирующих средств
- 5) лечения фоновых заболеваний

«НЕИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ»

В ПРОГРЕДИЕНТНОЙ СТАДИИ ЭКССУДАТИВНОГО ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) антигистаминных препаратов
- 2) *витамина В12 и УФО
- 3) гипосульфита натрия
- 4) 1 % салициловой мази
- 5) инъекций глюконата кальция

ЛИХЕНОИДНЫЙ ПАРАПСОРИАЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ КРОМЕ

- 1) мелких лихеноидных буровато-красноватых папул с отрубевидной чешуйкой
- 2) буровой пигментацией с телеангиэктазиями после инволюции
- 3) незначительной пурпуры после поскабливания
- 4) *сильного зуда
- 5) длительного течения и резистентности к терапии

В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, К:

- 1) ангионевротических расстройств
- 2) инсоляции
- 3) заболеваний желудочно-кишечного тракта
- 4) эндокринопатий
- 5) *непереносимости глютена

СЕБОРЕЯ СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ

- 1) вульгарных угрей
- 2) розацеа
- 3) себорейного дерматита
- 4) ринофимы
- 5) *ксантелазмы

ТРИХОНОДОЗИС — ЭТО

- 1) *узловатые образования на стержне волоса
- 2) пучки коротких волос
- 3) скрученные волосы
- 4) веретеновидные волосы
- 5) спутанные волосы

ПРИ АРТРОПАТИЧЕСКОМ ПСОРИАЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *пенициллина и преднизолона
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) оксиферрискорбона
- 4) детоксицирующих средств
- 5) антиоксидантов

ТИПИЧНЫЕ ВЫСЫПНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОМЕ

- 1) папул плоских, полигональных, красновато-сиреневого цвета
- 2) вдавления в центре папулы
- 3) сосковидного блеска
- 4) сетки Уикхема на поверхности папул
- 5) *преимущественной локализации на лице

ПРОЯВЛЕНИЯ БЛЯШЕЧНОГО ПАРАПСОРИАЗА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ЗНАКАМИ, КРОМЕ

- 1) желтовато-бурых пятен с четкими границами
- 2) небольшого шелушения мелкими чешуйками, иногда незаметного, влияющего с помощью граттажа
- 3) преимущественной локализации на туловище и нижних конечностях
- 4) отсутствия зуда

5) *выраженной инфильтрации и нарушения общего состояния

ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) генерализованная микседема
- 2) узелковая микседема
- 3) претибиальная микседема
- 4) *все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА ПИГМЕНТНОЙ КРАПИВНИЦЫ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) в детском возрасте
- 2) *исключительно у взрослых больных
- 3) с самого рождения
- 4) в пубертатный период
- 5) в любом возрасте с одинаковой частотой

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЕ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) фокусный некробиоз коллагена средней части дермы
- 2) радиально расположенный клеточный инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов, эпителиоидных клеток, гигантских клеток типа инородного тела
- 3) расширение сосудов верхней части дермы, набухание эндотелия, утолщение стенки сосудов, периваскулярные лимфоидно-гистиоцитарные инфильтраты, возможен стаз эритроцитов
- 4) фрагментация и отечность коллагена средней части дермы
- 5) *все перечисленное

ПРИЧИНОЙ ДЕРМАТОЗОВ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение защитной функции кожи
- 2) нарушение обмена веществ
- 3) микроангиопатии
- 4) аллергические реакции
- 5) *все перечисленное

МОЧКА УШНОЙ РАКОВИНЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ

- 1) псориазе
- 2) себорейном дерматите
- 3) микотической экземе
- 4) стрептодермии
- 5) *контактном дерматите

САРКОМА КАПОШИ ПРИ СПИДЕ (ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА), В ОТЛИЧИЕ ОТ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) молодого возраста больных
- 2) внезапного развития и стремительного прогрессирования распространенных узелковых и опухолевых образований
- 3) *отсутствия субъективных ощущений и осложнения вторичной инфекцией
- 4) атипичной локализации на голове, шее, туловище, во рту

5) сочетания с висцеральными поражениями и увеличением лимфатических узлов

**ГИПЕРЭЛАСТИЧЕСКАЯ КОЖА (СИНДРОМ ЭЛЕРСА - ДАНЛОСА)
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ**

- 1) проявления с раннего детского возраста
- 2) повышенной ранимости кожи с легким образованием гематом, медленно и атрофических рубцов
- 3) чрезмерной растяжимости кожи в области суставов и на лице
- 4) чрезмерной гибкости и подвывихов суставов
- 5) *ангиоидных полос на сетчатке глаз

ЛЕНТИГО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЕСНУШЕК ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) большего размера пятен
- 2) существования с первого года жизни
- 3) отсутствия приуроченности к участкам, подвергающимся инсоляции
- 4) увеличения количества меланоцитов в биоптате из пятна
- 5) *более светлой окраски

**ДИАГНОСТИКА МОНОГЕННЫХ ДЕРМАТОЗОВ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ
ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ**

- 1) пробы на потоотделение и салоотделение
- 2) исследования дерматоглифики и комплекса диспластических стигм
- 3) *исследования кариотипа
- 4) гистологического и электронномикроскопического исследования
- 5) микроскопии стержня волоса

**НАСЛЕДСТВЕННУЮ ЭРИТЕМУ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ НАДО
ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ БОЛЕЗНЯМИ, КРОМЕ**

- 1) эритемы ладоней при циррозе печени
- 2) ладонно-подошвенной формы болезни Девержи
- 3) рубромикоза ладоней и подошв
- 4) *центробежной эритемы
- 5) ладонно-подошвенной формы псориаза

**ТИПИЧНЫЕ ПИГМЕНТАЦИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ
(БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА) ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ,
КРОМЕ**

- 1) появления пигментации с первого года жизни
- 2) овальных и округлых крупных "кофейных" пятен
- 3) веснушчатоподобной пигментации в подмышечных и паховых складках
- 4) постепенного увеличения числа "кофейных" пятен (не менее 6)
- 5) *темного цвета пигментации и обильных волос на их поверхности

**ДИАГНОЗ БУЛЛЕЗНОЙ ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ МОЖЕТ БЫТЬ
ОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ НАЛИЧИЯ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ**

- 1) пузырей
- 2) папилломатозных роговых разрастаний
- 3) эрозий
- 4) гиперемии
- 5) *характерного диспластического лица

В ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫДЕЛЯЮТСЯ

- 1) сезонные стадии
- 2) две стадии в зависимости от активности процесса
- 3) *три стадии возрастной эволютивной динамики
- 4) четыре стадии в зависимости от осложнений
- 5) стадийность не выявляется

ПРИ ОБЫЧНОМ ПСОРИАЗЕ ИЗЛЮБЛЕННОЙ, И НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫСЫПАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) волосистой части головы
- 2) разгибательных поверхностей конечностей
- 3) *сгибательных поверхностей конечностей
- 4) локтей и колен
- 5) области крестца

ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ НОГТЕЙ ПРИ ПСОРИАЗЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ,
КРОМЕ

- 1) наперстковидного вдавления
- 2) онихолизиса
- 3) подногтевых геморрагии
- 4) симптома масляного пятна
- 5) *платонихии, койлонихии, онихолизиса

ПУСТУЛЕЗНЫЙ ПСОРИАЗ БАРБЕРА (ВЕРНО ВСЕ, КРОМЕ)

- 1) *относится к осложненным формам
- 2) относится к неосложненным формам
- 3) отличается особенной торпидностью
- 4) характеризуется полиморфизмом высыпных элементов
- 5) не сопровождается системными симптомами

СКЛЕРЕДЕМЕ БУШКЕ ПРЕДШЕСТВУЕТ

- 1) лекарственная болезнь
- 2) лимфаденит и лимфангоит
- 3) голодание и авитаминоз
- 4) *стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей, ангина, пневмония
скарлатина, рожа
- 5) ни одно из перечисленного

АТРОФОДЕРМИЯ ПАЗИНИ - ПЬЕРИНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) возникновения в подростковом возрасте
- 2) локализации преимущественно на спине
- 3) эритематозных слегка отечных пятен в начальной стадии
- 4) атрофичных буроватых западающих пятен в поздней стадии
- 5) *полного восстановления всех тканей после разрешения процесса

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КРАПИВНИЦА

- 1) не отличается клинически от непрофессиональной
- 2) отличается от непрофессиональной путями попадания в организм аллергена и сильным зудом
- 3) профессиональный характер должен быть подтвержден доказательством этиологической роли производственного аллергена

- 4) достаточно анамнестического указания на связь крапивницы с профессиональными факторами
- 5) *правильно: не отличается клинически от непрофессиональной; профессиональный характер должен быть подтвержден доказательством этиологической роли производственного аллергена

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ У ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП ПРОФЕССИЙ, КРОМЕ

- 1) работников производства антибиотиков
- 2) работников кондитерских пищевых предприятий
- 3) работников фруктово-консервных предприятий
- 4) зубных врачей
- 5) *лаборантов медицинских лабораторий, производящих исследования на кандидоз

КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ПСОРИАЗОМ ЦИКЛОСПОРИНОМ А?

- 1) повышение артериального давления
- 2) гипертрихоз
- 3) увеличение креатинина в сыворотке крови, миалгии
- 4) нефротоксическое действие
- 5) *выпадение волос

ПРИЧИНОЙ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) передозировки
- 2) замедления метаболизма у лиц с генетической недостаточностью ацетилтрансферазы
- 3) функциональной недостаточности печени
- 4) функциональной недостаточности почек
- 5) *функциональной недостаточности щитовидной железы

ПОСЛЕ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

- 1) проводить пробу нельзя в остром периоде
- 2) проба на коже может быть отрицательная
- 3) проба проводится путем помещения подозреваемого вещества во внутреннюю часть нижней губы
- 4) проба проводится путем нанесения вещества под язык
- 5) *все перечисленное верно

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) поражение кистей и предплечий
- 2) рецидив во время отпуска
- 3) связь с психотравмами
- 4) регресс в условиях стационара
- 5) *поражение кистей и предплечий; регресс в условиях стационара

ОБЛИГАТНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей
- 2) газообразные и парообразные вещества (сероводород и др.)
- 3) боевые отравляющие вещества кожно-раздражающего действия
- 4) концентрированные растворы солей тяжелых и щелочных металлов

5) *все перечисленные

УСЛОВИЕМ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОЗА ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повреждение кожи (микротравма)
- 2) наличие других заболеваний кожи
- 3) предшествующее солнечное облучение
- 4) *одновременное солнечное облучение
- 5) все перечисленное

КОНТАКТНЫЙ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) острым воспалением кожи на месте соприкосновения с раздражителем
- 2) острым воспалением кожи, выходящим за пределы участка, подвергнувшегося воздействию раздражителя
- 3) четкими границами
- 4) нечеткими границами
- 5) *правильно: острым воспалением кожи на месте соприкосновения с раздражителем; четкими границами

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ФОТОДЕРМАТИТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) возникновения через несколько часов после одновременного с фотодинамическим веществом и солнечного облучения веществом и солнечного облучения
- 2) *возникновения через несколько дней после контакта с фотодинамическим веществом и одновременным солнечным облучением
- 3) жжения, светобоязни
- 4) гиперемии, отека, пузырей на коже
- 5) конъюнктивита, ринита воспаления слизистой оболочки верхних дыхательных путей

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) четких границ
- 2) локализации в местах контакта с раздражителем
- 3) *волдырей
- 4) гиперемии
- 5) жжения

ПРИ КОНТАКТНОМ ДЕРМАТИТЕ НАИМЕНЕЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) веки
- 2) шея
- 3) половые органы
- 4) руки
- 5) *ладони

ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ (ПОМИМО ПЕРИОРАЛЬНОЙ ЗОНЫ) МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ НА КОЖЕ СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКОВ, КРОМЕ

- 1) носогубной складки
- 2) подбородка и шеи
- 3) щек
- 4) периорбитальной области и лба, переносицы
- 5) *ушных раковин и волосистой части головы

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ВРЕДНОСТИ, КРОМЕ

- 1) химических
- 2) физических
- 3) инфекционных
- 4) *психо-эмоциональных
- 5) паразитарных

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

- 1) эпидермозы
- 2) неаллергические контактные дерматиты
- 3) масляные фолликулиты
- 4) гиперкератозы
- 5) *все перечисленное

РАЗВИТИЕ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА СВЯЗЫВАЮТ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЧИНАМИ, КРОМЕ

- 1) косметических средств
- 2) раздражающих зубных паст, раздражающей губной помады
- 3) длительного применения кортикостероидных наружных средств
- 4) *себореи
- 5) микробной сенсibilизации

МАСЛЯНЫЙ ФОЛЛИКУЛИТ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) затвердением масла в фолликуле
- 2) активизацией роста бактерий под влиянием масла
- 3) фолликулярным гиперкератозом
- 4) всеми перечисленными факторами
- 5) *активизацией роста бактерий под влиянием масла и фолликулярным гиперкератозом

ЧЕРТЫ СХОДСТВА КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ И ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА ВКЛЮЧАЮТ

- 1) сходство клинической морфологии высыпаний
- 2) наличие случаев одновременного существования у одного больного липоидного некробиоза и кольцевидной гранулемы
- 3) более высокую, чем в популяции, частоту обнаружения манифестного или скрытого сахарного диабета при липоидном некробиозе и кольцевой гранулеме
- 4) наследственную предрасположенность к сосудистой патологии
- 5) *все перечисленное

У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ, КРОМЕ

- 1) липоидного некробиоза
- 2) ксантом
- 3) кольцевидной гранулемы
- 4) диабетической дермопатии
- 5) *пойкилодермии

Комплексное лечение при витилиго включает все перечисленные воздействия, кроме

- 1) фотосенсибилизирующих средств
- 2) лечения заболеваний, усиливающих аутоаллергические процессы

- 3) устранения психо-эмоциональных расстройств и нарушений вегетативной нервной системы
- 4) устранения неблагоприятных физико-химических воздействий
- 5) *наружного применения белой ртутной мази

Длительное применение наружной гормональной терапии больному атопическим дерматитом может привести ко всему перечисленному, кроме

- 1) *полного выздоровления; наиболее эффективно, не дает осложнений
- 2) подавления глюкокортикоидной функции коры надпочечников
- 3) атрофии кожи
- 4) гипертрихоза
- 5) инфицирования очагов поражения на коже

При фолликулярном дискератозе Дарье поражается все перечисленное, кроме

- 1) себорейные зоны на голове, лице, верхней части туловища
- 2) ладони и подошвы
- 3) складки подмышечные, паховые, носогубные
- 4) ногти (ониходистрофия, подногтевой гиперкератоз)
- 5) *волосы (выпадение и полиозис)

В патогенезе атопического дерматита играют роль все перечисленные факторы, кроме

- 1) блокады бета-адренергических рецепторов, мембранодеструктивных процессов
- 2) аллергии к микробным антигенам
- 3) аллергии к пищевым продуктам
- 4) *врожденного дефекта ингибитора, С3-компонента комплемента
- 5) иммунодефицита

Отрицательно влияют на прогноз при псориазе все перечисленные факторы, кроме

- 1) диабета
- 2) наличия фокальных инфекций и нарушений иммунитета
- 3) нарушений функций печени, эндогенной интоксикации
- 4) наличия нарушений липидного обмена
- 5) *низкого веса

Для стационарной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме

- 1) элементы полностью покрыты серебристо-белыми чешуйками
- 2) *вокруг элементов - "псевдоатрофический" ободок Воронова и ободок Пильнова
- 3) прекращения появления новых высыпаний
- 4) отсутствия периферического роста элементов
- 5) насыщенно красного цвета высыпных элементов

Красные угри характеризуются всем перечисленным, кроме

- 1) эритемы
- 2) пустул
- 3) локализации в зоне бабочки на лице
- 4) телеангиэктазий
- 5) *комедонов, папулопустулезных элементов на шее

Для себорейного дерматита не характерны перечисленные, кроме

- 1) везикул и пузырей
- 2) лихенификации и лихеноидных полигональных папул
- 3) депигментации

- 4) *шелушения жирными чешуйками в эритематосквамозных очагах
- 5) поражения локтевых и подколенных складок, ладоней

ДЛЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГИПЕРЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОЖИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) истончения коллагеновых волокон
- 2) уменьшения коллагеновых волокон
- 3) *отсутствия потовых желез
- 4) увеличения эластической ткани
- 5) неправильного расположения пучков коллагеновых волокон

К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ДЕРМАТОЗАМ ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) *эпидемической пузырчатки, новорожденных
- 2) врожденного буллезного эпидермолиза
- 3) доброкачественной семейной пузырчатки Хейли - Хейли
- 4) буллезной ихтиозиформной эритродермии
- 5) световой оспы Базена

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМЫ КАЛОШИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *средств для устранения венозной недостаточности, дапсона и препаратов мышьяка
- 2) проспидина в комплексной химиотерапии
- 3) винкристина или винбластина в комплексной химиотерапии
- 4) леакадина
- 5) реаферона

КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) отсутствия субъективных ощущений
- 2) высыпания расположены кольцевидно
- 3) исчезает спонтанно
- 4) связь с хроническими инфекционными очагами
- 5) *оставляет рубцы

ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ЛОМКОСТИ НОГТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) недостаточности периферических сосудов
- 2) постоянного травмирования и высушивания
- 3) вегетососудистой дистонии
- 4) заболевания щитовидной железы
- 5) *заболевания легких

БОЛЕЗНЬ ДЕВЕРЖИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) дебют болезни Девержи может быть во взрослом возрасте
- 2) у больных, впервые заболевших во взрослом возрасте, обычно в семье нет идентичных больных
- 3) на пальцах имеются конусы Бенье
- 4) при стертых формах поражение может длительно ограничиваться гиперкератотическими очагами на ладонях и подошвах

5) *резко выражены феномены Ауспитца

ДЛЯ РЕГРЕССИВНОЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *изоморфной реакции Кебнера и симптома Пильнова
- 2) развития вокруг элементов "псевдоатрофического" ободка Воронова
- 3) отсутствия периферического роста элементов
- 4) исчезновения высыпаний
- 5) побледнения окраски высыпных элементов

ДЛЯ СКЛЕРЕДЕМЫ БУШКЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) поражает чаще взрослых женщин
- 2) возникает после острой инфекции или травмы
- 3) первые проявления возникают на лице и шее
- 4) быстро прогрессирует
- 5) *характерны поражения пальцев рук, гиперпигментации, телеангиэктазии

КОЖА МОРЯКОВ И ЗЕМЛЕДЕЛЬЦЕВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) предшествующим фотодерматитом
- 2) застойной гиперемией
- 3) поражением преимущественно открытых участков кожи
- 4) является разновидностью сенильной атрофии
- 5) *всем перечисленным

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ АТРОФИЯ КОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) *возникновения только в глубоком старческом возрасте
- 2) начала поражения с дистальных отделов конечностей
- 3) начальной гиперемии с тестоватым инфильтратом и отеком
- 4) последующего побледнения с сиреневатым или перламутровым оттенком, мелкопластинчатым шелушением, морщинистостью, истончением
- 5) снижения сало- и потоотделения, выпадения волос

ЗУД КОЖИ НЕ СОПРОВОЖДАЕТ

- 1) сахарный диабет
- 2) уремию
- 3) лимфогранулематоз
- 4) цирроз печени
- 5) *саркому Капоши

ПЕРВЫЕ СИМПТОМЫ ЭРИТРОПОЭТИЧЕСКОЙ УРОПОРФИРИИ (БОЛЕЗНЬ ГЮНТЕРА) ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) у подростков
- 2) *на первом году жизни, реже на 2-3-м году
- 3) в юношеском возрасте
- 4) у взрослых
- 5) в любом возрасте

ПРИ КАКОМ БУЛЛЕЗНОМ ДЕРМАТОЗЕ У БОЛЬНЫХ НЕРЕДКО ОДНОВРЕМЕННО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ГЛЮТЕНУ ПРИ

- 1) герпесе беременных
- 2) *герпетиформном дерматите Дюринга

- 3) приобретенном буллезном эпидермолизе
- 4) эритематозной пузырчатке
- 5) синдроме Стивенса - Джонсона

АКАНТОЛИЗ С ВЫСОКИМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ ПУЗЫРЕЙ
ЗЕРНИСТОМ СЛОЕ В БИОПТАТЕ КОЖИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) герпесе беременных
- 2) *листовидной пузырчатке
- 3) приобретенном буллезном эпидермолизе
- 4) претибиальном буллезном эпидермолизе
- 5) при буллезном пемфигоиде Левера

ИСХОДОМ ПОРАЖЕНИЯ-МЫШЦ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ
ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) мышечной атрофии
- 2) фиброзного миозита
- 3) фиброзных контрактур
- 4) кальциноза
- 5) *амилоидоза

ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) кровоизлияния в слизистую оболочку рта
- 2) *кровоизлияния в слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта
- 3) кровоизлияния в конъюнктиву
- 4) кровоизлияния во всех перечисленных локализациях
- 5) кровоизлияния в слизистые оболочки не характерны

ДЛЯ КОЖНОЙ ФОРМЫ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) толчкообразно проявляющиеся узелки диаметром 15 мм и меньше, нормальной или багрово-цианотичной кожей над ними, расположенные по ходу сосудов
- 2) ливедо
- 3) ограниченные отеки кожи лица, суставов, ног, кистей
- 4) узлы с геморрагическим некрозом, изъязвлением и кровоточив
- 5) *все перечисленное

ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) истинный полиморфизм сыпи
- 2) эволюционный полиформизм сыпи
- 3) петехиальные мономорфные элементы
- 4) все элементы с геморрагическим компонентом
- 5) *все перечисленное, кроме петехиальных мономорфных элементов

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА В ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ МЕЛАНОМУ
МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ

- 1) неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- 2) увеличением или неравномерностью пигментации
- 3) увеличением или неравномерностью плотности
- 4) изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
- 5) *всем перечисленным

ДЛЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) начало с шаровидного узла

- 2) быстрый центральный распад с образованием блюдцеобразной опухоли
- 3) отторжение распадающихся масс с одновременным уплощением опухоли
- 4) образование депигментированного звездчатого рубца не позднее 3 месяцев с начала заболевания
- 5) *все перечисленное

ПРИ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ПСЕВДОКСАНТОМЕ ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ

- 1) обнаруживаются у всех больных в виде пороков развития глаз
- 2) *у половины больных выявляются в виде ангиоидных полос сетчатки
- 3) не встречаются проявляются в виде кератита
- 4) проявляются в виде конъюнктивита и блефарита

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ ГРИБОВИДНОМ МИКОЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) сильного зуда
- 2) эритематозных очагов, инфильтративных бляшек
- 3) опухолевидно-узловатых образований с язвенным распадом
- 4) эритродермии и кератодермии ладоней и подошв
- 5) *лимфангиэктатических кист

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТОМ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) ретиноидов
- 2) сульфаниламидов
- 3) салицилатов, нестероидных противовоспалительных средств
- 4) тетрациклинов
- 5) *пантотената кальция и гепатопротекторов

