

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце: Государственное автономное учреждение Чувашской Республики

ФИО: Матвеев Роман Сталинарьевич

Должность: Ректор

Дата подписания: 18.10.2022 11:12:37

Уникальный программный ключ:


a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

дополнительного профессионального образования

«Институт усовершенствования врачей»

Министерства здравоохранения Чувашской Республики

**УТВЕРЖДАЮ**  
Ректор ГАУ ДПО «Институт  
усовершенствования врачей»  
Минздрава Чувашии  
Р.С. Матвеев  
« 29 » августа 2019 г.



**Фонд оценочных средств  
для проведения  
государственной итоговой аттестации**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:

**31.08.32 Дерматовенерология**

Квалификация – **Врач – дерматовенеролог**

Форма обучения - **очная**

**Паспорт фонда оценочных средств  
Государственной итоговой аттестации**

Оценочные средства	Количество
Тестовые вопросы	210
Ситуационные задачи	10
Практические навыки и манипуляции	21
Вопросы собеседования	40

**Критерии контроля знаний:**

**- Критерии оценивания тестирования**

Оценка	Критерии
<i>«Отлично»</i>	91% и выше правильных ответов тестовых заданий
<i>«Хорошо»</i>	от 81% до 90% правильных ответов тестовых заданий
<i>«Удовлетворительно»</i>	от 71% до 80% правильных ответов тестовых заданий
<i>«Неудовлетворительно»</i>	ниже 70% правильных ответов тестовых заданий

**- Критерии оценивания решения ситуационных задач**

Оценка	Критерии
<i>«Отлично»</i>	Ординатор показывает полное правильное решение задачи, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на дополнительные вопросы
<i>«Хорошо»</i>	Ординатор показывает правильное решение задачи, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы
<i>«Удовлетворительно»</i>	Ординатор показывает частичное правильное решение задачи, допускает неточности в постановке диагноза с учетом принятой классификации и допускает существенные ошибки при ответе на вопросы
<i>«Неудовлетворительно»</i>	Ординатор показывает неправильное решение задачи, диагноз поставлен не верно. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов

**Критерии оценки овладения практическими навыками:**

Оценка	Критерии
<i>«Отлично»</i>	Ординатор обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений
<i>«Хорошо»</i>	Ординатор обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
<i>«Удовлетворительно»</i>	Ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская

	некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем
<b>«Неудовлетворительно»</b>	Ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их допуская грубые ошибки

### Критерии оценки собеседования:

Оценка	Критерии
<b>«Отлично»</b>	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы
<b>«Хорошо»</b>	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы
<b>«Удовлетворительно»</b>	Ординатор показывает частичное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета
<b>«Неудовлетворительно»</b>	Ординатор не показывает освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов

Общий результат государственной итоговой аттестации выставляется по результатам собеседования с учетом результатов двух предыдущих этапов

### Перечень тестовых вопросов.

**№1** При объективном исследовании псевдофурункулеза:

1. Поверхностные серо-белые пустулы, пузырьки, только покрышку пустул волос не пронизывает, узлов, некротического стержня нет.
2. Покрышку пустул волос пронизывает, есть некротический стержень.
3. Пузыри с воспалительным венчиком, затем покрышка лопается, эрозии, желтовато-серые корочки.
4. Поверхностные фолликулы, с эритемой, узелки, корочки, эрозии, рецидивы.

**Ответ:** 1

**№2** Лечение больных токсической меланодермией:

1. Низорал, амикозол.
2. Противостолбнячная или другие сыворотки.
3. Глюкокортикоиды, дезинтоксикационная терапия, отшелушивающие средства.
4. АСД III фракции, аппликации озокерита, парафина.

**Ответ:** 3

**№3** Профилактика токсической меланодермии:

1. Избегать контакта с дикими грызунами.
2. Избегать контакта с R-лучами.
3. Избегать контакта с продуктами переработки нефти, угля, соблюдение правил техники безопасности.
4. Своевременность прививок, УФО-облучение.

**Ответ:** 3

**№4** Клиника при токсической меланодермии:

1. На открытых участках тела эритема с зудом, жжением, пигментация диффузная, переходящая на закрытые участки тела, шелушение, фолликулярный гиперкератоз, атрофия, характерно состояние аддисонизма, гипокортицизма.

2. На разгибательных поверхностях предплечий, бедер, груди образуются фолликулиты, комедоны, розовые акне без явлений нагноения, рубчики.

3. Возникновение на закрытых и открытых участках тела роговых бородавок, которые затем малигнизуются.

4. Полиморфная сыпь (эритематозное пятно, папулы, везикулы, мокнутие, корочки) с частыми рецидивами, обострения после нарушения диеты, наличие фокальной инфекции, хронические заболевания ЦНС.

**Ответ: 1**

**№5** Жалобы при токсической меланодермии:

1. Жжение при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание.

2. Общая слабость, утомляемость, анемия, гипотония, нарушение сна, аппетита.

3. Гипертония, неадекватность поведения, гастриты, язвы желудка.

4. Повышенная возбудимость ЦНС, диарея, потеря веса, потливость.

**Ответ: 2**

**№6** При уреамикоплазменной инфекции назначают, кроме:

1. Доксициклина.

2. Джозамицина.

3. Метронидазола.

4. Азитромицина.

**Ответ: 3**

**№7** Обязательные методы исследования при подозрении на гонококковую инфекцию:

1. Культуральные исследования.

2. УЗИ органов малого таза.

3. Метод амплификации нуклеиновых кислот.

4. Уретроскопия, вагиноскопия.

**Ответ: 1**

**№8** Лечение кандидозного уретрита исключает:

1. Флуконазол.

2. Мази с дибулоном.

3. Клотримазол.

4. Итраконазол.

**Ответ: 2**

**№9** Уретроскопия при кандидозном уретрите:

1. Ложно пленчатые наслоения в области наружного отверстия уретры.

2. Диффузные и ограниченные белесовато-серые налеты, напоминающие молочницу, после удаления которых видна отечная и резко гиперемированная слизистая оболочка уретры.

3. Инфильтрация и утолщение складок с фибринозным налетом, милиарные желтые бугорки и изъязвления на гиперемированном фоне.

4. Никаких изменений нет.

**Ответ: 2**

**№10** Лабораторная диагностика при кандидозном уретрите исключает:

1. Посев из уретры.

2. Микроскопию мазков.

3. Компрессную накожную пробу.

4. Капельную пробу.

**Ответ: 3**

**№11** Характеристика выделений при кандидозном уретрите:

1. Скучные слизисто-водянистые, изредка гнойные.

2. Пенисто-гнойные.

3. С запахом свежей рыбы.

4. Отсутствие выделений по утрам.

**Ответ: 1**

**№12** Для типичной клинической картины генитального герпеса не характерно:

1. Легкий зуд и жжение в очаге.

2. Сгруппированные везикулы.

3. Выраженное уплотнение в основании очагов.

4. Поверхностный характер процесса.
5. Отсутствие рубцов.

**Ответ:** 3

**№13** В лабораторной диагностике генитального герпеса наиболее эффективна:

1. Серологическое исследование.
2. Полимеразная цепная реакция (ПЦР).
3. Цитоморфологический метод.
4. Микроскопическое исследование.

**Ответ:** 2

**№14** Осложнения при герпетическом уретрите исключают:

1. Цистит.
2. Поражение задней "ur".
3. Менингит.
4. Поражение передней "ur".

**Ответ:** 3

**№15** Клинические проявления при герпетическом уретрите не локализуются:

1. На миндалинах.
2. В ладьевидной ямке.
3. Вокруг наружного отверстия "ur".
4. Не выходят за пределы висячей части "ur".

**Ответ:** 1

**№16** Характер выделений при герпетическом уретрите:

1. Скучные слизистые выделения из уретры, чаще в виде утренней капли.
2. Пенисто-гнойные выделения.
3. С запахом свежей рыбы.
4. Гнойно-слизистые.

**Ответ:** 1

**№17** Гонореей глаз заражаются:

1. При несоблюдении правил гигиены, у новорожденных - во время прохождения через родовые пути больной матери.
2. Гематогенно.
3. Лимфогенно.

**Ответ:** 1

**№18** При уреамикоплазменной инфекции назначают, кроме:

1. Доксициклина.
2. Джозамицина.
3. Метронидазола.
4. Азитромицина.

**Ответ:** 3

**№19** Для лечение детей, больных гонореей, используют, кроме:

1. Цефтриаксона.
2. Спектиномицина.
3. Витаминов.

**Ответ:** 3

**№20** Препаратом выбора для лечения гонококковой инфекции является:

1. Спектиномицин.
2. Ципрофлоксацин.
3. Цефтриаксон.
4. Азитромицин.

**Ответ:** 3

**№21** Особенности гонококковой инфекции у девочек:

1. Многоочаговость процесса, преобладает острый процесс.
2. Часто поражается прямая кишка.
3. Поражаются преддверие влагалища и влагалище.
4. Восходящая гонорея встречается редко.

