**Преподаватель к.м.н., доцент Б.М.Касымов**

**Задания для самостоятельной работы по дисциплине «Дерматовенерология»**

**Для обучающихся 4 курса, спец. 31.05.02 педиатрия**

**Тема 1: Общая дерматология**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Анатомия и физиология кожи.

2. Возрастные особенности кожи. Особенности строения кожи в детском возрасте.

3. Функции кожи.

4. Основные патогистологические изменения в коже.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

www.medportal.kz

**Тема 2: Основы диагностики заболеваний кожи, принципы терапии**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Методика обследования больного.

2. Специальные дерматологические методы исследования.

3. Морфологические элементы кожных сыпей: первичные, вторичные, их клинические особенности.

4. Роль экзогенных, зндогенных и социальных факторов в развитии дерматозов.

5. Общие принципы лечения больных кожными заболеваниями. Методы наружной терапии.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

www.medportal.kz

**Тема 3:Инфекционные и паразитарные заболевания кожи**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Гнойничковые заболевания кожи: этиология, провоцирующие факторы, классификация, клинические формы, особенности течения в детском возрасте, диагностика, лечение.

2. Чесотка:возбудитель, пути заражения, инкубационный период, клинические формы, особенности течения в детском возрасте, диагностика, лечение.

3. Педикулёз: виды вшей, пути передачи, клиника, диагностика, лечение.

4. Кожный лейшманиоз: этиология, эпидемиология, клинические формы, диагностика, лечение. Борьба с грызунами и москитами.

3. Профилактика: личная и общественная.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

www.medportal.kz

**Тема 4: Инфекционные и паразитарные заболевания кожи (продолжение)**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Вирусные заболевания кожи: этиология, провоцирующие факторы, клинические формы, диагностика, лечение, профилактика.

2. Туберкулёз кожи: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Дифдиагностика, профилактика.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

[www.medportal.kz](http://www.medportal.kz)

**Тема 5: Микозы**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Определение, эпидемиология грибковых заболеваний, биологические свойства возбудителей, носительство, значение факторов внешней среды в заболеваемости микозами, методы диагностики, лампа Вуда. Распрочтранённость микозов, предрасполагающие факторы, классификация. Лечение: системные и местные антимикотики. Прфилактика.

2. Кератомикозы: отрубевидный лишай, пьедра.

3. Дерматофитии: эпидермофитии, микоз стоп, микроспория, трихофития, рубромикоз, фавус, онихомикозы.

4. Кандидоз.

5. Глубокие микозы.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

[www.medportal.kz](http://www.medportal.kz)

**Тема 6: Аллергические заболевания кожи**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Дерматиты: классификация (простой и контактно-аллергический), причины, общая характеристика, клиническая картина. Особенности течения у детей (пелёночный дерматит). Лечение.

2. Токсикодермии: определение, этиология, патогенез. Синдром Лайелла. Лечение, профилактика.

3. Экзема: определение, этиология, патогенез. Роль внешних и внутренних факторов, наследственности, реактивности организма. Классификация, клинические формы, диагностика, лечение.

4. Крапивница: этиология, патогенез, клинические формы, лечение, профилактика.

5. Отёк Квинке: этиология, патогенез, клиника, лечение. Оказание неотложной помощи.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

[www.medportal.kz](http://www.medportal.kz)

**Тема 7: Болезни проявляющиеся папуло-сквамозной сыпью. Буллёзные дерматозы.**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Псориаз: Этиология, патогенез. Роль генетических факторов, ЦНС, стресса, фокальной инфекции, обменных и эндокринных нарушений в развитии псориаза. Клинические формы, стадии развития. Диагностическая триада, феномен Кёбнера. Особенность течения в детском возрасте. Принципы терапии. Профилактика.

2. Красный плоский лишай :этиология и патогенез, роль хронических очагов инфекции. Диагностика. Клинические формы. Поражение слизистой полости рта и красной каймы губ. Принципы терапии. Профилактика.

3. Пузырчатка: теории этиопатогенеза (аутоиммунная, нейрогенная, эндокринная и др.), классификация, клинические формы. Диагностика: симптомы Никольского, Асбо-Ганзена, взятие мазков-отпечатков и распознавание в них клеток Тцанка. Лечение.

4. Герпетиформный дерматит Дюринга: этиопатогенез, клинические разновидности, диагностика (йодные пробы Ядассона), лечение.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

[www.medportal.kz](http://www.medportal.kz)

**Тема 8: Диффузные болезни соединительной ткани**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Красная волчанка: Этиология и патогенез (роль аутоиммунных реакций, экзо- и эндогенных факторов), классификация, клинические формы хронической красной волчанки, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

2. Склеродермия: этиология, патогенез, классификация, стадии течения, лечение (в т.ч. физиотерапия), курортотерапия.

3. Дерматомиозит: этиология, патогенез, клиника, дифдиагностика, лечение, прогноз.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

[www.medportal.kz](http://www.medportal.kz)

**Тема 9: Сифилис**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Этиология сифилиса.

2. Общее течение, периодизация сифилиса.

3. Классификация сифилиса.

4. Иммунитет при сифилисе. Понятие о реинфекции, суперинфекции и ресуперинфекции.

5. Пути передачи.

6. Инкубационный период (прегистологический и гистологический). Факторы, влияющие на его продолжительность.

7. Первичный период сифилиса: клинические проявления (твёрдый шанкр, его разновидности, осложнения; склераденит, лимфангит), диагностика, дифдиагностика.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

[www.medportal.kz](http://www.medportal.kz)

**Тема 10: Сифилис (продолжение)**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Вторичный период сифилиса: классификация, виды сифилидов, поражение внутренних органов и систем, диагностика, дифдиагностика.

2. Третичный период сифилиса: сроки проявления и причины развития, классификация, клинические проявления.

3. Врождённый сифилис: пути передачи потомству, классификация (сифилис плаценты, плода, ранний и поздний врождённый сифилис)

4. Скрытый сифилис (классификация, диагностика.

5.. Лабораторная диагностика сифилиса: бактериоскопическая и серологическая, понятие о ложноположиельных реакциях.

6. Принципы лечения сифилиса.

7. Профилактика сифилиса.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

[www.medportal.kz](http://www.medportal.kz)

**Тема 10: Гонорея и негонококковые уретриты**

Вопросы для самостоятельной работы

1. Гонорея: этиология, пути заражения, инкубационный период, классификация, клиника гонореи у мужчин, женщин, особенности течение у девочек, осложнения гонорея, диагностика, лечение, критерий излеченности.

2. Трихомониаз.

3. Хламидиоз.

4. Микоплазмоз.

5. Уреаплазмоз.

6. Бактериальный вагиноз.

7. Профилактика ИППП: личная и общественная.

**Перечень основной и дополнительной учебной литературы**

Основная литература

Иванов О.Л. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Шико, 2006.

Владимиров В.В., Зудин Б.И. «Кожные и венерические болезни». Учебное пособие для студентов медицинских институтов. Медицина, 1982.

Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для врачей и студентов медицинских вузов.- М.: Триада-Х, 2009.

Соколовский Е.В. «Дерматовенерология.»-М., Академия, 2007. – 528 с.

Дополнительная литература.

Атлас «Кожные и венерические болезни», М., 1977.

Машкилейсон Л.Д. «Дифференциальная диагностика кожных болезней».-М, 1990.

 Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. «Практические навыки в дерматовенерологии». -Москва, 2011.

Чеботарёв В.В. «Инфекционные, паразитарные болезни кожи и заболевания, передаваемые половым путём в практике семейного врача».-Ставрополь, 2008.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронная информационно-образовательная система «Консультант врача».

Электронно-библиотечная система ООО «Ай ПИ Эр Медиа»

[www.dermatology.co.uk](http://www.dermatology.co.uk)

www.dermatlas.med.jhmi.edu

[www.kozhnik.ru](http://www.kozhnik.ru)

[www.medportal.kz](http://www.medportal.kz)

**Темы лекционных занятий**

**Лекция 1.** История дерматологии. Этика и деонтология в дерматологии. Анатомия и физиология кожи. Этиология и патогенез заболеваний кожи.

**Лекция 2.** Основы диагностики заболеваний кожи. Методика обследования. Первичные и вторичные морфологические элементы кожной сыпи. Лабораторные методы обследования. Системная терапия кожных болезней. Местная (наружная) терапия.