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ ПЕНИЦИЛЛИНА - ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ВОЗМОЖНЫ ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) зуда, крапивницы, токсикодермии
- 2) изменения периферической крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения)
- 3) гематурии, протеинурии, нефрита
- 4) цинк-дефицитного состояния
- 5) *усиления индукции кожи и образования келоидов

ОСНОВОЙ ПАТОГЕНЕЗА ПИГМЕНТНОЙ КСЕРОДЕРМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *нарушение репарации ДНК
- 2) нарушение порфиринового обмена
- 3) повышение активности коллагеназы
- 4) недостаточность фермента аргиринсульфатазы
- 5) снижение активности тирозиназы

К ФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) механические воздействия
- 2) воздействия низких и высоких температур
- 3) различные виды лучистой энергии (проникающие и непроникающие излучения)
- 4) воздействие электрическим током
- 5) *все перечисленные

ОЖОГ, ВЫЗВАННЫЙ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЩЕЛОЧЬЮ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) *сухого струпа
- 2) мягкого струпа
- 3) нечетких границ
- 4) постепенного распространения некроза вглубь и по периферии
- 5) рыхлого струпа

ТОКСИКОДЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) бурной воспалительной реакцией кожи
- 2) большой распространенностью, вплоть до эритродермии
- 3) нарушением общего состояния
- 4) быстрым регрессом после устранения контакта с аллергеном
- 5) *всем перечисленным

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ СТАРЧЕСКОЙ И КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ПУРПУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тромбоцитопения
- 2) увеличенное внутрисосудистое давление
- 3) потеря сосудистого тонуса
- 4) *ломкость сосудов
- 5) недостаточное свертывание крови

ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) лечение предрака
- 2) исключение повторного лечения лучами Рентгена
- 3) ограничение применения мышьяка
- 4) диспансерное наблюдение за работающими с углеводородами (продуктами перегонки нефти, угля, сланцев)
- 5) *все перечисленное

«ОБЩАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ»

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ФОРМУЛИРУЕТСЯ, ВКЛЮЧАЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) нозологической формы
- 2) клинической формы
- 3) характера течения
- 4) стадии процесса
- 5) *эффективности предшествующего лечения

ГИПОАЛЛЕРГЕННАЯ ДИЕТА МОЖЕТ НАЗНАЧАТЬСЯ БОЛЬНЫМ

- 1) псориазом
- 2) буллезными дерматозами
- 3) склеродермией
- 4) *экземой, атопическим дерматитом
- 5) все перечисленное

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) *исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков
- 2) ограничение углеводов
- 3) ограничение белков

- 4) ограничение поваренной соли
- 5) снижение калорийности пищевого рациона

К ПРЕПАРАТАМ, БЛОКИРУЮЩИМ H₂-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ, ОТНОСИТСЯ

- 1) *циметидин
- 2) димедрол
- 3) супрастин
- 4) фенкарол
- 5) диазолин

ПОНЯТИЕ "ДОЗОВЫЙ РЕЖИМ" ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) суточных доз в единицах веса или объема
- 2) промежутков между введением
- 3) *путей введения
- 4) скорости введения
- 5) общей продолжительности лечения

К ПРЕПАРАТАМ, ТОРМОЗЯЩИМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕ МЕДИАТОРНЫХ ВЕЩЕСТВ ИЗ ТУЧНЫХ КЛЕТОК, ОТНОСЯТСЯ

- 1) задитен
- 2) кромолин-натрий
- 3) циметидин
- 4) *задитен и кромолин-натрий
- 5) ни один из указанных

МЕСТНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА — ЭТО

- 1) *феномен Артюса - Сахарова (ягодичная реакция)
- 2) контактный аллергический дерматит
- 3) конъюнктивит
- 4) фарингит
- 5) глоссит

ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ

- 1) гипосульфит натрия
- 2) пантотеновая кислота
- 3) аскорбиновая кислота
- 4) сернокислая магнезия
- 5) *все перечисленное

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРАХ, КРОМЕ

- 1) точно установленного аллергена
- 2) невозможности избежать повседневного контакта с аллергеном
- 3) отсутствия противопоказаний для специфической гипосенсибилизации
- 4) моновалентной сенсibilизации
- 5) *поливалентной сенсibilизации

ГИПЕРЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С КЛЕТОЧНЫМИ АНТИТЕЛАМИ, ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- 1) буллезные
- 2) эксфолиативные

- 3) геморрагические
- 4) экзематозные
- 5) *все перечисленные

К ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКИМИ БУЛЛЕЗНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ ПРЕДЪЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ, ИСКЛЮЧАЯ ОБОГАЩЕНИЕ

- 1) животными белками
- 2) продуктами, содержащими соли калия
- 3) углеводами и жирами
- 4) *продуктами, содержащими соли кальция
- 5) углеводами и жирами и продуктами, содержащими соли кальция

АЛКОГОЛЬ ВЛИЯЕТ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВ ПУТЕМ

- 1) изменения резорбции и метаболизма лекарств
- 2) повышения токсичности барбитуратов
- 3) повышения эффективности оральных сахароснижающих препаратов
- 4) *изменения резорбции и метаболизма лекарств и повышения токсичности барбитуратов
- 5) повышения токсичности барбитуратов и повышения эффективности оральных сахароснижающих препаратов

ЭКСКРЕЦИЯ ЛЕКАРСТВ С НИЗКИМ МОЛЕКУЛЯРНЫМ ВЕСОМ ПРОИЗВОДИТСЯ В ОСНОВНОМ

- 1) *почками
- 2) желчной системой
- 3) кишечником
- 4) легкими
- 5) железами кожи

О НАЧАЛЕ "СИНДРОМА ОТМЕНЫ" ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

- 1) анорексия
- 2) недомогание
- 3) гипотония
- 4) миалгия
- 5) *все перечисленное

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЕЙ И ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *гипоаллергенной диеты
- 2) уменьшения в рационе животных жиров
- 3) исключения поваренной соли
- 4) исключения острых блюд
- 5) ограничения углеводов

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- 1) продуктов из пшеничной и ржаной муки
- 2) круп, содержащих глютен
- 3) острых блюд
- 4) углеводов

5) *правильно все, кроме: углеводов

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ФАКТОРАХ, КРОМЕ

- 1) неизвестного аллергена, вызвавшего заболевание
- 2) поливалентной сенсibilизации
- 3) наличия противопоказаний для проведения аллергологического обследования
- 4) невозможности избежать повседневного контакта с аллергеном
- 5) *моновалентной сенсibilизации

ЭКСКРЕЦИЯ ЛЕКАРСТВ С ВЫСОКИМ МОЛЕКУЛЯРНЫМ ВЕСОМ ПРОИЗВОДИТСЯ В ОСНОВНОМ

- 1) почками
- 2) *желчной системой
- 3) кишечником
- 4) легкими
- 5) железами кожи

К ПОБОЧНОМУ ДЕЙСТВИЮ ЛЕКАРСТВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) токсические-реакции
- 2) дисбактериоз
- 3) массивный бактериолиз (реакция Герксгеймера)
- 4) реакция с особой чувствительностью
- 5) *все перечисленное

ПУТЯМИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ МОГУТ БЫТЬ

- 1) внутривенный
- 2) внутримышечный
- 3) подкожный
- 4) эндолимфатический
- 5) *все перечисленное

ЭККРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ВЫДЕЛЯЮТ ПОТ, СОСТОЯЩИЙ

- 1) из воды
- 2) из солей кальция
- 3) из сульфатов хлорида натрия
- 4) из органических веществ (мочевая кислота, аммиак, углеводы и т.д.)
- 5) *все перечисленное верно

АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В СВОЕМ СЕКРЕТЕ СОДЕРЖАТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) обычных составных частей пота
- 2) железа
- 3) холестерина и его эфиров
- 4) гликогена
- 5) *нейтральных жиров

ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ СЕКРЕТА САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нейтральные жиры
- 2) азотистые и фосфорные соединения
- 3) стероидные гормоны
- 4) стеарины

5) *все перечисленное

ГИПЕРКЕРАТОЗ — ЭТО УТОЛЩЕНИЕ

- 1) эпидермиса
- 2) базального слоя
- 3) шиповидного слоя
- 4) зернистого слоя
- 5) *рогового слоя

СЕКРЕЦИЯ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ РЕГУЛИРУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) нервной системы
- 2) гормонов половых желез
- 3) гормонов гипофиза
- 4) гормонов надпочечников
- 5) *гормонов поджелудочной железы

БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН В КОЖЕ ПРОИСХОДИТ ЗА СЧЕТ

- 1) коллагена
- 2) продуктов белкового обмена
- 3) альбуминов и глобулинов
- 4) кератина
- 5) *всего перечисленного

ПРИ СТАРЕНИИ КОЖИ ПРОИСХОДИТ

- 1) изменение биохимического состава кожи
- 2) снижение активности ферментов в эпидермисе
- 3) усиление активности ферментов в дерме
- 4) повышение содержания в коже кальция и калия
- 5) *все перечисленное

ГИПЕРТРОФИЯ ЭПИДЕРМИСА — ЭТО УТОЛЩЕНИЕ

- 1) рогового слоя
- 2) зернистого слоя
- 3) базального слоя
- 4) шиповидного слоя
- 5) *всех слоев кожи, кроме базального

К ОСЛОЖНЕНИЯМ, НАБЛЮДАЮЩИМСЯ ПРИ НАРУЖНОМ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) атрофия кожи
- 2) пиодермия
- 3) келоидный рубец
- 4) гиперкератоз
- 5) *атрофия кожи и пиодермия

АТРОФИЯ ДЕРМЫ — ЭТО

- 1) уплощение сосочкового слоя
- 2) истончение сетчатого слоя
- 3) сглаженность дермо-эпидермальной границы
- 4) уменьшение количества сосудов дермы
- 5) *все перечисленное, кроме: уменьшение количества сосудов дермы

ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) размеров и цвета
- 2) формы и конфигурации
- 3) консистенции
- 4) поверхности, дна, содержимого, границ
- 5) *всего перечисленного

СПОНГИОЗ — ЭТО

- 1) скопление в межклеточных щелях отечной жидкости
- 2) раздвижение эпителиальных клеток
- 3) растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
- 4) формирование микровезикул
- 5) *все перечисленное

ВТОРИЧНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ, ПОЯВЛЯЮЩИМИСЯ ПОСЛЕ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ТОЛЬКО ЭПИДЕРМИСА, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) *эрозия
- 2) язва
- 3) поверхностная трещина
- 4) рубец
- 5) все перечисленное

ДИСКЕРАТОЗ — ЭТО

- 1) нарушение ороговения отдельных клеток
- 2) нарушение ороговения групп клеток
- 3) нарушение ороговения всего эпителия
- 4) любое отклонение от нормального рогообразования
- 5) *нарушение ороговения отдельных клеток и нарушение ороговения групп клеток

АКАНТОЛИЗ — ЭТО

- 1) разрушение межклеточных мостиков клеток шиповидного слоя
- 2) скопление серозной жидкости
- 3) образование внутридермальных пузырей
- 4) дегенеративное изменение эпидермальных клеток, утративших с окружающими и плавающими в пузырьной жидкости
- 5) *все перечисленное

ГРАНУЛЕЗ — ЭТО УТОЛЩЕНИЕ

- 1) эпидермиса
- 2) шиповидного слоя
- 3) *зернистого слоя
- 4) базального слоя
- 5) рогового слоя

ДЕРМА СОСТОИТ ИЗ

- 1) волокнистых субстанций
- 2) основного межклеточного вещества
- 3) клеточных элементов
- 4) сосудов и нервов
- 5) *всего перечисленного

РОГОВОЙ СЛОЙ КОЖИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) механической резистентности
- 2) *противолучёвой резистентности
- 3) противохимической резистентности
- 4) электросопротивления
- 5) антимикробной резистентности

ПРОНИЦАЕМОСТЬ КОЖИ — ЭТО

- 1) адсорбирование вещества на роговом слое
- 2) прохождение вещества через роговой барьер
- 3) прохождение вещества через эпидермис и сосочковый слой дермы
- 4) поступление вещества через стенки кровеносных сосудов в кров
- 5) *все перечисленное, кроме: адсорбирование вещества на роговом слое

ВОСПАЛЕНИЕ ДЕРМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) отека
- 2) расширения сосудов
- 3) выхода белков, плазменного происхождения и форменных элементов крови за пределы сосудистого русла
- 4) формирования периваскулярных или диффузных клеточных пролифератов
- 5) *сглаживания сосочков дермы

К ПЕРВИЧНЫМ НЕПОЛОСТНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) пятно
- 2) узелок и узел
- 3) бугорок
- 4) волдырь
- 5) *все перечисленное

ЦВЕТ КОЖИ ЗАВИСИТ

- 1) от толщины рогового слоя
- 2) от количества меланина
- 3) от кровенаполнения сосудов
- 4) от других веществ в коже (каротина, темосидерина)
- 5) *от всего перечисленного

МНОГОСЛОЙНЫЙ ПЛОСКИЙ ЭПИТЕЛИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА СОСТОИТ ИЗ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

- 1) рогового слоя
- 2) блестящего слоя
- 3) зернистого слоя
- 4) шиповидного и базального слоев
- 5) *кроме: рогового слоя

КОРЕНЬ ВОЛОСА СОСТОИТ ИЗ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

- 1) сосочка волоса
- 2) волосяной луковицы, шейки волоса
- 3) наружного корневого влагалища
- 4) внутреннего корневого влагалища
- 5) *кутикулы волоса

БЛЕСТЯЩИЙ СЛОЙ КОЖИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВИДЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ, КРОМЕ

- 1) механической
- 2) *противолучевой
- 3) противохимической
- 4) электросопротивления
- 5) антимикробной

ГИПЕРТРОФИЯ ДЕРМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ

- 1) количества сосудов
- 2) количества желез
- 3) количества волокнистых субстанций
- 4) *всех компонентов дермы
- 5) подкожной жировой клетчатки

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОЖНОЙ СЫПИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) определения характера сыпи (воспалительная или невоспалительная)
- 2) распространенности процесса
- 3) локализации
- 4) определения морфологических элементов
- 5) *определения кожных сосудистых реакций

КОРЕНЬ ВОЛОСА СОСТОИТ ИЗ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

- 1) сосочка волоса
- 2) волосяной луковицы
- 3) наружного и внутреннего корневого влагалища
- 4) *кутикулы волоса

ВОЛОКНИСТЫЕ СУБСТАНЦИИ ДЕРМЫ

- 1) коллагеновые
- 2) эластические
- 3) аргирофильные
- 4) сетчатые
- 5) *перечисленное, кроме: сетчатые

ПРОНИЦАЕМОСТЬ КОЖИ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ

- 1) мацерации рогового слоя
- 2) смазывания раздражающим" веществами, усиливающими кров
- 3) голодания
- 4) *механических воздействий

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НИЗОРАЛОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повышенная чувствительность к препарату
- 2) недостаточность кровообращения
- 3) недостаточность функции печени и почек
- 4) заболевания органов дыхания
- 5) *повышенная чувствительность к препарату и недостаточность функции печени и почек

ЛИХЕНИФИКАЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) уплотнением

- 2) пигментацией
- 3) утолщением кожи
- 4) усилением кожного рисунка
- 5) *все перечисленным

ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕРПЕСОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пятно
- 2) узелок и бугорок
- 3) *везикула и пузырь
- 4) волдырь
- 5) все перечисленное

ФУНКЦИЯ АПОКРИНОВЫХ ЖЕЛЕЗ (ПОТОВЫХ)

- 1) начинают активно функционировать в период полового созревания
- 2) связана с нервной системой
- 3) связана с эндокринной системой
- 4) связана с полом
- 5) *все правильно, кроме: связана с полом

КОЖА УЧАСТВУЕТ В ОБМЕНЕ

- 1) углеводов, липидов, белков
- 2) меланина
- 3) витаминов
- 4) воды и солей
- 5) *всего перечисленного

МЕЛАНИН ЗАЩИЩАЕТ ОТ УФ-ЛУЧЕЙ

- 1) клетки базального слоя эпидермиса
- 2) клетки дермы
- 3) нервы
- 4) сосуды
- 5) *все перечисленное

АПОКРИНОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ПО СТРОЕНИЮ МОГУТ БЫТЬ

- 1) *трубчатыми
- 2) альвеолярными
- 3) смешанного строения
- 4) строение зависит от локализации железы
- 5) строение не зависит от локализации железы

В КОЖЕ ВЗРОСЛОГО (БЕЗ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ) ВОДЫ СОДЕРЖИТСЯ

- 1) до 60%
- 2) *от 60 до 70%
- 3) от 70 до 75%
- 4) от 75 до 80%
- 5) свыше 80%

ЗАЩИТА ОТ УФ-ЛУЧЕЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ЗА СЧЕТ

- 1) *акантоза - в 4 раза
- 2) пигментации - в 10 раз
- 3) акантоза и пигментации - в 14 раз

- 4) акантоза и пигментации - в 40 раз
- 5) *правильно: акантоза - в 4 раза, пигментации - в 10 раз; акантоза и пигментации - в 40 раз

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ ИММУНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) язва желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения
- 2) тяжелые заболевания печени и почек
- 3) активный туберкулез легких
- 4) расстройства сердечной деятельности с явлениями декомпенсации
- 5) *все перечисленное

МАЗИ НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) для изоляции кожных покровов от влияния химических, механических травм, трения
- 2) как смягчающие кожу и зудоутоляющие
- 3) как проводники лекарственных веществ
- 4) как очищающие кожу от вторичных наслоений
- 5) *правильно все перечисленное

ВРЕМЯ ПОЛНОГО ОБНОВЛЕНИЯ КЛЕТОК ЭПИДЕРМИСА ЗАВИСИТ ОТ

- 1) пола
- 2) возраста
- 3) национальной принадлежности
- 4) индивидуальных особенностей
- 5) *всего перечисленного, кроме национальной принадлежности

САЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ МОГУТ БЫТЬ

- 1) трубчатыми
- 2) альвеолярными
- 3) отсутствуют на ладонях и подошвах
- 4) связаны с волосяными фолликулами
- 5) *правильно все перечисленное, кроме: трубчатыми

БАРЬЕРНО-ЗАЩИТНАЯ ФУНКЦИЯ КОЖИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) противолучевую резистентность
- 2) бактерицидную активность
- 3) сопротивление кожи электрическому току
- 4) механическую резистентность
- 5) *все перечисленное

РЕАКЦИЯ КОЖИ НА УФО НАРУШАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРАХ, КРОМЕ

- 1) заболеваний и повреждений центральной и периферической нервной системы
- 2) фотодерматоз
- 3) эндокринных заболеваний
- 4) менструального цикла и беременности
- 5) *болевого раздражения

ВАЖНЕЙШИМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) определение интенсивности сало- и потоотделения, pH
- 2) определение температуры кожи и терморегуляции

- 3) определение сопротивления кожи электрическому току
- 4) сосудистые кожные реакции
- 5) *все перечисленные

ЭПИДЕРМИС ИМЕЕТ СЛОИ

- 1) роговой
- 2) зернистый
- 3) шиповидный
- 4) базальный
- 5) *все перечисленные

ПОЛНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ ВИДИМОЙ ЧАСТИ НОГТЯ ПРОИСХОДИТ

- 1) за 1-2 месяца
- 2) за 2-3 месяца
- 3) *за 3-4 месяца
- 4) за 4-5 месяцев
- 5) свыше 5 месяцев

В СЛОЯХ ДЕРМЫ РАЗЛИЧАЮТ

- 1) базальный
- 2) сосочковый
- 3) сосудистый
- 4) сетчатый
- 5) *правильно: сосочковый и сетчатый

ОСМОТР БОЛЬНОГО КОЖНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОЦЕНКУ

- 1) тургора кожи
- 2) цвета кожи
- 3) воспалительных и невоспалительных изменений кожи
- 4) состояния придатков кожи
- 5) *всего перечисленного

БАКТЕРИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ КОЖИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1) самоочищением кожи с естественным отшелушиванием рогового слоя
- 2) стерилизующими свойствами кожи
- 3) кислой реакцией поверхности кожи
- 4) направлением движения секрета сальных и потовых желез
- 5) *всем перечисленным

В БАЗАЛЬНОМ СЛОЕ ИМЕЮТ МЕСТО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛЕТКИ, КРОМЕ

- 1) кератиноцитов (эпидермоцитов)
- 2) меланоцитов
- 3) клеток Лангерганса
- 4) клеток Меркеля
- 5) *гистиоцитов

ОНИХОБЛАСТЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1) *в матрице ногтя
- 2) *в области боковых ногтевых валиков
- 3) в области заднего ногтевого валика

ОСНОВНЫМИ КЛЕТОЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ ДЕРМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) фибробласты
- 2) фиброциты
- 3) гистиоциты
- 4) тучные клетки
- 5) *все перечисленные

НИЖНИЕ СЛОИ ЭПИДЕРМИСА ОБЕСПЕЧИВАЮТ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

- 1) *противолучевую
- 2) противохимическую
- 3) электросопротивление
- 4) *антимикробную

БАКТЕРИЦИДНЫЕ СВОЙСТВА КОЖИ СНИЖАЮТСЯ ПРИ

- 1) истощающих заболеваний
- 2) ионизирующем излучении
- 3) повреждении химическими веществами
- 4) воздействии веществ, ощелачивающих кислотную мантию
- 5) *всем перечисленном

МЕЛАНИНОВЫЙ ПИГМЕНТ СИНТЕЗИРУЕТСЯ

- 1) кератиноцитами
- 2) *меланоцитами
- 3) клетками Лангерганса
- 4) клетками Меркеля
- 5) всем перечисленным

АРТЕРИАЛЬНЫЕ СОСУДЫ КОЖИ ОБРАЗУЮТ

- 1) субгиподермальную сеть
- 2) субдермальную сеть
- 3) артериальную подсосочковую сеть
- 4) капилляры сосочков
- 5) *все перечисленное

СЕТЧАТЫЙ СЛОЙ ДЕРМЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

- 1) *механическую
- 2) противохимическую
- 3) электросопротивление
- 4) *антимикробную

ЭЛЕКТРОСОПРОТИВЛЕНИЕ КОЖИ ЗАВИСИТ ОТ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ, КРОМЕ

- 1) интенсивности салоотделения
- 2) интенсивности потоотделения
- 3) *степени кровенаполнения
- 4) концентрации солей в тканевой жидкости
- 5) целостности эпидермиса

ОНИХОБЛАСТЫ МАТРИЦЫ ОБЕСПЕЧИВАЮТ

- 1) *рост ногтя в длину
- 2) рост ногтя в ширину
- 3) утолщение ногтевой пластинки
- 4) плотное соединение ногтя с его ложем

5) все перечисленное

ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ВОЛОКНИСТЫХ СУБСТАНЦИЙ ДЕРМЫ

- 1) *предохранение эпидермиса от разрывов
- 2) терморегуляция
- 3) защитная
- 4) бактерицидная
- 5) все перечисленное

