

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.32 «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

1	Общая дерматология
1	Первичная специализированная медико-санитарная помощь больным дерматовенерологического профиля осуществляется врачами
	дерматовенерологами
	терапевтами
	хирургами
	педиатрами
	акушерами-гинекологами
2	В случае оказания некачественной медицинской помощи санкции налагаются на
	врача, оказавшего некачественную услугу
	медицинское учреждение
	страховую компанию, обеспечивающую страхование ответственности врача
	управление организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению
	страховщика, обеспечивающего страхование данного пациента
3	Решение вопросов организации оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических диспансерах является полномочием
	органа управления здравоохранением субъектов Российской Федерации
	органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов
	федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
	частных предпринимателей
	управление организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению

4	Первичными инфильтративными морфологическими элементами являются
	пятно, папула, волдырь
	узел, пустула, эрозия
	бугорок, эксфолиация, пузырёк
	папула, бугорок, пятно
	рубец, вегетация, пузырь
5	Пролиферативными патоморфологическими изменениями в эпидермисе являются
	гиперкератоз, акантоз, спонгиоз
	паракератоз, акантоз, гиперкератоз
	акантолиз, гипергранулез, гиперкератоз
	акантоз, паракератоз, вакуолярная дистрофия
	папилломатоз, баллонизирующая дистрофия, спонгиоз
6	Первичными экссудативными элементами являются
	пузырь, пузырек, лихенификация
	папула, трещина, пузырь
	пустула, пузырь, волдырь
	эрозия, пузырь, пузырек
	корка, чешуйка, язва
7	Патогистологическими изменениями экссудативного характера являются
	спонгиоз, акантолиз, вакуолярная дегенерация
	вакуолярная дегенерация, акантоз, баллонизирующая дегенерация
	спонгиоз, папилломатоз, акантоз
	паракератоз, спонгиоз, вакуолярная дистрофия
	гипергранулёз, акантоз, паракератоз
8	Истинный полиморфизм сыпи представлен
	пятнами, папулами, эрозиями
	пятнами, папулами, пузырями

	чешуйками, эскориациями, трещинами
	волдырями, вегетациями, язвами
	везикулами, трещинами, атрофией
9	Функция гиподермы
	депонирующая
	предохранение от действия УФО
	экскреторная
	теплопроводная
	бактерицидная
10	Функцией клеток Лангерганса является
	синтез меланина
	антигенпрезентирующая
	механорецепторная
	экскреторная
	депонирующая
11	Неинкапсулированными нервными окончаниями являются
	клетки Меркеля
	тельца Фатер-Пачини
	тельца Мейснера
	колбы Краузе
	свободные нервные окончания
12	Функция телец Фатер – Пачини
	чувство глубокого давления
	осязание
	температурная чувствительность
	тактильная чувствительность
	болевая чувствительность

13	Функция телец Мейснера
	чувство глубокого давления
	осязание
	температурная чувствительность
	тактильная чувствительность
	болевая чувствительность
14	Функция колб Краузе
	чувство глубокого давления
	осязание
	температурная чувствительность
	тактильная чувствительность
	болевая чувствительность
15	Явления фолликулярного гиперкератоза характерны для
	дискоидной красной волчанки
	вульгарной пузырчатки
	очаговой склеродермии
	острой крапивницы
	мастоцитоза
16	Явления акантолиза характерны для
	истинной пузырчатки
	вульгарного псориаза
	очаговой склеродермии
	атопического дерматита
	острой крапивницы
17	Болевая чувствительность воспринимается
	свободными нервными окончаниями

	тельцами Мейснера
	клетками Меркеля
	колбами Краузе
	тельцами Фатер – Пачини
18	Депигментированные невоспалительные пятна на коже возникают в результате
	потери способности клетками вырабатывать меланин
	гиперпродукции меланина
	выхода эритроцитов за пределы сосудистого русла
	расширения венозных сосудов сосочкового слоя кожи
	гипербилирубинемии
19	Слоями эпидермиса являются
	зернистый
	шиповатый
	роговой
	сетчатый
	сосудистый
20	Мальпигиев слой представлен клетками
	базального слоя
	шиповатого слоя
	рогового слоя
	сетчатого слоя
	сосудистого слоя
21	Дермо-эпидермальное соединение формируется
	наружной клеточной мембраной базальных эпителиоцитов
	светлой пластинкой
	тёмной пластинкой
	субэпидермальным сплетением волокон