**Лекция 3.** Гнойничковые заболевания кожи.

**Лекция 4.** Паразитарные и вирусные заболевания кожи.

**Лекция 5.** Аллергические заболевания кожи.

**Лекция 6.** Псориаз. Красный плоский лишай. Коллагенозы.

**Лекция 7.** Сифилис. Гонорея. Негонококковые уретриты.

**Вопросы к зачёту**

1. Строение эпидермиса.
2. Строение дермы и гиподермы. Особенности кожи в детском возрасте.
3. Функции кожи.
4. Первичные морфологические элементы: определение, патогистология, разрешение, клинические примеры.
5. Вторичные морфологические элементы: определение, патогистология, разрешение, клинические примеры.
6. Методика обследования дерматологического больного.
7. Основы общей терапии дерматозов: диета, витамины, антигистаминные препараты, десенсебилизирующие и стимулирующие средства, гормональная и антибиотикотерапия.
8. Определение дермографизма, диаскопия (цель, техника проведения).
9. Основные способы наружного применения лекарственных средств в дерматологии.
10. Особенности анатомии и гистологии кожи у детей.
11. Аллергологические тесты (пробы).
12. Кровоснабжение и иннервация кожи.
13. Придатки кожи (волосы, сальные и потовые железы, ногти).
14. Этиология и патогенез кожных болезней.
15. Общая симптоматика кожных болезней.
16. Стафилодермии.
17. Стафилодермии новорожденных.
18. Стрептодермии.
19. Паразитарные заболевания кожи (чесотка, педикулёз).
20. Дерматиты, токсикодермии, крапивница, отёк Квинке.
21. Экзема.
22. Псориаз.
23. Красный плоский лишай.
24. Инфекционные эритемы (многоформная экссудативная эритема, узловатая эритема, розовый лишай).
25. Грибковые заболевания кожи.
26. Угревая болезнь.
27. Себорея.
28. Вирусные заболевания кожи.
29. Герпетиформный дерматит Дюринга.
30. Пузырчатка.
31. Красная волчанка.
32. Лепра.
33. Лейшманиоз (болезнь Боровского).
34. Склеродермия, дерматомиозит.
35. Нейродерматозы (нейродермит, атопический дерматит, почесуха, кожный зуд).
36. Витилиго.
37. Общие сведения о сифилисе. Этиология, эпидемиология, общий патогенез, иммунитет. Классификация.
38. Характеристика бледной трепонемы, её морфология, движения, атипичные формы, влияние внешних факторов на выживаемость, отличие от других спирохет.
39. Инкубационный период при сифилисе. Факторы, влияющие на его продолжительность. Значение выявления источников заражения и обследования половых партнёров.
40. Первичный период сифилиса. Клиническая характеристика твёрдого шанкра и его разновидности. Осложнения твёрдого шанкра. Атипичные твёрдые шанкры.
41. Сифилитическая розеола и её особенности при вторичном свежем и вторичном рецидивном сифилисе. Дифференциальный диагноз.
42. Сифилитическая лейкодерма. Дифдиагностика.
43. Папулёзный сифилид: эрозивные, мокнущие, гипертрофические папулы и широкие кондиломы. Дифдиагноз.
44. Папулёзный сифилид: милиарные, лентикулярные, монетовидные и псориазоформные папулы. Папулёзный сифилид ладоней и подошв. Дифдиагноз.
45. Сифилитическое облысение, его разновидности. Дифдиагноз.
46. Пустулёзные сифилиды. Дифдиагноз.
47. Гуммозный сифилид и его разновидности. Дифдиагноз.
48. Бугорковый сифилид и его разновидности. Дифдиагностика.
49. Скрытый сифилис (ранний, поздний, неуточнённый).
50. Современные методы лабораторной диагностики сифилиса. Понятие о ложноположительных реакциях.
51. Врождённый сифилис. Классификация. Пути передачи врождённого сифилиса потомству. Влияние сифилиса на течение и исход беременности.
52. Сифилис плода. Поражение плаценты при врождённом сифилисе.
53. Ранний врождённый сифилис.
54. Поздний врождённый сифилис (достоверные признаки).
55. Поздний врождённый сифилис (вероятные признаки).
56. Поздний врождённый сифилис (дистрофии).
57. Профилактика врождённого сифилиса.
58. Общие принципы ведения и лечения больных сифилисом.
59. Осложнения гонореи у мужчин и женщин.
60. Микоплазмоз, Этиология, патогенез, классификации, клиническая картина, лечение.
61. Уреаплазмоз. Этиология, патогенез, классификации, клиническая картина, лечение.
62. Гонококковая инфекция: этиология, патогенез, классификация, клиника у мужчин, женщин и детей.
63. Урогенитальный хламидиоз. Сидром Рейтера. Этиология, патогенез, классификации, клиническая картина, лечение.
64. Методы лабораторной диагностики гонореи. Понятие о провокации. Контроль излеченности.
65. Урогенитальный трихомониаз. Этиология, патогенез, классификации, клиническая картина, лечение.
66. Урогенитальный кандидоз. Этиология, патогенез, классификации, клиническая картина, лечение.

**Тестовый контроль по теме: «Анатомия, гистология, физиология кожи. Патогистология. Первичные и вторичные элементы. Наружные средства».**

I вариант.

**1) Эпидермис имеет слои, кроме:**

а) рогового; б) базального; в) сетчатого; г) зернистого;

д) шиповидного.

**2) Дерма состоит из:**

а) клеточных элементов; б) волокнистых субстанций; в) сосудов и нервов;

г) основного межклеточного вещества; д) всего перечисленного.

**3) Волокнистые субстанции дермы:**

а) коллагеновые; б) сетчатые; в) эластичные; г) ретикулярные;

д) все,кроме б)

**4) Гиперкератоз – это утолщение:**

а) зернистого слоя; б) базального слоя; в) рогового слоя;

г) эпидермиса;

д) шиповидного слоя.

**5) Атрофия дермы – это:**

а) уплощение сосочкового слоя; б) истончение сетчатого слоя;

в) уменьшение количества сосудов дермы; г) сглаженность дермо-эпидермальной границы; д) всё перечисленное, кроме в).

**6) За температурную чувствительность отвечают:**

а) клетки Меркеля; б) колбы Краузе; в) тельца Фатера-Пачини;

г) тельца Руффини; д) тельца Мейснера.

**7) Какой первичный морфологический элемент предшествует эрозии:**

а) узелок; б) волдырь; в) бугорок; г) узел; д) пузырёк.

**8) К первичным бесполостным элементам относятся все кроме:**

а) пятна; б) бугорка; в) узла; г) волдыря; д) гнойничка.

**9) Чем отличается пузырь от пузырька?:**

а) размером; б)формой; в)содержимым; г)глубиной поражения; д)эволюцией

**10) Какие патологические изменения обусловливают появление пузырька:**

а) гиперкератоз; б) спонгиоз; в) акантоз; г) паракератоз;

д) акантолиз.

**11) Лихенификация характеризуется всем, кроме:**

а) уплотнения кожи; б) образования эрозий; в) усиление кожного рисунка; г) утолщения кожи; д) пигментации.

**12) Какую лекарственную форму следует назначать больному с острым мокнущим воспалительным процессом на коже:**

а) мазь; б) примочку; в) крем; г) аэрозоль; д) пасту.

**13) Удаление пасты с поверхности кожи осуществляется:**

а) растительным маслом; б) водой с мылом; в) сливочным маслом;

г) спиртом; д) питательным кремом.

**14) В состав крема входят перечисленные вещества, кроме:**

а) воды; б) ланолина; в) коллоида; г) лекарственных веществ;

д) вазелина.

**15) Для ускорения высыхания в “болтушку” следует добавить:**

а) спирт; б) глицерин; в) два и более лекарственных препарата; г) большее количество порошка; д) большее количество жидкости.

II вариант.

**1) Эпидермис имеет следующие слои:**

а) роговой; б) зернистый; в) шиповидный; г) базальный; д) блестящий.

**2) Какие слои эпидермиса входят в мальпигиев слой:**

а) роговой; б) элеидиновый; в) зернистый; г) шиповидный; д) базальный.

**3) В слоях дермы различают слои:**

а) базальный; б) сетчатый; в) сосудистый; г) сосочковый; д) эластичный.

**4) Гранулёз– это утолщение:**

а) базального слоя; б) блестящего слоя; в) эпидермиса; г) зернистого слоя;

д) шиповидного слоя.

**5) Для апокринных потовых желёз характерен тип секреции:**

а) с частичным разрушением секреторных клеток;

б) без разрушения секреторных клеток;

в) с полным разрушением секреторных клеток;

г) с разрушением секреторных и сократительных клеток;

д) с разрушением только сократительных клеток.

**6) Какой морфологический элемент может возникнуть на месте везикулы:**

а) корка; б) трещина; в) пустула; г) чешуйка; д) эрозия.

**7) Чем отличается узел от бугорка:**

а) формой; б) размером; в) цветом; г) глубиной залегания в коже; д) составом клеточного инфильтрата.

**8) Какой первичный морфологический элемент предшествует язве:**

а) узелок; б) волдырь; в) пятно; г) пузырёк; д) бугорок.

**9) Какие бывают рубцы:**

а) нормотрофические; б) сосудистые; в) келоидные; г) сосочковые; д) атрофические.

**10) В состав водно-спиртово-взбалтываемой взвеси входят перечисленные в-ва, кроме:**

а) глицерина; б) спирта; в) ланолина; г) окиси цинка; д) воды.

**11) Какую лекарственную форму назначают б-му с подострым воспалением кожи:**

а) примочку; б) пасту; в)аэрозоль; г) крем; д) мазь.

**12) Выбор формы для наружного применения зависит от:**

а) возраста; б) пола; в) лекарственных веществ; г) фазы патологического процесса;

д) причина дерматоза.

**13) Какое из приведённых наружных средств обладает более глубоким действием:**

а) примочка; б) паста; в) мазь.