СОСОЧКОВЫЙ СЛОЙ ДЕРМЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

- 1) механическую
- 2) противолучевую
- 3) противохимическую
- 4) электросопротивление
- 5) *антимикробную

ПРИ ПРОНИКНОВЕНИИ МИКРОБОВ ЧЕРЕЗ ВЕРХНИЕ СЛОИ ЭПИДЕРМИСЕ БАКТЕРИЦИДНАЯ ЗАЩИТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) миграцией лейкоцитов из сосудов в дерму и эпидермис
- 2) мобилизацией гуморальных бактерицидных факторов (бактериолизин, агглютинонов, лизоцима, комплемента, антимикробных ферментов и др.)
- 3) выполнением клетками Лангерганса функции макрофагов
- 4) лизосомальными ферментами кератиноцитов
- 5) *все перечисленным

ВЕЩЕСТВА СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ВЫЗЫВАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *контактного дерматита
- 2) аллергического дерматита
- 3) экземы
- 4) крапивницы
- 5) токсикодермии

СТЕПЕНЬ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ЗАВИСИТ ОТ

- 1) вида и концентрации вещества
- 2) продолжительности контакта
- 3) локализации
- 4) своевременности и правильности первой помощи
- 5) *всего перечисленного

КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) граттажа (поскабливания)
- 2) пальпации
- 3) диаскопии
- 4) измерения температуры кожи
- 5) *измерения электросопротивления

ПРОВЕДЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОЦЕНКУ

- 1) анамнеза
- 2) клинической картины заболевания
- 3) результатов лабораторного и гистологического обследования

- 4) пробного лечения
- 5) *всего перечисленного

«ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ»

В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧАЭС ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИОАКТИВНОГО ЙОДА ПОДВЕРГЛИСЬ СЛЕДУЮЩИЕ КОНТИНГЕНТЫ

- 1) все ликвидаторы аварии
- 2) *ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного два месяца после аварии
- 3) ликвидаторы 1987-1990 гг.
- 4) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987

В 1986 Г НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЛИСЬ У СЛЕДУЮЩИХ КОНТИНГЕНТОВ

- 1) *дошкольники
- 2) школьники
- 3) подростки
- 4) взрослое население
- 5) ликвидаторы

ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ КЛИНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИМЕЮТ МЕСТО В СЛЕДУЮЩЕЙ СИСТЕМЕ

- 1) центральной нервной системе
- 2) сердечно-сосудистой системе
- 3) *системе органов кроветворения
- 4) пищеварительной системе
- 5) иммунной системе

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, НАИБОЛЕЕ РАНО ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *тошнота и рвота
- 2) лейкопения
- 3) эритема кожи
- 4) выпадение волос
- 5) жидкий стул

ПОРОГОВАЯ ДОЗА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0.5 Гр
- 2) *1 Гр
- 3) 2 Гр
- 4) 3 Гр
- 5) 4 Гр

НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) эритроцитов
- 2) лейкоцитов
- 3) нейтрофилов
- 4) *лимфоцитов

5) тромбоцитов

МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА ИЗЛУЧЕНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩАЯ РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) *1.5 Гр
- 2) 1 -0 Гр
- 3) 0.5 Гр
- 4) 0.1 Гр
- 5) любая

МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА ИЗЛУЧЕНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОСУ ЧЕЛОВЕКА, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0-25 Гр
- 2) 0.5 Гр
- 3) 1 Гр
- 4) *1.5 Гр
- 5) 2Гр

ЕДИНИЦА АКТИВНОСТИ

- 1) Рентген
- 2) Грей
- 3) *Беккерель
- 4) Рад
- 5) Зиверт

НАЗНАЧЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ, УСКОРЯЮЩИХ ВЫВЕДЕНИЕ РАДИОНУКЛИДОВ ИЗ ОРГАНИЗМА, ПОКАЗАНО

- 1) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км²
- 2) *лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по нормам радиационной безопасности
- 3) детям, проживающим на загрязненных территориях
- 4) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАИБОЛЬШЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ЦЕЗИЯ В ОРГАНИЗМЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У СЛЕДУЮЩИХ КОНТИНГЕНТОВ

- 1) детей
- 2) *подростков
- 3) взрослых
- 4) пенсионеров
- 5) беременных женщин

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РАДИОНУКЛИДОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ОРГАНИЗМЕ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ, НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) *йод
- 2) цезий
- 3) стронций
- 4) плутоний
- 5) радий

МАЛЫМИ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ ДОЗЫ

- 1) не вызывающие лучевой болезни

- 2) не вызывающие хромосомных повреждений
- 3) не вызывающие генных поломок,
- 4) *не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц
- 5) меньшие, чем допустимые дозы облучения

ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ МУЖСКИХ ГОНАД НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) нарушение половой потенции
- 2) *гипоспермия
- 3) водянка яичка
- 4) наследственные болезни у детей
- 5) снижение в крови тестостерона

ЕДИНИЦА ПОГЛОЩЕННОЙ ДОЗЫ

- 1) *Грей
- 2) Зиверт
- 3) Рентген
- 4) Кюри
- 5) Бэр

ЛИМФОПЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННАЯ У БОЛЬНОГО В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ СУТОК, ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) локальным внешним облучением конечности
- 2) поступлением внутрь радионуклидов
- 3) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 гр
- 4) *внешним облучением туловища в дозе более 1 гр
- 5) заболеванием, не связанным с облучением

МЕРОПРИЯТИЕМ, КОТОРОЕ НУЖНО ПРОВОДИТЬ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПЛОДА НА НАЧАЛЬНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла
- 2) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла
- 3) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста
- 4) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ЖЕНЩИНЕ, ПОДВЕРГШЕЙСЯ ОБЛУЧЕНИЮ, В СЛЕДУЮЩЕМ СЛУЧАЕ

- 1) при поглощенной дозе на плод более 0.1 гр
- 2) *при поглощенной дозе на плод более 0.5 гр
- 3) при поглощенной дозе на плод более 1 гр
- 4) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по нормам радиационной безопасности

ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВО ВСЕМ МИРЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) несколько десятков
- 2) *несколько сотен
- 3) несколько тысяч
- 4) несколько миллионов

ОПАСНОСТЬ, КОТОРУЮ МОЖЕТ ПРЕДСТАВЛЯТЬ БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ВНЕШНЕГО G-ОБЛУЧЕНИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

- 1) от тела больного исходит g-излучение
- 2) больной выделяет с мочой радионуклиды
- 3) *никакую

МЕРОПРИЯТИЕ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ, — ЭТО

- 1) дезактивация кожи
- 2) прием радиопротектора
- 3) *реанимационные мероприятия
- 4) гемосорбция
- 5) купирование рвоты

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЛУЧЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) содержанием радионуклидов на месте облучения
- 2) количеством "горячих" частиц в легких
- 3) количеством радионуклидов в организме
- 4) *степенью угнетения кроветворения

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕРОЯТНЫ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ УРОВНЕ НЕЙТРОФИЛОВ В КРОВИ МЕНЕЕ

- 1) 3000 в мкл
- 2) 1000 в мкл
- 3) нормы
- 4) *500 в мкл
- 5) 100 в мкл

КРОВОТОЧИВОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ТРОМБОЦИТОВ В КРОВИ

- 1) 150 тыс в мкл
- 2) 100 тыс в мкл
- 3) 50 тыс в мкл
- 4) *40 тыс в мкл
- 5) 10 тыс в мкл

ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ И ЭНЕРГЕТИКИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до 10 случаев в год
- 2) *несколько
- 3) менее 100 случаев в год
- 4) менее 1000 случаев в год
- 5) 20-30 случаев в год

ШАХТЕРЫ УРАНОВЫХ ШАХТ ПОЛУЧАЮТ НАИБОЛЬШУЮ ДОЗУ НА

- 1) костный мозг
- 2) печень
- 3) *легкие
- 4) желудок
- 5) щитовидную железу

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДОНОРОМ КОСТНОГО МОЗГА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) родители больного
- 2) *родные братья или сестры
- 3) дети больного
- 4) другие члены семьи

ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТИ ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС ЗАНИМАЮТ

- 1) сердечно-сосудистые заболевания
- 2) онкологические заболевания
- 3) *травмы и отравления

ПЕРВОЕ МЕСТО СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТИ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ЗАГРЯЗНЕННОЙ ТЕРРИТОРИИ, ЗАНИМАЮТ

- 1) *серечно-сосудистые заболевания
- 2) онкологические заболевания
- 3) травмы и отравления

НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ДЛЯ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ОБЛУЧЕНИЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧАЭС

- 1) рак желудка
- 2) рак легкого
- 3) лейкозы
- 4) *рак щитовидной железы
- 5) рак молочной железы

НАИБОЛЬШИЙ ВКЛАД В РИСК (ВЕРОЯТНОСТЬ) РАЗВИТИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ, ВНОСЯТ

- 1) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты
- 2) употребление алкоголя
- 3) *курение
- 4) употребление продуктов местного производства
- 5) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ПОКАЗАНО

- 1) при дозах облучения менее 3 гр
- 2) больным, у которых не было первичной реакции
- 3) *больным с легкой степенью болезни
- 4) больным, получившим летальные дозы облучения

ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ВЫБОРА САНАТОРИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛИКВИДАТОРОВ И НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНАХ АВАРИИ

- 1) направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой этиологии
- 2) *направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями
- 3) не направлять в санаторий в летний период
- 4) не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА, РАНЕЕ ПОДВЕРГШЕГОСЯ ОБЛУЧЕНИЮ В МАЛЫХ ДОЗАХ

- 1) *никаких
- 2) утяжеление клинического течения
- 3) большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
- 4) переход острых форм в хронические
- 5) устойчивость к обычной терапии

«ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ КОЖИ И ЛЕЧ. ДЕРМ-В У ДЕТЕЙ»

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГАНГРЕНОЗНОЙ РОЖИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) низкий иммунный ответ организма ребенка
- 2) *вторичное инфицирование стрептококкового поражения фузоспириллезом Плаут - Венсана или синегнойной палочкой
- 3) большое количество стрептококков
- 4) токсическая эритема новорожденных
- 5) гормональный криз новорожденных

ПИГМЕНТНО-СОСОЧКОВАЯ ДИСТРОФИЯ КОЖИ (ЧЕРНЕЮЩИЙ АКАНТОЗ) У ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С

аденокарциномой желудка

- 1) Т-клеточной лимфомой
- 2) В-клеточной лимфомой
- 3) эндокринными болезнями
- 4) *генетическими факторами

У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ ПИОДЕРМИИ, КРОМЕ

- 1) везикулопустулеза, пиококкового пемфигоида на первом месяце жизни
- 2) множественных абсцессов (псевдофурункулез) на 3-7 месяцах жизни
- 3) интертригинозного импетиго в складках, за ушными раковинами по 3- месяца жизни, особенно часто на 8-10 месяцах
- 4) стрептококкового импетиго после 6-го месяца жизни
- 5) *частых фурункулов на первом году жизни

ОПРЕЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ У ДЕТЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

- 1) атопического дерматита
- 2) младенческого себорейного дерматита
- 3) плохого ухода за ребенком
- 4) *адипонекроза
- 5) грубых пеленок

ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ

- 1) с рождения
- 2) *в 2-3-месячном возрасте
- 3) после года
- 4) в дошкольном возрасте
- 5) в любом возрасте одинаково часто

РЕБЕНКУ СО СТРУФУЛЮСОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) анализа кала на гельминты, лямблии
- 2) биохимической гепатограммы
- 3) копрограммы
- 4) *исследования крови на С-реактивный белок
- 5) анализа кала на дисбактериоз

У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РАЗВИТИЮ ПИОДЕРМИТОВ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) щелочной среды поверхности кожи
- 2) высокой абсорбционной способности кожи
- 3) *активности ребенка
- 4) несовершенства процессов иммунитета
- 5) рыхлости рогового слоя

СОСТОЯНИЕ ПРИ СКЛЕРЕМЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ, КРОМЕ

- 1) тяжелого общего состояния
- 2) пониженной температуры
- 3) замедленного дыхания
- 4) *повышенной температуры, возбуждения, тахикардии
- 5) редкого пульса

У МЛАДЕНЦА ПОВЫШАЕТСЯ ТЕМПЕРАТУРА В ТЕПЛОМ ПОМЕЩЕНИИ И ПРИ УКУТЫВАНИИ, ОТСУТСТВУЕТ ПОТООТДЕЛЕНИЕ, ПЛАЧ АФОНИЧЕН И БЕЗ СЛЕЗ. КАКОЙ ДИАГНОЗ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1) *синдром Криста - Сименса
- 2) синдром Яддассона - Левандовского
- 3) синдром Сименса
- 4) синдром Блоха - Сульцбергера
- 5) синдром Барта

НЕВУС СЕТТОНА — ЭТО

- 1) *периневоидная лейкодерма (периневоидное витилиго)
- 2) анемический невус
- 3) вторичная постлевоспалительная ахромия
- 4) голубой невус
- 5) гладкий невус

САМЫМИ РАННИМИ КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА (БОЛЕЗНИ ПРИНГЛА- БУРНЕВИЛЛЯ) У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) псевдоаденомы
- 2) *листовидные белые пятна
- 3) соединительнотканые невусы
- 4) подногтевые фибромы Коэна
- 5) липомы

ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА НЕТЕРТОНА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) эритродермии с рождения

- 2) дистрофии волос (бамбуковые волосы)
- 3) *врожденных дисплазий лица
- 4) обильного шелушения тонкими крупными пластами
- 5) зуда

В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕННОГО САЛООТДЕЛЕНИЯ НА ГОЛОВЕ У ПОДРОСТКА
СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА

- 1) *мыть голову часто, не реже двух раз в неделю
- 2) использовать постоянно сульсеновое мыло
- 3) использовать постоянно зеленое мыло с серой
- 4) мыть голову редко, 1-2 раза в месяц
- 5) исключить мытье водой и мылом, очищать волосы мукой

ГОРМОНАЛЬНЫЙ КРИЗ НОВОРОЖДЕННЫХ СВЯЗАН

- 1) с врожденным эндокринным заболеванием
- 2) с патологией беременности
- 3) с преждевременным половым созреванием
- 4) с применением глюкокортикостероидных гормонов
- 5) *с высоким уровнем фетоплацентарных гормонов в крови новорожденного

ЭСТРОГЕННЫЕ УГРИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1) *сальные кисты у новорожденных во время гормонального криза
- 2) фолликулиты
- 3) экскориированные акне
- 4) проявление болезни Абта - Леттерера – Сиве
- 5) проявление эндокринного заболевания новорожденного

РЕБЕНКУ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ МИЛИУМОВ, ГНЕЙСОМ, СЕБОРЕЙНЫМ
ДЕРМАТИТОМ, НАГРУБАНИЕМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1) *гепатопротекторы и фенobarбитал
- 2) сульфаниламидные препараты
- 3) хлоралгидрат
- 4) кофеин
- 5) преднизолон

С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ЧАСТО СОЧЕТАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ
МУЛЬТИФЭКТОРИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ, КРОМЕ

- 1) *псориаза
- 2) поллиноза
- 3) бронхиальной астмы
- 4) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 5) неврастении

КАКИЕ ЛЕКАРСТВА НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С МАСТОЦИТОЗОМ, ТАК КАК
ОНИ СПОСОБСТВУЮТ ОБРАЗОВАНИЮ ПУЗЫРЕЙ

- 1) *кодеин от кашля, седативная микстура с кодеином
- 2) мембраностабилизаторы
- 3) антигистаминные препараты
- 4) пантотенат кальция
- 5) резерпин

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ

- 1) *витамин В1
- 2) мембраностабилизаторы
- 3) антигистаминные препараты
- 4) рутин
- 5) блокаторы кальциевых каналов

ИСТОЧНИКОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ МОЖЕТ БЫТЬ АУТОФЛОРА

- 1) кожи
- 2) желудочно-кишечного тракта
- 3) мочевыделительных и половых органов
- 4) органов дыхания
- 5) *все перечисленное

ПИОДЕРМИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) преобладания в первые месяцы жизни стафилодермий
- 2) особой опасности гнойничковых поражений кожи у новорожденных в связи с возможностью сепсиса
- 3) возникновения более заразных, чем у взрослых, форм (эпидемический пемфигоид, контагиозное импетиго)
- 4) возникновения папуло-эрозивной стрептодермии
- 5) *появления фурункулов, склонности к нагноению сально-волосных структур

ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) увеличения содержания аммиака в моче при ацидозе, рахите
- 2) избытка аммиака в кале при его щелочной реакции (производящие аммиак бактерии развиваются в щелочной среде толстой кишки при вскармливании младенца коровьим молоком)
- 3) чрезмерно кислых испражнений
- 4) стирки пеленок синтетическим моющим средством, содержащим хлор, сильные щелочи
- 5) *частого купания

ПИОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ ВЫЗЫВАЮТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

- 1) *гноеродные кокки (стафилококки, стрептококки)
- 2) пневмококки
- 3) синегнойная палочка
- 4) кишечная палочка
- 5) вульгарный протей

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АБСЦЕССЫ (ПСЕВДОФУРУНКУЛЫ) У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) преобладания в возрасте 3-7 месяцев
- 2) связи со стафилококковой инфекцией эккриновых потовых желез
- 3) *связи со стрептококковой инфекцией сально-волосных структур
- 4) рубцевания
- 5) излюбленной локализации на затылке, спине, ягодицах, задней поверхности бедер

ПАПУЛЕЗНО-ЭРОЗИВНУЮ СТРЕПТОДЕРМИЮ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ОТЛИЧАЕТ ОТ ПАПУЛЕЗНЫХ СИФИЛИДОВ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) фликтен на поверхности папул
- 2) периферического венчика из отслоившегося рогового слоя
- 3) отсутствия высыпаний на слизистых оболочках
- 4) отсутствия бледной трепонемы в материале из папул и отрицательных результатов КСР
- 5) *медно-красного цвета

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОР РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ, ОБОСТРЕНИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОСЛОЖНЕНИЯМ С ЛИМФОАДЕНОПАТИЕЙ И ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

- 1) *нарушение микробиоценоза кожи, увеличение в аутофлоре кожи условно патогенных микроорганизмов
- 2) сухость кожи
- 3) сочетание с другими наследственными болезнями мультифакториального характера
- 4) идиосинкразия к пищевому продукту
- 5) недостаток витаминов

ДИАГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕОБХОДИМО ПОДТВЕРЖДАТЬ

- 1) патоморфологическим исследованием кожи
- 2) исследованием уровня IgE в сыворотке крови
- 3) исследованием фагоцитарной активности
- 4) исследованием иммунорегуляторного индекса
- 5) *верификация диагноза лабораторными исследованиями не нужна. В неясных случаях диагноз подтверждается динамическим наблюдением и тщательной дифференциальной диагностикой

АНАЛИЗ РОДОСЛОВНОЙ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕОБХОДИМ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ

- 1) исключить предполагаемый диагноз атопического дерматита, если среди родственников не выявлены аналогичные больные
- 2) *определить генетический прогноз, риск наследственной отягощенности у потомства или сибсов
- 3) определить клиническую форму атопического дерматита
- 4) определить клинический прогноз
- 5) выявить средовые факторы риска обострений

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СВОЙСТВОМ НАРУЖНОГО СРЕДСТВА, НАЗНАЧЕННОГО РЕБЕНКУ С МЛАДЕНЧЕСКИМ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) противозудное действие
- 2) рассасывающее действие
- 3) *подавляющее действие на липофильную и другую патогенную флору в очагах поражения
- 4) эпителизирующее действие
- 5) сосудорасширяющее действие

ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕБЕНКУ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ РЕТИНОИДОВ ВНУТРЬ

- 1) псориаз
- 2) эстрогенные угри
- 3) *врожденный ихтиоз
- 4) простой локализованный буллезный эпидермолиз Вебера - Коккейна

5) вульгарный аутосомно-доминантный ихтиоз

КАКИЕ БЫТОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ?

- 1) согревание ребенка
- 2) *частую термометрию тела и воздуха в помещении, охлаждение
- 3) горячую пищу
- 4) интенсивные физические упражнения для закаливания
- 5) горячий душ, горячие ванны

мать ребенка с дистрофическим буллезным эпидермолизом галлопо сименса должна выполнять все перечисленные рекомендации, кроме

- 1) поставить мебель таким образом, чтобы ребенок не ударялся об углы
- 2) положить в обувь мягкие прокладки
- 3) тщательно размягчать пищу
- 4) обеспечить одеждой, от которой не будет потертости
- 5) *ежедневно делать горячие ванны

СТАФИЛОКОККОВЫЙ СИНДРОМ ОБОЖЖЕННОЙ КОЖИ НЕ СВЯЗАН

- 1) *с термическим ожогом
- 2) со стафилококковой инфекцией в органах дыхания
- 3) с золотистыми стафилококками преимущественно 2-й фаговой группы
- 4) со стафилококковыми токсинами
- 5) с эпидермолизинами, которые выделяют стафилококки

КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ СВЯЗАНЫ СО СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ КОЖИ?