	фибробластами
22	Инкапсулированными нервными окончаниями являются
	клетки Меркеля
	тельца Фатер-Пачини
	тельца Мейснера
	колбы Краузе
	свободные нервные окончания
23	Клетками эпидермиса являются
	эпителиоциты
	меланоциты
	клетки Лангерганса
	фибробласты
	адипоциты
24	Явления гиперкератоза характерны для
	ихтиоза
	кератодермий
	дерматита Дюринга
	вульгарной пузырчатки
	очаговой склеродермии
25	Явления акантоза характерны для
	красного плоского лишая
	атопического дерматита
	вульгарного псориаза
	склеродермии
	острой крапивницы
26	Цвет кожи зависит от количества

	меланина
	оксигемоглобина
	серотонина
	гистамина
	фибронектина
27	Температурная чувствительность осуществляется с участием
	колб Краузе
	телец Руффини
	свободными нервными окончаниями
	тельцами Мейснера
	клетками Меркеля
28	Тактильное раздражение воспринимается
	тельцами Мейснера
	клетками Меркеля
	колбами Краузе
	тельцами Руффини
	свободными нервными окончаниями
29	В клетках эпидермиса синтезируются
	меланин
	сквален
	кератин
	гемоглобин
	билирубин
30	Кровеносную систему кожи образуют
	глубокое сосудистое сплетение
	межмышечное сосудистое сплетение
	поверхностное сосудистое сплетение

	эпидермальное сосудистое сплетение
	межфасциальное сосудистое сплетение
31	Сальные железы отсутствуют на коже
	волосистой части головы
	ладоней и подошв
	лица
	туловища
32	Терморегулирующая функция кожи реализуется
	потовыми железами
	базальной мембраной
	кровеносными сосудами
	фибробластами
	клетками Лангерганса
33	Фазами воспалительной реакции являются
	альтерация
	экссудация
	пролиферация
	эпителизация
	десквамация
34	Иммунным воспалением является
	гранулематозное
	реакция гиперчувствительности замедленного типа
	геморрагическое
	серозное
	пролиферативное
35	К неиммунному воспалению относится

	серозное
	гнойное
	реакция гиперчувствительности немедленного типа
	кожная реакция «трансплантат против хозяина»
	гранулематозное
36	Геморрагическими пятнами являются
	петехии
	пурпура
	экхимозы
	розеола
	эритема
37	К воспалительным пятнам относятся
	розеолы
	эритема
	петехии
	экхимозы
	пурпура
38	В результате неправильного развития кровеносных сосудов на коже появляются
	гемангиомы
	телекангиоэктазии
	пурпура
	розеола
	эритема
39	Геморрагические пятна возникают вследствие
	повышенной проницаемости сосудистой стенки
	нарушения целостности кровеносных сосудов
	повышенного отложения меланина в коже

	расширения венозных сосудов сосочкового слоя дермы
	отёка сосочкового слоя дермы
40	Вторичными морфологическими элементами являются
	эрозия
	лихенификация
	эксориация
	бугорок
	папула
1	Инфекционные дерматозы
41	Пиодермия относится к группе
	гнойно – воспалительных заболеваний кожи
	аллергодерматозов
	папулосквамозных дерматозов
	паразитарных дерматозов
	буллёзных дерматозов
42	Наиболее частым возбудителем пиодермии у детей является
	Staphylococcus aureus
	Грибы рода Candida
	Грибы рода Microsporum
	Sarcoptes Scabiei
	Borrelia burgdorferi
43	Возбудителями микроспории является
	Грибы рода Microsporum
	Staphylococcus aureus
	Грибы рода Candida
	Streptococcus pyogenes
	Trichophyton rubrum

44	На волосистой части головы очаги с обломанными волосами наблюдаются при
	трихомикозе
	стрептостафилодермии
	фолликулите Гоффмана
	педикулёзе
	линейной склеродермии
45	Поверхностный кандидоз относится к группе
	инфекционно-воспалительных заболеваний
	хронических папулосквамозных дерматозов
	зудящих дерматозов
	аллергодерматозов
	хронических заболеваний соединительной ткани
46	Основной путь передачи инфекции, обусловленной <i>C. albicans</i>
	контактный
	воздушно-капельный
	фекально-оральный
	вертикальный
47	Для острой псевдомембранозной формы кандидоза слизистой оболочки полости рта характерно наличие
	очагов беловато-серого налёта, отёк, гиперемия слизистых оболочек полости рта
	папулёзных элементов на слизистой оболочке щёк
	наличие ярко красных пятен на языке
	эрозивных поверхностей на внутренней поверхности щёк, мягком и твёрдом нёбе
	болезненных эрозий на слизистой оболочке дужек, мягком нёбе, миндалинах
48	Очаги поражения при кандидозе гладкой кожи (интертриго) локализуются
	в крупных складках кожи
	на разгибательных поверхностях конечностей