**14) В каких случаях назначают лекарственные пластыри:**

а)……….. б)………. в)……….

**15) Какие методы исследования применяется только в дерматологии:**

а) аускультация; б) пальпация; в) диаскопия; в) перкуссия; г) поскабливание.

III вариант.

**1) Из каких клеток состоит базальный слой эпидермиса:**

а) базальных эпидермоцитов; б) шиповатых эпидермоцитов;

в) меланоцитов; г) осязательных клеток Меркеля.

**2) Что такое папилломатоз:**

а) разрастание зернистого слоя эпидермиса; б) разрастание эпителиальных отростков шиповатого слоя; в) разрастание сосочкового слоя дермы.

**3) Перечислите функции кожи:**

а)………….. б)…………..…..… в)…………....……г)……………………д)…………………..е)………………………

**4) Укажите пигментные пятна:**

а) петехии; б)экхимозы; в)веснушки; г) розеолы; д) хлоазмы;

е) телеангиэктазии; ж)невусы

**5) Акантолиз – это:**

а) разрушение межклеточных мостиков клеток шиповидного слоя;

б) скопление серозный жидкости; в) дегенеративные изменения клеток шиповидного слоя; г) образование внутриэпидермальных пузырей.

**6) Апокринные потовые железы локализуются:**

а) в области подмышечных впадин; б) на ладонях; в) в области половых органов; г) в паховых складках; д) в области промежности.

**7) При образовании волдыря возникает:**

а) инфильтрация дермы; б) паракератоз; в) акантоз; г) отёк сосочков дермы; д) спонгиоз.

**8) какие первичные морфологические элементы разрешаются с образованием рубца:**

а) бугорок; б) папула; в) узел; г) пузырь; д) волдырь.

**9) Какие составляющие определяют понятие “полостной элемент”:**

а)…………………………….. б) ……………………………. в)………………………………….

**10) Какие вторичные морфологические элементы возникают на месте пустулы:**

а) эрозия; б) чешуйка; в) корочка; г) лихенификация; д) рубец.

**11) Укажите вторичный элемент, появляющийся в результате эволюции узелка:**

а) эрозия; б) рубец; в) язва; г) чешуйка;

д) рубцовая атрофия.

**12) Показанием для назначения примочек является:**

а) хроническое воспаление; б) пустулы в очаге поражения; в) подострое воспаление; г) лихенификация; д) острое воспаление; е) мокнутие.

**13) Чем отличается крем от мази:**

а) наличием порошка в жировой основе; б) наличием воды в жировой основе; в) более высокой стабильностью; г) более поверхностным действием; д) более высокой концентрацией лекарственных препаратов.

**14) Более глубоким воздействием на кожу обладает:**

а) паста; б) крем; в) лаки; г) мазь; д) анилиновые красители.

**15) Виды дермографизма:**

а)…………………………. б)…………………………… в)…………………………

**Тестовый контроль студентов по теме:** **«Пиодермии, себорея, угри. Паразитарные болезни кожи (чесотка, педикулёз)».**

I вариант

**1) К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермий, относятся:**

а) травмы кожи; б) акромегалия; в) переохлаждение; г) кардиопатия;

д) высокая активность возбудителя.

**2) Для стрептококкового импетиго характерно всё перечисленное, кроме:**

а) появление на коже фликтен; б) корок жёлто-зелёного цвета; в) быстрого распространения; г) воспалительного ободка вокруг фликтен;

д) воспалительных узлов.

**3) К стафилодермиям относятся:**

а) турниоль; б) фурункул; в) шанкриформная пиодермия; г) вульгарный сикоз; д)заеда.

**4) Какие стафилодермии встречаются у детей грудного возраста:**

а) остиофолликулит г) псевдофурункулёз; ; б) везикулопустулёз;

в) пиогенная гранулема; д) гидраденит.

**5) Вульгарная эктима – это:**

а) язвенная стрептодермия; б) язвенная стафилодермия; в) язвенная стрепто-стафилодермия; г) хроническая диффузная стрептодермия;

д) эрозивная стрептодермия.

**6) Типичными клиническими проявлениями жирной себореи являются:**

а) шелушение кожи; б) сальный блеск кожи; в) атрофия кожи; г) жирные, слипшиеся волосы; д) выраженный зуд.

**7) Для лечения эпидемической пузырчатки новорожденных применяют:**

а) антибиотики; б) кортикостероиды; в) анилиновые красители; г) цитостатики;

д) мази с антибиотиками.

**8) Вульгарные угри локализуются на:**

а) нижних конечностях; б) лице; в) животе; г) спине;

д) ягодицах.

**9) Ведущим этиологическим фактором акне является:**

а) гиперандрогения; б) нарушение азотистого обмена; в) изменение аминокислотного состава крови; г) выраженный иммунодефицит; д) синдром мальабсорбции.

**10) Для чесотки у взрослых характерны все признаки, кроме:**

а) зуд в ночное время; б) поражение кожи ладоней, подошв, лица; в) парные папуло-везикулярные элементы; г) экскориации; д) присоединение вторичной инфекции.

**11) Для чесотки характерны следующие диагностические симптомы:**

а) Михаэлиса; б) Бенье-Мещерского; в) Горчакова; г) Никольского;

д) Арди.

**12) Для псевдосаркоптоза характерно:**

а) локализация на открытых участках кожного покрова; б) поражение в/ч головы; в) заражение чесоточными клещами животных; г)ночной зуд;

д) наличие уртикарных папул.

**13) Для лечения чесотки применяют следующие препараты:**

а) линдан; б) ламизил; в) кротамитон; г) орунгал; д) спрегаль.

**14) Какие виды вшей вызывают заболевание у человека:**

а) лобковая; б) слепая; в) платяная; г) колючая;

д) головная.

**15) Укажите наиболее частое осложнение чесотки:**

а) вторичная пиодермия; б) сепсис; в) рубцовая атрофия; г) флегмоны;

д) всё перечисленное.

II вариант

**1) Укажите из перечисленных симптомов характерные признаки сикоза:**

а) локализация сыпи на ладонях; б) наличие остиофолликулитов;

в) образование язв; г) слияние пустул; д) наличие фолликулитов.

**2) Для стрептодермий характерно:**

а) распространение процесса вширь; б) распространение процесса вглубь;

в) серозно-гнойный экссудат; г) напряжённая покрышка пустулы; д) вялая покрышка пустулы.

**3) При гидрадените в воспалительный процесс вовлекаются:**

а) эккриновые потовые железы; б) сальные железы; в) апокриновые потовые железы; г) всё перечисленное; д) ничего из перечисленного.

**4) При ненагноившемся фурункуле лечение следует начинать с назначения:**

а) мазей, содержащих антибиотики; б) чистого ихтиола;

в) гипертонического раствора; г) туширования анилиновыми красителями;

д) кортикостероидные мази.

**5) Фликтена явл-ся основным морфологическим элементом при:**

а) вульгарный сикоз; б) гидраденит; в) вульгарное импетиго;

г) остиофолликулит; д ) фурункулёз.

**6) Какой из экзогенных факторов не способствует развитию пиодермий:**

а) травмы кожи; б) переохлаждение; в) контакт с химическими веществами; г) загрязнение кожи; д) перегревание.

**7) Укажите локализацию, не типичную для гидраденита:**

а) подмышечные впадины; б) ареола молочной железы;

в) промежность; г) ладони и подошвы; д) вокруг пупка.

**8) Себорея – это:**

а) наследственное заболевание; б) заб-е, обусловленное расстройством салообразования; в) очаговая алопеция;

г) результат жизнедеятельности Pityrosporum orbiculare; д) разновидность пиодермии.

**9) К поверхностным формам акне относятся:**

а) камедоны; б) флегмонозные угри; в) папулёзные акне; г) конглобатные угри;

д) пустулёзные акне.

**10) Укажите места типичной локализации чесотки у взрослых:**

а) в/ч головы; б) межпальцевые складки кистей; в) лицо и шея; г) ладони и подошвы; д) спина.

**11) Обнаружение суточного ритма активности чесотки позволило объяснить причину:**

а) возникновение чесотки без ходов; б) усиление зуда вечером; в) развития аллергического дерматита; г) заражение половым путём; д) неудач в лечении.

**12) Для лечения беременных применяются:**

а) серная мазь; б) бензил-бензоат; в) метод Демьяновича; г) кротамитон;

д) линдан.

**13) К какой группе возбудителей относятся вши:**

а) кровососущие насекомые; б) ракообразные; в) простейшие; г) бактерии;

д) паукообразные.

**14) Переносчиками каких заболеваний являются платяные вши:**

а) эпидемического сыпного тифа; б) ку-лихорадки; в) эпидемического возвратного тифа;

г) бореллиоза; д) волынской лихорадки.

**15) Укажите клинические симптомы головного педикулёза:**

а) поражение на в/ч головы; б) поражение волосяного покрова подмышечных впадин;

в) поражение затылочной и височной области в/ч головы; г) поражение пушковых волос туловища и конечностей; д) наличие импетигинозных корок на коже в/ч головы.