- 1) наследственная пузырчатка
- 2) *эпидемическая пузырчатка новорожденных
- 3) сифилитическая пузырчатка
- 4) вакциниформный пустулез
- 5) синдром Криста - Сименса

ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

- 1) исчезновения при надавливании
- 2) хорошего прогноза, постепенного исчезновения с возрастом
- 3) отсутствия насыщенного темно-красного цвета
- 4) расплывчатых нечетких очертаний
- 5) *увеличения с возрастом

ЧЕСОТКЕ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СВОЙСТВЕННО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) ночной зуд может не беспокоить ребенка
- 2) наиболее заметных чесоточных ходов на подошвах
- 3) частых паронихии и онихии
- 4) экссудативного характера сыпи (везикулы, волдыри, отечные папулы)
- 5) *отсутствия гнойничковых осложнений

ПРИ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЕ КАПОШИ ПУЗЫРЬКИ И ПУСТУЛЫ С ПУПКОВИДНЫМ ЗАПАДЕНИЕМ ПОЯВЛЯЮТСЯ СНАЧАЛА И В ОСНОВНОМ

- 1) на ладонях и подошвах

- 2) *на лице и тыле кистей
- 3) по ходу ветвей нервов
- 4) на гениталиях
- 5) на локтях и коленях

ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ СВЯЗАНА

- 1) с аллергическими реакциями немедленного типа
- 2) *с вирусом герпеса I типа
- 3) с чувствительностью к клейковине, с непереносимостью глютена
- 4) со стрептококковой инфекцией
- 5) с вирусом гепатита А и Б

ЧАСТОЙ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) снижения иммунитета
- 2) *частого купания
- 3) внутрисемейного инфицирования
- 4) применения гормональных мазей
- 5) длительного применения H₂-гистаминовых блокаторов

УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ПРИЧИНОЙ СТАФИЛОКОККОВОГО СИНДРОМА ОБОЖЖЕННОЙ КОЖИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) эпидемическая пузырчатка новорожденных
- 2) буллезное импетиго
- 3) везикулопустулез
- 4) псевдофурункулез
- 5) *заболевания дыхательных путей, вызванные некоторыми группами стафилококков, или другие пиококковые очаги

В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ ЛЕЙНЕРА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) иммунологических нарушений
- 2) снижения опсонической активности сыворотки крови против дрожжеподобных грибов
- 3) дефекта пятого компонента комплемента
- 4) нарушения фагоцитоза
- 5) *дефицита цинка

АНТИГЕННОЕ ОТЯГОЩЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ОБОСТРЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У РЕБЕНКА, МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО СО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) избытка белковых продуктов
- 2) витаминных препаратов
- 3) хронической фокальной инфекции
- 4) *применения полифепана
- 5) применения антибиотиков

АНТИКОЛЛАГЕНАЗНУЮ АКТИВНОСТЬ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ (ДЕРМОЛИТИЧЕСКИХ) ФОРМАХ НАСЛЕДСТВЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА ПРОЯВЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СРЕДСТВА, КРОМЕ

- 1) эритромицина
- 2) дифенина
- 3) ретиноидов

- 4) *трипсина
- 5) витамина Е

ПИГМЕНТНАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) *одну из форм мастоцитоза
- 2) детскую почесуху
- 3) наследственную крапивницу, связанную с дефицитом ингибитора фактора комплемента С3
- 4) холинергическую крапивницу
- 5) уртикарию с пигментацией - аллергическую крапивницу, оставляющую гемосидериновые пятна вследствие выраженного геморрагического компонента

РОЖА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТЛИЧАЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ, КРОМЕ

- 1) тяжелого течения с интоксикацией, лихорадкой, сердечно-сосудистыми нарушениями
- 2) наиболее частые входные ворота - пупочная ранка, реже - половые органы, задний проход
- 3) склонности к миграции воспалительных поражений
- 4) *отсутствия септических осложнений
- 5) появления начального очага поражения вокруг пупка или в аногенитальной области

У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЕЮЩИХ ВРОЖДЕННЫМ ИХТИОЗОМ, МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ В КАЧЕСТВЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) слезотечения, конъюнктивита, реже кератита
- 2) задержки испарения пота, нарушения терморегуляции и плохого самочувствия в жару
- 3) фиброзных перетяжек на пальцах
- 4) невротизации из-за постоянного дискомфорта (зуд, стягивание кожи, болезненность в области трещин) и уродующих поражений
- 5) *экземы

КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛЕЗНО БОЛЬНЫМ С ПИГМЕНТНОЙ КСЕРОДЕРМОЙ, ТОГДА КАК ДРУГИЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СРЕДСТВА КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ?

- 1) фотохимиотерапия
- 2) лазеротерапия
- 3) селективная ПУВА-терапия
- 4) рентгенотерапия
- 5) *ретиноиды

ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЦА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СЯГГИВАНИЕМ ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКИМ КОЖНЫМ ПОКРОВЫМ, В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СВОЙСТВЕННЫ БОЛЬНЫМ

- 1) *врожденным ихтиозом
- 2) сцепленным с полом (чернеющим) ихтиозом
- 3) буллезной ихтиозиформной эритродермией
- 4) вульгарным аутосомно-доминантным ихтиозом
- 5) иглистым ихтиозом Курта - Маклина

КОМПЛЕКС ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА, ВКЛЮЧАЮЩИХ ЭКТРОПИОН, ЭКСЛАБИОН, МОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ, ВРОЖДЕННУЮ ДЕФОРМАЦИЮ УШНЫХ РАКОВИН ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) *врожденного ихтиоза
- 2) атопического дерматита
- 3) ангидротической эктодермальной дисплазии
- 4) врожденной пахионихии
- 5) врожденного дискератоза

ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ С ПСОРИАЗОМ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СРЕДСТВА, КРОМЕ

- 1) антигистаминных препаратов
- 2) рутина
- 3) пантотената кальция
- 4) гипосульфита натрия
- 5) *преднизолона

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕБЕНКУ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1) астафен
- 2) кларитин
- 3) рутин
- 4) гепарин
- 5) *преднизолон

НА МОКНУЩИЕ ОЧАГИ РЕБЕНКУ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- 1) *дерматологический компресс с теплым слабым раствором вяжущих или антисептических средств
- 2) холодную резорциновую примочку
- 3) преднизолоновую мазь
- 4) фукорцин
- 5) сернодегтярную пасту

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПРЕПАРАТОВ ЦИНКА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ У ДЕТЕЙ ПРЕДПОЛАГАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ТИПЫ ДЕЙСТВИЯ, КРОМЕ

- 1) вяжущего при наружном применении и подсушивающего
- 2) противомикробного при наружном применении
- 3) благоприятного влияния на кератогенез и заживление язвенных поражений кожи
- 4) улучшения иммунного ответа при активации цинк-содержащего фермента нуклеозидфосфорилазы в лимфоцитах
- 5) *антигистаминного

К ПРИЧИНАМ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА НЕЛЬЗЯ ОТНЕСТИ

- 1) врожденное нарушение всасывания цинка в двенадцатиперстной кишке
- 2) генетически обусловленное нарушение активации цинк-связывающего фактора, выделяемого поджелудочной железой
- 3) нарушения обмена триптофана, перенасыщение клеток жирными кислотами триглицеридами, в связи с гипоцинкемией и нарушением синтеза белка-лиганда для связывания, всасывания и транспорта металла
- 4) нарушения клеточного и гуморального иммунитета в связи с гипоцинкемией при нарушении панкреатического белка-лиганда
- 5) *ятрогенное цинкдефицитное состояние, длительное лечение цитостатиками, D-пеницилламином, L-гистидином

«СИФИЛИС»

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ОБРАЗОВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) чехла
- 2) *жгутиков
- 3) фибрилл
- 4) цитоплазматической мембраны

КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРИ РАННИХ ФОРМАХ НЕЛЕЧЕННОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, КРОМЕ

- 1) участия в фагоцитозе "непрофессиональных" фагоцитов
- 2) *завершенного фагоцитоза
- 3) сохранения бледных трепонем в плазматических клетках
- 4) образования полимембранных фагосом

ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ РЕГИОНАРНОМ СКЛЕРАДЕНИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ

- 1) капсула лимфатического узла
- 2) *ткань лимфатического узла
- 3) окружающая клетчатка
- 4) кожа над лимфоузлом

ШАНКР-АМИГДАЛИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ИЗ СЕБЯ

- 1) эрозию миндалины
- 2) язву миндалины
- 3) увеличенную в размерах гиперемизированную миндалину
- 4) *увеличенную в размерах миндалину обычной окраски

ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СВЕЖЕМ СИФИЛИСЕ ОБЫЧНО

- 1) *обильные
- 2) несимметричные
- 3) неяркой окраски
- 4) сгруппированные

РАЗНОВИДНОСТЯМИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ПЛЕШИВОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ФОРМЫ, КРОМЕ

- 1) мелкоочаговой
- 2) диффузной
- 3) смешанной
- 4) *тотальной

БУГОРКОВЫЙ СИФИЛИД СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- 1) туберкулеза кожи
- 2) лейшманиоза
- 3) лепры
- 4) глубоких микозов
- 5) *каплевидного параспориоза

ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) *препараты пенициллина

- 2) препараты тетрациклина
- 3) цефалоспорины
- 4) макролиды

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА СЧИТАЕТСЯ

- 1) бугорковая сыпь туловища
- 2) *лабиринтная глухота
- 3) седловидный нос
- 4) саблевидные голени

ДЛЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ПАТОГНОМОНИЧНЫ

- 1) ягодицеобразный череп
- 2) бочкообразные зубы
- 3) *гетчинсоновские зубы
- 4) широко расставленные верхние резцы

ЖЕНЩИНА ПЕРЕНЕСЛА В ПРОШЛОМ СИФИЛИС ВТОРИЧНЫЙ СВЕЖИЙ. ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОИЗОШЛА СТОЙКАЯ НЕГАТИВАЦИЯ РЕАКЦИИ ВАССЕРМАНА. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ СНЯТИЯ С УЧЕТА НАСТУПИЛА БЕРЕМЕННОСТЬ. БЕРЕМЕННАЯ:

- 1) *в лечении не нуждается, серологическому контролю не подлежит
- 2) подлежит клинико-серологическому контролю
- 3) нуждается в профилактическом лечении

ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИНА ПОЛУЧИЛА ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ПОЛОВОГО КОНТАКТА С БОЛЬНЫМ ВТОРИЧНЫМ СВЕЖИМ СИФИЛИСОМ. РЕБЕНОК РОДИЛСЯ В СРОК, С МАССОЙ ТЕЛА 3200 Г, РОСТОМ 53 СМ. ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ СИМПТОМОВ СИФИЛИСА НЕ ВЫЯВЛЕНО. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

- 1) лечение по схемам врожденного сифилиса
- 2) клинико-серологический контроль
- 3) *обследование и лечение не показаны
- 4) превентивное лечение

ВОЗБУДИТЕЛЬ МЯГКОГО ШАНКРА — ЭТО

- 1) хламидия
- 2) вирус
- 3) *стрептобацилла Петерсена - Дюкрея
- 4) бацилла Додерлейна

ЧИСЛО ЗАВИТКОВ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-4
- 2) 6-8
- 3) *8-12
- 4) 12-14

НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ НА СИФИЛИС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200
- 2) *реакция иммунофлюоресценции РИФ-абс
- 3) реакция Колмера

- 4) реакция Вассермана
- 5) реакция иммобилизации бледных трепонем РИБТ

ДЛЯ СИФИЛИСА СКРЫТОГО РАННЕГО ХАРАКТЕРНА РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА С

- 1) низким титром реагинов
- 2) *высоким титром реагинов
- 3) низким у одних больных и высоким - у других титром реагинов

ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОГО СЕРОПОЗИТИВНОГО СИФИЛИСА, НАРЯДУ С ТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НЕОБХОДИМЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЛЕДУЮЩИХ РЕАКЦИЙ

- 1) Колмера
- 2) *Вассермана
- 3) иммунофлюоресценции РИФ-200 гуиммунофлюоресценции РИФ-абс
- 4) микропреципитации

ДЛЯ СИФИЛИСА СКРЫТОГО РАННЕГО ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ, У ПОЛОВОГО ПАРТНЕРА

- 1) *манифестной формы раннего сифилиса
- 2) сифилиса скрытого позднего
- 3) сифилиса скрытого неуточненного

УДЛИНЕНИЕ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) сопутствующих инфекционных заболеваниях
- 2) биполярном расположении твердых шанкров
- 3) *приеме антибиотиков а течение инкубационного периода
- 4) продолжении половой жизни с источником заражения

У БОЛЬНОЙ 19 ЛЕТ НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ ИМЕЮТСЯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ, НЕПРАВИЛЬНЫХ ОЧЕРТАНИЙ ЯЗВЫ ДИАМЕТРОМ 1-2 СМ. ДНО ЯЗВ ПОКРЫТО СЕРОЗНО-ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМОМ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 38° С, ОЗНОБ. ПАХОВЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ НЕ ИЗМЕНЕНЫ. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) *реакции иммобилизации бледных трепонем
- 2) реакции Вассермана
- 3) исследования, отделяемого язв на бледную трепонему
- 4) реакции иммунофлюоресценции

ДЛЯ ПАХОВОЙ ЭПИДЕРМОФИТИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) локализация в крупных складках
- 2) эритема и отек
- 3) пузырьки
- 4) корки
- 5) *все перечисленное

ДЛЯ СИФИЛИСА СКРЫТОГО ПОЗДНЕГО ХАРАКТЕРНО

- 1) выявление у полового партнера манифестной формы раннего сифилиса
- 2) *отсутствие данных за сифилис у полового партнера
- 3) выявление у полового партнера сифилиса скрытого раннего

ВТОРИЧНЫЕ СИФИЛИДЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ

- 1) имеют нечеткие края, неправильные очертания
- 2) сопровождаются чувством жжения, болезненностью
- 3) имеют островоспалительный характер
- 4) *разрешаются бесследно

ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЛЕЙКОДЕРМЫ, КРОМЕ

- 1) пятнистой
- 2) *сливной
- 3) мраморной
- 4) кружевной

ВАРИАНТАМИ ФОРМ БУГОРКОВОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) *одионого
- 2) сгруппированного
- 3) карликового
- 4) серпигинирующего

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) остеохондрит I степени
- 2) *остеохондрит II степени
- 3) периостит
- 4) остеомиелит

РЕГИОНАРНЫЙ СКЛЕРАДЕНИТ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИФИЛИСЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА СПУСТЯ

- 1) 3-5 дней
- 2) *5-8 дней
- 3) 8-12 дней

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) папулезная сыпь туловища
- 2) *сифилитическая пузырьчатка
- 3) сифилитическая алопеция
- 4) розеола туловища

БОЛЬНАЯ ПОЛУЧИЛА ПОЛНОЦЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА СЕРОРЕАКЦИИ НЕГАТИВИРОВАЛИСЬ, А ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ЭТОГО НАСТУПИЛА БЕРЕМЕННОСТЬ, ВО ВРЕМЯ КОТОРОЙ ПАЦИЕНТКА ПОЛУЧИЛА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К РЕБЕНКУ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) профилактическое лечение длительностью в 2 недели
- 2) профилактическое лечение длительностью в 4 недели
- 3) *клинико-серологический контроль в течение 1 года
- 4) клинико-серологический контроль в течение 3 лет
- 5) однократное клинико-серологическое обследование

РЕНТГЕНОГРАФИЮ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ С ЦЕЛЬЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА РАННИЙ ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС (ВЫЯВЛЕНИЕ ОСТЕОХОНДРИТА) У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 6 МЕСЯЦЕВ

- 1) целесообразно сделать
- 2) *делать не имеет смысла
- 3) на усмотрение врача
- 4) в зависимости от результатов серореакций

К СИМПТОМАМ ТАК НАЗЫВАЕМОГО "ТРАМВАЙНОГО" СИФИЛИСА ПРИНАДЛЕЖАТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) сифилитической алопеции
- 2) *папул миндалин
- 3) папул лба ("корона Венеры")
- 4) лейкодермы шеи

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ

- 1) 1-2 месяца
- 2) *2-3 месяца
- 3) 3-4 месяца
- 4) 4-5 месяцев

ИЗ ВИСЦЕРОПАТИЙ ПРИ РАННЕМ СИФИЛИСЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ

- 1) легких
- 2) желудка
- 3) *печени
- 4) сердца
- 5) почек

ЯЗВЫ МЯГКОГО ШАНКРА ОБЛАДАЮТ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

- 1) множественности
- 2) болезненности
- 3) *плотного инфильтрата в основании
- 4) подрытости краев
- 5) гнойного отделяемого

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ШАНКРА В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ

- 1) 5-6 недель
- 2) *6-7 недель
- 3) 7-8 недель
- 4) 8-9 недель

ПАПУЛЫ НА СЛИЗИСТОЙ РТА ПРИ ВТОРИЧНОМ РЕЦИДИВНОМ СИФИЛИСЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕСТАХ, КРОМЕ

- 1) спинки языка
- 2) миндалин
- 3) угла рта
- 4) *подъязычной области

ПРИ РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ИЗ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) желудок
- 2) *печень
- 3) почки
- 4) легкие

СРЕДИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ТВЕРДОГО ШАНКРА РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) индуративного отека
- 2) *фагеденического твердого шанкра
- 3) шанкра-панариция
- 4) шанкра-амигдалита

БОЛЬНОЙ 29 ЛЕТ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ С ЖАЛОБАМИ НА ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ НА ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ. НА ВНУТРЕННЕМ ЛИСТКЕ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ИМЕЮТСЯ 3 ЯЗВОЧКИ ОВАЛЬНЫХ ОЧЕРТАНИЙ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ УПЛОТНЕНИЕМ В ОСНОВАНИИ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ. БЛЕДНАЯ ТРЕПОНЕМА НЕ НАЙДЕНА. ПАХОВЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ. ТАКТИКА ВРАЧА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) обследования на сифилис партнерши
- 2) повторения реакции Вассермана
- 3) постановки РИФ
- 4) *назначение повязки с раствором антисептика
- 5) повторного исследования не бледную трепонему

ПРИМЕНЕНИЕ ПИРОГЕНАЛА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1) *беременности
- 2) псориазе
- 3) язвенной болезни желудка
- 4) экземе
- 5) пиодермии

ШАНКР-ПАНАРИЦИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) эрозию или язву на пальцах кистей
- 2) увеличенную в объеме пораженную фалангу без дефекта на ее поверхности и признаков воспаления
- 3) *увеличенную в объеме пораженную фалангу с дефектами на ее поверхности и признаками воспаления

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИФИЛИДОВ ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА ВЫЯВЛЯЮТСЯ В

- 1) эпидермисе
- 2) *дерме
- 3) подкожной клетчатке
- 4) мышцах

К РАЗНОВИДНОСТЯМ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ РОЗЕОЛЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) элевирующая
- 2) зернистая
- 3) сливная
- 4) геморрагическая

5) *токсическая

СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ПАПУЛЫ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ

- 1) лакунарной ангины
- 2) дифтерии зева
- 3) фузоспириллеза
- 4) красного плоского лишая
- 5) *невуса

ДЛЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) полиморфизма высыпаний
- 2) отсутствия островоспалительных явлений
- 3) *зуда в очагах поражения
- 4) самопроизвольного разрешения высыпаний

ГУММОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- 1) скрофулодермы
- 2) *парапсориаза
- 3) трофических язв
- 4) хронической язвенной пиодермии
- 5) лейшманиоза

БОЛЬНОЙ 42 ЛЕТ, ХОЛОСТ. ПРИ ПРОФОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНА ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ С КАРДИОЛИПИНОВЫМ АНТИГЕНОМ (ЭКСПРЕСС-МЕТОД). РЕАКЦИЯ СВЯЗЫВАНИЯ КОМПЛЕМЕНТА С ТРЕПОНЕМНЫМ И КАРДИОЛИПИНОВЫМ АНТИГЕНАМИ ДВАЖДЫ РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ В РАЗВЕДЕНИИ СЫВОРОТКИ 1:160 И 1:320. РИБТ47%, РИФ200 3+, РИФАБС 4+. ПАХОВЫЕ И ЗАТЫЛОЧНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ НЕСКОЛЬКО УВЕЛИЧЕНЫ И УПЛОТНЕНЫ. В АНАМНЕЗЕ - СЛУЧАЙНАЯ ПОЛОВАЯ СВЯЗЬ ГОД ТОМУ НАЗАД. САМОЛЕЧЕНИЕ ТЕТРАЦИКЛИНОМ (ПО 2 ТАБЛ. 4 РАЗА В ДЕНЬ, 4-5 ДНЕЙ). БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

- 1) *сифилиса скрытого раннего
- 2) сифилиса скрытого позднего
- 3) сифилиса скрытого неуточненного
- 4) сифилиса первичного скрытого

БОЛЬШИНСТВО ВТОРИЧНЫХ СИФИЛИДОВ У НЕЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ РАЗРЕШАЮТСЯ СПУСТЯ

- 1) 1-2 месяца
- 2) *2-3 месяца
- 3) 3-4 месяца
- 4) 4-5 месяцев

НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ НА СИФИЛИС

- 1) реакция иммунофлюоресценции
- 2) *реакция иммобилизации бледных трепонем
- 3) реакция Вассермана с трепонемным антигеном

- 4) реакция Колмера
- 5) реакция микропреципитации

ОСТЕОХОНДРИТ ПРИ РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ВОЗНИКАЕТ НА

- 1) *5-6-м месяце внутриутробного развития
- 2) 2-3-м месяце жизни
- 3) 4-5-м месяце жизни
- 4) 6-7-м месяце жизни

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ ПРИ РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) конъюнктивит
- 2) *хориоретинит
- 3) ирит
- 4) кератит

ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ ГУММЕ МОЗГА

- 1) *чаще всего присутствуют
- 2) отсутствуют
- 3) закономерности нет
- 4) возникают только при большом размере гуммы
- 5) возникают при поражении зрительного нерва

ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ В ВОЗРАСТЕ

- 1) от 2 до 4 лет
- 2) *от 4 до 17 лет
- 3) от 17 до 25 лет

НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАСПОЗНАВАНИИ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) аускультативное
- 2) перкуторное
- 3) *рентгенологическое
- 4) серологическое

В "ТРИАДУ ГЕТЧИНСОНА" ПРИ ПОЗДНЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ВХОДЯТ

- 1) гумма твердого неба
- 2) *паренхиматозный кератит
- 3) саблевидные голени
- 4) "кисетообразные" зубы (моляры)

РАННИЙ ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ, КРОМЕ:

- 1) до 6 месяцев
- 2) от 6 месяцев до 1 года
- 3) от 1 года до 2 лет
- 4) *от 2 до 4 лет

БЛЕДНАЯ ТРЕПОНЕМА БЫЛА ОТКРЫТА В

- 1) 1890 г.
- 2) 1895 г.

- 3) *1905 г.
- 4) 1910 г.

ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ

- 1) лейкопении
- 2) *гипохромной анемии
- 3) тромбоцитопении
- 4) эозинофилии

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СПИННОЙ СУХОТКИ ЯВЛЯЕТЕ

- 1) анизокория
- 2) арефлексия
- 3) *синдром Аргайла - Робертсона
- 4) атаксия

ЦИКЛ ДЕЛЕНИЯ ПАТОГЕННОЙ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) 6-8 часов
- 2) 10-12 часов
- 3) 15-20 часов
- 4) *30-33 часа
- 5) 35-40 часов

У МУЖЧИНЫ 40 ЛЕТ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ СИФИЛИСА СКРЫТОГО ПОЗДНЕГО. ЖЕНАТ 15 ЛЕТ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕНЫ КЛИНИЧЕСКИХ И СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЗА СИФИЛИС НЕ ВЫЯВЛЕНО. ЖЕНА БОЛЬНОГО

- 1) *лечению и контролю не подлежит
- 2) подлежит превентивному лечению
- 3) подлежит клинико-серологическому контролю в течение 3 месяцев
- 4) подлежит контролю в течение 6 месяцев

ДЛИНА БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-2 мкм
- 2) *4-14мкм
- 3) 20-25 мкм
- 4) 30-33 мкм

ДЛЯ СИФИЛИСА СКРЫТОГО РАННЕГО ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) наличия в прошлом эффоресценций на половых органах
- 2) активной формы сифилиса у полового партнера
- 3) *сифилиса скрытого позднего у полового партнера
- 4) высокого титра реакинов

ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ ТВЕРДЫЙ ШАНКР ЧАЩЕ ВСЕГО ПОЯВЛЯЕТСЯ СПУСТЯ

- 1) 1 неделю
- 2) 2 недели
- 3) *3-5 недель
- 4) 6-7 недель
- 5) 8-9 недель

ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИСХОДЫ РАЗВИТИЯ ГУММОЗНЫХ СИФИЛИДОВ, КРОМЕ

- 1) * "сухого" бесследного рассасывания
- 2) изъязвления с последующем рубцеванием
- 3) фиброзирования
- 4) иррадиации с дальнейшим изъязвлением и рубцеванием

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИФИЛИС СКРЫТЫЙ НЕОБХОДИМЫ КОНСУЛЬТАЦИИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ, КРОМЕ

- 1) терапевта
- 2) рентгенолога
- 3) невропатолога
- 4) отоларинголога
- 5) *уролога

К ПОБОЧНЫМ ЯВЛЕНИЯМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИФИЛИСА ПЕНИЦИЛЛИНОМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) анафилактического шока
- 2) дерматита
- 3) крапивницы
- 4) кандидоза
- 5) *нефропатии

ПОЗДНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ НИЖЕ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ

- 1) тошноты
- 2) рвоты слизью, желчью
- 3) болей в эпигастрии
- 4) похудания
- 5) *обильной рвоты кровью

РУБЦЫ ПОСЛЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГУММ ПРИ ТРЕТИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИМЕЮТ ВИД

- 1) втянутых
- 2) *звездчатых
- 3) плоских
- 4) "мозаичных"

У БОЛЬНОГО ПОДОЗРЕВАЕТСЯ СИФИЛИС ВТОРИЧНЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ. КСР СЛАБО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НАИБОЛЕЕ ВАЖНА

- 1) реакция Колмера
- 2) реакция иммунофлюоресценции
- 3) *реакция иммобилизации бледных трепонем
- 4) реакция микропреципитации

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- 1) красного плоского лишая
- 2) каплевидного параспориоза
- 3) вегетирующей пузырчатки
- 4) псориаза

5) *болезни Реклингаузена

РЕАКЦИЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРОИЗВОДИТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ

- 1) *подтверждения диагноза сифилиса первичного
- 2) подтверждения диагноза сифилиса скрытого
- 3) расхождения результатов РСК и РИФ
- 4) решения вопроса о снятии больного с учета

БЛЕДНАЯ ТРЕПОНЕМА — ЭТО

- 1) *микроорганизм спиралевидной формы
- 2) микроорганизм шарообразной формы
- 3) микроорганизм палочковидной формы
- 4) микроорганизм нитевидной формы

ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) ограниченности поражения
- 2) фокусного расположения элементов сыпи
- 3) наклонности элементов к распаду
- 4) *болезненности в очагах поражения
- 5) образования рубцов на месте разрешившихся элементов

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) 2-3 недели
- 2) 4-5 недель
- 3) *6-7 недель
- 4) 8-10 недель
- 5) 11-12 недель

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) *фолликулярного
- 2) лентикулярного
- 3) геморрагического
- 4) рогового
- 5) широкого

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) фимоза
- 2) парафимоза
- 3) гангренизации
- 4) *регионарного склераденита
- 5) эрозивного баланопостита

ВЫСЫПНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ ВТОРИЧНОМ РЕЦИДИВНОМ СИФИЛИСЕ ОБЛАДАЮТ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ, КРОМЕ

- 1) малочисленности
- 2) неяркости
- 3) крупного размера
- 4) *отсутствия склонности к группировке

ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ АНГИНЫ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) *резкие границы эритемы в зеве
- 2) выраженная отечность миндалин
- 3) резкая болезненность
- 4) высокая температура тела

УКОРОЧЕНИЕ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) приеме антибиотиков
- 2) развитии множественных твердых шанкров
- 3) *биполярном расположении твердых шанкров

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАСТУПАЕТ ОТ МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ
СПУСТЯ

- 1) *2-3 месяца
- 2) 4-5 месяцев
- 3) 6-7 месяцев
- 4) 8-9 месяцев

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ
ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) акнеиформного
- 2) оспенновидного
- 3) импетигиозного
- 4) рупиоидного
- 5) *комбустиформного

СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ, К ФОРМАМ СКРЫТОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ
ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КРОМЕ

- 1) раннего
- 2) позднего
- 3) неведомого
- 4) неуточненного
- 5) *серонегативного

СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) *восходящем ее отделе
- 2) дуге
- 3) нисходящем отделе грудной аорты
- 4) брюшном отделе

ПАЦИЕНТ ПОЛУЧИЛ ПОЛНОЦЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ПЕНИЦИЛЛИНА
ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА. ПЕРЕД НАЧАЛОМ
ЛЕЧЕНИЯ КСР 4+ 4+ 4+, ТИТР 1:80 ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ КСР
2+3+2+. ТАКТИКА ВРАЧА:

- 1) *продолжить клинико-серологический контроль
- 2) провести дополнительное лечение препаратами пенициллина
- 3) провести дополнительное лечение другим антибиотиком

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ,
КРОМЕ

- 1) герпетиформного
- 2) ожогового (комбустиформного)

- 3) кокардного
- 4) гипертрофического
- 5) *серпингинирующего

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ ЕСТЬ ПОНЯТИЕ "НУЛЛЕР". ТАК НАЗЫВАЮТ КРОЛИКА, ЗАРАЖЁННОГО СИФИЛИСОМ, У КОТОРОГО

- 1) есть клинические проявления заболевания, но все серологические реакции остаются отрицательными
- 2) нет клинических проявлений заболевания, но серологические реакции положительные
- 3) *нет ни клинических, не серологических проявлений заболевания, хотя в лимфоузлах и внутренних органах обнаруживаются бледные трепонемы

У 19-ЛЕТНЕЙ ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ НА 8-Й НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНЫ РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КСР, РИТ И РИФ. ЖЕНЩИНА В ПЕРВОМ БРАКЕ, ПОЛОВЫЕ СВЯЗИ С КЕМ-ЛИБО, КРОМЕ МУЖА, КАТЕГОРИЧЕСКИ ОТРИЦАЕТ. МУЖ ЗДОРОВ. ТАКТИКА ВРАЧА.

- 1) проводить клинико-серологическое наблюдение
- 2) провести "пробное" специфическое и профилактическое лечение, не устанавливая диагноза "сифилис"
- 3) *у женщины сифилис скрытый ранний, провести ей специфическое лечение, а мужу - превентивное лечение

К ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКАМ ТВЕРДОГО ШАНКРА АНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) расположения в анальной складке
- 2) трещиноподобной или ракетообразной формы
- 3) *пахового склераденита
- 4) отсутствия плотного инфильтрата в основании

ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЯГКОГО ШАНКРА ЭФФЕКТИВНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) сульфаниламидов
- 2) *пенициллина
- 3) эритромицина
- 4) тетрациклина
- 5) гентамицина

ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОГО СКЛЕРАДЕНИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ

- 1) болезненности
- 2) бугристой поверхности увеличенных лимфоузлов
- 3) *плотно-эластической консистенции
- 4) спаянности лимфоузлов друг с другом
- 5) воспалительных изменений кожи над лимфоузлами

К ПОЗДНИМ ФОРМАМ НЕЙРОСИФИЛИСА ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) позднего скрытого сифилитического менингита
- 2) менинго-васкулярного и васкулярного сифилиса
- 3) *сифилитического менинго-миелита
- 4) спинной сухотки

5) прогрессивного паралича

ПРИ РАННИХ ФОРМАХ СИФИЛИСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) ирита, иридоциклита
- 2) хориоретинита
- 3) неврита зрительных нервов
- 4) *первичной атрофии зрительных нервов
- 5) увеита

У БЕРЕМЕННОЙ НА СРОКЕ 20 НЕДЕЛЬ ДИАГНОСТИРОВАН ВТОРИЧНЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ СИФИЛИС. ПОЛУЧИЛА СПЕЦИФИЧЕСКОЕ, А ЗАТЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСТВОРИМЫМ ПЕНИЦИЛЛИНОМ. РОДЫ СРОЧНЫЕ, У РЕБЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ СИФИЛИСА НЕ ВЫЯВЛЕНО. РЕБЕНОК НУЖДАЕТСЯ:

- 1) в профилактическом лечении и контроле в течение 1 года
- 2) *в клинко-серологическом контроле в течение 1 года
- 3) в клинко-серологическом контроле в течение 3 лет
- 4) лечению и контролю не подлежит

РЕСУПЕРИНФЕКЦИЯ — ЭТО

- 1) повторное заболевание сифилисом ранее излеченного от пациента
- 2) *повторное заболевание сифилисом пациента с имеющимися проявлениями поздней формы заболевания
- 3) повторное инфицирование при последовательных половых сношениях с источником заражения на протяжении первых двух недель инкубационного периода

ЖЕНЩИНА, НАЧИНАЯ С 18 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, ПОЛУЧИЛА ПОЛНОЦЕННОЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕНИЦИЛЛИНОМ ПО ПОВОДУ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА. В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ РСК С ТРЕПОНЕМНЫМ АНТИГЕНОМ 4+. РЕБЕНОК РОДИЛСЯ В СРОК, С МАССОЙ ТЕЛА 2950 Г, РОСТОМ 50 СМ. ПЕЧЕНЬ НА 1.5 СМ НИЖЕ РЕБЕРНОЙ ДУГИ, ОСТЕОХОНДРИТЫ I СТЕПЕНИ, КСР ++++. У РЕБЕНКА:

- 1) манифестный врожденный сифилис
- 2) скрытый врожденный сифилис
- 3) нет оснований для установления диагноза врожденного сифилиса
- 4) *диагноз будет установлен в динамике

ИЗОЛИРОВАННАЯ ПОЗИТИВНОСТЬ РИФ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ, ЧТО У ПАЦИЕНТА

- 1) ранний скрытый сифилис.
- 2) *инкубационный период сифилиса
- 3) скрытый серонегативный сифилис

ДИАГНОЗ РЕИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПРОЯВЛЕНИЙ ВСЕХ СТАДИЙ СИФИЛИСА, КРОМЕ

- 1) первичного сифилиса половых органов
- 2) первичного сифилиса анальной области
- 3) вторичного сифилиса кожи и слизистых органов
- 4) раннего сифилиса скрытого
- 5) *позднего сифилиса скрытого

СИМПТОМ "ТАРЗАЛЬНОГО ХРЯЩА" НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТВЕРДОГО ШАНКРА

- 1) в области века
- 2) в области спинки полового члена
- 3) *на внутреннем листке крайней плоти

«СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ПРАВИЛЬНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ КАК НАУКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении,
- 2) социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения
- 3) социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ

- 1) *трудовой активности населения
- 2) заболеваемости
- 3) инвалидности
- 4) демографических показателей
- 5) физического развития населения

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЕ ВЛИЯНИЕ НА СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗЫВАЮТ ВСЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ

- 1) *уровня культуры населения
- 2) экологических факторов среды
- 3) качества и доступности медицинской помощи
- 4) безопасных условий труда
- 5) сбалансированности питания

СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ, КРОМЕ

- 1) фонда медицинского страхования
- 2) страховой организации
- 3) *органа управления здравоохранением
- 4) медицинского учреждения
- 5) гражданина

В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВХОДЯТ, ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) перечня, видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за средств ОМС
- 2) стоимости различных видов медицинской помощи
- 3) *организаций добровольного медицинского страхования
- 4) видов платных медицинских услуг
- 5) дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) медицинской помощи больным на дому
- 2) лечебно-диагностического обслуживания населения
- 3) *организации работ по пропаганде здорового образа жизни
- 4) профилактической работы

5) экспертизы временной нетрудоспособности

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕР ПО СОКРАЩЕНИЮ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ПАЦИЕНТОВ НА ПОСЕЩЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ЭЛЕМЕНТЫ, КРОМЕ

- 1) анализа интенсивности потока больных по времени
- 2) *нормирования деятельности врачей
- 3) правильной организации графика приема врачей
- 4) четкой работы регистратуры
- 5) дисциплины персонала

ОСНОВНЫМИ ОБЯЗАННОСТЯМИ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ НА ЗАКРЕПЛЕННОМ УЧАСТКЕ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) оказания своевременной терапевтической помощи
- 2) организации госпитализации больных
- 3) *организации специализированной медицинской помощи
- 4) проведения экспертизы временной нетрудоспособности
- 5) организации диспансерного наблюдения населения

СТРУКТУРА БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РФ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ТИПЫ БОЛЬНИЦ КРОМЕ

- 1) республиканской, областной больницы
- 2) *больницы восстановительного лечения
- 3) центральной районной больницы
- 4) городской многопрофильной больницы
- 5) сельской участковой больницы

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СЛУЖБЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ РФ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ НАПРАВЛЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) заботы о здоровье матери и ребенка
- 2) обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав
- 3) обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей
- 4) разработки эффективной системы оказания медицинской помощи матери и ребенку
- 5) *социального страхования беременной женщины и женщины-матери

СТРУКТУРНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРИОДОВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) *перинатальная смертность
- 2) неонатальная смертность
- 3) постнеонатальная смертность
- 4) ранняя неонатальная смертность
- 5) поздняя неонатальная смертность

СУЩЕСТВУЮТ ЛИ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ТРУДОВЫМ ДОГОВОРОМ И ДОГОВОРОМ КОНТРАКТА?

- 1) да
- 2) *нет

В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ СО ДНЯ ИЗДАНИЯ ПРИКАЗА ОРГАНом ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНА КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ,

ПРИСВОЕННАЯ ВРАЧАМ, ПРОВИЗОРАМ, РАБОТНИКАМ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО) ПЕРСОНАЛА?

- 1) *в течение 5 лет
- 2) в течение 3 лет
- 3) в течение 7 лет

ЗАПИСЬ В ТРУДОВОЙ КНИЖКЕ СПЕЦИАЛИСТА (ИЗ ЧИСЛА ВРАЧЕБНОГО, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА) О ПРИСВОЕНИИ ЕМУ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АТТЕСТАЦИИ (ПЕРЕАТТЕСТАЦИИ) КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ

- 1) *вносится
- 2) вносится не обязательно
- 3) не вносится

ОГРАНИЧЕНИЕ В РАЗМЕРАХ ДОПЛАТ РАБОТНИКАМ ЗА СОВМЕЩЕНИЕ ИМИ ПРОФЕССИЙ (ДОЛЖНОСТЕЙ), УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА РАБОТЫ, РАСШИРЕНИЕ ЗОНЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ

- 1) установлено
- 2) *не установлено

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ — ЭТО

- 1) самостоятельная наука о долге медицинских работников
- 2) *прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

УКАЖИТЕ, ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ХАРАКТЕРИСТИК МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПРАВИЛЬНАЯ

- 1) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- 2) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- 3) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- 4) *верно все вышеперечисленное

СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО

- 1) для защиты внутреннего мира человека, его автономии
- 2) охраны от манипуляций со стороны внешних сил
- 3) для защиты социальных и экономических интересов личности
- 4) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"
- 5) для поддержания престижа медицинской профессии
- 6) *все перечисленное верно

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 1) *всегда
- 2) в особых случаях
- 3) не всегда

ПРЕДМЕТОМ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) здоровье населения

- 2) выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды
- 3) данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения
- 4) достоверность результатов клинических и экспериментальных исследований
- 5) *все перечисленные выше положения

СТАТИСТИЧЕСКИМИ ИЗМЕРИТЕЛЯМИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) демографических показателей
- 2) заболеваемости
- 3) инвалидности
- 4) физического развития
- 5) комплексных оценок здоровья населения
- 6) *трудовой активности

УРОВНЕМ ДОСТОВЕРНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ИЗУЧАЕМОГО ПРИЗНАКА, РАВНАЯ

- 1) 68%
- 2) 90%
- 3) 92%
- 4) *95%
- 5) 94%

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ДАННЫМИ

- 1) структурой посещений по специальности
- 2) динамикой посещений, распределением посещений по виду обращений, по месяцам, дням недели, часам дня
- 3) объемом помощи на дому, структурой посещений на дому, активностью врачей по помощи на дому
- 4) соотношением первичных и повторных посещений на дому
- 5) *всеми вышеперечисленными положениями

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

- 1) среднее число дней работы койки
- 2) среднее число занятых и свободных коек
- 3) оборот койки
- 4) средние сроки пребывания больного в стационаре
- 5) *все вышеназванные показатели

ИНТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1) отношение числа умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице
- 2) отношение числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар
- 3) *отношение числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки

ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА-УЧАСТКОВОГО (ЦЕХОВОГО) ЭКСПЕРТНО ОЦЕНИВАЮТСЯ

- 1) каждый случай смерти на дому
- 2) каждый случай первичного выхода на инвалидность

- 3) каждый случай расхождения диагнозов поликлиники и стационара
- 4) каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования, туберкулеза
- 5) *все вышеперечисленные положения

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ — ЭТО

- 1) перечень наименований болезней в определенном порядке
- 2) перечень диагнозов в определенном порядке
- 3) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
- 4) *система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
- перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

ПОКАЗАТЕЛЕМ, РЕКОМЕНДОВАННЫМ К ВЫЧИСЛЕНИЮ ДЛЯ ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обеспеченность населения врачами
- 2) обеспеченность средним медицинским персоналом
- 3) показатель укомплектованности (врачами, средним, младшим медицинским персоналом)
- 4) коэффициент совместительства
- 5) *все вышеперечисленные показатели

НА ЧЕЛОВЕКА, БЫВШЕГО В ПОЛОВОМ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ ГОНОРЕЕЙ, ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1) медицинская карта больного венерическим заболеванием
- 2) *медицинская карта амбулаторного больного
- 3) карта профилактически осмотренного с целью выявления
- 4) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов
- 5) контрольная карта диспансерного наблюдения

К ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) *кожно-венерологический диспансер
- 2) кожно-венерологический кабинет
- 3) кабинет дерматолога-венеролога в МСЧ
- 4) кожно-венерологическое отделение
- 5) кабинет дерматолога в поликлинике

НА БОЛЬНОГО ТРИХОМОНОЗОМ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *медицинской карты больного венерическим заболеванием
- 2) медицинской карты амбулаторного больного
- 3) контрольной карты диспансерного наблюдения
- 4) статистического талона регистрации заключительных диагнозов

К ПОСЕЩЕНИЯМ С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1) посещение больными по выздоровлении для закрытия листка нетрудоспособности
- 2) посещение по поводу осмотра при диспансерном наблюдении по поводу экземы
- 3) *посещение женщин, обратившихся для обследования с последующим направлением на аборт
- 4) посещения в связи с оформлением направления на МСЭК

5) посещения для заполнения санаторно-курортной карты

ПОД ДОСТАТОЧНЫМИ ДАННЫМИ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) заявление соседа о том, что данное лицо посещает притоны разврата
- 2) прямое указание на него больным венерической болезнью как источник своего заражения или как лицо, бывшее в половом контакте с ним
- 3) сообщение сотрудника по работе, что данное лицо находилось в медвытрезвителе
- 4) информация органов или учреждений здравоохранения о том, что лицо, бывшее с ним в половом контакте, находится на лечении по поводу венерического заболевания
- 5) *прямое указание на него больным венерической болезнью как источник своего заражения или как лицо, бывшее в половом контакте с ним; информация органов или учреждений здравоохранения о том, что лицо, бывшее с ним в половом контакте, находится на лечении по поводу венерического заболевания

В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ БОЛЬНОГО МИКРОСПОРИЕЙ ЗАПИСЫВАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ

- 1) *о братьях и сестрах
- 2) о крупных рогатых животных, с которыми контактировал больной
- 3) о соседях
- 4) о своей собаке
- 5) о собаке соседа

ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ГОНОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ ПОДЛЕЖАТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КОНТИНГЕНТЫ, КРОМЕ

- 1) беременных
- 2) женщин, страдающих первичным бесплодием
- 3) женщин, страдающих вторичным бесплодием
- 4) *женщин, страдающих псориазом
- 5) женщин, бывших в контакте с больным гонококковой инфекцией

К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *участковости
- 2) охвата диспансерным наблюдением
- 3) числа лиц, снятых с диспансерного учета
- 4) процента выявления источников заражения у венерических больных
- 5) числа лиц, взятых под диспансерное наблюдение

НА БОЛЬНОГО РУБРОФИТИЕЙ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1) медицинская карта амбулаторного больного
- 2) *медицинская карта больного грибковым заболеванием
- 3) контрольная карта диспансерного наблюдения
- 4) карта профилактически осмотренного с целью выявления заболевания
- 5) медицинская карта больного венерическим заболеванием

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВА В РЕЦЕПТЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- 1) на национальном языке
- 2) на латинском языке
- 3) *с указанием дозы, частоты, времени и длительности приема
- 4) с указанием "наружное"

5) с указанием "внутреннее"

МЕТОДИКА ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОВЕНЕРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПУНКТЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) выпуска мочи, мытья рук, наружных половых органов с мылом и обработки раствором гибитана
- 2) *назначения антибиотиков и сульфаниламидов
- 3) спринцевания влагалища и инстилляция в уретру раствора марганцовокислого калия
- 4) втирания в кожу каломельной мази
- 5) применения стерильных салфеток

РАЗВИТИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения
- 2) повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта
- 3) искоренения вредных привычек
- 4) *расширения сети больниц
- 5) расширения массовых профосмотров

НА ЧЕЛОВЕКА, БЫВШЕГО В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ СИФИЛИСОМ, ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1) *медицинская карта амбулаторного больного
- 2) медицинская карта больного венерическим заболеванием
- 3) карта профилактически осмотренного с целью выявления заболевания
- 4) контрольная карта диспансерного наблюдения
- 5) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов

МЕТОДИКА ОКАЗАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОТИВОВЕНЕРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МУЖЧИНАМ В ПУНКТЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) *назначения антибиотиков и сульфаниламидных препаратов
- 2) мытья рук, наружных половых органов
- 3) введения в уретру нескольких капель раствора гибитана
- 4) втирания в кожу каломельной мази

ОСНОВНЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) участия в профилактических осмотрах
- 2) проведения врачебно-трудовой экспертизы
- 3) проведения санитарно-просветительной работы
- 4) диспансерного наблюдения за больными
- 5) *организации санаторно-курортного лечения

НА БОЛЬНОГО ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1) медицинская карта амбулаторного больного
- 2) *медицинская карта больного венерическим заболеванием
- 3) контрольная карта диспансерного наблюдения
- 4) карта подлежащего периодическому осмотру
- 5) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов

К ПОСЕЩЕНИЯМ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) посещения для лечения
- 2) посещения в связи с оформлением санаторно-курортной карты
- 3) посещения, сделанные диспансерным контингентом в период ремиссии
- 4) *посещения для получения справки при направлении в дом отдыха
- 5) посещения для закрытия больничного листа

В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ БОЛЬНОГО ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ УКАЗЫВАЮТ СВЕДЕНИЯ О

- 1) братьях и сестрах
- 2) матери и отце
- 3) *лицах, с которыми он был в половом контакте
- 4) лицах, с которыми он был в бытовом контакте
- сотрудниках

ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЕЖЕГОДНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА СИФИЛИС ПОДЛЕЖАТ

- 1) *продавцы продовольственных магазинов
- 2) продавцы овощных магазинов
- 3) диспетчеры РЭУ
- 4) товароведы овощных баз
- 5) директора овощных магазинов

НА ЧЕЛОВЕКА, БЫВШЕГО В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ МИКРОСПОРИЕЙ, ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1) *медицинская карта амбулаторного больного
- 2) медицинская карта больного грибковым заболеванием
- 3) карта профилактически осмотренного с целью выявления
- 4) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов
- контрольная карта диспансерного наблюдения

«ПСОРИАЗ. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ. РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ»

ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА ПСОРИАЗА

- 1) Наследственная
- 2) Неврогенная
- 3) Обменная
- 4) Инфекционно-аллергическая
- 5) *Эндокринная

В ПАТОГЕНЕЗЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИГРАЕТ РОЛЬ СЕЗОННЫЙ ФАКТОР

- 1) Псориаз
- 2) Пиодермия
- 3) *Красный плоский лишай
- 4) Розовые угри
- 5) Чесотка

СТАДИИ ПРОЦЕССА РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА

- 1) Прогрессивную
- 2) Острую
- 3) *Стационарную

- 4) Подострую
- 5) Регрессирующую

ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ ПСОРИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Папула
- 2) Везикула
- 3) Волдырь
- 4) Бугорок
- 5) Пустула

КАКИЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА РАЗЛИЧАЮТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ПАПУЛ?