**Ответ:** 1

**№22** Для онихомикоза не характерны:

1. Мелкие углубления в виде наперстка на ногтевой пластинке.
2. Деформированные, утолщенные ногти.
3. Крошащиеся, «изъеденные» со свободного края ногти.

4. Тусклые, серовато-желтого цвета ногти.

**Ответ: 1**

**№23** Первые проявления атопического дерматита чаще всего возникают:

1. С рождения.
2. В 2-3-месячном возрасте.
3. После года.
4. В дошкольном возрасте.

**Ответ: 2**

**№24** Форма №089/у-кв «Извещение о больном с впервые установленным диагнозом сифилиса, гонококковой инфекции, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки» направляется в кожно-венерологический диспансер в течение:

1. Текущего года.
2. Текущего месяца.
3. 3-дневный срок.
4. В конце года.

**Ответ: 3**

**№25** Препаратами выбора для лечения трихомоноза являются, кроме:

1. Метронидазола.
2. Тинидазола.
3. Орнидазола.
4. Сафоцида.

**Ответ: 4**

**№26** К сульфаниламидным препаратам пролонгированного действия относят, кроме:

1. Сульфатона.
2. Цефалексина.
3. Бисептола.
4. Сульфадиметоксина.

**Ответ: 2**

**№27** К антибиотикам макролидам относятся, кроме:

1. Эритромицина.
2. Олететрина.
3. Цефалексина.
4. Рулида.

**Ответ: 3**

**№28** К антибиотикам тетрациклинового ряда относятся, кроме:

1. Метациклина.
2. Рондомицина.
3. Доксициклина.
4. Эритромицина.

**Ответ: 4**

**№29** В структуре заболеваемости ИППП наибольший процент составляет:

1. Сифилис.
2. Хламидиоз.
3. Гонорея.
4. Трихомониаз.

**Ответ: 4**

**№30** Побочными явлениями после приема антибиотиков тетрациклинового ряда являются, кроме:

1. Глоссита.
2. Вульвовагинита.
3. Болезни Менъера.
4. Стomatита.

**Ответ: 3**

**№31** К препаратам группы пенициллина относятся все, кроме:

1. Карбенициллина.
2. Доксициклина.
3. Ампиокса.
4. Ампициллина.

**Ответ: 2**

**№32** Лечение хламидийного уретрита не предусматривает:

1. Тетрациклинов.
2. Азитромицина.
3. Стимулирующих средств.
4. Джозамицина.

**Ответ: 4**

**№33** Характер выделений при хламидийном уретрите:

1. Пенистые.
2. Выделения стекловидно-слизистые или слизисто-гнойные по утрам.
3. С запахом свежей рыбы.
4. Отсутствие выделений.

**Ответ: 2**

**№34** При хламидийном уретрите не поражаются следующие органы:

1. Слизистая оболочка конъюнктивы.
2. Слизистая оболочка желудка.
3. Слизистая оболочка прямой кишки.
4. Слизистая оболочка мочеполовых органов.

**Ответ: 2**

**№35** Методы диагностики урогенитального хламидиоза включают:

1. Серологические.
2. Выделение возбудителя на клетках Мак-Коя.
3. ПЦР.
4. Все перечисленное.

**Ответ: 4**

**№36** При лечении болезни Рейтера не применяют:

1. Антибиотики тетрациклинового ряда.
2. В начале заболевания без выраженной лихорадки при удовлетворительном состоянии больного кортикостероидные гормоны.
3. Бутадион, реопирин, метиндол.
4. Гемодез, унитиол, десенсибилизирующую терапию.

**Ответ: 2**

**№37** Клинически при келлоидах:

1. Вид розовой опухоли, безболезнен.
2. Опухоли с телеангиэктазиями, папилломы.
3. Фиброматозные разрастания с приступообразными высыпаниями.
4. Кожа в складку не берется, лицо амимитичное.

**Ответ: 1**

**№38** Келлоиды. К предрасполагающим факторам не относятся:

1. Операции, татуировки, прокол ушных мочек.
2. Угревая сыпь, воспалительные процессы кожи.
3. Вакцинации.
4. Укусы насекомых.

**Ответ: 4**

**№39** Лечение контактного хейлита:

1. Мази и крема, содержащие кортикостероиды.
2. Хирургическое лечение.
3. Криотерапия.
4. R-терапия.

**Ответ: 1**

**№40** Клиника контактного хейлита:

1. Узелки с розовыми сосочковыми наслоениями, с распадом, гнойными корочками, рубцом.
2. Воспалительная реакция красной каймы губ.
3. Сосочковые разрастания как цветная капуста, розовые.
4. Сгруппированные пузырьки по ходу межреберных нервов.

**Ответ: 2**

**№41** Контактный аллергический хейлит. Этиология:

1. Химические вещества, входящие в состав губной помады, зубных паст и др.
2. Кандида.
3. Микобактерии.
4. Не известен.

**Ответ: 1**

**№42** Лечение при лимфоме:

1. Проспидин, антиметаболитные препараты.
2. Бероксан, аммифурин.
3. Паста Гужиенко.
4. Низорал.

**Ответ:** 1

**№43** Лечение лекарственных дерматитов:

1. Бальзам Шостаковского.
2. Устранение причины, вызвавшей заболевание.
3. Обмывание горячей водой с мылом.
4. Клей БФ-2.

**Ответ:** 2

**№44** Лекарственные дерматиты. Этиология:

1. Грибы.
2. При повышенной чувствительности к медикаментам.
3. Кандида.
4. Бледная спирохета.

**Ответ:** 2

**№45** Клинические проявления при пеленочном дерматите:

1. Бугорки.
2. Волдыри.
3. Пятна, пузырьки, эрозии, мацерация.
4. Вегетации.

**Ответ:** 3

**№46** Пеленочный дерматит. Этиология:

1. Микроспорум.
2. Кандида.
3. Трихофитон.
4. Недостаточный гигиенический уход.

**Ответ:** 4

**№47** Укажите локализацию при типичной форме красного плоского лишая:

1. Подмышки и пах.
2. Симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище.
3. Ступни.
4. Лицо.

**Ответ:** 2

**№48** Лабораторный метод определения возбудителя ВИЧ-инфекции:

1. Вирусологический и серологический.
2. Люминесцентный.
3. Окраска по Романовскому–Гимзе.
4. Микроскопический.

**Ответ:** 1

**№49** В клинике у детей, страдающих СПИД, характерны:

1. Зубы Гетчинсона.
2. Седловидный нос.
3. Гипотрофия, хроническая диарея, лимфоаденопатия, увеличение печени, селезенки, нарушения со стороны ЦНС.
4. Псевдопаралич Парро.

**Ответ:** 3

**№50** У больных ВИЧ-инфекцией лабораторно обнаруживают:

1. Чесоточный клещ.
2. В крови: лейкопения, гипергаммаглобулинемия, снижение абсолютного числа Т-лимфоцитов.
3. Обнаружение LE-клеток.
4. Обнаружение бледной трепонемы.

**Ответ:** 2

**№51** При ангиоретикулезе Капоши:

1. Парные черные точки, эскориации на коже живота, ягодиц.
2. На руках, ногах пятна синевато-фиолетового цвета, инфильтрация, узлы с шелушащейся поверхностью.



3. Симптом Ауспитца.
4. Гнойно-слизистое отделяемое из уретры.

**Ответ: 2**

**№52** Симптомы, характерные для туберкулезной волчанки.

1. Симптом листа папоротника.
2. Симптом терминальной пленки.
3. При надавливании пуговчатый зонд легко погружается в глубину ткани - симптом Поспелова.
4. Триада Гетчинсона.

**Ответ: 3**

**№53** Диагноз «сифилис» должен быть подтвержден лабораторными данными:

1. Исследование нативных препаратов в темном поле.
2. Окраска по Романовскому–Гимзе.
3. Окраска метиленовым синим.
4. Культивирование на питательных средах.

**Ответ: 1**

**№54** Для туберкулезной волчанки характерны:

1. Бородавki.
2. Папилломы.
3. Бугорки величиной от булавочной головки до горошин коричневого цвета.
4. Волдырь.

**Ответ: 3**

**№55** Укажите, какие клинические признаки не характерны для стафилодермий.

1. Локализация пустул в волосяных фолликулах и железах.
2. Коническая или шаровидная форма пустул.
3. Напряженная крышечка пустул, развитие фолликулитов.
4. Локализация пустул в складках кожи.

**Ответ: 4**

**№56** Какие клинические признаки не характерны для стрептодермий?

1. Локализация пустул в железах и волосяных фолликулах.
2. Локализация пустул в складках кожи.
3. Тонкие дряблые стенки пустулы (фликтены).
4. Образование желтоватых корочек на месте сохшегося экссудата.