III вариант

**1) Какие гнойничковые заболевания обусловлены поражением эккринных потовых желёз:**

а) вульгарный сикоз; б) множественные абсцессы у детей; в) гидраденит;

г) везикулопустулёз; д) вульгарное импетиго.

**2) Для стрептодермий характерны все признаки, кроме:**

а) поражение кожи лица и складок; б) распространения по периферии;

в) фликтен; г) часто встречаются в детском возрасте;

д) гнойно-некротического воспаления.

**3) Псевдофурункулёз – это поражение:**

а) эккринных потовых желёз; б) апокринных потовых желёз; в) сальных желёз;

г) волосяных фолликулов; д) всего перечисленного.

**4) Самой частой формой стрептодермии у детей является:**

а) стрептококковое импетиго; б) пузырное импетиго; в) щелевидное импетиго;

г) папуло-эрозивное импетиго; д) эктима.

**5) Клиническими симптомами вульгарного сикоза являются:**

а) поражение области бороды и усов; б) выпадение волос; в) наличие остиофолликулитов и фолликулитов; г) появление рубцов или рубцовой атрофии; д) регионарный лимфаденит.

**6) Какие морфологические элементы встречаются при стафилодермиях:**

а) импетиго; б) фликтена; в) узел; г) эктима;

д) остиофолликулит.

**7) Возникновению вульгарных угрей способствует всё, кроме:**

а) биополя больных; б) увеличение сахара крови; в) генетической предрасположенности; г) нарушения кожного барьера;

д) приёма кортикостероидов.

**8)Выделяют следующие клинические формы себореи:**

а) жирная; б) гиперкератотическая; в) сухая;

г) дисгидротическая; д) смешанная.

**9) Для лечения себореи используют:**

а) спиртовая настойка йода; б) мази с кортикостероидами; в) мази с антибиотиками;

г) раствор фурациллина; д) всё правильно; е) всё неправильно.

**10) В патогенезе акне большую роль играют:**

а) нарушение ороговения; б) психоэмоциональные стрессы;

в) гиперфункция сальных желёз; г) фотосенсибилизация;

д) деятельность бактерий.

**11) Норвежская чесотка:**

а) представляет географическую разновидность обычной чесотки; б) вызывается аномальной реакцией хозяина; в) вызывается чесоточными клещами паразитами животных; г) обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей.

**12) Укажите, какое средство не применяют для лечения больных чесоткой:**

а) бензил-бензоат; б) 33% серная мазь; в) спрегаль; г) метод Демьяновича;

д) флуцинар.

**13) Какими путями инфицированные вши передают человеку возбудителей тифа:**

а) посредством втирания фекалий вшей в повреждённую кожу;

б) при кровососании; в) при раздавливании вшей; г) через слюну вшей;

д) при вдыхании фекалий вшей.

**14) Где откладывают яйца платяные вши:**

а) в складках и швах одежды; б) на в/ч головы; в) на лобке;

г) на пушковых волосах туловища; д) в складках кожи человека.

**15) Укажите клинические симптомы лобкового педикулёза:**

а) расположение насекомых в области роста лобковых волос и живота; б) наличие пиодермии в очагах; в) расположение насекомых по краю мошонки и на бёдрах; г) расположение насекомых на коже в/ч головы; д) наличие пятен синего или голубого цвета.

**Тестовый контроль к занятию по теме: «Дерматиты, токсикодермии, экзема, крапивница, отёк Квинке. Принципы диагностики и лечения».**

I вариант

**1) Причинами развития дерматитов являются все перечисленные, кроме**

а) механических факторов; б) растений; в) физических факторов; г) психотравм;

д) медикаментов.

**2) Какой из раздражителей относится к факультативным причинам развития дерматитов:**

а) кислоты; б) электрический ток; в) высокая температура;

г) щёлочи; д) растения.

**3) Для простого контактного дерматита характерно:**

а) сенсибилизация организма; б) воздействие облигатного раздражителя;

в) распространённый процесс;

г) локализация только на месте воздействия раздражителя; д) воздействие факультативного раздражителя.

**4) У больного после внутримышечного введения пенициллина появились розеолёзно-уртикарная сыпь. Какой диагноз поставите?**

а) токсикодермия; б) аллергический дерматит; в) крапивница; г) экзема; д) кожный зуд.

**5) При токсикодермии встречаются все перечисленные морфологические элементы, кроме:**

а) пятна; б) волдыря; в) пузыря; г) папулы; д) бугорка.

**6) Для токсикодермии характерно поступление аллергена через:**

а) дыхательные пути; б) кожу; в) ЖКТ; г) придатки кожи;

д) парентерально.

**7) Какие заболевания относится к токсикодермиям?**

а) опрелость; б) фиксированная эритема; в) патомимия;

г) йододерма; д) потница.

**8) В патогенезе экземы важную роль играют:**

а) сенсибилизация; б) функциональные нарушения нервной системы;

в) висцеропатии; г) генетическая предрасположенность;

д) всё перечисленное верно.

**9) Какие аллергены могут вызвать экзему?**

а) лекарственные; б) пищевые; в) промышленные;

г) пыльцевые; д) инфекционные.

**10) Для истинной экземы характерны все признаки, кроме:**

а) нечётких очагов поражения; б) симметричности; в) мономорфности высыпаний; г) зуда; д) мокнутия по типу “серозных колодцев”.

**11) Для себорейной экземы не характерны перечисленные признаки, кроме:**

а) везикул и пузырей; б) шелушения жирными чешуйками в эритематозно-сквамозных очагах; в) лихенификации;

г) депигментации; д) поражения локтевых и подлоктевых сгибов, ладоней.

**12) Укажите среди перечисленных морфологический элемент, характерный для крапивницы:**

а) папула; б) экскориации; в) волдырь; г) пятно;

д) лихенификация.

**13) Какой из медикаментов быстрее всех приведёт к разрешению отёка Квинке?:**

а) преднизолон; б) пипольфен; в) адреналин; г) глюконат кальция.

**14) Какую наружную лекарственную форму необходимо назначить больному с экземой в стадии мокнутия:** а) взбалтываемую жидкость; б) примочки; в) присыпки; г) паста; д) мазь.

**15) При острой экземе необходимо назначение всех перечисленных препаратов, кроме:**

а) диуретиков; б) гипосенсебилизирующих; в) антигистаминных; г) цитостатиковя; д) седативных.

II вариант

**1) Облигатными раздражителями являются:**

а) концентрированные растворы кислот и щелочей; б) газообразные и парообразные вещества (сероводород и др.); в) боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия; г) конц. р-ры солей тяжёлых металлов;

д) всё перечисленное.

**2) Простой контактный дерматит характеризуется:**

а) воспалением кожи на месте соприкосновения с раздражителем; б) воспалением кожи, выходящим за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя; в) чёткими границами; г) нечёткими границами; д) правильно а) и в).

**3) Какие осложнения характерны для лекарственной аллергии?:**

а) синдром Лайелла; б) пиодермия; в) синдром Стивенса-Джонсона; г) пузырчатка; д) эксфолиативный дерматит.

**4) Токсикодермия характеризуется:**

а) бурной воспалительной реакцией кожи; б) большой распространённостью; в) нарушением общего состояния; г) быстрым регрессом после устранения аллергена; д) всем перечисленным.

**5) Какие клинические симптомы характерны для микробной экземы:**

а) сенсибилизация микробными аллергенами; б) наличие пустул; в) чёткие границы очагов поражения; г) ассиметричность высыпаний; д) увеличение лимфоузлов.

**6) Какая из стадий экзематозного процесса является наиболее показательной для подтверждения диагноза экземы?:**

а) сквамозная; б) эритематозная; в) везикулёзная; г) мокнущая.

**7) Типичными клиническими симптомами экзем являются:**

а) зуд; б) поливалентная сенсибилизация; в) полиморфизм высыпаний; г) парааллергия; д) мокнутие.

**8) К патогистологическим признакам экземы не относят:**

а) спонгиоз; б) отёк дермы; в) инфильтрация дермы лимфоцитами, нейтрофилами, гистиоцитами; г) акантоз; д) субэпидермальные пузыри.

**9) Какой патогистологический процесс лежит в основе механизма образования волдыря?:**

а) инфильтрация дермы; б) отёк сосочкового слоя; в) акантоз; г) папилломатоз;

д) гранулёз.

**10) Все признаки характерны для уртикарных элементах, кроме:**

а) бледной окраски в центре; б) зуда; в) быстрого регресса высыпаний; г) чётких контуров; д) сохранения элементов в течении длительного времени.

**11) Для профессиональной экземы характерны все признаки, кроме:**

а) поражения кистей; б) рецидивов во время отпуска; в) симметричности; г) быстрого регресса в условиях стационара; д) полиморфизма высыпаний.

**12) Какие клинические проявления позволяют заподозрить острую крапивницу?:**

а) мономорфные высыпания, представленные волдырями; б) нарушение пото- и салоотделения; в) внезапное начало после контакта с аллергеном; г) атрофия кожи; д) эфемерность высыпаний.

**13) Для лечения аллергического дерматита используют:**

а) антигистаминные препараты; б) иммуномодуляторы;

в) десенсибилизирующие средства; г) антималярийные препараты;

д) кортикостероидные мази.