	на сгибательных поверхностях конечностей
	на себорейных участках кожи
	на волосистой части головы
49	Лечение острых локализованных форм кандидоза слизистых оболочек полости рта проводят
	противогрибковыми средствами для наружного применения
	антигистаминными препаратами
	антибиотиками широкого спектра
	цитотоксическими препаратами
	ингибиторами дегрануляции тучных клеток
50	Препаратом системного действия для лечения распространенных хронических форм кандидоза слизистых оболочек является
	флуконазол
	изоконазол
	клотримазол
	натамицин
	сертаконазол
51	При дерматофитиях поражаются
	внутренние органы
	кожа, ногти
	ЦНС
	желудочно-кишечный тракт
	слизистые оболочки
52	При назначении системных антимикотиков рекомендуется проводить дополнительные методы исследования, а именно
	биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, глюкоза)
	общий анализ мочи
	УЗИ брюшной полости
	R-графия органов грудной клетки

53	Вирусная бородавка - это
	доброкачественное пролиферативное образование, возникающее на коже и/или слизистых оболочках
	злокачественная опухоль кожи, возникающая из эпидермиса или железистых придатков кожи
	доброкачественное образование, состоящее из соединительной ткани с локализацией в дерме
	доброкачественное пигментное образование
	опухолевидное фиброзное разрастание соединительной ткани
54	Чесотка является
	паразитарным заболеванием
	хроническим рецидивирующим воспалительным заболеванием кожи
	папулосквамозным дерматозом
	аллергодерматозом
55	Лечение педикулёза проводят
	перметрином
	флуконазолом
	азитромицином
	тербинафином
	хлорпирамином
56	Первичным морфологическим элементом пиодермий является
	папула
	пустула
	пузырь
	волдырь
	язва
57	Первичным морфологическим элементом при поверхностном стрептококковом поражении кожи является
	фликтена
	узел

	папула
	пузырек
	волдырь
58	Щелевидное импетиго локализуется на коже в области
	подмышечных впадин
	волосистой части головы
	углов рта
	межпальцевых складок
	паховых складок
59	К стафилодермиям новорожденных относят
	множественные абсцессы
	вульгарный сикоз
	везикулопустулез
	рожистое воспаление
	эксфолиативный дерматит Риттера
60	К поверхностным пиодермиям относят
	остеофолликулит
	везикулопустулёз
	стрептококковое импетиго
	фурункулёз
	шанкриформную пиодермию
61	Для рожистого воспаления характерно
	повышение температуры тела
	поражение кожи и подкожной клетчатки
	наличие симптомов интоксикации
	поражение фолликулярного аппарата
	поражение внутренних органов

62	Заражение микроспорией происходит
	при прямом контакте с больным человеком или животным
	при непрямом контакте с инфицированными предметами
	трансмиссивным путем
	трансплацентарным путем
	вертикальным путем
63	По Международной классификации микроспория относится к
	Tinea corporis
	Tinea capitis
	Tinea pedis
	Tinea manum
	Tinea unguium
64	Для клинической картины микроспории гладкой кожи характерно
	наличие одного или нескольких очагов поражения
	чёткая граница очагов поражения
	периферический рост очагов поражения
	нечеткие границы очагов поражения
	наличие пузырьковых и буллезных элементов
65	Для клинической картины микроспории волосистой части головы характерно наличие
	очагов поражения с обломанными волосами
	футляра из спор гриба вокруг обломанных волос
	в очаге обломанных волос длиной 4-8 мм над уровнем кожи
	выраженного крупнопластинчатого шелушения в очаге
	биопсирующего зуда
66	Диагноз микроспории основывается на результатах клинического осмотра, подтвержденного
	люминесцентным исследованием в лучах лампы Вуда

	микроскопическим исследованием
	биохимическим исследованием крови
	клиническим анализом крови
67	Показанием к назначению системных антимикотических препаратов являются
	микроспория волосистой части головы
	многоочаговая микроспория гладкой кожи (3 и более очагов поражения)
	микроспория гладкой кожи без поражения пушковых волос
	микроспория гладкой кожи, количество очагов не более трех
68	Для лечения микроспории волосистой части головы препаратами выбора системного действия являются
	Гризеофульвин
	Тербинафин
	Флюконазол
	Клотримазол
	Итраконазол
69	Клиническими разновидностями микоза стоп являются
	гиперкератотическая форма
	интертригинозная форма
	дисгидротическая форма
	инфильтративно-нагноительная форма
	скутулярная форма
70	При онихомикозе наблюдаются следующие изменения ногтевых пластин
	гипертрофия
	изменение прозрачности и цвета
	атрофия
	койлонихия
	лейконихия