**Ответ: 1**

**№57** Укажите неправильное заключение об аллергических дерматозах.

1. В основе лежит повреждение ткани, вызываемое иммунными реакциями на аллергены.
2. Если больной получал анальгин в течение многих лет, то развитие сенсibilизации к нему невозможно.
3. Сенсibilизация к непереносимому лекарственному препарату пожизненна.
4. Для диагностики применяются аппликационные пробы.

**Ответ: 2**

**№58** Укажите наиболее эффективные лечебно-профилактические мероприятия при атопическом дерматите.

1. Климатотерапия.
2. Гипоаллергенная диета.
3. Кортикостероидные мази.
4. Витаминотерапия.

**Ответ: 2**

**№59** Все сказанное о крапивнице правильно, кроме:

1. Высыпания представлены округлыми отечными и зудящими элементами, существующими несколько часов.
2. Волдырь при крапивнице обусловлен острым ограниченным расширением капилляров кожи.
3. Часто после регресса волдыря остаются язвы, лихенификация.
4. Размер волдыря при крапивнице варьирует от 2-3 мм до нескольких сантиметров.

**Ответ: 3**

**№60** Атопический дерматит часто сочетается с перечисленными ниже болезнями, кроме:

1. Сенной лихорадки.
2. Бронхиальной астмы.
3. Язвенной болезни.
4. Крапивницы.

**Ответ: 3**

**№61** Для истинной экземы характерны все перечисленные ниже признаки, кроме:

1. Обострения без видимой причины.
2. Симметричности высыпаний.
3. Отсутствия зуда.
4. Упорного течения.

**Ответ: 3**

**№62** Укажите неправильное высказывание по поводу токсидермии.

1. При токсидермии аллерген попадает в кожу гематогенным путем.
2. Сыпь на коже может быть разнообразной, она быстро регрессирует при прекращении действия аллергена.
3. Клиническая картина в ряде случаев соответствует таковой при инфекционных эритемах, кори.
4. Слизистая оболочка не поражается.

**Ответ: 4**

**№63** Укажите неотложные меры, которые необходимо выполнять при ожогах концентрированной кислотой или щелочью.

1. Тщательная обработка спиртом.
2. Наложение пластыря.
3. Нейтрализация (соответственно щелочью или кислотой).
4. Продолжительный обильный смыв водой.

**Ответ: 4**

**№64** К какому классу топических глюкокортикостероидов по степени активности относится лоринден?

1. I класс - слабой степени активности.
2. II класс - умеренной степени активности.
3. III класс – высокой степени активности.
4. IV класс - очень высокой степени активности.

**Ответ: 2**

**№65** К топическим ретиноидам относится:

1. Бензоила пероксид.
2. Адапален.
3. Азелаиновая кислота.
4. Салициловая кислота.

**Ответ: 2**

**№66** При красном плоском лишае:

1. Потливость стоп, гиперкератоз, шелушение.
2. Узелки лиловатые, расположенные по ходу нервов, с сеткой Уикхема, пупковидным вдавлением в центре.
3. Облысение.
4. Твердый шанкр.

**Ответ: 2**

**№67** При псориазе:

1. Триада Ауспитца, симптом Кебнера положительный.
2. Симптом Австидийского.
3. Седловидный нос.
4. Потеря веса, тошнота, рвота.

**Ответ: 1**

**№68** При рубромикозе клинические проявления:

1. Охриплость голоса.
2. Узелки розовато-фиолетовые, с сеткой Уикхема, зудящие.
3. Кожа подошв и ладоней сухая, с луковидным шелушением, гиперемированная.
4. Узелки с пупковидным вдавлением, творожистым отделяемым.

**Ответ: 3**

**№69** Какой из возбудителей дерматофитов относится к антропофильным грибам:

1. Микроспорум канис.
2. Трихофитон фавиформный.
3. Микроспорум ржавый.

**Ответ: 3**

**№70** Методы диагностики лепры:

1. Люминесцентный.
2. Культуральный.
3. Бактериоскопический.

**Ответ:** 3

**№71** Какой возбудитель вызывает микоз стоп:

1. Трихофитон красный.
2. Трихофитон гипсовый.
3. Эпидермофитон ингвинале.

**Ответ:** 1

**№72** Для диагностики уреаплазм используют:

1. Посев на искусственных питательных средах.
2. Бактериоскопию.

**Ответ:** 1

**№73** Лабораторная диагностика при хламидиозе:

1. Определение возбудителя в темном поле зрения.
2. Окраска мазков по Граму.
3. Посев на среду Сабуро.
4. ПЦР, серологическое исследование.

**Ответ:** 4

**№74** Источником заражения при микроспории пушистой являются:

1. Кошки, собаки.
2. Грызуны.
3. Крупный рогатый скот.
4. Больной человек.

**Ответ:** 1

**№75** Используют ли бактериальный метод при урогенитальном кандидозе:

1. Да.
2. Нет.

**Ответ:** 1

**№76** Какими методами окраски мазка пользуются для идентификации гонококка:

1. Окраска по Граму.
2. Окраска по Цилю–Нильсону.
3. Окраска по Романовскому–Гимзе.

**Ответ:** 1

**№77** Какой метод подтверждает диагностику сифилиса:

1. Исследование нативного препарата в темном поле зрения.
2. Культивирование на питательных средах.
3. Окраска метиленовым синим.

**Ответ:** 1

**№78** К блокаторам H<sub>1</sub>-гистаминных рецепторов первого поколения относятся, кроме:

1. Клемасина.
2. Цетиризина.
3. Хлоропирамина.
4. Хифенадина.

**Ответ:** 2

**№79** Показатель средней занятости дерматовенерологической койки в году (город):

1. 320-340.
2. 300-310.
3. 290-300.

**Ответ:** 1

**№80** Определить норматив стационарной медицинской помощи населению (число больничных коек по дерматовенерологии на 10 000 населения):

1. 3,7.
2. 3,0.
3. 2,5.

**Ответ:** 1

**№81** Как часто персонал детских учреждений проходит медицинский осмотр на заболевания, передаваемые половым путем, заразные кожные и паразитарные заболевания:

1. 1 раз в 6 месяцев.
2. Ежегодно.

3. 1 раз в 3 месяца.

**Ответ: 1**

**№82** Что подтверждает диагноз «гонорея» у детей:

1. Контакт с больными гонореей, обнаружение гонококков в мазках из уретры, вагины.
2. Характерный для гонореи анамнез, клиника заболевания, положительные бактериоскопические и бактериологические анализы на гонококк.
3. Гнойные выделения из вагины, обнаружение диплококков в мазках.

**Ответ: 2**

**№83** Профилактика гонобленорей всем детям сразу после рождения:

1. Однократно в глаза закапывают 30% раствор сульфацила натрия.
2. Глаза протирают стерильной ватой и закапывают 30% раствор сульфацила натрия; через 2 часа процедуру повторяют. Девочкам одновременно таким же раствором обрабатывают половые органы.
3. 2% раствором азотнокислого серебра.

**Ответ: 2**

**№84** Какие грибы относятся к условно-патогенным:

1. Возбудители трихофитии.
2. Дрожжеподобные грибы рода Кандида, аспергиллы.
3. Возбудители микроспории.

**Ответ: 2**

**№85** Наиболее частый путь проникновения гонококковой инфекции в детский организм:

1. Бытовой.
2. Внутриутробный.
3. Половой.

**Ответ: 1**

**№86** Какие обязательные компоненты обследования детей, рожденных матерями, больными или болевшими сифилисом:

1. Консультация педиатра, дерматовенеролога.
2. Исследования крови (КСР, РИФ, РИТ), рентгенография костей конечностей.
3. Консультация педиатра, дерматовенеролога, невропатолога, отоларинголога, окулиста, исследования крови (КСР, РИФ, РИТ), рентгенография костей конечностей.

**Ответ: 3**

**№87** Безусловные симптомы позднего врожденного сифилиса:

1. Дистрофия зубов, хронический синовит коленных суставов.
2. Паренхиматозный кератит, лабиринтит, зубы Гетчинсона.
3. Слабоумие.

**Ответ: 2**

**№88** На 9 неделе жизни ребенка на подошвах, ладонях, ягодицах, лице и волосистой части головы после диффузной эритемы появилось уплотнение кожи, кожа стала гладкой, блестящей, как бы лакированной, трещины на подошвах и вокруг рта. Для какого заболевания более характерна данная клиника:

1. Себорейной экземы.
2. Стрепто-, стафилодермии.
3. Врожденного ихтиоза.
4. Врожденного сифилиса (инфильтрация Гохзингера).

**Ответ: 4**

**№89** Для какого заболевания характерен внешний вид новорожденного ребенка: бледность кожных покровов с сероватым оттенком, беспокойный, старчески сухое, морщинистое лицо, запавшая переносица, упорный насморк, большая голова с развитыми лобными буграми и обильной венозной сетью, худые синюшные конечности?