**14) Основной лекарственной формой для наружного лечения распространённой токсикодермии является:** а) взбалтываемые взвеси; б) примочка; в) паста; г) крем; д) мазь.

**15) При хронической стадии экземы основной лекарственной формой для наружной терапии явл-ся:**

а) мазь; б) взбалтываемые взвеси; в) примочка; г) паста; д) крем.

**Итоговый тестовый контроль по дерматологии**

1. Наиболее характерной для псориаза является локализация высыпаний:

- на лице; - на сгибательных поверхностях предплечий; - на локтях и коленях;

- на туловище; - на ладонях и подошвах.

2. На туловище у больного множественные гипопигментные пятна различной конфигурации и размеров, расположенные изолированно на загорелой коже, которые появились после летнего сезона. Местами единичные желтовато-бурые пятна с отрубевидным шелушением. О каком дерматозе следует думать в данном случае?

- розовый лишай; - витилиго; - склеродермия;

- разноцветный лишай; - себорейная экзема.

3. Что является общим для типичного случая псориаза:

- наличие папул; - нестерпимый зуд; - локализация на передней поверхности конечностей; - поражение слизистых оболочек; - артралгии.

4. Укажите среди перечисленных поверхностную форму стафилодермий:

- вульгарный сикоз; - фурункул; - гидраденит; - карбункул; - ничего из перечисленного.

5. Укажите наиболее частое осложнение чесотки:

- вторичная пиодермия; - сепсис; - рубцовая атрофия кожи; - флегмоны;

- всё выше перечисленное.

6. Укажите места типичной локализации чесотки у взрослых:

- межпальцевые складки кистей; - в/ч головы; - лицо и шея; - спина; - ладони и подошвы.

7. Укажите среди перечисленных, морфологический элемент характерный для крапивницы:

- папула; - экскориация; - пятно; - волдырь; - лихенификация.

8. При каком заболевании чаще всего встречается белый дермографизм?

- крапивница; - аллергический дерматит; - экзема истинная; - кожный зуд; - атопический дерматит.

9. В патогенезе экземы важную роль играют:

- сенсибилизация; - функциональные нарушения нервной системы; - висцеропатия;

- генетическая предрасположенность; - всё перечисленное.

10. Какие признаки характерны для экземы?

- нервно-аллергический характер процесса; - длительно рецидивирующее течение;

- полиморфизм сыпи; - обострение нередко без видимой причины; - всё перечисленное верно.

11. В стадии мокнутия для наружной терапии экземы важную роль играют:

- присыпка; - кремы; - пасты; - примочки; - взбалтываемые взвеси.

12. При развитии аллергического дерматита от стирального порошка уместны следующие рекомендации:

- прекратить использования стирального порошка; - внутрь димедрол; - местно примочки;

- внутрь 10% р-р хлористого кальция; - всё перечисленное верно.

13. Какие из перечисленных элементов сыпи характерны для простого герпеса?

- гнойнички; - узелки; - пузырьки; - бугорки; - папулы.

14. Какую лекарственную форму назначают больному с мокнущей экземой?

- примочка; - болтушка; - паста; - мазь; - крем.

15. Какой первичный морфологический элемент при многоформной экссудативной эритеме?

- узелок; - бугорок; - узел; - воспалительное пятно; - волдырь.

16. Какие из медикаментозных средств выберите для назначения лечения больному хронической красной волчанкой:

- антибиотики широкого спектра действия; - антималярийные препараты (делагил, хлорахим);

- цитостатики; - серно-дегтярная мазь; - седативные препараты.

17. Клинические симптомы дискоидной красной волчанки:

- эритема; - плотно-сидящие чешуйки; - атрофия; - телеангиэктазии; - всё перечисленное верно.

18. Какое осложнение может дать эпидермофития стоп:

- истинная экзема; - поражение суставов; - рожистое воспаление голени;

- токсикодермия; - трофическая язва.

19. Какое заболевание относится к глубоким стрептококковым поражениям кожи:

- стрептококковое импетиго; - стрептококковая заеда; - эктима;

- околоногтевая фликтена; - вульгарное импетиго.

20. Какое заболевание относится к поверхностным стафилококковым поражениям кожи:

- остиофолликулит; - фурункул; - гидраденит; - импетиго вульгарное; - эктима.

21. Какое заболевание относится к глубоким стафилококковым поражениям кожи:

- остиофолликулит; - фолликулит; - фурункул; - сикоз; - импетиго вульгарное.

22. Какой первичный элемент при красном плоском лишае?

- пятно; - папула; - бугорок; - пузырёк; - волдырь.

23. Какой из медикаментов быстрее всех ведёт разрешению отёка Квинке?

- преднизолон; - пипольфен; - адреналин; - глюконат кальция.

24. Больному поставили диагноз: «Генерализованный зуд». Какое из заболеваний могло быть его причиной?

- злокачественное новообразование; - сахарный диабет; - лейкоз; - цирроз печени;

- всё перечисленное.

25. У больного имеется созревший фурункул на предплечье. Какой метод лечения вы назначите?

- антибиотики внутрь; - повязка с мазью с антибиотиками; - вскрытие фурункула;

- горячая ванна; - ихтиоловая “лепёшка”.

26. Больной поступил в стационар с фурункулом верхней губы, температура тела 36,6 гр С. Какое лечение Вы назначите?

- повязка с мазью Вишневского; - повязка с мазью с антибиотиками; - вскрытие фурункула;

- антибиотики внутрь; - согревающий компресс.

27. Какое из назначений необходимо прежде всего сделать больному с фурункулёзом?

- УВЧ; - R-графия лёгких; - исследование крови на сахар; - антибиотики внутрь;

- аутогемотерапия.

28. Какой первичный морфологический элемент предшествует эрозии?

- узелок; - бугорок; - волдырь; - гнойничок; - ни один из перечисленных.

29. Какую лекарственную форму следует применить, прежде всего, для наружного лечения больному с острой мокнущей экземой?

- мазь; - присыпка; - крем; - примочки; - желе.

30. Какой первичный морфологический элемент предшествует язве?

- пузырь; - пузырёк; - волдырь; - гнойничок; - ни один из перечисленных.

31. Лечение больной с кандидозом паховых складок в течении 2-х недель противокандидозными средствами не дали положительного эффекта. Какое исследование Вы проведёте этой больной?:

- исследование мазков на гонорею и трихомониаз; - ректоманоскопию;

- исследование крови и мочи на сахар; - рентгенография желудка; - печёночные пробы.

32. Какой первичный морфологический элемент сыпи возникает при острой крапивнице?:

- пятно; - пузырёк; - волдырь; - пузырь; - узелок.

33. Какие лекарственные препараты дают наилучший терапевтический эффект при лечении больных с вульгарной пузырчаткой?:

- антибиотики; - сульфаниламиды; - иммуномодуляторы;

- кортикостероиды; - противомалярийные препараты.

34. Результаты какого исследования могут существенно позволить оптимизировать лечение больного фурункулёзом?:

- измерение АД; - исследование крови на сахар; - определение наличия белка в моче - цитологическое исследование; - кожно-аллергические пробы

35. Какие лекарственные средства должны быть немедленно назначены больному с синдромом Лайелла?:

- антибиотики; - кортикостероиды; - сульфаниламиды; - витамины; - цитостатики.

36. При каком варианте локализации фурункула необходимо срочно госпитализировать больного и назначить строгий постельный режим?:

- на задней поверхности шеи; - в пояснично-крестцовой области; - на лице;

- на коже живота; - на коже предплечья.

37. Какие из перечисленных элементов сыпи встречаются при кожном зуде?:

- экскориации; - волдыри; - эрозии; - везикулы; - папулы.

38. Укажите, какая локализация сыпи характерна для розацеа:

- на коже лица и в/ч головы; - на коже лица и верхней части груди и спины;

- в складках кожи; - исключительно на коже лица;

- на коже лица, задней поверхности шеи, в области крупных суставов.

39. Какие патоморфологические изменения являются характерными для экземы:

- папилломатоз; - баллонная дистрофия; - гиперкератоз; - спонгиоз; - акантолиз.

40. Укажите препараты, применяющиеся для лечения простого герпеса:

- преднизолоновая мазь; - флуцинар; - синтомициновая эмульсия;

- салициловая мазь; - теброфеновая мазь.

41. При лечении крапивницы и ангионевротического отёка используют все методы, кроме:

- стероидов с минимальным андрогенным действием; - элимигнации причинных факторов;

- альфа-адреномиметиков; - терапии Н1-гистаминоблокаторами.

42. Укажите наиболее характерный признак простого герпеса:

- склонность к рецидивированию; - хроническое длительное течение без периодов ремиссий;

- начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте;

- возникновение рецидивов после первого перенапряжения;

- провоцирующее воздействие нарушений в диете.

43. Укажите наиболее важный диагностический симптом для подтверждения диагноза Пемфигуса:

- симптом Никольского; - реакция Манту; - феномен Кёбнера;

- йодная проба; - феномен Ауспица.

44. Какие из перечисленных элементов сыпи наиболее характерны для простого герпеса?:

- гнойнички, язвы; - узелки, чешуйки; - папулы, волдыри; - бугорки, язвы;

-пузырьки, эрозии, корки.