- 1) Каплевидный
- 2) Аннулярный
- 3) *Точечный
- 4) Диффузный
- 5) Фигурный (географический)

КАКИЕ ПАПУЛЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ?

- 1) Милиарные
- 2) Эпидермальные
- 3) *Нуммулярные
- 4) Дермальные
- 5) Бляшки

Какими характеристиками обладают папулы при псориазе?

- 1) Округлые
- 2) Полигональные
- 3) *Обладают периферическим ростом
- 4) Блестят
- 5) Покрываются серебристо-белыми чешуйками

ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕСТА ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ПСОРИАЗЕ:

- 1) Туловище
- 2) Слизистые оболочки
- 3) *Разгибательные поверхности конечностей
- 4) Ладони и подошвы
- 5) Волосистая часть головы

КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА?

- 1) Эритродермическая
- 2) Артропатическая
- 3) *Экссудативная
- 4) Пустулезная
- 5) Интертригинозная

КАКИЕ СИМПТОМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ?

- 1) *Изоморфная реакция Кебнера
- 2) Проба Ядассона
- 3) Симптом Ауспитца
- 4) Симптом «стружки»

5) Симптом «наперстка»

ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ОБЩИЕ ДЛЯ ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- 1) Мономорфные папулезные высыпания
- 2) Частое поражение слизистых оболочек
- 3) *Изоморфная реакция Кебнера
- 4) Мучительный зуд
- 5) Поражение ногтей

УКАЖИТЕ, КАКИЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА СОПРОВОЖДАЮТСЯ ЗУДОМ?

- 1) Экссудативная
- 2) Пустулезная
- 3) *Эритродермическая
- 4) Ладонно-подошвенная
- 5) Интертригинозная

УКАЖИТЕ, КАКИЕ ЖАЛОБЫ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ПАЦИЕНТ, СТРАДАЮЩИЙ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ:

- 1) Повышение температуры
- 2) *Мучительный зуд
- 3) Расстройство стула
- 4) Наличие высыпаний
- 5) Катаральные явления

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Локализация высыпаний на слизистых оболочках полости рта
- 2) Мономорфная папулезная сыпь
- 3) Длительность заболевания несколько лет
- 4) Появление высыпаний на местах механической травмы
- 5) *Стойкая пигментация после исчезновения сыпи

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ?

- 1) Полигональные
- 2) С восковидным блеском
- 3) Фиолетовый оттенок
- 4) С пупкообразным вдавлением
- 5) *Плоские

ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕСТА ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ:

- 1) Волосистая часть головы
- 2) *Передняя поверхность голеней
- 3) Локти и колени
- 4) Сгибательная поверхность предплечий
- 5) Ладони и подошвы

КАКИЕ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ?

- 1) Аннулярная

- 2) Пигментная
- 3) Атрофическая
- 4) Бородавчатая
- 5) *Пемфигоидная

КАКОЙ ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ РОЗОВОМ ЛИШАЕ?

- 1) *Пятно
- 2) Папула
- 3) Волдырь
- 4) Везикула
- 5) Пустула

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ РОЗОВОМ ЛИШАЕ?

- 1) Овальная форма пятен
- 2) Наличие «материнской бляшки»
- 3) Желтый оттенок высыпаний
- 4) Расположение по линиям натяжения кожи
- 5) *Легкое западение в центре

КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВЫСЫПНОГО ПЕРИОДА ПРИ РОЗОВОМ ЛИШАЕ?

- 1) * 6—8 недель
- 2) 1—2 недели
- 3) 3-4 недели
- 4) Более 2 месяцев
- 5) Более 3 месяцев

КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА?

- 1) Витамины
- 2) Рассасывающие средства
- 3) Иммуномодуляторы
- 4) Цитостатики
- 5) *Средства, улучшающие микроциркуляцию

В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) Салициловую мазь
- 2) Мазь «Радевит»
- 3) Нафталиновую пасту
- 4) Мази с кортикостероидами
- 5) *Псоркутан

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА РОЗОВЫМ ЛИШАЕМ?

- 1) Запретить ношение одежды из синтетики и шерсти
- 2) Назначение интенсивной наружной терапии
- 3) *Запретить водные процедуры
- 4) Назначение УФО
- 5) Назначение гипосенсибилизирующей и антигистаминной терапии

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ОСНОВНЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ В КОЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНУЛЕЗ?

- 1) *Красный плоский лишай

- 2) Псориаз
- 3) Розовый лишай
- 4) Экзема
- 5) Дерматит

ОСОБЕННОСТЯМИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Расположение высыпаний в крупных складках
- 2) Обильное шелушение на поверхности очагов
- 3) *Очаги представлены резко очерченной краснотой, отеком с мацерацией
- 4) Быстрый эффект проводимой терапии
- 5) По периферии очагов выражена десквамация эпидермиса

ОСОБЕННОСТЯМИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Частое поражение лица
- 2) Отсутствие феномена Кебнера
- 3) *Частое поражение волосистой части головы
- 4) Нет склонности к прогрессированию
- 5) Частое поражение естественных складок

В ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) Тиосульфат натрия
- 2) УФО
- 3) *Гемодез
- 4) ПУВА-терапию
- 5) Витаминотерапию

В ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ПОЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Ободок Воронова
- 2) *Феномен Кебнера
- 3) Симптом Никольского
- 4) Симптом Ауспитца
- 5) Симптом «яблочного желе»

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- 1) Витамины
- 2) Цитостатики
- 3) *Препараты кальция
- 4) Антибиотики
- 5) Антигистаминные препараты

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НАБЛЮДАЮТСЯ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА?

- 1) Типичная форма
- 2) Пигментная форма
- 3) *Экссудативно-геморрагическая форма
- 4) Бородавчатая форма
- 5) Эрозивно-язвенная форма

ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Линия смыкания зубов

- 2) Твердое небо
- 3) Мягкое небо
- 4) Язык
- 5) Дно полости рта

КАКИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОБЛАДАЮТ ПАПУЛЫ ПРИ ТИПИЧНОЙ ФОРМЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА?

- 1) Серовато-белый цвет
- 2) Располагаются изолированно
- 3) *Почти не возвышаются над уровнем слизистой
- 4) Имеют фиолетовый оттенок
- 5) Сливаются, образуя сетку, кольца, дуги

КАКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОБЛАДАЮТ ПРОЯВЛЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭКССУДАТИВНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ?

- 1) Воспалительные розовые папулы на фоне нормальной слизистой
- 2) *Выражена воспалительная реакция слизистой оболочки
- 3) Папулы, сливаясь, образуют вид сетки или «листья папоротника» ярко-красного цвета
- 4) Серовато-белый узор из папул на фоне застойной гиперемии
- 5) Папулы не видны из-за выраженной воспалительной реакции слизистой

КАКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОБЛАДАЮТ ПРОЯВЛЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЕ?

- 1) Выражены воспаление и отек
- 2) Эрозии и язвы располагаются по периферии очага
- 3) *Эрозии и язвы располагаются в центре очага
- 4) Не характерно воспаление слизистой вокруг эрозированных папул
- 5) Наличие типичных папул по периферии очага

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- 1) Антибиотики
- 2) *Кортикостероиды
- 3) Цитостатики
- 4) Кортикостероиды в сочетании с делагилом
- 5) Цитостатики в сочетании с антибиотиками

«ПСОРИАЗ. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ. РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ»

КАКИЕ ТЕОРИИ ИМЕЮТ МЕСТО В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА?

- 1) Наследственная
- 2) Неврогенная
- 3) Обменная
- 4) Инфекционно-аллергическая
- 5) *Эндокринная

В ПАТОГЕНЕЗЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИГРАЕТ РОЛЬ СЕЗОННЫЙ ФАКТОР?

- 1) Псориаз
- 2) Пиодермия

- 3) *Красный плоский лишай
- 4) Розовые угри
- 5) Чесотка

КАКИЕ СТАДИИ РАЗЛИЧАЮТ В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ ПСОРИАЗА?

- 1) Прогрессивную
- 2) Острую
- 3) *Стационарную
- 4) Подострую
- 5) Регрессирующую

ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ ПСОРИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Папула
- 2) Везикула
- 3) Волдырь
- 4) Бугорок
- 5) Пустула

КАКИЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА РАЗЛИЧАЮТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ПАПУЛ?

- 1) Каплевидный
- 2) Аннулярный
- 3) *Точечный
- 4) Диффузный
- 5) Фигурный (географический)

КАКИЕ ПАПУЛЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ?

- 1) Милиарные
- 2) Эпидермальные
- 3) *Нуммулярные
- 4) Дермальные
- 5) Бляшки

КАКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОБЛАДАЮТ ПАПУЛЫ ПРИ ПСОРИАЗЕ?

- 1) Округлые
- 2) Полигональные
- 3) *Обладают периферическим ростом
- 4) Блестят
- 5) Покрываются серебристо-белыми чешуйками

ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕСТА ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ПСОРИАЗЕ:

- 1) Туловище
- 2) Слизистые оболочки
- 3) *Разгибательные поверхности конечностей
- 4) Ладони и подошвы
- 5) Волосистая часть головы

КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА?

- 1) Эритродермическая
- 2) Артропатическая
- 3) *Экссудативная

- 4) Пустулезная
- 5) Интертригинозная

КАКИЕ СИМПТОМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ?

- 1) *Изоморфная реакция Кебнера
- 2) Проба Ядассона
- 3) Симптом Ауспитца
- 4) Симптом «стружки»
- 5) Симптом «наперстка»

ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ОБЩИЕ ДЛЯ ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ:

- 1) Мономорфные папулезные высыпания
- 2) Частое поражение слизистых оболочек
- 3) *Изоморфная реакция Кебнера
- 4) Мучительный зуд
- 5) Поражение ногтей

УКАЖИТЕ, КАКИЕ ФОРМЫ ПСОРИАЗА СОПРОВОЖДАЮТСЯ ЗУДОМ?

- 1) Экссудативная
- 2) Пустулезная
- 3) *Эритродермическая
- 4) Ладонно-подошвенная
- 5) Интертригинозная

УКАЖИТЕ, КАКИЕ ЖАЛОБЫ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ПАЦИЕНТ, СТРАДАЮЩИЙ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ:

- 1) Повышение температуры
- 2) *Мучительный зуд
- 3) Расстройство стула
- 4) Наличие высыпаний
- 5) Катаральные явления

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Локализация высыпаний на слизистых оболочках полости рта
- 2) Мономорфная папулезная сыпь
- 3) Длительность заболевания несколько лет
- 4) Появление высыпаний на местах механической травмы
- 5) *Стойкая пигментация после исчезновения сыпи

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ?

- 1) Полигональные
- 2) С восковидным блеском
- 3) Фиолетовый оттенок
- 4) С пупкообразным вдавлением
- 5) *Плоские

ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕСТА ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ:

- 1) Волосистая часть головы
- 2) *Передняя поверхность голеней
- 3) Локти и колени
- 4) Сгибательная поверхность предплечий
- 5) Ладони и подошвы

КАКИЕ АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ КРАСНОМ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ?

- 1) Аннулярная
- 2) Пигментная
- 3) Атрофическая
- 4) Бородавчатая
- 5) *Пемфигоидная

КАКОЙ ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ РОЗОВОМ ЛИШАЕ?

- 1) *Пятно
- 2) Папула
- 3) Волдырь
- 4) Везикула
- 5) Пустула

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ РОЗОВОМ ЛИШАЕ?

- 1) Овальная форма пятен
- 2) Наличие «материнской бляшки»
- 3) Желтый оттенок высыпаний
- 4) Расположение по линиям натяжения кожи
- 5) *Легкое западение в центре

КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВЫСЫПНОГО ПЕРИОДА ПРИ РОЗОВОМ ЛИШАЕ?

- 1) * 6—8 недель
- 2) 1—2 недели
- 3) 3-4 недели
- 4) Более 2 месяцев
- 5) Более 3 месяцев

КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА?

- 1) Витамины
- 2) Рассасывающие средства
- 3) Иммуномодуляторы
- 4) Цитостатики
- 5) *Средства, улучшающие микроциркуляцию

В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) Салициловую мазь
- 2) Мазь «Радевит»
- 3) Нафталановую пасту
- 4) Мази с кортикостероидами
- 5) *Псоркутан

КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА РОЗОВЫМ ЛИШАЕМ?

- 1) Запретить ношение одежды из синтетики и шерсти
- 2) Назначение интенсивной наружной терапии
- 3) *Запретить водные процедуры
- 4) Назначение УФО
- 5) Назначение гипосенсибилизирующей и антигистаминной терапии

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ОСНОВНЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ В КОЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНУЛЕЗ?

- 1) *Красный плоский лишай
- 2) Псориаз
- 3) Розовый лишай
- 4) Экзема
- 5) Дерматит

ОСОБЕННОСТЯМИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Расположение высыпаний в крупных складках
- 2) Обильное шелушение на поверхности очагов
- 3) *Очаги представлены резко очерченной краснотой, отеком с мацерацией
- 4) Быстрый эффект проводимой терапии
- 5) По периферии очагов выражена десквамация эпидермиса

ОСОБЕННОСТЯМИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Частое поражение лица
- 2) Отсутствие феномена Кебнера
- 3) *Частое поражение волосистой части головы
- 4) Нет склонности к прогрессированию
- 5) Частое поражение естественных складок

В ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) Тиосульфат натрия
- 2) УФО
- 3) *Гемодез
- 4) ПУВА-терапию
- 5) Витаминотерапию

В прогрессирующей стадии псориаза у детей появляются:

- 1) Ободок Воронова
- 2) *Феномен Кебнера
- 3) Симптом Никольского
- 4) Симптом Ауспитца
- 5) Симптом «яблочного желе»

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- 1) Витамины
- 2) Цитостатики
- 3) *Препараты кальция
- 4) Антибиотики
- 5) Антигистаминные препараты

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НАБЛЮДАЮТСЯ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА?

- 1) Типичная форма
- 2) Пигментная форма
- 3) *Экссудативно-геморрагическая форма
- 4) Бородавчатая форма
- 5) Эрозивно-язвенная форма

ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Линия смыкания зубов
- 2) Твердое небо
- 3) Мягкое небо
- 4) Язык
- 5) Дно полости рта

КАКИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОБЛАДАЮТ ПАПУЛЫ ПРИ ТИПИЧНОЙ ФОРМЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА?

- 1) Серовато-белый цвет
- 2) Располагаются изолированно
- 3) *Почти не возвышаются над уровнем слизистой
- 4) Имеют фиолетовый оттенок
- 5) Сливаются, образуя сетку, кольца, дуги

КАКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОБЛАДАЮТ ПРОЯВЛЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭКССУДАТИВНО-ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ?

- 1) Воспалительные розовые папулы на фоне нормальной слизистой
- 2) *Выражена воспалительная реакция слизистой оболочки
- 3) Папулы, сливаясь, образуют вид сетки или «листьев папоротника» ярко-красного цвета
- 4) Серовато-белый узор из папул на фоне застойной гиперемии
- 5) Папулы не видны из-за выраженной воспалительной реакции слизистой

КАКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОБЛАДАЮТ ПРОЯВЛЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЕ?

- 1) Выражены воспаление и отек
- 2) Эрозии и язвы располагаются по периферии очага
- 3) *Эрозии и язвы располагаются в центре очага
- 4) Не характерно воспаление слизистой вокруг эрозированных папул
- 5) Наличие типичных папул по периферии очага

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- 1) Антибиотики
- 2) *Кортикостероиды
- 3) Цитостатики
- 4) Кортикостероиды в сочетании с делагилом
- 5) Цитостатики в сочетании с антибиотиками

«ГОНОРЕЯ»

КЕМ ОТКРЫТ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ?

- 1) *Нейссером
- 2) Шаудиным
- 3) Гофманом
- 4) Петерсеном
- 5) Донне

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ГОНОРЕИ ДЕВОЧЕК НАЗНАЧАЮТСЯ:

- 1) Пенициллин
- 2) Тетрациклины
- 3) *Диета с ограничением соли, острых приправ, пряностей
- 4) Витаминотерапия
- 5) Спринцевание влагалища с раствором протаргола

У КАКОЙ КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ ГОНОКОКК МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ МНОГОСЛОЙНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ ЭПИТЕЛИЙ?

- 1)Онкологические больные
- 2)*Беременные
- 3)Алкоголики
- 4)Девочки
- 5)Пожилые люди

ПРИ ГОНОРЕЕ У ДЕВОЧЕК, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ:

- 1)Прямая кишка
- 2)Цервикальный канал
- 3)*Уретра
- 4)Уретра и мочевого пузыря
- 5)Кожа промежности

КАКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ МОГУТ ПЕРСИСТИРОВАТЬ В ТРИХОМОНАДАХ?

- 1)Бледная трепонема
- 2)*Гонококки
- 3)Вирусы
- 4)Хламидии
- 5)Грибы Candida

КАКИМИ КРАСИТЕЛЯМИ ОКРАШИВАЕТСЯ ГОНОКОКК ДЛЯ МИКРОСКОПИРОВАНИЯ?

- 1)Метиленовым синим
- 2)Метилоранжем
- 3)*Бриллиантовым зеленым
- 4)Нейтральным красным
- 5)по методу Грама

КАКИМИ ПУТЯМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИНФИЦИРОВАНИЕ ГОНОКОККАМИ?

- 1) Половой
- 2)Половые перверзии
- 3) Через предметы туалета, белье
- 4) При прохождении через родовые пути
- 5) *Занос руками в глаза, нос, рот

ДЛЯ ПОДОСТРОЙ И ТОРПИДНОЙ ФОРМЫ ГОНОРЕИ У ДЕВОЧЕК ХАРАКТЕРНО:

- 1) Нет видимых воспалительных изменений
- 2) *Незначительные выделения из половой щели
- 3) Сильный зуд без Наличия выделений
- 4) Слизистые оболочки преддверия и влагалища слегка гиперемированы
- 5) Субъективные и объективные симптомы отсутствуют

КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УРЕТРИТА?

- 1) *Двухстаканная проба
- 2) Общий анализ мочи
- 3) Пальцевое исследование уретры
- 4) Реакция Борде-Жангу
- 5) Комбинированная провокация

КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ БОЛЬНОМУ, СТРАДАЮЩЕМУ БЕСПЛОДИЕМ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ГОНОКОККОВ В МАЗКЕ?

- 1) Исследование сока предстательной железы
- 2) Бактериологический
- 3) Уретроскопия
- 4) Пальпация предстательной железы
- 5) *Спермограмму

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ОРГАНИЗМЕ?

- 1) По протяжению слизистой оболочки
- 2) По нервным волокнам
- 3) *Лимфогенный
- 4) Из глубины тканей
- 5) Гематогенно

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТРОГО ПЕРЕДНЕГО УРЕТРИТА?

- 1) Боли и рези при мочеиспускании
- 2) Моча мутная в двух порциях
- 3) *Гиперемия и отек губок уретры
- 4) Белый, крошковатый налет на головке полового члена
- 5) Обильные гнойные выделения из уретры

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТРОГО ТОТАЛЬНОГО УРЕТРИТА?

- 1) Императивные позывы на мочеиспускание
- 2) Терминальная боль
- 3) Терминальная гематурия
- 4) Выделение мочи малыми порциями
- 5) *Обильные гнойные выделения из уретры

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГОНОРЕЙНОГО УРЕТРИТА?

- 1) Склеивание губок уретры после ночного сна
- 2) Давность болезни более 2-х месяцев
- 3) Усиление выделений при физической нагрузке

- 4) Ослабление эрекции
- 5) *Снижение либидо

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ГОНОРЕЙНОГО УРЕТРИТА:

- 1) Тизонит
- 2) Везикулит
- 3) *Морганьит
- 4) Простатит
- 5) Баланопостит

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЗАДНЕГО УРЕТРИТА:

- 1) Орхоэпидидимит
- 2) Парауретрит
- 3) *Простатит
- 4) Полиурия
- 5) Цистит

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГОНОРЕИ У ДЕВОЧЕК?

- 1) Острое течение
- 2) Восходящая гонорея
- 3) *Обильные слизисто-гнойные выделения
- 4) Поражаются цервикальный канал и уретра
- 5) Поражаются слизистая влагалища и преддверия

ОСТРЫЙ ГОНОКОККОВЫЙ ОРХОЭПИДИДИМИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

- 1) Резкой болезненностью органов мошонки
- 2) Повышение общей температуры
- 3) Отечностью органов мошонки
- 4) Увеличением придатков и яичка
- 5) *Нарушением половой функции

КАКИЕ РАЗЛИЧАЮТ ВИДЫ ПРОСТАТИТА ПО ХАРАКТЕРУ И СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ?

- 1) Паренхиматозный
- 2) Очаговый
- 3) *Катаральный
- 4) Диффузный
- 5) Фолликулярный

КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОСТАТИТА?

- 1) Пальпация
- 2) УЗИ
- 3) Исследование секрета предстательной железы
- 4) Посев секрета предстательной железы на флору
- 5) *Двухстаканная проба

КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Отсутствие гонококков при бактериоскопическом исследовании
- 2) Отсутствие роста гонококка на питательных средах
- 3) Отсутствие изменений простаты и семенных пузырьков при пальпации

- 4) Нормальный состав секрета простаты
- 5) *Отсутствие или нерезко выраженные изменения в уретре при уретроскопии

В ЧЕМ СОСТОЯТ ОСОБЕННОСТИ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК?

- 1) Многоочаговость процесса
- 2) Часто поражается прямая кишка
- 3) Поражаются преддверие влагалища и влагалище
- 4) Восходящая гонорея встречается редко
- 5) *Преобладает острый процесс

КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БЛЕННОРЕИ У НОВОРОЖДЕННЫХ?