1. Врожденного токсоплазмоза.
2. Столбняка новорожденных.
3. Гиперпластической разновидности дистрофического буллезного эпидермолиза.
4. Врожденного сифилиса.

**Ответ: 4**

**№90** Прогноз при врожденном сифилисе:

1. Чем раньше появляются признаки болезни, тем неблагоприятнее прогноз и тем выше летальность.
2. Чем раньше появляются признаки болезни, тем благоприятнее прогноз.
3. Время появления специфических поражений не имеет большого значения для прогноза.

**Ответ: 1**

**№91** Соотношение массы плаценты к массе плода при сифилисе:

1. 1:6.
2. 1:3.
3. 1:10.

**Ответ: 2**

**№92** Для клиники герпетиформной экземы Капоши характерно:

1. У больного детской экземой вокруг пораженных участков появляются множественные сгруппированные везикуло-пустулы с центральным пупковидным западением. Повышение температуры до 38-39 градусов и выше с явлениями тяжелой интоксикации.

2. Рассеянные эритематозные пятна с центрально расположенной папулой, переходящей в пузырек, который затем западает в центре и высыхает, образуя корку. Может быть повышение температуры, симптомы интоксикации.

3. На эритематозных отечных пятнах возникают сгруппированные пузыри, пузырьки, пустулы, папуловезикулы и волдыри. Зуд, жжение.

**Ответ: 1**

**№93** При каком грибковом заболевании различают 3 разновидности в клинике: типичную (или скутулярную), сквамозную (или питиреоидную) и импетигинозную:

1. Трихофитии.
2. Хромомикозе.
3. Микроспории.
4. Фавусе.

**Ответ: 4**

**№94** В отделении для новорожденных выявлен больной с высыпаниями на коже и приняты следующие меры: ребенок изолирован в отдельную палату, начато лечение. Выделен отдельный медперсонал по уходу. Родильный дом готовится к закрытию (проветривание, ремонт). Диагноз у ребенка:

1. Врожденный сифилис (сифилитическая пузырчатка).
2. Медикаментозная аллерготоксикодермия.
3. Эпидемическая пузырчатка новорожденных.
4. Осложненная чесотка.

**Ответ: 3**

**№95** Лечение при эпидемической пузырчатке новорожденных:

1. Обязательное назначение антибиотиков с учетом чувствительности к ним выделенных штаммов стафилококков (до получения результатов рекомендуются полусинтетические пенициллины); антистафилококковая плазма.

2. Обязательно гормоны парентерально.

3. В первую очередь иммуномодулирующая терапия.

4. Достаточно наружной терапии.

**Ответ: 1**

**№96** Где локализуется воспалительный процесс при множественных абсцессах у грудных детей:

1. Вокруг устья волосяного фолликула.
2. Захватывает все потовую (экриновую) железу.
3. Поражает апокриновую потовую железу.

**Ответ: 2**

**№97** Характер пузырей при эпидемической пузырчатке новорожденных, их расположение:

1. Чаще на животе в области пупочной раны, на спине, реже в естественных складках, на конечностях, окружены слабо выраженным венчиком и расположены на нормальной коже, после вскрытия корка не образуется.

2. На ладонях и подошвах, на инфильтративном основании и окружены буровато-красным воспалительным венчиком.

3. Появляется сразу после рождения на местах, подвергающихся механическим травмам (трению), чаще на конечностях, иногда на месте пузырей остается рубцовая атрофия.

**Ответ: 1**

**№98** За своевременностью прохождения медосмотра декретированных групп населения контролируют:

1. Территориальные центры Роспотребнадзора.
2. Лечебно-профилактические учреждения.
3. Кожно-венерологические диспансеры.
4. Врачи-дерматовенерологи лечебно-профилактических учреждений города, района.

**Ответ: 1**

**№99** Показания к назначению системной антибактериальной терапии при атопическом дерматите:

1. Повышение температуры тела.
2. Регионарный лимфаденит.
3. Пациенты с иммунодефицитным состоянием.
4. Распространенные формы вторичного инфицирования.
5. Все перечисленное.

**Ответ: 5**

**№100** Можно ли использовать для окраски мазков для обнаружения гонококков и трихомонад 1% раствор эозина и 0,5% водный раствор бриллиантового зеленого:

1. Да.
2. Нет.

**Ответ: 1**

**№101** Методы диагностики лепры:

1. Люминесцентный.
2. Культуральный.
3. Бактериоскопический.

**Ответ: 3**

**№102** При каком заболевании встречаются клетки Тцанка:

1. При красной волчанке.
2. При дерматите Дюринга.
3. При вульгарной пузырчатке.

**Ответ: 3**

**№103** В лабораторной диагностике при дерматите Дюринга используют методы:

1. Люминесцентный.
2. Культуральный.
3. Микроскопия мазков-отпечатков.

**Ответ: 3**

**№104** Альтернативными препаратами при лечении хламидийной инфекции являются, кроме:

1. Офлоксацина.
2. Доксициклина.
3. Рокситромицина.
4. Эритромицина.

**Ответ: 2**

**№105** Какие субъективные ощущения наиболее характерны при поражении слизистой полости рта при пузырчатке:

1. Боль.
2. Жалобы не предъявляются.
3. Чувство стянутости кожи.
4. Зуд.

**Ответ: 1**

**№106** Наиболее эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:

1. Группа азолов (бифоназол, изоконазол).
2. Пенициллин.
3. Тетрациклин.
4. Амфотерицин В.

**Ответ: 3**

**№107** Источником заражения при фавусе является:

1. Кошки, собаки.
2. Грызуны.
3. Больной человек.
4. Крупный рогатый скот.

**Ответ: 3**

**№108** Кожный зуд является симптомом следующих заболеваний:

1. Болезни печени, хронической почечной недостаточности.
2. Злокачественных опухолей.
3. Болезней щитовидной железы.
4. Хронического лимфолейкоза.
5. Все перечисленное верно.

**Ответ: 5**

**№109** При каком патогистологическом явлении в эпидермисе обнаруживаются клетки Тцанка, имеющие диагностическое значение при пузырчатке:

1. Дискератозе.
2. Акантолизе.
3. Акантозе.
4. Паракератозе.

**Ответ: 2**

**№110** При лечении свежего острого гонорейного уретрита целесообразно применять:

1. Антибиотики.
2. Производные имидазола.
3. Препараты из группы азолов (бифоназол, изоконазол, кетоконазол).
4. Сульфаниламиды.

**Ответ: 1**

**№111** Укажите поверхностную форму стафилодермии среди нижеперечисленных:

1. Фурункул.
2. Карбункул.
3. Гидроденит.
4. Вульгарный сикоз.

**Ответ: 4**

**№112** Что предпочтительней назначить больному в острой стадии экземы:

1. Мази.
2. Пасты.
3. Примочки.
4. Кремы.

**Ответ: 3**

**№113** Укажите анатомические образования, которые могут поражать гонококки:

1. Уретра.
2. Шейка матки.
3. Прямая кишка.
4. Конъюнктивы.
5. Все вышеперечисленное.

**Ответ: 5**

**№114** Укажите локализацию пузырчатки себорейной:

1. Лицо (нос, щеки).
2. Спина, грудь.
3. Естественные складки.
4. Волосистая часть головы.
5. Все выше перечисленное.

**Ответ: 5**

**№115** Источником заражения при микроспории ржавой является:

1. Кошки, собаки.
2. Грызуны.
3. Крупный рогатый скот.
4. Больной человек.

**Ответ: 4**

**№116** Источниками заражения при микроспории пушистой являются:

1. Кошки, собаки.
2. Грызуны.
3. Крупный рогатый скот.
4. Больной человек.

**Ответ: 1**

**№117** Какие факторы имеют значение в патогенезе склеродермии:

1. Травмы.
2. Охлаждение.
3. Нейроэндокринные нарушения.
4. Все перечисленное.

**Ответ: 4**

**№118** Источником заражения при инфильтративно-нагноительной трихофитии не является:

1. Кошки, собаки.
2. Грызуны.
3. Крупный рогатый скот.
4. Больной человек.

**Ответ:** 4

**№119** Какие препараты не применяются для лечения склеродермии:

1. Лидаза.
2. Пентоксифиллин.
3. Бийохинол.
4. Пенициллин.

**Ответ:** 3

**№120** При лечении контактных дерматитов необходимо:

1. Назначение антибиотиков.
2. Устранение раздражителя.
3. Проведение текущей и значительной дезинфекции.

**Ответ:** 2

**№121** Укажите наиболее часто встречающиеся побочные явления при длительном применении кортикостероидов:

1. Пиодермия.
2. Остеопороз.
3. Стероидный диабет.
4. Гипертонический криз.
5. Все перечисленное.

**Ответ:** 5

**№122** При какой из форм экзем целесообразна постановка кожных проб:

1. Микробной.
2. Профессиональной.
3. Себорейной.
4. Истинной.