45. Какое заболевание обусловлено грибом рода трихофитон?:

- паразитарный сикоз; - вульгарный сикоз; - опоясывающий лишай; - отрубевидный лишай.

46. Исключите утверждение не характерное для руброфитии?:

- ладони; - подошвы; - ногти кистей; - волосы; - ногти стоп.

47. Все признаки характерны для уртикарных элементов, кроме:

- бледной окраски в центре; - сохранение элемента в течение длительного времени;

- зуда; - дермаграфизма; - чётких контуров.

48. Лечение больного чесоткой предусматривает:

- исключение острой пищи; - лечение бензил-бензоатом; - применение УФО;

- применение ПУВА-терапии; - кортикостероиды.

49. Какое общее заболевание чаще всего вызывает фурункулёз?:

- гепатит; - пиелонефрит; - гипертоническая болезнь; - сахарный диабет;

- ишемическая болезнь сердца.

50. Какие общие заболевания могут привести к развитию фурункулёза?:

- ВИЧ-инфекция; - анемии; - лейкоз; - сахарный диабет; - всё ответы верные.

51. Какова тактика врача при установлении пациенту диагноза фурункула носогубного треугольника?:

- хирургическое вскрытие элемента; - госпитализация пациента; - назначение витаминотерапии;

- назначение неспецифической иммунотерапии; - местное применение анилиновых красителей.

52. В чём опасность фурункула носогубного треугольника?:

- развития рожистого воспаления лица; - развитие флегмоны шеи;

- развитие заглоточного абсцесса; - развитие тромбоза кавернозного синуса;

- развитие флегмоны дна полости рта.

53. Какую местную терапию следует назначить больному острой экземой лица в стадии мокнутия?:

- пасты; - болтушки; - мази; - примочки; - кремы.

54. Какую местную терапию следует назначить на очаги хронической экземы?:

- болтушка; -мазь; - примочка; - крем.

55. Какой клинический вариант экземы развился у пациента вокруг послеоперационной раны?

- истинная экзема; - себорейная экзема; - профессиональная экзема;

- варикозная экзема; - микробная экзема.

56. В чём основное различие между фурункулом и фурункулёзом?:

- локализация высыпаний; - количество высыпаний; - течение; - общая семиотика; - развитие осложнений.

57. Наследственное предрасположение имеет значение в возникновении:

- атопического дерматита; - фурункулёза; - красной волчанки; - сифилиса; - гонореи.

58. Использование кожных проб имеет значение для уточнения диагноза:

- истинной экземы; - микробной экземы; - профессиональной экземы;

- псориаза; - красного плоского лишая.

59. Какие патологические изменения обуславливают появление первичного элемента пузырька?:

- гиперкератоз; - спонгиоз; - акантоз; - акантолиз; - паракератоз.

60. Укажите вторичные элементы, являющиеся результатом трансформации узелка?:

- рубцовая атрофия; - чешуйки; - эрозия; - язва; - рубец.

61. Укажите осложнения, не возникающие при лечении пузырчатки кортикостероидами:

- обострение хронической инфекции; - сахарный диабет (стероидный диабет);

- гипертензия; - пептические язвы; - лейкопения.

62. Какие клинические признаки характерны для пузырчатки?:

- полиморфизм высыпаний; - сезонность рецидивов; - чувствительность к йоду;

- симптом Никольского; - симметричность высыпаний.

63. Какие клинические формы новообразований кожи можно определить как предраковые?:

- невусы; - дерматофиброма; - меланома; - болезнь Боуэна;

- липома.

64. Какие из перечисленных ниже мероприятий проводятся при медикаментозной токсикодермии, развившейся от перорального приёма антибиотиков?:

- прекращение приёма медикаментов; - обильное питьё; - десенсибилизирующая общая терапия; - противовоспалительная местная терапия; - всё перечисленное верно

65. Укажите, при каких формах пиодермии фликтена является основным морфологическим элементом?:

- вульгарный сикоз; - гидраденит; - фурункулёз; - вульгарное импетиго; - остиофолликулит.

66. Мономорфные папулёзные высыпания наблюдаются при:

- истинной пузырчатке; - псориазе; - герпетиформном дерматите Дюринга; - хронической красной волчанке.

67. Псориатическая эритродермия может развиться после:

- нерационального применения преднизолона; - назначения АКТГ

68. Сетка Уикхема наблюдается при:

- красном плоском лишае; - дискоидной красной волчанке; - центробежной эритеме Биетта; - псориазе; - вторичном рецидивном сифилисе.

69. Гранулёз наблюдается при:

- красном плоском лишае; - крапивнице; - отрубевидном лишае; - вульгарной пузырчатке; - папулёзном сифилисе

70. К поверхностным стрептококковым пустулам относятся:

- фликтена; - фурункул; - карбункул; - гидраденит; - ботриминома.

71. Заражение чесоткой может происходить:

- при рукопожатии; - во время укуса москита; - во время плавания.

72. В лечении педикулёза используется:

- ниттифор; - синафлан; - микозолон.

73. В лечении кандидоза используется:

- ламизил; - низорал; - итраконазол; - дифлюкан; - нистатин.

74. У больных истинной экземой наблюдается:

- симметричное расположение очагов; - ассимметричное расположение очагов;

- появление буллёзных элементов; - наличие резких границ очагов поражения.

75. Белый дермографизм отмечается при:

- атопическом дерматите; - аллергическом дерматите; - простом дерматите;

- токсикодермии.

76. В течение очаговой склеродермии можно выделить стадии:

- отёка; - фолликулярного гиперкератоза; - формирования гуммозного стержня.

77. Остроконечные кондиломы передаются:

- половым путём; - москитами; - через загрязнённые предметы.

78. Симптом Никольского наблюдается при:

- истинной пузырчатке; - очаговом нейродермите; - строфулюсе;

- почесухи взрослых; - герпетиформном дерматите Дюринга.

79. Для герпетиформного дерматита Дюринга характерно:

- наличие полиморфизма; - положительный симптом Никольского; - наличие акантолитических клеток.

80. Укажите возможные причины простых дерматитов:

- трение, давление; - приём внутрь лекарств.

81. Укажите основные клинические признаки простого дерматита:

- чёткие границы; - нечёткие границы.

82. Укажите главные патогенетические особенности аллергических дерматитов:

- развивается путём контактной сенсибилизации к реакциям замедленного типа;

- аллерген попадает в кожу гематогенно; - сыпь распространяется по всему телу.

83. Укажите возможные причины, приводящие к возникновению аллергических дерматитов:

- медикаменты внутривенного и парентерального применения;

- медикаменты наружного применения.

84. Укажите главные клинические признаки аллергических дерматитов:

- границы поражения нечёткие; - зуд незначительный, преобладает боль и жжение.

85. Укажите положения справедливые в отношении профессиональной экземы и профессионального дерматита:

- принципиальных различий между этими заболеваниями нет;

- профессиональная экзема, как правило, начинается с профессионального аллергического дерматита.

86. Укажите главные клинические признаки симуляционных дерматитов (патомимий):

- противоречивость анамнестических данных;

- наличие в местах поражений множества микровезикул.

87. Назовите типичные клинические признаки синдрома Лайелла:

- отсутствие температуры; - высокая температура, тяжёлое общее течение;

- высокая эозинофилия в крови.

88. Назовите группы медикаментов, которые рационально использовать в терапии больных токсикодермией при нормальной температуре и хорошем самочувствии:

- антигистаминные препараты; - препараты донорской крови; - глюкокортикоидные гормоны.

89. Укажите все клинические признаки, характерные для эпидермального токсического некролиза (синдрома Лайелла):

- молниеносное появление разлитой эритемы; - положительный симптом Никольского; - выраженная болезненность как поражённой, так и неизменённой на вид кожи;

- положительный симптом сползания эпидермиса.

90. Укажите все признаки, характерные для фиксированной сульфаниламидной эритемы:

- крупные единичные пятна круглой формы; - сезонность высыпаний;

- преимущественная локализация на разгибательных поверхностях конечностей.

91. Назовите основные клинические признаки экземы в острой стадии:

- эритема; - лихенизация.

92. Назовите основные клинические признаки хронической экземы:

- венозная гиперемия; - яркая гиперемия, отёк; - микроэрозии, корочки.

93. Какие мероприятия применяются для предупреждения рецидивов и тяжёлого осложнённого течения атопического нейродермита?:

- профессиональная ориентация; - санация очагов инфекции.

94. Какие мероприятия должны быть направлены на предупреждение рецидивов атопического нейродермита у беременных?:

- целенаправленное наблюдение за беременными, имеющими в личном или семейном анамнезе атопические заболевания

- приём антигистаминных препаратов во время беременности.

95. Бледная трепонема была открыта в:

- 1890 г. – 1895 г. – 1905 г. – 1910 г.

96. Цикл деления бледной трепонемы продолжается:

- 6-8 часов; - 10-12 часов; - 15-20 часов; - 30-33 часа; - 35-40 часов.