- 1) Пенициллин
- 2) *Альбуцид
- 3) Риванол
- 4) Сульфацил-натрия
- 5) Резорцин

К КАКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ЧАСТО ПРИВОДИТ ДИССЕМНИРОВАННАЯ ГОНОРЕЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ?

- 1) Пиодермия
- 2) *Артрит
- 3) Плеврит
- 4) Перигепатит
- 5) Аортит

КАКИЕ АНТИБИОТИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ?

- 1) Офлоксацин
- 2) Метронидазол
- 3) *Азитромицин
- 4) Стрептомицин
- 5) Цефтриаксон

КАКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ФТОРХИНОЛОНОВ?

- 1) Беременные
- 2) Пожилые люди
- 3) *Кормящие матери
- 4) Онкологические больные
- 5) Подростки до 15 лет

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОТНОСЯТСЯ К ФТОРХИНОЛОНАМ?

- 1) Ципрофлоксацин
- 2) Ломефлоксацин .
- 3) Офлоксацин
- 4) Перфлоксацин
- 5) *Таривид

КАКОЙ АНТИБИОТИК СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СМЕШАННОЙ ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ?

- 1) Пенициллин
- 2) *Азитромицин

- 3) Стрептомицин
- 4) Доксициклин
- 5) Спектиномицин

КАКИЕ АНТИБИОТИКИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ЛАКТАМАЗНЫХ ШТАММОВ ГОНОКОККА?

- 1) Тетрациклин
- 2) *Спектиномицин
- 3) Доксициклин
- 4) Ципрофлоксацин
- 5) Метациклин

АНТИБИОТИКИ КАКОГО РЯДА КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИ-ВОПОКАЗАНЫ БЕРЕМЕННЫМ С ГОНОРЕЕЙ?

- 1) Аминогликозиды
- 2) Макролиды
- 3) *Фторхинолоны
- 4) Цефалоспорины
- 5) Тетрациклины

КАКОМУ КОНТИНГЕНТУ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ГОНОРЕИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КУЛЬТУРАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ?

- 1) Женщины старше 60 лет
- 2) Призывники
- 3) *Девочки
- 4) Декретированный контингент
- 5) Беременные

В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ ГОНОРЕИ ПРОВОДИТСЯ УСТАНОВЛЕНИЕ КРИТЕРИЯ ИЗЛЕЧЕННОСТИ?

- 1) *Сразу после лечения и через 10 дней
- 2) Через 15 дней
- 3) Через 3 недели
- 4) Через 1 месяц
- 5) Через 3 месяца

«НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ»

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) Вирусы
- 2) Ионизирующее излучение
- 3) Канцерогены
- 4) Наследственная предрасположенность
- 5) *Ультрафиолетовое облучение

НАИБОЛЬШЕЙ ОНКОГЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА КОЖИ ОБЛАДАЮТ:

- 1) Папилломавирусы
- 2) Цитомегаловирус
- 3) *ВПГ-2
- 4) Аденовирусы
- 5) Вирус Эпштейн-Барр

КАКИЕ ОПУХОЛИ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ?

- 1) Спиноцеллюлярная эпителиома
- 2) Сирингома
- 3) *Меланома
- 4) Лейомиома
- 5) Базалиома

КАКИЕ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ?

- 1) Невус
- 2) Аденома
- 3) Липома
- 4) Гемангиома
- 5) *Атерома

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА:

- 1) Инвазивный рост
- 2) Кровоточивость
- 3) *Метастазирование
- 4) Пигментация
- 5) Клеточный атипизм

КАКОЙ ПРИЗНАК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОТСУТСТВУЕТ У БАЗАЛИОМЫ?

- 1) *Метастазирование
- 2) Инвазивный рост
- 3) Прогрессирование
- 4) Клеточный атипизм
- 5) Пигментация

КАКИЕ ОПУХОЛИ ПРОИСХОДЯТ ИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ?

- 1) Фиброма
- 2) *Лейомиома
- 3) Миксома
- 4) Ангиолейомиома
- 5) Сирингома

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ АТЕРОМЫ?

- 1) Одиночная
- 2) Киста сальной железы
- 3) Локализуется на лице
- 4) Наблюдается у взрослых
- 5) *Медленно растет

ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГЕМАНГИОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОИСХОЖДЕНИЯ:

- 1) Капиллярная
- 2) Лимфоидная
- 3) *Венозная
- 4) Телеангиоэктатическая
- 5) Кавернозная

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВАРИАНТЫ НЕВУСОВ:

- 1) Бородавчатый
- 2) Линейный
- 3) Пигментный
- 4) Волосатый
- 5) *Голубой

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЕЛОИДОВ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) «Келоидный диатез»
- 2) Акне
- 3) Травмы
- 4) Ожоги
- 5) *Оперативные вмешательства

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АДЕНОМЫ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) Опухоль сальной железы
- 2) Наследственное заболевание
- 3) Сочетается с поражением нервной системы
- 4) Часто поражается область носогубного треугольника
- 5) *Сочетается с поражением глазного дна

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВАРИАНТЫ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА:

- 1) Эпидермодермальный
- 2) Коричневый
- 3) *Пограничный
- 4) Пятнистый
- 5) Внутридермальный

СИРИНГОМА — ЭТО:

- 1) *Опухоль эккринной потовой железы
- 2) Опухоль апокринной потовой железы
- 3) Опухоль сальной железы
- 4) Киста сальной железы
- 5) Опухоль сально-волосного фолликула

НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ БАЗАЛИОМЫ:

- 1) Поверхностная
- 2) Склеродермоподобная
- 3) Педжетоидная
- 4) Плоская
- 5) *Вегетирующая

ИЗ КАКИХ КЛЕТОК КОЖИ ПРОИСХОДИТ БАЗАЛИОМА?

- 1) *Базальных эпидермоцитов
- 2) Кератиноцитов
- 3) Шиповатых эпидермоцитов
- 4) Меланоцитов
- 5) Клеток Лангерганса

ДЛЯ БАЗАЛИОМЫ ХАРАКТЕРНО:

- 1) Возникновение у лиц молодого возраста
- 2) *Локализация на лице
- 3) Метастазы в регионарные лимфатические узлы
- 4) Венчик из «жемчужных» папул вокруг язвы
- 5) Глубокие кровоточащие язвы

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПИНАЛИОМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) Локализация вокруг естественных отверстий
- 2) Поражение слизистых оболочек полости рта
- 3) Кратеровидная, легко кровоточащая язва
- 4) Длительное существование инфильтративной бляшки
- 5) *Лимфогенное метастазирование

ПРИЗНАКАМИ ТРАНСФОРМАЦИИ НЕВУСА В МЕЛАНОМУ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Изменение цвета (усиление пигментации)
- 2) Появление болезненных ощущений
- 3) Неравномерная окраска
- 4) Появление периферического воспалительного венчика
- 5) *Местная гипертермия

«ГОНОРЕЯ»

КЕМ ОТКРЫТ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ?

- 1) *Нейссером
- 2) Шаудиным
- 3) Гофманом
- 4) Петерсеном
- 5) Донне

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ГОНОРЕИ ДЕВОЧЕК НАЗНАЧАЮТСЯ:

- 1) Пенициллин
- 2) Тетрациклины
- 3) *Диета с ограничением соли, острых приправ, пряностей
- 4) Витаминотерапия
- 5) Спринцевание влагалища с раствором протаргола

У КАКОЙ КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТОВ ГОНОКОКК МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ МНОГОСЛОЙНЫЙ НЕОРОГОВЕВАЮЩИЙ ЭПИТЕЛИЙ?

- 1) Онкологические больные
- 2) *Беременные
- 3) Алкоголики
- 4) Девочки
- 5) Пожилые люди

ПРИ ГОНОРЕЕ У ДЕВОЧЕК, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ:

- 1) Прямая кишка
- 2) Цервикальный канал
- 3) *Уретра
- 4) Уретра и мочевого пузыря
- 5) Кожа промежности

КАКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ МОГУТ ПЕРСИСТИРОВАТЬ В ТРИХОМОНАДАХ?

- 1) Бледная трепонема
- 2) *Гонококки
- 3) Вирусы
- 4) Хламидии
- 5) Грибы Candida

КАКИМИ КРАСИТЕЛЯМИ ОКРАШИВАЕТСЯ ГОНОКОКК ДЛЯ МИКРОСКОПИРОВАНИЯ?

- 1) Метиленовым синим
- 2) Метилоранжем
- 3) *Бриллиантовым зеленым
- 4) Нейтральным красным
- 5) по методу Грама

КАКИМИ ПУТЯМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИНФИЦИРОВАНИЕ ГОНОКОККАМИ?

- 1) Половой
- 2) Половые перверзии
- 3) Через предметы туалета, белье
- 4) При прохождении через родовые пути
- 5) *Занос руками в глаза, нос, рот

ДЛЯ ПОДОСТРОЙ И ТОРПИДНОЙ ФОРМЫ ГОНОРЕИ У ДЕВОЧЕК ХАРАКТЕРНО:

- 1) Нет видимых воспалительных изменений
- 2) *Незначительные выделения из половой щели
- 3) Сильный зуд без Наличия выделений
- 4) Слизистые оболочки преддверия и влагалища слегка гиперемированы
- 5) Субъективные и объективные симптомы отсутствуют

КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ УРЕТРИТА?

- 1) *Двухстаканная проба
- 2) Общий анализ мочи
- 3) Пальцевое исследование уретры
- 4) Реакция Борде-Жангу
- 5) Комбинированная провокация

КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ БОЛЬНОМУ, СТРАДАЮЩЕМУ БЕСПЛОДИЕМ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ГОНОКОККОВ В МАЗКЕ?

- 1) Исследование сока предстательной железы
- 2) Бактериологический
- 3) Уретроскопия
- 4) Пальпация предстательной железы
- 5) *Спермограмму

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ОРГАНИЗМЕ?

- 1) По протяжению слизистой оболочки
- 2) По нервным волокнам
- 3) *Лимфогенный
- 4) Из глубины тканей

5) Гематогенно

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТРОГО ПЕРЕДНЕГО УРЕТРИТА?

- 1) Боли и рези при мочеиспускании
- 2) Моча мутная в двух порциях
- 3) *Гиперемия и отек губок уретры
- 4) Белый, крошковатый налет на головке полового члена
- 5) Обильные гнойные выделения из уретры

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТРОГО ТОТАЛЬНОГО УРЕТРИТА?

- 1) Императивные позывы на мочеиспускание
- 2) Терминальная боль
- 3) Терминальная гематурия
- 4) Выделение мочи малыми порциями
- 5) *Обильные гнойные выделения из уретры

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГОНОРЕЙНОГО УРЕТРИТА?

- 1) Склеивание губок уретры после ночного сна
- 2) Давность болезни более 2-х месяцев
- 3) Усиление выделений при физической нагрузке
- 4) Ослабление эрекции
- 5) *Снижение либидо

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ГОНОРЕЙНОГО УРЕТРИТА:

- 1) Тизонит
- 2) Везикулит
- 3) *Морганьит
- 4) Простатит
- 5) Баланопостит

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЗАДНЕГО УРЕТРИТА:

- 1) Орхоэпидидимит
- 2) Парауретрит
- 3) *Простатит
- 4) Полиурия
- 5) Цистит

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГОНОРЕИ У ДЕВОЧЕК?

- 1) Острое течение
- 2) Восходящая гонорея
- 3) *Обильные слизисто-гнойные выделения
- 4) Поражаются цервикальный канал и уретра
- 5) Поражаются слизистая влагалища и преддверия

ОСТРЫЙ ГОНОКОККОВЫЙ ОРХОЭПИДИДИМИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

- 1) Резкой болезненностью органов мошонки
- 2) Повышение общей температуры
- 3) Отечностью органов мошонки
- 4) Увеличением придатков и яичка

5) *Нарушением половой функции

КАКИЕ РАЗЛИЧАЮТ ВИДЫ ПРОСТАТИТА ПО ХАРАКТЕРУ И СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ?

- 1) Паренхиматозный
- 2) Очаговый
- 3) *Катаральный
- 4) Диффузный
- 5) Фолликулярный

КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРОСТАТИТА?

- 1) Пальпация
- 2) УЗИ
- 3) Исследование секрета предстательной железы
- 4) Посев секрета предстательной железы на флору
- 5) *Двухстаканная проба

КРИТЕРИЯМИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Отсутствие гонококков при бактериоскопическом исследовании
- 2) Отсутствие роста гонококка на питательных средах
- 3) Отсутствие изменений простаты и семенных пузырьков при пальпации
- 4) Нормальный состав секрета простаты
- 5) *Отсутствие или нерезко выраженные изменения в уретре при уретроскопии

В ЧЕМ СОСТОЯТ ОСОБЕННОСТИ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК?

- 1) Многоочаговость процесса
- 2) Часто поражается прямая кишка
- 3) Поражаются преддверие влагалища и влагалище
- 4) Восходящая гонорея встречается редко
- 5) *Преобладает острый процесс

КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БЛЕННОРЕИ У НОВОРОЖДЕННЫХ?

- 1) Пенициллин
- 2) *Альбуцид
- 3) Риванол
- 4) Сульфацил-натрия
- 5) Резорцин

К КАКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ЧАСТО ПРИВОДИТ ДИССЕМНИРОВАННАЯ ГОНОРЕЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ?

- 1) Пиодермия
- 2) *Артрит
- 3) Плеврит
- 4) Перигепатит
- 5) Аортит

КАКИЕ АНТИБИОТИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ?

- 1) Офлоксацин
- 2) Метронидазол
- 3) *Азитромицин

- 4) Стрептомицин
- 5) Цефтриаксон

КАКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ФТОРХИНОЛОНОВ?

- 1) Беременные
- 2) Пожилые люди
- 3) *Кормящие матери
- 4) Онкологические больные
- 5) Подростки до 15 лет

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОТНОСЯТСЯ К ФТОРХИНОЛОНАМ?

- 1) Ципрофлоксацин
- 2) Ломефлоксацин .
- 3) Офлоксацин
- 4) Перфлоксацин
- 5) *Таривид

КАКОЙ АНТИБИОТИК СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СМЕШАННОЙ ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ?

- 1) Пенициллин
- 2) *Азитромицин
- 3) Стрептомицин
- 4) Доксициклин
- 5) Спектиномицин

КАКИЕ АНТИБИОТИКИ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ЛАКТАМАЗНЫХ ШТАММОВ ГОНОКОККА?

- 1) Тетрациклин
- 2) *Спектиномицин
- 3) Доксициклин
- 4) Ципрофлоксацин
- 5) Метациклин

АНТИБИОТИКИ КАКОГО РЯДА КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БЕРЕМЕННЫМ С ГОНОРЕЕЙ?

- 1) Аминогликозиды
- 2) Макролиды
- 3) *Фторхинолоны
- 4) Цефалоспорины
- 5) Тетрациклины

КАКОМУ КОНТИНГЕНТУ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ГОНОРЕИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КУЛЬТУРАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ?

- 1) Женщины старше 60 лет
- 2) Призывники
- 3) *Девочки
- 4) Декретированный контингент
- 5) Беременные

В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПО ПОВОДУ ГОНОРЕИ ПРОВОДИТСЯ УСТАНОВЛЕНИЕ КРИТЕРИЯ ИЗЛЕЧЕННОСТИ?

- 1) *Сразу после лечения и через 10 дней
- 2) Через 15 дней
- 3) Через 3 недели
- 4) Через 1 месяц
- 5) Через 3 месяца

«ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ»

ДИАГНОСТИКА ЧЕСОТКИ ДОЛЖНА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

- 1) *Жалобах пациента
- 2) *Эпиданамнезе
- 3) *Клинической картине
- 4) *Лабораторной диагностике

НА ОСНОВАНИИ КАКОГО МЕТОДА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ
УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «ЧЕСОТКА»:

- 1) Посев на питательную среду
- 2) РИФ
- 3) ПЦР
- 4) *Микроскопия

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ЧЕСОТКИ ГЛАВНЫМ
КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Зуд
- 2) Наличие расчесов
- 3) *обнаружение чесоточного клеща
- 4) Наличие пузырьков

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) Спрегаль
- 2) *Бензил-бензоат
- 3) *Перметрин
- 4) Любую гормональную мазь

ПРОТИВОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ:

- 1) *Душ до и после лечения
- 2) *Дезинфекция белья
- 3) Вакцинация
- 4) *Профлечение контактных лиц

НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ РАЗНОВИДНОСТИ ВШЕЙ, ПОРАЖАЮЩИХ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) *Половые
- 2) *Платяные
- 3) Бытовые
- 4) Половые

КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ПЕДИКУЛЕЗА:

- 1) Флуцинар
- 2) Нео-пенотран

- 3) *Ниттифор
- 4) Аугментин

ОСЛОЖНЕНИЯ ГОЛОВНОГО ПЕДИКУЛЕЗА:

- 1) *Пиодермия
- 2) Алоpecia
- 3) Аллергические реакции
- 4) Повышение температуры

ЛОБКОВЫМ ПЕДИКУЛЕЗОМ МОЖНО ЗАРАЗИТЬСЯ:

- 1) В бане
- 2) *При половых сношениях
- 3) При посещении бассейна
- 4) На пляже

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕРМАТОМИКОЗОВ ПО МКБ –10:

- 1) *Микоз волосистой части головы
- 2) *Микоз гладкой кожи
- 3) *Микоз крупных складок
- 4) *Микоз кистей и стоп
- 5) *Микоз ногтей (онихомикоз)

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ТРИХОМИКОЗАМ:

- 1) *Трихофития
- 2) Руброфития
- 3) Микроспория
- 4) Эпидермофития
- 5) *Фавус

ВИДЫ МИКРОСПОРИИ:

- 1) *Антропофильная (антропонозная)
- 2) *Зоофильная (зоонозная)
- 3) *Геофильная

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЗООНОЗНОЙ МИКРОСПОРИИ:

- 1) *Волосистой части головы
- 2) *Гладкой кожи

ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ЗООНОЗНОЙ МИКРОСПОРИЕЙ:

- 1) Грызуны
- 2) *Кошки, собаки
- 3) Коровы, лошади
- 4) Птицы

ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРИХОФИТИЕЙ:

- 1) Кошки
- 2) *Люди
- 3) Птицы
- 4) Телята

ПОВЕРХНОСТНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ БОЛЕЮТ:

- 1) Доярки
- 2) *Дети
- 3) Взрослые мужчины
- 4) Работники ферм

ВОЗБУДИТЕЛЕМ РУБРОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Trichophytonrubrum
- 1) *Epidermophytonfloccosum
- 2) Corynebacteriaminutissima
- 3) Pityrosporumorbiculare

ВОЗБУДИТЕЛЕМ АНТРОПОНОЗНОЙ МИКРОСПОРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Microsporumierrugineum
- 2) Microsporum lanosum
- 3) Trichophyton schonleinii
- 4) Trichophyton violaceum

ВОЗБУДИТЕЛЕМ АНТРОПОФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Trichophyton violaceum
- 2) Trichophyton rubrum

«НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ»

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) Вирусы
- 2) Ионизирующее излучение
- 3) Канцерогены
- 4) Наследственная предрасположенность
- 5) *Ультрафиолетовое облучение

НАИБОЛЬШЕЙ ОНКОГЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА КОЖИ ОБЛАДАЮТ:

- 1) Папилломавирусы
- 2) Цитомегаловирус
- 3) *ВПГ-2
- 4) Аденовирусы
- 5) Вирус Эпштейн-Барр

КАКИЕ ОПУХОЛИ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ?

- 1) Спinoцеллюлярная эпителиома
- 2) Сирингома
- 3) *Меланома
- 4) Лейомиома
- 5) Базалиома

КАКИЕ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ?

- 1) Невус
- 2) Аденома
- 3) Липома
- 4) Гемангиома
- 5) *Атерома

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА:

- 1) Инвазивный рост
- 2) Кровоточивость
- 3) *Метастазирование
- 4) Пигментация
- 5) Клеточный атипизм

КАКОЙ ПРИЗНАК ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОТСУТСТВУЕТ У БАЗАЛИОМЫ?

- 1) *Метастазирование
- 2) Инвазивный рост
- 3) Прогрессирование
- 4) Клеточный атипизм
- 5) Пигментация

КАКИЕ ОПУХОЛИ ПРОИСХОДЯТ ИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ?

- 1) Фиброма
- 2) *Лейомиома
- 3) Миксома
- 4) Ангиолейомиома
- 5) Сирингома

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТИПИЧНЫ ДЛЯ АТЕРОМЫ?

- 1) Одиночная
- 2) Киста сальной железы
- 3) Локализуется на лице
- 4) Наблюдается у взрослых
- 5) *Медленно растет

ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГЕАНГИОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОИСХОЖДЕНИЯ:

- 1) Капиллярная
- 2) Лимфоидная
- 3) *Венозная
- 4) Телеангиоэктатическая
- 5) Кавернозная

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВАРИАНТЫ НЕВУСОВ:

- 1) Бородавчатый
- 2) Линейный
- 3) Пигментный
- 4) Волосатый
- 5) *Голубой

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЕЛОИДОВ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) «Келоидный диатез»
- 2) Акне
- 3) Травмы
- 4) Ожоги
- 5) *Оперативные вмешательства

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АДЕНОМЫ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) Опухоль сальной железы
- 2) Наследственное заболевание
- 3) Сочетается с поражением нервной системы
- 4) Часто поражается область носогубного треугольника
- 5) *Сочетается с поражением глазного дна

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВАРИАНТЫ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА:

- 1) Эпидермодермальный
- 2) Коричневый
- 3) *Пограничный
- 4) Пятнистый
- 5) Внутридермальный

СИРИНГОМА — ЭТО:

- 1) *Опухоль эккринной потовой железы
- 2) Опухоль апокринной потовой железы
- 3) Опухоль сальной железы
- 4) Киста сальной железы
- 5) Опухоль сально-волосяного фолликула

НАЗОВИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ БАЗАЛИОМЫ:

- 1) Поверхностная
- 2) Склеродермоподобная
- 3) Педжетоидная
- 4) Плоская
- 5) *Вегетирующая

ИЗ КАКИХ КЛЕТОК КОЖИ ПРОИСХОДИТ БАЗАЛИОМА?