**Ответ:** 2

**№123** Источник заражения лепрой:

1. Крупный рогатый скот.
2. Больной человек.
3. Грызуны.
4. Прием в пищу зараженных продуктов.

**Ответ:** 2

**№124** Возбудитель лепры:

1. Трепонема.
2. Не известен.
3. Палочка Хансена.
4. Палочка Коха.

**Ответ:** 3

**№125** При норвежской чесотке особенностью жалоб является:

1. Сильный зуд к вечеру и в тепле.
2. Отсутствие зуда.
3. Зуд тела после приема пряной, острой пищи, продуктов красного цвета.
4. Зуд тела после контакта с химическими раздражающими веществами.

**Ответ:** 2

**№126** Пути передачи лейшманиоза:

1. Контактнo-бытовой.
2. При укусах mosкитов, грызунов.
3. Половой путь.
4. Токсико-аллергическая природа заболевания.

**Ответ:** 2

**№127** При местном лечении урогенитального кандидоза применяют, кроме:

1. 1% крема клотримазола.
2. 2 % крема миконазола.
3. Суспензии бензила-бензоата 20%.

**Ответ:** 3

**№128** В лечении кандидозов применяют, кроме:



1. Кетоконазола, клотримазола.
2. Флуконазола.
3. Антибиотиков широкого спектра действия, кортикостероидных гормонов.
4. Итраконазола.

**Ответ: 3**

**№129** При кандидозе слизистых оболочек поражаются слизистые оболочки:

1. Прямой кишки.
2. Щек, внутренних поверхностей губ, переходной складки десен, языка.
3. Твердого и мягкого неба.
4. Языка, миндалин.
5. Все вышеперечисленные.

**Ответ: 5**

**№130** Осложнения псевдофурункулеза:

1. Триада Гетчинсона.
2. Болезнь Рейтера.
3. Триада Ауспитца.
4. Сепсис, гнойный отит, гнойный менингит.

**Ответ: 4**

**№131** В клинике псевдофурункулеза:

1. Воспаление выводных протоков и секреторных клубочков эккринных потовых желез или их устьев.
2. Воспаление апокринных потовых желез.
3. Слившиеся фурункулы, захватывающие кожу и подкожную клетчатку.
4. Воспаление волосяного фолликула, его глубоких отделов.

**Ответ: 1**

**№132** Пути проникновения в организм токсинов при токсической меланодермии:

1. Гематогенный.
2. Облучение.
3. Ингаляционный путь, через кожу.
4. Лимфогенный.

**Ответ: 3**

**№133** Факторы, предрасполагающие к токсической меланодермии:

1. Пищевые продукты, бытовая химия.
2. Продукты переработки каменного угля, нефти (бензол, автол, толуол, машинное масло).
3. Действие R-лучей.
4. Укусы диких грызунов (песчанки, суслики).

**Ответ: 2**

**№134** Характеристика выделений при кандидозном кольпите:

1. Скудные слизисто-водянистые, изредка гнойные, творожистые.
2. Пенисто-гнойные.
3. С запахом свежей рыбы.
4. Отсутствие выделений по утрам.

**Ответ: 1**

**№135** Характер выделений при хламидийном уретрите:

1. Пенистые выделения.
2. Выделения стекловидно-слизистые или слизисто-гнойные по утрам.
3. С запахом свежей рыбы.
4. Отсутствие выделений.

**Ответ: 2**

**№136** Болезнь Рейтера. Возбудителем не является:

1. Уреаплазмы.
2. Хламидии.
3. Кандида.
4. Гонококк.

**Ответ: 3**

**№137** Тактика при отсутствии эффекта от лечения гонококковой инфекции:

1. Определение чувствительности *N. gonorrhoeae* к антибактериальным препаратам.
2. Назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп.
3. Назначение антибактериальных препаратов той же фармакологической группы.
4. Все перечисленное правильно, кроме п.3.

**Ответ: 4**

**№138** Лимфома, первичный ретикулез кожи. Этиология:

1. Грибы.
2. Лейшмании.
3. Трихомонады.
4. Не выяснена.

**Ответ: 4**

**№139** Клинические признаки лимфомы:

1. Инфильтрированные бляшки, узлы, опухоли, язвы, проникающие до мышц и костей.
2. Эритематозно-сквамозные очаги в виде бляшек, узелков с нечеткими границами. Узлы залегают в дерме или гиподерме. На их поверхности - пустулы, эрозии, трудно заживающие язвы. Лимфоузлы подвижные, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями.
3. Язва мясо-красного цвета, с блюдцеобразными краями и твердым дном. Лимфоузлы увеличены, безболезненные, подвижные.
4. Остеофолликулиты на гиперемизированном фоне, фликтены, рубчики.

**Ответ: 2**

**№140** Лечение при узловой эритеме:

1. Бисмоверол, бийохинол.
2. Антибиотики широкого спектра действия.
3. Гризеофульвин.

**Ответ: 2**

**№141** Жалобы при узловой эритеме:

1. Выпадение волос.
2. Сухость кожи, мелкопластинчатое шелушение.
3. Боли в суставах, утомляемость, повышенная температура тела.
4. Облысение.

**Ответ: 3**

**№142** Клинические проявления при узловой эритеме:

1. Узелки.
2. Вегетации.
3. Узлы болезненные, плотные, не распадаются, временная пигментация.
4. Поражение органов и систем, язвы.

**Ответ: 3**

**№143** Острая узловатая эритема. Этиология:

1. Результат токсико-аллергической реакции сосудов на острые и хронические инфекции и интоксикации.
2. Глистная инвазия.
3. Микроспорум.
4. Трихофитон Ахорiona–Шенлейна.

**Ответ: 1**

**№144** Клинические проявления при лекарственном дерматите:

1. Фликтены.
2. Рубцы, гуммы.
3. Узелки, пузырьки, гиперемия.
4. Язвы.

**Ответ: 3**

**№145** Для клиники дерматоза Дюринга характерно все, кроме:

1. Полиморфизма высыпаний.
2. Интенсивного зуда кожи.
3. Отрицательного симптома Никольского.
4. Поражения слизистой полости рта.

**Ответ: 4**

**№146** Лекарственные дерматиты. Этиология:

1. Грибы.
2. При повышенной чувствительности к медикаментам.
3. Кандида.
4. Бледная спирохета.

**Ответ: 2**

**№147** В развитии бляшечной склеродермии выделяют все стадии, кроме:

1. Отека.

2. Уплотнения.
3. Изъязвления.
4. Атрофии.

**Ответ:** 3

**№148** Какие из перечисленных патогенетических факторов могут способствовать развитию эритематоза?

1. Обморожения.
2. Повышенная инсоляция.
3. Фокальная инфекция.
4. Травма, ожог.
5. Все перечисленное.

**Ответ:** 5

**№149** К клиническим формам истинной (акантолитической) пузырчатки относятся:

1. Вульгарная.
2. Вегетирующая.
3. Эритематозная (себорейная).
4. Листовидная.
5. Все вышеперечисленное.

**Ответ:** 5

**№150** Системные кортикостероиды являются препаратами выбора при следующих состояниях:

1. Обычный.
2. Пустулезный псориаз.
3. Псориатический артрит.
4. Псориаз ногтей.

**Ответ:** 3

**№151** Какой из витаминов чаще вызывает аллергические реакции?

1. Витамин А.
2. Витамин В 1.
3. Витамин С.
4. Витамин Д.

**Ответ:** 2

**№152** В лечении дерматита Дюринга используют:

1. Препараты йода.
2. Гризеофульвин.
3. Диаминодифенилсульфон.
4. Эпилиновый пластырь.

**Ответ:** 3

**№153** В лабораторной диагностике при дерматите Дюринга используют:

1. Обнаружение возбудителя в чесоточных ходах.
2. Люминесцентный метод.
3. На кожную пробу с йодом в виде компресса мазью йодида калия и общую внутрь 1 чайную ложку 3% раствора йодида калия.
4. Культуральный.

**Ответ:** 3

**№154** Для герпетиформного дерматита Дюринга характерны:

1. Гуммы.
2. Эритематозные, папулезные, уртикарные, везикулезные, буллезные высыпания.
3. Бугорки.
4. Язвы.

**Ответ:** 2

**№155** Для гарднереллеза характерны:

1. Хориоретинит, лабиринтит.
2. Уплотнение кожи, фиолетовые пятна, выпадение волос в очаге, атрофия кожи.
3. Выделения из уретры с запахом свежей рыбы.
4. Очаги с пигментацией кожи без зуда, с повышенной чувствительностью к УФО.

**Ответ:** 3

**№156** При трихомониазе выделения из уретры:

1. Слизистые.
2. Гнойные, пенистые.

3. С запахом свежей рыбы.

4. Творожистые.