97. Инкубационный период при сифилисе в среднем составляет:

- 20-40 дней; - 3-5 дней; - 3 месяца; - 1 день; - 6 месяцев.

98. Удлинение инкубационного периода сифилиса наблюдается при:

- сопутствующих инфекционных заболеваниях; - биполярном расположении твёрдых шанкров; - приёме антибиотиков в течение инкубационного периода;

- продолжении половой жизни с источником заражения.

99. Назовите атипичную форму первичной сифиломы:

- фимоз; - парафимоз; - гангрена; - индуративный отёк; - фагеденизм.

100. Первичная сифилома может осложняться:

- фимозом; - парафимозом; - гангренизацией; - фагеденизмом; - вульвовагинитом.

101. К атипичным твёрдым шанкрам относятся:

- индуративный отёк; - широкие кондиломы; - эктима; - фликтена; - баланит.

102. С какого времени после образования твёрдого шанкра классические серологические реакции у больных, как правило, становятся положительными?

- 3-5 дней; - 1 неделя; - 2-4 недели; - 40 дней; - 6-7 недель.

103. В первичном периоде сифилиса у больных могут встречаться все признаки кроме:

- твёрдого шанкра; - отрицательной реакции Вассермана; - регионарного склераденита; - положительной реакции Вассермана; - широких кондилом.

104. Какое из ниже приведённых исследований применяется в повседневной практике для обнаружения бледных трепонем?

- исследование нативных препаратов; - окраска по Романовскому-Гимзе;

- окраска метиленовым синим; - культивирование на питательных средах;

- серебрение по Морозову.

105. Всё перечисленное относится к осложнениям твёрдого шанкра кроме:

- фимоза; - вульвовагинита; - парафимоза; - фагеденизма; - индуративного отёка.

106. Какое осложнение может быть при лечении больных бензилпеницилином?

- эмболия лёгкого; - некроз на месте инъекции; - нефропатия; - полиневриты; - анафилактический шок.

107. Спустя какой минимальный срок от момента заражения сифилисом становится положительной реакция Вассермана?:

- 1 неделя; - 3 недели; - 6 недель; - 3 месяца; - 6 месяцев.

108. Какое клиническое проявления сифилиса сопровождается болезненностью?:

- твёрдый шанкр; - регионарный склераденит; - интерстициальный сифилитический глоссит; - бугорковый сифилис; - вегетирующие папулы (широкие кондиломы).

109. Шанкр-амигдалит представляет из себя:

- эрозию миндалины; - язву миндалины;

- увеличенную в размерах гиперемированную миндалину;

- увеличенную в размерах миндалину обычной окраски.

110. К осложнениям твёрдого шанкра относится всё перечисленное, кроме:

- фимоза; - парафимоза; - гангренизации; - регионарного склераденита;

- эрозивного баланопостита.

111. Шанкр-панариций представляет собой:

- эрозию или язву на пальцах кистей;

- увеличенную в объёме поражённую фалангу без дефекта на её поверхности и признаков воспаления;

- увеличенную в объёме поражённую фалангу с дефектами на её поверхности и признаками воспаления;

112. Регионарный склераденит при первичном сифилисе развивается после появления твёрдого шанкра спустя:

- 3-5 дней; - 5-8 дней; - 8-12 дней.

113. У больных мягким шанкром:

- очаги поражения образуются через 2-3 дня на месте внедрения стрептобацилл;

- имеется множество очагов; - отмечается наклонность к аутоиннокуляции;

- дно язвы неровное, покрыто обильным гнойным отделяемым;

- выражена болезненность.

114. С какими заболеваниями следует дифференцировать папулёзные высыпания вторичного сифилиса на коже?:

- токсидермия; - псориаз; - отрубевидный лишай; - розовый лишай; - пузырчатка.

115. Сифилитическая розеола:

- желтовато-бурого цвета; - исчезает при надавливании; - разрешается с образованием рубца;

- не изменяется под влиянием пенициллинотерапии.

116. Вторичные сифилиды слизистых оболочек:

- встречаются редко; - наблюдаются в виде папулёзных и пятнистых высыпаний;

- имеются нечёткие границы; - малоконтагиозные.

117. Пустулёзные сифилиды наблюдаются в виде:

- сифилитического импетиго; - акнеформного сифилида; - оспеновидного сифилида; - эктимы; - рупии.

118. Образование желтовато-бурых бугорков, мягкой, тестоватой консистенции, положительного симптома Поспелова, феномена “яблочного желе”, характерно для:

- туберкулёзной волчанки; - третичного сифилиса; - первичного сифилиса;

- туберкулоидного типа лепры; - актиномикоза.

119. Сифилитическая лейкодерма возникает во время:

- вторичного рецидивного сифилиса; - первичного серонегативного сифилиса;

- первичного серопозитивного сифилиса; - инкубационного периода;

120. Сифилитическая мелкоочаговая алопеция возникает через:

- 6 месяцев после заражения; - 1 неделю после заражения; - 1 месяц после заражения; - 2 месяца после заражения; - 1 неделю после появления твёрдого шанкра.

121. Высыпания при вторичном свежем сифилисе обычно:

- обильные; - несимметичные; - неяркой окраски; - сгруппированные.

122. Вторичные сифилиды характеризуются следующими признаками:

- имеют нечёткие края, неправильные очертания;

- сопровождаются чувством жжения, болезненностью;

- имеют островоспалительный характер; - разрешаются бесследно.

123. Выделяют следующие разновидности сифилитической лейкодермы, кроме:

- пятнистой; - сливной; - мраморной; - кружевной.

124. Для вторичного периода сифилиса характерно всё перечислено кроме:

- полиморфизма высыпаний; - отсутствия островоспалительных явлений;

- зуда в очагах поражения; - самопроизвольного разрешения высыпаний.

125. Большинство вторичных сифилидов у нелеченных больных разрешаются спустя:

- 1-2 месяца; - 2-3 месяца; - 3-4 месяца; - 4-5 месяцев.

126. Для сифилитической эритематозной ангины характерны:

- резкие границы эритемы в зеве; - выраженная отёчность миндалин;

- резкая болезненность; - высокая температура тела.

127. К разновидностям пустулёзного сифилида относятся все перечисленные, кроме:

- акнеиформного; - оспеновидного; - импетигинозного; - рупиоидного; - коримбиформного.

128. Укажите клинические проявления, характерные для третичного сифилиса:

- папулы ладоней и подошв; - обильная розеолёзная сыпь туловища; - сгруппированные бугорки;

- широкие кондиломы промежности; - мелкоочаговое облысение.

129. Укажите клинические проявления, не характерные для третичного сифилиса:

- гуммы твёрдого нёба; - мезаортит; - серпенгинирующие бугорки туловища;

- широкие кондиломы; - звёздчатые рубцы голеней.

130. Гумма возникает через:

- 3-50 лет после заражения; - 1 неделю после заражения; - 1 месяц после заражения; - 2 месяца после заражения; - 1 неделю после появления твёрдого шанкра.

131. Какое заболевание следует исключить в 1-ю очередь при обнаружении у больного аневризмы восходящей части аорты?:

- ревматизм; - туберкулёз; - сифилис; - красная волчанка; - заболевание крови.

132. Вариантами форм бугоркового сифилида являются все перечисленные, кроме:

- одиночного; - сгруппированного; - карликового; - серпигинирующего.

133. Третичный сифилис характеризуется всем перечисленным, кроме:

- ограниченности поражения; - фокусного расположения элементов сыпи;

- наклонности элементов к распаду; - болезненности в очагах поражения;

- образования рубцов на месте разрешившихся элементов.

134. На каком сроке беременности происходит инфицирование плода у больной сифилисом беременной?

- на 1-2 мес.; - на 3-м мес.; - на 4-5 мес.; - на 6-7 мес.; - на 8-9 мес.

135. Какой из признаков зубов Гетчинсона является строго обязательным?:

- уменьшение размеров; - полулунная выемка на режущем крае;

- сужение режущего края не менее чем на 2 мм относительно шейки зуба;

- бочкообразная форма; - наличие диастемы.

136. Каковы достоверные признаки позднего врождённого сифилиса?:

- триада Гетчинсона; - околоротовые рубцы Фурнье; - псевдопаралич Паро;

- кисетообразные моляры; - сифилитические папулы.

137. Патогномоничным симптомом позднего врождённого сифилиса считается:

- бугорковая сыпь туловища; - лабиринтная глухота; - седловидный нос;

- саблевидные голени.

138. Для позднего врождённого сифилиса патогномоничны:

- ягодицеобразный череп; - бочкообразные зубы; - гетчинсоновские зубы;

- широко расставленные верхние резцы.

139. Патогномоничным симптомом при раннем врождённом сифилисе является:

- остеохондрит I степени; - остеохондрит II степени; - периостит; - остеомиелит.

140. Сифилитическое поражение плаценты проявляется:

- отёком и пролиферацией клеточных элементов; - гипоплазией;

- неизменённой зародышевой частью.

141. Проявления позднего врождённого сифилиса чаще всего возникают в возрасте:

- от 2 до 4 лет; - от 4 до 17 лет; - от 17 до 25 лет.