- 1) *Базальных эпидермоцитов
- 2) Кератиноцитов
- 3) Шиповатых эпидермоцитов
- 4) Меланоцитов
- 5) Клеток Лангерганса

ДЛЯ БАЗАЛИОМЫ ХАРАКТЕРНО:

- 1) Возникновение у лиц молодого возраста
- 2) *Локализация на лице
- 3) Метастазы в регионарные лимфатические узлы
- 4) Венчик из «жемчужных» папул вокруг язвы
- 5) Глубокие кровоточащие язвы

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПИНАЛИОМЫ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) Локализация вокруг естественных отверстий
- 2) Поражение слизистых оболочек полости рта
- 3) Кратеровидная, легко кровоточащая язва
- 4) Длительное существование инфильтративной бляшки
- 5) *Лимфогенное метастазирование

ПРИЗНАКАМИ ТРАНСФОРМАЦИИ НЕВУСА В МЕЛАНОМУ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Изменение цвета (усиление пигментации)
- 2) Появление болезненных ощущений

- 3) Неравномерная окраска
- 4) Появление периферического воспалительного венчика
- 5) *Местная гипертермия

«ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»

ДИАГНОСТИКА ЧЕСОТКИ ДОЛЖНА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

- 1) *Жалобах пациента
- 2) *Эпиданамнезе
- 3) *Клинической картине
- 4) *Лабораторной диагностике

НА ОСНОВАНИИ КАКОГО МЕТОДА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «ЧЕСОТКА»:

- 1) посев на питательную среду
- 2) РИФ
- 3) ПЦР
- 4) *Микроскопия

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ЧЕСОТКИ ГЛАВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Зуд
- 2) Наличие расчесов
- 3) *Обнаружение чесоточного клеща
- 4) Наличие пузырьков

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) Спрегаль
- 2) *Бензил-бензоат
- 3) *Перметрин
- 4) Любую гормональную мазь

ПРОТИВОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧЕСОТКЕ:

- 1) *Душ до и после лечения
- 2) *Дезинфекция белья
- 3) Вакцинация
- 4) *Профлечение контактных лиц

НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ РАЗНОВИДНОСТИ ВШЕЙ, ПОРАЖАЮЩИХ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) *Половые
- 2) *Платяные
- 3) Бытовые
- 4) Половые

КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕДИКУЛЕЗА:

- 1) Флуцинар
- 2) Нео-пенотран
- 3) *Ниттифор
- 4) Аугментин

ОСЛОЖНЕНИЯ ГОЛОВНОГО ПЕДИКУЛЕЗА:

- 1) *Пиодермия
- 2) Алопеция
- 3) Аллергические реакции
- 4) Повышение температуры

ЛОБКОВЫМ ПЕДИКУЛЕЗОМ МОЖНО ЗАРАЗИТЬСЯ:

- 1) В бане
- 2) *При половых сношениях
- 3) При посещении бассейна
- 4) На пляже

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕРМАТОМИКОЗОВ ПО МКБ –10:

- 1) *Микоз волосистой части головы
- 2) *Микоз гладкой кожи
- 3) *Микоз крупных складок
- 4) *Микоз кистей и стоп
- 5) *Микоз ногтей (онихомикоз)

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ТРИХОМИКОЗАМ:

- 1) *Трихофития
- 2) Руброфития
- 3) Микроспория
- 4) Эпидермофития
- 5) *Фавус

ВИДЫ МИКРОСПОРИИ:

- 1) *Антропофильная (антропонозная)
- 2) *Зоофильная (зоонозная)
- 3) *Геофильная

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЗООНОЗНОЙ МИКРОСПОРИИ:

- 1) *Волосистой части головы
- 2) *Гладкой кожи

ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ЗООНОЗНОЙ МИКРОСПОРИЕЙ:

- 1) Грызуны
- 2) *Кошки, собаки
- 3) Коровы, лошади
- 4) Птицы

ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРИХОФИТИЕЙ:

- 1) Кошки
- 2) *Люди
- 3) Птицы
- 4) Телята

ПОВЕРХНОСТНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ БОЛЕЮТ:

- 1) Доярки
- 2) *Дети
- 3) Взрослые мужчины

4) Работники ферм

ВОЗБУДИТЕЛЕМ РУБРОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Trichophyton rubrum
- 2) Epidermophyton floccosum
- 3) Corynebacterium minutissima
- 4) Pityrosporum orbiculare

ВОЗБУДИТЕЛЕМ АНТРОПОНОЗНОЙ МИКРОСПОРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Microsporium ferrugineum
- 2) Microsporium lanosum
- 3) Trichophyton schonleinii
- 4) Trichophyton violaceum

ВОЗБУДИТЕЛЕМ АНТРОПОФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) *Trichophyton violaceum
- 2) Trichophyton rubrum

«ТРЕПОНЕМАТОЗЫ СИФИЛИС, БОРРЕЛИОЗ»

РУБЦЫ ПРИ СИФИЛИСЕ ТРЕТИЧНОМ ИМЕЮТ ВИД:

- 1) *Втянутых
- 2) Звездчатых
- 3) Поверхностных
- 4) Плоских

ДЛЯ СИФИЛИДОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) Отсутствия воспаления
- 2) Безболезненности
- 3) Отсутствия шелушения
- 4) *Тенденции к слиянию
- 5) Отсутствия тенденции к слиянию

В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ С НАЧАЛА СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЕТОДОМ ИФА ВЫЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО АНТИТЕЛ?

- 1) *3-4 месяца
- 2) 5 месяцев
- 3) 6-9 месяцев

ОСНОВНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ПРИ СИФИЛИСЕ ВРОЖДЕННОМ РАННЕМ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) Диффузной инфильтрации кожи
- 2) Папулезных высыпаний
- 3) Специфического насморка
- 4) Пузырчатки
- 5) *Фолликулярного гиперкератоза

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Бугорки кожи туловища
- 2) *Лабиринтная глухота
- 3) Гуммы кожи туловища

4) Саблевидные голени

КАКИЕ ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДОЗИРОВОК ГАРАНТИРУЮТ В СМЖ ТРЕПОНЕМОЦИДНУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ ПЕНИЦИЛЛИНА?

- 1) Суточная 12 млн ЕД в/в
- 2) Суточная 24 млн ЕД в/в
- 3) Суточная 4 млн ЕД с пробенецидом
- 4) Суточная 8 млн ЕД с пробенецидом
- 5) *Все перечисленные

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СВЕЖЕМ СИФИЛИСЕ?

паренхиматозный кератит

- 1) Лейкодерма
- 2) Саблевидные голени
- 3) *Сифилитическая дисфония
- 4) *Полиаденит

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Папулезные элементы
- 2) Пятнистые элементы
- 3) *Диффузная инфильтрация
- 4) Диффузная алопеция
- 5) Специфическая паронихия

В РЕАЛИЗАЦИИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ СИФИЛИСЕ УЧАСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБРАЗОВАНИЯ, КРОМЕ:

- 1) *Эритроцитов
- 2) Макрофагов
- 3) Т-лимфоцитов
- 4) В-лимфоцитов

ГУММОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

- 1) Скрофулодермы
- 2) Трофических язв
- 3) Хронической язвенной пиодермии
- 4) Лейшманиоза
- 5) *Парапсориаза

КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ АНГИНЫ?

- 1) резкие границы
- 2) Отсутствие болезненности
- 3) Синюшный оттенок
- 4) *Наличие гнойных пробок
- 5) *Болезненность

ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ РЕЦИДИВНОМ СИФИЛИСЕ ОБЫЧНО:

- 1) *Необильные
- 2) Обильные

- 3) Симметричные
- 4) Появляются сразу
- 5) Имеют островоспалительную окраску

БЛЕДНАЯ ТРЕПОНЕМА — ЭТО

- 1) *Микроорганизм спиралевидной формы
- 2) Микроорганизм шарообразной формы
- 3) Микроорганизм палочковидной формы
- 4) Микроорганизм нитеобразной формы
- 5) Микроорганизм неправильной формы

ПОРАЖЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КРОМЕ:

- 1) Остеохондрита
- 2) Периостита
- 3) *Экзостозов
- 4) Остита
- 5) *Артрита

СРЕДИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ТВЕРДОГО ШАНКРА РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) *Твердого шанкра лобка
- 1) Индуративного отека
- 2) Шанкр-панариция
- 3) Шанкр-амигдалита
- 4) Склеротического отека

НАЛИЧИЕ «ЯЧЕИСТЫХ», «МОЗАИЧНЫХ» РУБЦОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗРЕШЕНИИ КАКИХ ЭЛЕМЕНТОВ?

- 1) Сифилитических гумм
- 2) *Сифилитических бугорков
- 3) Сифилитических эктим

ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СВЕЖЕМ СИФИЛИСЕ ОБЫЧНО:

- 1) Необильные
- 2) *Обильные
- 3) Несимметричные
- 4) Неяркой окраски
- 5) Сгруппированные

В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ПРИНЯТО РАЗЛИЧАТЬ ПЕРИОДЫ:

- 1) Сифилис плода
- 2) *Сифилис грудного возраста
- 3) *Сифилис раннего детского возраста
- 4) *Поздний врожденный сифилис
- 5) Сифилис плаценты

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ:

- 1) *Исследование нативных препаратов в темном поле

- 2) Окраска по Романовскому-Гимзе
- 3) Окраска метиленовым синим
- 4) Серебрение по Морозову

К ПОРАЖЕНИЯМ КОСТЕЙ, ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ СИФИЛИСА ВРОЖДЕННОГО РАННЕГО, ОТНОСЯТСЯ:

- 1) *Остеохондрит II-III степени
- 2) Деформирующий артрит
- 3) Остеопороз
- 4) Остеосклероз

СРОК ДЕЛЕНИЯ ПАТОГЕННОЙ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 6-8 ч
- 2) 10-12 ч
- 3) 15-20 ч
- 4) *30-33 ч
- 5) 35-40 ч

ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- 1) Ограниченности поражения
- 2) Фокусного расположения элементов сыпи
- 3) Наклонности к распаду
- 4) Образования рубцов на месте разрешившихся элементов
- 5) *Яркой окраски морфологических элементов

СУПЕРИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

- 1) *В инкубационном периоде
- 2) *В первые 10-14 дней первичного периода
- 3) При третичном сифилисе
- 4) При позднем врожденном сифилисе

ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА МОГУТ БЫТЬ РАЗНООБРАЗНЫМИ, ОДНАКО, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- 1) Орхит
- 2) Энтерит
- 3) *Мезаортит
- 4) Нефросклероз
- 5) Пиелит

РЕНТГЕНОГРАФИЮ СКЕЛЕТА С ЦЕЛЬЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА РАННИЙ ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС ПОСЛЕ ГОДА ЖИЗНИ

- 1) Целесообразно сделать
- 2) *Делать не следует
- 3) На усмотрение врача
- 4) На усмотрение родителей
- 5) В зависимости от результатов серореакций

КАКИЕ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА?

розеола туловища

- 1) *Эрозированные папулы языка

2) *Широкие кондиломы

К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) Акнеформного
- 2) Оспенновидного
- 3) Импетигиозного
- 4) Рупиоидного
- 5) *Фурункулоподобного

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ДОКАЗЫВАЮЩИМ СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ПРИРОДУ ШАНКРА ФОЛЬМАННА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- 1) *Четкость границ эрозий
- 2) Инфильтрат в основании
- 3) Множественность эрозий
- 4) Отсутствие острого воспаления

К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ, АКТИВНЫМ ПРОТИВ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) Препаратов пенициллина
- 2) *Пирогенных препаратов
- 3) Препаратов йода
- 4) Антибиотиков-макролидов
- 5) Препаратов висмута

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОГО СЕРОПОЗИТИВНОГО СИФИЛИСА НАРЯДУ С КЛИНИКОЙ НЕОБХОДИМЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЛЕДУЮЩИХ РЕАКЦИЙ:

- 1) Колмера
- 2) *Вассермана
- 3) Иммунофлюоресценции - РИФ-200
- 4) Иммунофлюоресценции - РИФ-АБС
- 5) Микрореакции

ЛЕНТИКУЛЯРНЫЙ СИФИЛИД ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО С ВЫСЫПАНИЯМИ ПРИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ

- 1) Красного плоского лишая
- 2) *Флеботодермии
- 3) Парапсориаза
- 4) Псориаза

ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА С МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ НАЧИНАЕТСЯ В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ

- 1) 1-2 месяца
- 2) *2-3 месяца
- 3) 3-4 месяца
- 4) 4-5 месяцев

ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЛЕЙКОДЕРМЫ, КРОМЕ

- 1) Пятнистой
- 2) Сетчатой
- 3) *Сливной

- 4) Мраморной
- 5) Кружевной

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) остеохондрит i степени
- 2) *остеохондрит ii степени
- 3) периостит
- 4) остеомиелит

ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Папулезный сифилид
- 2) Гуммы
- 3) *Остеохондриты длинных трубчатых костей

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ОБРАЗОВАНИЯ, КРОМЕ

- 1) Чехла
- 2) *Жгутиков
- 3) Фибрилл
- 4) Цитоплазматической мембраны

ОСНОВАТЕЛЕМ НАУЧНОЙ СИФИЛИДОЛОГИИ ПРИЗНАН:

- 1) *Рикор
- 2) Гюнтер
- 3) Фракасторо
- 4) Тарновский
- 5) Полотебнов

ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ВОЗНИКАЮТ В ВОЗРАСТЕ:

- 1) от 3 до 4 лет
- 2) *от 4 до 17 лет
- 3) от 17 до 20 лет
- 4) от 20 до 23 лет

ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ РАННЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) желудок
- 2) *печень
- 3) почки
- 4) легкие

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПАПУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- 1) красного плоского лишая
- 2) каплевидного параспориоза
- 3) вегетирующей пузырчатки
- 4) псориаза
- 5) *фолликулярного гиперкератоза

УВЕЛИЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ СИФИЛОМЫ
НАБЛЮДАЕТСЯ ОБЫЧНО СПУСТЯ

- 1) 1-2 дня
- 2) *5-8 дней
- 3) 9-12 дней
- 4) 13-16 дней
- 5) 21 день

ДЛЯ КЛИНИКИ БОЛЕЗНИ БЕДЖЕЛЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) четкая смена периодов
- 2) быстрое исчезновение высыпаний
- 3) поражение внутренних органов
- 4) *длительное существование высыпаний
- 5) отсутствие закономерности смены периодов

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) *в восходящем отделе
- 2) в дуге
- 3) в нисходящем отделе грудной аорты
- 4) в брюшном отделе

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ
СИФИЛИДОВ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1) в эпидермисе
- 2) *в кровеносных и лимфатических сосудах кожи
- 3) в мышцах
- 4) в подкожной клетчатке
- 5) в дерме

ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА
НАСТУПАЕТ, В СРЕДНЕМ, ЧЕРЕЗ

- 1) 5-6 недель
- 2) *6-7 недель
- 3) 7-8 недель
- 4) 8-9 недель

«ТРИХОЛОГИЯ»

СЕБОРЕЯ

патологическое выпадение волос

истончение волосяных луковиц

*заболевание кожных покровов, которое возникает из-за нарушения функции сальных желез

грибковое поражение кожи головы

АЛОПЕЦИЯ

*патологическое выпадение волос, которое может привести к облысению

истощение волосяных луковиц

нарушение функции сальных желез кожи головы

грибковое поражение кожи головы

все верно

ОЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ

повреждение клеток корневой системы волос
возникновение одного или нескольких очагов облысения
заболевание, которое протекает без болевого синдрома
доброкачественный процесс
*все верно

ОЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ У ДЕТЕЙ

сопровождается полной потерей волос, ресниц, бровей
*проявляется 1-2 очагами на голове
сопровождается выраженным зудом
развивается медленно, длится годами
встречается очень часто

ОЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ У ЖЕНЩИН

сопровождается полной потерей волос
протекает агрессивнее, чем у мужчин
*протекает легче, чем у мужчин
не развивается

ОЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ У МУЖЧИН

*быстро прогрессирует
протекает субклинически
сопровождается болевым синдромом
не распространяется на зону усов, бороды

СИМПТОМЫ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

появление области расшатанных волос, которые легко выдергиваются
волосы ломкие, выпадают, а устья фолликулов сохранены
в зонах поражения ощущается зуд, заметно покраснение
отсутствуют рубцы в зоне поражения
*все верно

САМАЯ ЭФФЕКТИВНАЯ ФИЗИОПРОЦЕДУРА ПРИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

массаж
рефлексотерапия
*УВА-терапия
электрофорез
дарсонвализация

ЭФФЕКТ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ АЛОПЕЦИИ НАСТУПАЕТ

через неделю
*через три месяца
через один месяц
через шесть месяцев
через один год

ПРИЧИНА ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

нарушение иммунитета
наследственная предрасположенность

инфекционные заболевания
стресс
*все верно

АНДРОГЕННАЯ АЛОПЕЦИЯ

выпадение волос из-за избытка эстрогенов у мужчин
*выпадение волос из-за избытка дигидростерона у мужчин
выпадение волос из-за недостатка дигидростерона у мужчин
выпадение волос из-за травмы

АНДРОГЕННАЯ АЛОПЕЦИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

только у мужчин
только у женщин
*у всех, кроме детей
у детей разного возраста

ОСОБЕННОСТИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

*волосы на затылке продолжают расти, т.к. не восприимчивы к половым гормонам
волосы растут только на макушке, т.к. не восприимчивы к половым гормонам
волосы не выпадают, т.к. не восприимчивы к половым гормонам
выпадают все волосы одновременно
выпадают больше правой стороны волосистой части головы

СРЕДСТВА, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ СОЕДИНЕНИЮ МОЛЕКУЛ ДИГИДРОСТЕРОНА С РЕЦЕПТОРАМИ КЛЕТОК ЛУКОВИЦ ВОЛОС

блокаторы дигидростерона
*антиандрогены
стимуляторы роста
блокаторы АТФ

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

лазер
ультрафонофорез
ионофорез
микротоковая терапия
*все верно

РОСТ ВОЛОС НЕВОЗМОЖЕН ПРИ ФОРМЕ АЛОПЕЦИИ

телогеновой
катагеновой
*анагеновой

САМЫЙ ЧАСТЫЙ ВИД АЛОПЕЦИИ

андрогенная
очаговая
тотальная
*диффузная
микроочаговая

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ПРИ АЛОПЕЦИИ ПРОВОДИТСЯ СОВМЕСТНО С ПРЕПАРАТОМ

*меноксидил
папаверин
вит С
пептидами
гиалуроновой кислотой

ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОСЫ БЕРУТ ИЗ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

*височной или затылочной
теменной
лобной
лицевой
не берут с волосистой части головы

АЛОПЕЦИЯ

воспалительный процесс в коже головы
грибковое поражение луковиц волос
нарушение работы сальных желез волосяных луковиц
все верно
*выпадение волос разной локализации и степени интенсивности
нарушение роста новых волос.

СЕБОРЕЯ ПО ВИДУ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ

холодная и горячая
белая и красная
*жирная и сухая
с перхотью и без

ОСНОВНОЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

не правильное питание
гормональный
иммунологический
стрессовый
*генетический

ПРИЗНАК СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

зуд
шелушение
образование белых чешуек
корки при расчесывании
*все верно

СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ ГРИБКОМ?

streptococcus aureus
*Pityrosporum ovale
Candida
streptococcus pyogeni

ОБЯЗАТЕЛЬНО В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА ВХОДИТ

глюкокортикоиды
противовоспалительные
сосудосуживающие

андрогеноблокаторы

*противогрибковые

ПРОФИЛАКТИКА СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

водный режим

*диета с исключением жирного, соленого, жаренного

противогрибковое лечение

регулярное посещение парикмахера

ПРИЗНАКИ СУХОЙ СЕБОРЕИ

кожа головы имеет жирный блеск

появляется угревая сыпь

*сухие и ломкие волосы

на волосах обильно желтоватые чешуйки

все верно

ПРИЗНАКИ ЖИРНОЙ СЕБОРЕИ

*кожа головы имеет жирный блеск

сухие и ломкие волосы

секущиеся кончики волос

обильная перхоть

НЕДОСТАТОК КАКОГО МИКРОЭЛЕМЕНТА В КРОВИ СПОСОБСТВУЕТ ВЫПАДЕНИЮ ВОЛОС

фосфора

кремния

калия

кальция

*железа

РУБЦОВАЯ АЛОПЕЦИЯ

*наличие гладких участков на волосистой части головы, не содержащих волосяных луковиц

*наличие гладких участков на волосистой части головы с сохранными волосяными луковичками

обильное выпадение волос по всей голове

не существует

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ ПРОВОДЯТ

красный плоский лишай

пузырчатка рубцующаяся

саркоидоз

сифилис

*все верно

У ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

*поликистоз яичников

беременность

грудное вскармливание

миома матки

ТРИХОТИЛОМАНИЯ

обрезание волос

повреждение волос тугим заплетание

выпадение волос

грибковое поражение волос

*неудержимое влечение выдергивать собственные волосы

ТОЛЬКО ПЕРЕСАТКА КОЖНОГО ЛОСКУТА ПОКАЗАНА ПРИ АЛОПЕЦИИ

андрогенной

диффузной

гнездной

*рубцовой

В ХИМИЧЕСКОМ СОСТАВЕ ЗДОРОВОГО ВОЛОСА ПРЕОБЛАДАЮТ

*белки

вода

липиды

пигмент

микроэлементы

НАРУЖНЫЙ СЛОЙ ВОЛОСА

кортекс

*кутикула

медулярный слой

микрофибрилла

ВОЛОС СОСТОИТ НА 80% ИЗ

кутикулы

медулярного слоя

*кортекса

микрофибрилл

волокна

ЦЕНТРАЛЬНОЕ МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО ВОЛОСА

кутикула

*медулярный слой (медулла)

кортекс

микрофибриллы

волокно

МЕДУЛЯРНЫЙ СЛОЙ ОТСУТСТВУЕТ У ВОЛОСА

*пушкового

светлого

темного

рыжего

окрашенного

РОСТ НОВОГО ВОЛОСА НАЧИНАЕТСЯ С

корнеоцита

волосяной луковицы

пушкового волоса
миофибриллы
*волосяного сосочка

ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ ВОЛОСА

1-3 года
от 6 мес до года
10-20 лет
*2-5 лет
7-8 лет

БОЛЬШЕ ВСЕГО ВОЛОС НА ГОЛОВЕ НАХОДИТСЯ В СТАДИИ

*анагена
телогена
в стадии выпадения
в стадии покоя

СТАДИЯ АКТИВНОГО РОСТА ВОЛОС

телоген
катаген
*анаген
матрикс
медулла

НЕПРЕРЫВНОЕ ДЕЛЕНИЕ КЛЕТОК В МАТРИКСЕ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА

телоген
катаген
матрикс
*анаген
медулла

В ЭТОТ ПЕРИОД СТАРЫЙ ВОЛОС ВЫПАДАЕТ, А НОВЫЙ НАЧИНАЕТ РАСТИ

*телоген
катаген
анаген
фаза «спячки»

КАТАГЕН ДЛИТСЯ

1-3 дня
*1-3 недели
1 неделю
1 год

КОЛИЧЕСТВО ВОЛОС, ВЫПАДАЕМОЕ ЕЖЕДНЕВНО

до 50 шт
*до 100шт
до 200шт
до 1000шт
не выпадают

ЧАСТЬ ВОЛОСА, НАХОДЯЩАЯСЯ ПО КОЖЕЙ

волосяной стержень
кутикула
*волосяная луковица
медулла

КОРИЧНЕВЫЙ ЦВЕТ ВОЛОСА ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПИГМЕНТ

феумеланин
*эумеланин
меланин
билирубин

У БЛОНДИНОВ ПРЕОБЛАДАЕТ ПИГМЕНТ

*феумеланин
эумеланин
мелинин
билирубин