**Ответ: 2**

**№157** Для болезни Рейтера характерны:

1. Атрофия кожи, гиперкератоз, высыпания на лице имеют форму бабочки.

2. Диарея, потеря веса, поражение ЦНС.

3. Сочетание конъюнктивита, уретрита, артрита.

4. Симптом Полотебнова–Ауспитца.

**Ответ: 3**

**№158** Лабораторная диагностика трихомониаза:

1. Обнаружение бледной трепонемы в темном поле зрения.

2. Обнаружение паразита методом раздавленной или висячей капли с окраской метиленовым синим.

3. Обнаружение паразитов в чесоточных ходах.

4. Люминесцентный.

**Ответ: 2**

**№159** При лечении хламидиоза применяют:

1. Антибиотики тетрациклинового ряда.

2. Гризеофульвин.

3. Сульфаниламиды.

4. Лидазу.

**Ответ: 1**

**№160** При мочеполювом хламидиозе:

1. Зуд после приема citrusовых, жирной, острой, соленой пищи.

2. Стекловидно-слизистое выделение из уретры по утрам, неприятное ощущение во время акта мочеиспускания, боли внизу живота.

3. Затрудненное глотание.

4. Лейкодерма.

**Ответ: 2**

**№161** Соотношение больных сифилисом мужчин и женщин составляет:

1. 1:3.

2. 3:1.

3. 1:1.

4. 1:2.

5. 2:1.

**Ответ: 3**

**№162** Среди больных ИППП наибольший удельный вес регистрируется среди социальных групп:

1. Учащихся.

2. Безработных.

3. Работников промышленности.

4. Работников сельского хозяйства.

5. Работников торговли.

6. Прочих.

**Ответ: 2**

**№163** Среди больных ИППП наибольший удельный вес регистрируется в возрастных группах:

1. От 0 до 14 лет.

2. От 15 до 17 лет.

3. От 18 до 19 лет.

4. От 20 до 29 лет.

5. От 30 до 39 лет.

6. От 40 лет и старше.

**Ответ: 4**

**№164** Гиперкератоз – это:

1. Увеличение рядов клеток зернистого слоя эпидермиса.

2. Нарушение процессов ороговения.

3. Утолщение шиповатого слоя эпидермиса.

4. Утолщение рогового слоя эпидермиса.

**Ответ: 4**

**№165** Дифференциально-диагностическим признаком эпидемической пузырчатки новорожденных и сифилитической пузырчатки является:

1. Повышение температуры.
2. Локализация сыпи.
3. Общее состояние ребенка.
4. Субъективные ощущения (зуд, боль).

**Ответ: 1**

**№166** Антибиотики какой группы чаще всего вызывают аллергию?

1. Пенициллины.
2. Макролиды.
3. Аминогликозиды.
4. Фторхинолоны.

**Ответ: 1**

**№167** Мужчин и женщин, предполагаемых источников заражения, у которых гонококки не обнаружены, необходимо лечить по схеме:

1. Хронической гонорее.
2. Острой гонорее.
3. Не лечить.
4. Держать на диспансерном учете 3 месяца.

**Ответ: 1**

**№168** Гонококковая инфекция с системными проявлениями сопровождается:

1. Слезотечением, отеком век.
2. Чувством сухости в глотке и болью, усиливающейся при глотании.
3. Осиплостью голоса.
4. Повышением температуры тела, общей слабостью, утомляемостью, повышением СОЭ при клиническом исследовании крови.

**Ответ: 4**

**№169** Лечение осложненной и восходящей гонорее в острой стадии начинают с

1. Гормонов.
2. Физиолечения.
3. Антибиотикотерапии.
4. Витаминотерапии.

**Ответ: 3**

**№170** Дети, получившие специфическое лечение сифилиса, подлежат КСК в течение:

1. 6 месяцев.
2. 1 года.
3. 3 лет.
4. 5 лет.

**Ответ: 3**

**№171** Показания к проведению дополнительного курса терапии после лечения нейросифилиса, кроме:

1. Количество клеток в ликворе не возвращается к норме в течение 6 месяцев или, вернувшись к норме, вновь увеличивается.
2. В течение 1 года не происходит существенного снижения позитивности РСК (МРП, РПР) в ЦСЖ.
3. В течение 2 лет не происходит существенного снижения содержания белка.
4. Через 6 месяцев после полноценного лечения нейросифилиса количество клеток возвращается к норме.

**Ответ: 4**

**№172** Больные ранними формами сифилиса подлежат КСК:

1. До негативации серологических НТТ.
2. В течение 6-12 месяцев.
3. Длительность КСК определяется индивидуально.
4. До негативации серологических НТТ, а затем еще в течение 6-12 месяцев.

**Ответ: 4**

**№173** Лица после превентивного лечения подлежат КСК:

1. Однократно, через 3 месяца после окончания лечения.
2. В течение 6 месяцев (КСК 1 раз в 3 месяца).
3. В течение 9 месяцев (КСК 1 раз в 3 месяца).
4. В течение 24 месяцев (КСК 1 раз в 3 месяца).

**Ответ: 1**

**№174** Дети, родившиеся от серопозитивных матерей, но не болевшие врожденным сифилисом, вне зависимости от того, получали они профилактическое лечение или нет, подлежат наблюдению в течение:

1. 6 месяцев.
2. 1 года.
3. 2 лет.
4. 3 месяцев.

**Ответ:** 2

**№175** Что характерно для высыпания третичного периода сифилиса?

1. Небольшое количество высыпаний.
2. Изъязвления высыпаний.
3. Отсутствие субъективных жалоб.
4. Характерно все перечисленное.

**Ответ:** 4

**№176** Для третичного периода сифилиса характерны высыпания:

1. Пятнистые.
2. Пустулезные.
3. Бугорковые и гуммозные.
4. Пигментные.

**Ответ:** 3

**№177** В случае переливания крови детям от доноров, больных сифилисом, детям назначается лечение:

1. Пробное.
2. Профилактическое.
3. По схемам первичного серопозитивного сифилиса.
4. Не назначается.

**Ответ:** 3

**№178** При врожденном сифилисе в грудном возрасте не встречается:

1. Диффузная инфильтрация кожи.
2. Рубцы Робинзона–Фурнье.
3. Симптом «яблочного мусса».
4. Псевдопаралич Парро.

**Ответ:** 3

**№179** К атипичным формам твердого шанкра не относятся:

1. Шанкр - панариций.
2. Шанкр - амигдалит.
3. Индуративный отек.
4. Фимоз и парафимоз.

**Ответ:** 4

**№180** К достоверным признакам позднего врожденного сифилиса относится:

1. Симптом Бенье–Мещерского.
2. Триада Гетчинсона.
3. Симптом Никольского.
4. Симптом Горчакова–Арди.

**Ответ:** 2

**№181** При первичном серопозитивном сифилисе не бывает:

1. Твердого шанкра.
2. Пахового лимфаденита.
3. Положительных серологических реакций.
4. Розеолезной сыпи.

**Ответ:** 4

**№182** Какое осложнение может быть при лечении сифилиса пенициллином:

1. Эмболия сосудов легкого.
2. Нефропатия.
3. Анафилактический шок.
4. Полиневриты.

**Ответ:** 3

**№183** Какие растворы применяются при исследовании на бледную спирохету отделяемого с поверхности эрозий, язв, папул:

1. Борная примочка.
2. Раствор хлоргексидина биглюконата.
3. Раствор 0,9% хлористого натрия.
4. Раствор фурацилина.

**Ответ:** 3

**№184** Профилактическое лечение назначается:

1. Лицам, бывшим в половом или бытовом контакте с больным сифилисом.
2. Сотрудникам по работе.
3. Беременным, больным сифилисом.
4. Врачам, осматривающим больного.

**Ответ:** 3

**№185** К специфическим препаратам, применяемым для лечения сифилиса, относятся:

1. Препараты брома.
2. Пенициллин, бициллин, эритромицин.
3. Сульфаниламиды.
4. Гормоны.

**Ответ:** 2

**№186** Все сказанное о крапивнице правильно, кроме:

1. Высыпания представлены округлыми отечными и зудящими элементами, существующими несколько часов.
2. Волдырь при крапивнице обусловлен острым ограниченным расширением капилляров кожи.
3. Часто после регресса волдыря остаются язвы, лихенификация.
4. Размер волдыря при крапивнице варьирует от 2-3 мм до нескольких сантиметров.

**Ответ:** 3

**№187** При пиодермии какие из перечисленных заболеваний являются наиболее контагиозными?

1. Гидраденит.
2. Фурункулез.
3. Вульгарное импетиго.
4. Множественные абсцессы у детей.

**Ответ:** 3

**№188** Назовите заболевание, при котором часто встречается белый дермографизм.

1. Крапивница.
2. Истинная экзема.
3. Атопический дерматит.
4. Токсидермия.