142. Ранний врождённый сифилис диагностируется в возрасте, кроме:

- до 6 месяцев; - от 6 месяцев до 1 года; - от 1 года до 2 лет; - от 2 до 4 лет.

143. Возбудитель гонореи – гонококк относится:

- к парным коккам грамм-отрицательным; - к парным коккам грамм-положительным;

- к парным коккам грамм-вариабельным; - коккобацилам грамм-отрицательным;

- к коккобацилам грамм-вариабельным.

144. Наиболее доступными для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные: - многослойным плоским неороговевающим эпителием;

- переходным эпителием; - цилиндрическим эпителием;

- многослойным плоским ороговевающим эпителием; - кубическим эпителием.

145. Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- обильных гнойных выделений; - болезненности при мочеиспускании;

- гиперемии губок наружного отверстия уретры;

- наличия гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи; - наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи.

146. Бактериоскопическая идентификация гонококков основывается на следующих признаках, кроме:

- парности кокков; - грамм-отрицательности; - грамм-положительности; - внутриклеточного расположения; - бобовидной формы.

147. При острой и подострой осложнённой гонорее у мужчин и женщин в комплексное лечение включается всё перечисленное, кроме:

- антибиотиков; - гоновакцины; - антигистаминных препаратов; - препаратов кальция;

148. Кем открыт возбудитель гонореи?:

- Нейсером; - Шаудином; - Гофманом; - Петерсеном; - Донне.

149. У какой категории пациентов гонококк может поражать многослойный неороговевающий эпителий?:

- онкобольные; - беременные; - алкоголики; - девочки; - пожилые люди.

150. Какими путями осуществляется инфицирование гонококками?:

- половой; - половые перверзии; - через предметы туалета, бельё;

- при прохождении через родовые пути; - занос руками в глаза, нос, рот.

151. Какой метод исследования применяют для топической диагностики уретрита?:

- двухстаканная проба; - проба Ульцмана; - уретроскопия; - реакция Борде-Жангу; - комбинированная провокация.

152. В чём состоят особенности гонорейной инфекции у девочек?:

- многоочаговость процесса; - часто поражается прямая кишка; - преобладает острый процесс; - поражается преддверие влагалища и влагалище; - восходящая гонорея встречается редко.

153. К экстрагенитальной гонорее относится всё перечисленное, кроме:

- литтреита; - артрита; - проктита; - фарингита; - конъюнктивита.

154. При гонорее у женщин обследуются всё перечисленное, кроме:

- уретра; - влагалище; - прямая кишка; - шейка матки;

155. Гонорея глаз возникает в результате:

- занесения инфекции в глаза загрязнёнными руками;

- распространение инфекции лимфогенным путём;

- распространение инфекции гематогенным путём; - всего перечисленного.

156. Какой препарат используется для профилактики бленнореи у новорожденных?:

- пенициллин; - альбуцид; - риванол; - сульфацил-натия; - резорцин.

157. Комплексная терапия хронической гонорейной инфекции включает:

- иммунотерапию; - этиологическое лечение; - симптоматическое лечение; - местное лечение; - всё перечисленное.

158. Больным, являющимся предполагаемыми источниками заражения гонореей, в случае, когда гонококки не обнаружены, следует проводить лечение:

- по схеме свежей острой гонореи; - по схеме свежей торпидной гонореи;

- по схеме хронической гонореи; - по схеме лечения рецидива гонореи; - лечение не проводится.

159. Гонорейный уретрит может осложняться:

- простатитом; - эпидидимитом; - везикулитом; - стриктурой уретры; - деферентитом.

160. Диссеминации гонококков способствует:

- интеркуррентные заболевания; - интоксикации; - травмы слизистой оболочки уретры;

- длительно диагностируемый процесс; - нерациональное лечение.

161. Лабораторный диагноз трихомониаза основывается:

- на иммуноферментном методе; - на реакции Борде-Жангу; - на реакции Закса-Витебского.

162. У девочек вульвовагиниты трихомонадной этиологии хар-ся всеми перечисленными симптомами, кроме:

- учащённого и болезненного мочеиспускания; - зуда в области наружных половых органов; - пенистых выделений из половой щели; - гиперемии наружных половых органов; - творожистого отделяемого из половой щели, плёнок белого цвета в области наружных половых органов.

163. Какие морфологические структуры позволяют влагалищной трихомонаде активно двигаться?:

- блефаропласт; - ундулирующая мембрана; - паракостальные гранулы; - жгутики; - аксостиль.

164. Какие клинические проявления урогенитального трихомониаза наиболее типичны для женщины?:

- зуд и жжение во влагалище; - обильные пенистые выделения; - гиперемия и кровоточивость слизистой влагалища; - эрозия шейки матки; - уретрит.

165. С целью провокации при трихомонозе используют всё перечисленное кроме:

- гоновакцины; - пирогенала; - бужирование уретры; - инстилляции; - массажа уретры.

166. Укажите, какие препараты применяют для лечения урогенитального трихомониаза?:

- метронидазол; - низорал; - орнидазол; - дифлюкан;

- солкотриховак.

167. Какова продолжительность жизненного цикла развития хламидий:

-24-72 часа; - 24 - 48 часов; - 12-48 часов; - 72-96 часов; - 6-12 часов.

167. Благодаря каким свойствам хламидии имеют сходство с бактериями?:

- имеют ДНК и РНК; - фильтрируются через бактериальные фильтры; - чувствительны к антибиотикам; - являются облоигатными внутриклеточными

паразитами; - имеют клеточную стенку.

168. Какие возможны пути заражения урогенитальным хламидиозом?:

- половой; - половые перверзии; - при прохождении плода через половые пути; - внутриутробно; - при заносе инфекции из половых органов руками.

169. Методы диагностики урогенитального хламидиоза включают:

- цитологические; - серологические; - выделение возбудителя на клетках Мак-Коя; - полимеразная цепная реакция; - всё перечисленное.

170. Какие органы поражаются при болезни Рейтера?:

- глаза; - печень; - суставы; - сердце; - уретра.

171. Хламидийный уретрит хар-ся:

- постоянными дизурическими расстройствами; - эффектом от пенициллинотерапии;

- малосимптомным или субъективно бессимптомным течением; - гематурией.

172. В диагностике уреаплазмоза применяются:

- тест на уреазу; - реакция Борде-Жангу; - реакция Закса-Витебского.

- проба Бальцера; - обследование с помощью лампы Вуда.

173. Синдром Рейтера:

- проявляется уретро-окуло-синовиальным синдромом; - встречается у молодых людей;

- сопровождается развитием цирцинарного баланита;

- возможны псориазоформные высыпания на коже; - возможны висцеральные поражения.

174. Выберите наиболее эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:

- пенициллин; - метронидазол; - тетрациклин; - левамизол; - аспирин.

175. Выберите наиболее эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:

- бисептол; - трихопол; - сумамед; - бициллин; - делагил.

176. В лечении гарднерелёза используется:

- ампициллин; - тинидазол; - бициллин-3; - бициллин-5.

177. Бактериальный вагиноз характеризуется следующими признаками:

- обнаружение “ключевых клеток” > 20 %; - щелочная реакция выделений;

- “аминный” запах при проведении пробы с 10% раствором КОН;

- наличие “кремообразного ” отделяемого в заднем своде влагалища;

- всё перечисленное.

178. Общими жалобами для трихомониаза, кандидоза и бактериального вагиноза являются:

- выделения из влагалища; - неприятный запах отделяемого;

- зуд, жжение или чувство дискомфорта в области наружных половых органов;

- эрозии на слизистых оболочках гениталий; - всё перечисленное.

179. Влагалищная гарднерелла представляет собой:

- грамм-отрицательные коккобацилы; - грамм-вариабельные коккобацилы;

- грамм-положительные кокковые формы микроорганизмов;

- грамм-положительные бациллярные формы микроорганизмов;

- грамм-вариабельные формы микроорганизмов.

180. Влагалищная гарднерелла представляет собой:

- факультативный анаэроб; - факультативный аэроб; - облигатный анаэроб; - облигатный аэроб; - всё перечисленное.

181. В настоящее время влагалищная гарднерелла отнесена в группу:

- облигатно-патогенных микроорганизмов; - условно-патогенных микроорганизмов;

- резидентной микрофлоры; - всё перечисленное верно; - всё перечисленное неверно.

182. В развитии бактериального вагиноза основная роль может принадлежать всем перечисленным факторам, кроме:

- состояния иммунологической реактивности макроорганизма;

- инфицирующей дозы влагалищной гарднереллы; - вирулентности влагалищной гарднереллы; - частоты смены половых партнёров; - приёма адаптогенов.

183. Какие препараты применяют для лечения бактериального вагиноза?:

- метронидазол; - азитромицин; - клиндамицин; - низорал; - орнидазол.

184. Какие лекарственные препараты нельзя назначать ВИЧ-инфицированному человеку?:

- антибиотики; - сульфаниламиды; - иммуностимуляторы;

- противомалярийные препараты; - витамины.

185. Какое из перечисленных заболеваний подозрительно в отношении ВИЧ-инфекции?:

- атопический дерматит; - рецидивирующие гнойные инфекции; - эритематоз;

- пузырчатка; - многоформная экссудативная эритема.