**Ответ:** 3

**№189** При чесотке:

1. Симптом Сита - выделение гноя из фолликула на волосистой части головы.
2. Симптом Кебнера положительный.
3. Узелки, кровяные корочки и черные парные точки на ягодицах, животе, кистях.
4. Сгруппированные пузырьки, эрозии, чувство жжения, кровяные корки.

**Ответ:** 3

**№190** При витилиго:

1. Атрофические рубцы.
2. Триада Гетчинсона.
3. Белые пятна, депигментированные, склонные к слиянию, повышенная чувствительность к солнечным лучам.
4. Фликтены, гиперемия, инфильтрация.

**Ответ:** 3

**№191** При опоясывающем лишае:

1. Эрозия с твердым дном, безболезненная при пальпации.
2. «Серозные» колодцы, узелки, эксфолиации.
3. Синдром Полотебнова.
4. Сгруппированные пузырьки, эрозии, чувство боли по ходу нервных стволов.

**Ответ:** 4

**№192** При склеродермии:

1. Синдром «капли кровавой росы».
2. Синдром Австидийского.
3. Отек кожи, уплотнение, атрофия, кожа гладкая, блестящая, не собирается в складки.

4. Белые пятна, депигментированные, склонные к росту с повышенной чувствительностью к солнечным лучам.

**Ответ:** 3

**№193** В базальном слое кожи имеются все перечисленные клетки, кроме:

1. Кератиноцитов (эпидермоцитов).
2. Меланоцитов.
3. Гистиоцитов.
4. Клеток Лангерганса.

**Ответ:** 3

**№194** При фавусе:

1. Невроз кожи, сопровождающийся сильным зудом, узелки, кровяные корочки, расчесы, лихенизация.
2. На волосистой части головы скутулы желтого цвета, блюдцеобразные корочки, пораженные волосы обламываются, с мышинным запахом.
3. Синдром Кебнера положительный.
4. Саблевидная голень.

**Ответ:** 2

**№195** При микроспории:

1. Пожизненное облысение.
2. На волосистой части головы очаги округлые, с "пенечками" высотой 2-5 мм, шелушение в центре.
3. Парафимоз.
4. Шанкр панариций.

**Ответ:** 2

**№196** При инфильтративно-нагноительной трихофитии.

1. Четкие, округлые очаги с гнойными корками, после снятия которых и сдавления очагов из каждого фолликула выделяется гной (симптом Сита).
2. Симптом терминальной пленки.
3. Симптом «капли кровяной росы».
4. Выделения из уретры с запахом свежей рыбы.

**Ответ:** 1

**№197** Лабораторная диагностика при микозах.

1. Окраска по Романовскому–Гимзе.
2. Определение возбудителя в темном поле зрения.
3. Микроскопическое исследование, культуральное исследование, обследование под лампой Вуда.
4. Реакция Вассермана.

**Ответ:** 2

**№198** Укажите феномен, характерный для инфильтративно-нагноительной трихофитии:

1. «Стеаринового пятна».
2. «Кровяной росы».
3. «Медовых сот».
4. Бальцера.

**Ответ:** 3

**№199** Лечение псевдофурункулеза:

1. Примочки, частое мытье горячей водой с мылом.
2. Антибиотики широкого спектра действия, вскрытия хирургические, УФО.
3. Новокаиновая блокада, потогонное.
4. Сероводородные, морские ванны.

**Ответ:** 2

**№200** У 60% больных вульгарной пузырьчаткой дебют заболевания отмечается:

1. На коже туловища.
2. На волосистой части головы.
3. На слизистой оболочке рта и красной кайме губ.
4. На коже стоп и ладоней.

**Ответ:** 3

**№201** В клинике кандидозного вульвовагинита отмечается:

1. Омозолелости.
2. Выпадение ресниц, бровей, волос очаговое.



3. Гиперемия, сухость вульвы и слизистой влагалища, блеск покровов преддверия и стенок, сливкообразные выделения с крошковатыми белыми комочками.

4. Гнойно-пенистые выделения из половых органов, гиперемия, инфильтрация преддверия, расчесы на коже внутренней поверхности бедер.

**Ответ: 3**

**№202** При кандидозе кожи препуциального мешка и головки полового члена характерно:

1. Эрозия мясо-красного цвета, с плотным дном, блюдцеобразными краями.
2. Вегетация, увеличенные, плотные, безболезненные лимфоузлы паховые и периферические.
3. Уретрит, конъюнктивит, артрит.
4. Беловатые зигзагообразные узоры, как бы ползущие на соседние участки, мацерация, мокнущие эрозии.

**Ответ: 4**

**№203** Методы лечения аногенитальных бородавок, кроме:

1. Цитотоксических.
2. Химических.
3. Физических.
4. Антибактериальных.

**Ответ: 4**

**№204** Особенностью клиники при норвежской чесотке является:

1. Резко ослабленное состояние больного, обилие корковых наслоений, воспалительные процессы в верхнем слое дермы.
2. Парные кровяные корочки, с длиной чесоточных ходов 3-10 мм, иногда больше.
3. Вегетации, множественные узелки на гиперемизированном фоне в глубоких складках кожи.
4. Волдыри, пузырьки, пузыри, узелки.

**Ответ: 1**

**№205** При индуративной эритеме Базена заражение происходит:

1. При половом контакте.
2. При проникновении туберкулезной бациллы в кожу и подкожную клетчатку гематогенным путем.
3. В случае непереносимости антибиотиков, сульфаниламидов, сывороток.
4. При длительном контакте с веществами, содержащими углеводороды, с продуктами переработки каменного угля и нефти.

**Ответ: 2**

**№206** В клинике индуративной эритемы Базена является характерным:

1. Появление на открытых участках тела гиперемии, пузырьков, пузырей с зудом.
2. Появление на голенях, бедрах, ягодицах, верхних конечностях симметричных красновато-синюшных узлов или плоских обширных инфильтратов от лесного ореха до куриного яйца, которые разрешаются с образованием атрофических пигментированных рубцов.
3. Появление на коже в области лопаток, задней складки подкрыльцовых ямок, поясницы, внутренней поверхности бедер узелков, расчесов, присоединение вторичной инфекции.
4. На кистях, предплечье, плечах - гиперемизированное пятно, которое превращается в узелок, на узелке возникает пузырек или пустула, после вскрытия - корка, рубец.

**Ответ: 2**

**№207** Лечение индуративной эритемы Базена исключает:

1. Противосибирезвенную сыворотку.
2. Мази с 5% ПАСКом, линетолом, цинковую пасту.
3. Стрептомицин, фтивазид.
4. Этионамид, циклосерин, канамицин.

**Ответ: 1**

**№208** Возбудитель (эризипеллоид):

1. Не известен.
2. Бацилла свиной рожи.
3. Уреаплазмы.
4. Стрепто-, стафилококки.

**Ответ: 2**

**№209** Предрасполагающие факторы при эризипелоиде:

1. Заболевания пищеварительного тракта.
2. Фотосенсибилизация.
3. Нарушение функции коры надпочечников.

4. Порезы кожи, трещины, проколы.

**Ответ:** 4

**№210** Локализация при эризипелоиде:

1. Волосистая часть головы.
2. Слизистая желудочно-кишечного тракта.
3. Поражаются кожа и суставы пальцев кистей.
4. Поражается ЦНС.

**Ответ:** 3

#### **Перечень практических навыков и манипуляций.**

1. Правила и порядок оформления медицинской карты.
2. Правила и порядок оформления истории болезни.
3. Порядок заполнения извещений.
4. Визуальная оценка состояния кожи.
5. Пальпация, граттаж.
6. Диаскопия.
7. Определение дермографизма.
8. Люминесцентное обследование с помощью лампы Вуда.
9. Выполнение йодной пробы.
10. Воспроизведение феномена П.В. Никольского.
11. Воспроизведение псориазических феноменов.
12. Воспроизведение симптома зонда А.И. Поспелова.
13. Воспроизведение симптома Унны.
14. Оценки гиперкератотических чешуек на наличие феномена “дамского каблучка”.
15. Оценка тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности.
16. Воспроизведения пробы Ядассона.
17. Взятие патологического материала от больных (эпидермальных чешуек, ногтевых пластинок, пораженных волос, содержимого пузыря, мазок-отпечаток, соскоб со слизистой уретры, влагалища, цервикального канала, прямой кишки; отделяемого шанкров).
18. Криотерапии жидким азотом или снегом угольной кислоты.
19. Инстиляция лекарственных веществ в уретру.
20. Промывание уретры по Жане.
21. Внутридермальные инъекций.

#### **Перечень вопросов для собеседования.**

1. Бактериальный вагиноз. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Вульгарная пузырчатка. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Гонорея. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Дерматит Дюринга. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Дискоидная красная волчанка. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Клиника, диагностика врожденного сифилиса у детей 1-го года жизни.
8. Методика взятия материала для диагностики ИППП у женщин.
9. Методика взятия материала для диагностики ИППП у мужчин.
10. Методика взятия материала и исследования на бледную трепонему.
11. Методика забора материала при исследовании на чесотку.
12. Методика забора патологического материала при диагностике грибковых заболеваний.
13. Методика применения взбалтываемых смесей.
14. Методика проведения пробы Бальцера.
15. Методика проведения пробы Ядассона.
16. Методика специальных исследований для диагностики псориаза.
17. Методы диагностики микозов волосистой части головы.
18. Микроспория. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Оказание первой помощи при анафилактическом шоке.

20. Оказание первой помощи при анафилактическом шоке.
21. Оказание первой помощи при инфаркте миокарда.
22. Оказание первой помощи при обмороке.
23. Оказание первой помощи при переломах конечностей.
24. Оказание помощи при гипергликемических состояниях (сах. диабет).
25. Оказание помощи при гипертоническом кризе.
26. Оказание помощи при клинической смерти.
27. Оказание помощи при открытых переломах конечностей.
28. Оказание помощи при переломах позвоночника.
29. Осложнение гонореи у мужчин. Методы диагностики.
30. Папулезные сифилиды. Клинические разновидности.
31. Пиодермиты. Клиника. Диагностика. Лечение.
32. Превентивное лечение сифилиса.
33. Профилактика врожденного сифилиса у детей.
34. Проявления вторичного сифилиса на слизистых рта. Диагностика. Профилактика.
35. Псориаз. Клиника. Диагностика. Лечение.
36. Рубромикоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Скрытый сифилис. Классификация. Диагностика. Лечение.
38. Урогенитальный трихомоноз. Клиника. Диагностика. Лечение.
39. Экзема. Клинические разновидности. Диагностика. Лечение.
40. Эпидермофития стоп. Клиника. Диагностика. Лечение.

### **Перечень ситуационных задач.**

#### **Ситуационная задача №1.**

Мужчина 25 лет обратился к врачу с жалобами на появление эрозии на внутреннем листе крайней плоти примерно через 25 дней после связи с мало знакомой женщиной. При осмотре в основании эрозии выявлен безболезненный плотный инфильтрат, эрозия покрыта беловатым налетом в центре.

1. Какой ваш предположительный диагноз?
2. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?
3. Что нужно уточнить для профилактики заболевания у других лиц?

#### **Ситуационная задача № 2.**

В женской консультации у женщины обнаружена язвочка в области нижней спайки половых губ, язвочка округлых очертаний, безболезненная. Прилегающие участки половых губ отечны. Пациентка во время отдыха 40 дней тому назад имела половой контакт с мужчиной, с которым поддерживает знакомство.

1. Какой предположительный диагноз можно поставить?
2. Какие еще клинические признаки можно обнаружить при осмотре пациентки?
3. Как можно подтвердить диагноз?
4. Какие противоэпидемические мероприятия нужно выполнить, чтобы предупредить распространение инфекции?

#### **Ситуационная задача № 3.**

Больной И. обратился к врачу - отоларингологу с жалобами на осиплость голоса. И в течение 2-х недель лечился у него с диагнозом «неспецифический ларингит». Улучшения от проводимого лечения не наступило. В то же время больной обратился к врачу дерматовенерологу. При осмотре: на ладонях и подошвах в небольшом количестве имеются мелкие, величиной с чечевицу папулы красновато-желтого цвета, плотной консистенции, не сливающиеся друг с другом. При разговоре с больным у него выявлена выраженная афония. Из эпидемиологического анамнеза известно, что больной холост, ведет беспорядочную половую жизнь, о некоторых половых партнерах может дать необходимые сведения.

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие методы дополнительного обследования следует провести больному?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать проявления сифилиса у больного?
4. Какая документация должна быть оформлена на данного больного?

5. Какова причина диагностической ошибки, допущенной ЛОР-врачом?

**Ситуационная задача № 4.**

Больная женщина, которой поставлен диагноз вторичного рецидивного сифилиса, назвала 2-х половых партнеров, у одного из которых при осмотре были выявлены в области полового члена 3 эрозивных элемента диаметром до 5-7 мм ярко-красной окраски с небольшим уплотнением в основании, было отмечено увеличение паховых лимфатических узлов. Из анамнеза удалось выяснить, что первая половая связь с мужчиной произошла 1,5 месяца тому назад.

1. Какой предположительный диагноз можно поставить мужчине?
2. Какая консистенция лимфоузлов при предполагаемом диагнозе?
3. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
4. Кто из половых партнеров является источником заболевания?

**Ситуационная задача № 5.**

На станции переливания крови выявлен донор с положительными КСР. Жалоб он не предъявлял, при осмотре на стопах обнаружены папулы синюшного цвета диаметром до одного см. На коже мошонки имелась группа элементов размерами 0,8-1 см, плотных на ощупь с влажной мацерированной поверхностью. В правой височной области 3 гнойных слоистых корки, возвышающихся над уровнем кожи, размером до 2 см.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Назовите морфологические элементы, обнаруженные на мошонке и височной области.
3. Составьте план обследования больного.
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
5. Каков план противоэпидемических мероприятий.

**Ситуационная задача № 6.**

Больной А. обратился к врачу-хирургу с жалобами на появление в перианальной области опухолевидных разрастаний, субъективно мало его беспокоящих. При осмотре: в указанной области имеются возвышающиеся над уровнем кожи папулы с влажной эрозированной поверхностью. На боковой поверхности туловища – небольшое количество бледно-розового цвета пятен размерам 0,5- 1 см, округлой формы, сливающихся между собой.

1. Как называются элементы сыпи, имеющиеся у больного?
2. Поставьте предположительный клинический диагноз.
3. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Консультации каких специалистов показаны больному?

**Ситуационная задача № 7.**

Мужчина обратился к хирургу по поводу заболевания указательного пальца правой кисти. В области ногтевой фаланги обнаружена поверхностная язва неправильных очертаний с незначительным гнойным отделяемым. Окраска кожи несколько цианотична, отмечалась небольшая отечность и слабая болезненность. Врач расценил заболевание как панариций, и назначил мазь Вишневского. Однако проводимая терапия в течение 5 дней не дала желаемого результата. При более внимательном осмотре врач обнаружил увеличение локтевых и подмышечных лимфоузлов, которые были плотно-эластичной консистенции, безболезненными и подвижными. При исследовании крови МРП была отмечена положительная реакция.

1. О каком диагнозе можно думать у данного больного?
2. Какое другое обследование может подтвердить предполагаемый диагноз?
3. Какой окончательный диагноз можно поставить больному?
4. Какие анамнестические данные нужно уточнить больному?

**Ситуационная задача № 8.**

При обследовании женщины в консультации по поводу беременности сроком 8 недель МРП оказалась положительной.

При осмотре: на боковых и задней поверхности шеи имеется неравномерная пигментация кожи (депигментированные пятна на гиперпигментированном фоне). Имеет место также диффузное разрежение волос на волосистой части головы, особенно выраженное в височных

и теменной области и неодинаковой длины ресницы. Субъективно: больная жалуется на головную боль, тошноту.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Назовите клинические симптомы заболевания.
3. Ориентировочно определите время заражения женщины.
4. Какое исследование следует провести для исключения специфического поражения нервной системы.
5. Какова должна быть тактика врача в отношении беременности женщины.

#### **Ситуационная задача № 9.**

Больная В. обратилась к врачу стоматологу с жалобами на появление язвочек в полости рта. С подозрением на сифилис больная была направлена на консультацию к дерматовенерологу. При осмотре: на слизистой щек по линии смыкания зубов, на мягком небе и боковой поверхности языка располагаются элементы размерами чечевицу, безболезненные, резко ограниченные от нормальной слизистой и возвышающиеся над ней. Поверхность элементов гладкая, цвет белесоватый, некоторые элементы эрозированы. Подобные высыпания имеются на половых органах. В области лба на границе с волосистой частью головы располагается несколько элементов размерами 1 см, медно-красного цвета, возвышающиеся над уровнем кожи, плотной консистенции. Из анамнеза известно, что больная находится с мужем в разводе в течение 2-х лет, каких-либо отношений с ним не поддерживает. Шесть месяцев назад имела связь с мужчиной, сведения о котором может сообщить. Проживает вместе с матерью и дочерью 5 лет.

1. Назовите элементы сыпи, обнаруженные у пациентки.
2. Поставьте предположительный клинический диагноз.
3. Наметьте план обследования.
4. Обязательно ли назначение превентивного лечения матери и дочери больной при отсутствии у них проявлений сифилиса.

#### **Ситуационная задача № 10.**

Больной 42 лет, холост. При профобследовании обнаружена положительная реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном (экспресс-метод). Реакция связывания комплемента с трепонемным и кардиолипидным антигенами дважды резко положительные в разведении сыворотки 1:160 и 1:320, РИБТ 47%, РИФ200 3+, РИФ абс 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