71	Диагностика дерматофитий основывается на результатах
	биохимического анализа крови
	микроскопического исследования
	культурального исследования
	клинического анализа крови
	иммуноферментного анализа
72	После удаления пораженных грибами участков ногтей на очищенное ногтевое ложе применяют
	Аморолфин
	Циклопироксоламин
	Гризеофульвин
	Итраконазол
	Флюконазол
73	Системная терапия онихомикоза проводится
	Итраконазолом
	Тербинафином
	Гризеофульвином
	Клотримазолом
	Изоконазолом
74	Развитию кандидоза гладкой кожи и слизистых оболочек способствует
	применение иммуносупрессивных препаратов (цитостатиков, глюкокортикостероидов)
	длительный приём антибактериальных средств
	нарушение барьерной функции кожи и слизистых оболочек
	наличие эндокринной патологии
	длительное применение антигистаминных препаратов
75	Формами поверхностного кандидоза у детей является
	кандидоз слизистой оболочки полости рта
	поражение крупных складок (интертриго)

	висцеральный кандидоз
	хронический генерализованный кандидоз
	гранулематозный кандидоз
76	Развитию кандидоза слизистой оболочки полости рта у новорожденных способствует
	гастро – эзофагальный рефлюкс, приводящий к срыгиванию
	длительная антибактериальная терапия
	дезинфекция сосок, бутылочек
	своевременное выявление, лечение кандидозной инфекции у матери
	тщательный гигиенический уход за ребёнком
77	Факторами, способствующими развитию ангулярного стоматита, является
	ношение брекетов
	привычка облизывать, покусывать губы
	гигиенический уход за полостью рта
	чистка зубов
	полоскание полости рта после приема пищи
78	Для клинической картины кандидоза гладкой кожи характерно
	наличие крупных очагов с фестончатыми краями, резко отграниченных от здоровой кожи
	наличие множественных мацераций, везикуло-пустул, эрозий с обрывками эпидермиса
	наличие бляшек коричневого или коричневатого – фиолетового цвета с «западением» в центре
	поражение кожи волосистой части головы, лица
	симметричное или сегментарное расположение очагов на коже туловища по ходу дерматомов
79	При хронических, распространённых формах кандидоза рекомендуется провести
	определение уровня сахара крови/гликозилированного гемоглобина
	анализ крови на ВИЧ, сифилис, HBsAg, anti-HCV
	определение ревматоидного фактора
	определение уровня СРБ, АСЛ-О
	определение антител к ДНК (экстрагируемые нуклеарные антитела - ЭНА)

80	Для лечения острых локализованных форм кандидоза слизистых оболочек используют
	производные азолов
	полиеновые макролиды
	цефалоспорины
	цитостатики
	ингибиторы дегрануляции тучных клеток
81	Профилактическими мерами развития поверхностного кандидоза у детей является
	выявление, лечение инфекционных поражений грибами рода Candida у беременных женщин и кормящих матерей
	выявление инфекционных поражений грибами рода Candida у медицинского персонала
	применение антибактериальных средств
	применение антигистаминных и гипосенсибилизирующих препаратов
	выявление, лечение бактериального вагиноза у беременных женщин и кормящих матерей
82	Вульгарные бородавки чаще локализуются на коже
	волосистой части головы
	лица
	туловища
	кистей
	стоп
83	Плоские бородавки, как правило, локализуются на коже
	туловища
	лица
	бёдер
	тыльных поверхностей кистей
	подошвенной поверхности стоп
84	К физическим деструктивным методам лечения вирусных бородавок относят
	электрокоагуляцию

	криодеструкцию
	лазеротерапию
	цитотоксическую терапию
	противовирусную терапию
85	Мерами профилактики контагиозного моллюска являются
	проведение профилактических осмотров детей в дошкольных детских учреждениях и школах
	своевременное выявление лиц с вирусными поражениями кожных покровов и слизистых оболочек
	проведение профилактического лечения контагиозного моллюска
	своевременное лечение больных контагиозным моллюском
	ограничение посещений больными контагиозным моллюском мест общественного пользования (бассейнов и т.д.)
86	Дифференциальную диагностику контагиозного моллюска проводят с
	плоскими бородавками
	вульгарными бородавками
	псориазом
	милиумом
	аллергическим дерматитом
87	Для деструкции элементов контагиозного моллюска применяют
	лазерную деструкцию
	химическую деструкцию
	криодеструкцию
	электрокоагуляцию
	ультразвуковой скальпель
88	Для химической деструкции элементов контагиозного моллюска используют
	раствор нитрата серебра
	криодеструкцию
	электрокоагуляцию
	0,5% раствор подофиллотоксина

	5% раствор гидроксида калия
89	Для типичной чесотки характерно наличие полиморфной сыпи в межпальцевых складках зуда кожи, усиливающегося вечером наличие биопсирующего зуда в течение дня буллезных высыпаний узловатых высыпаний на коже голеней
90	К особенностям течения чесотки у детей младшего возраста относится локализация очагов поражения в типичных местах, а также на коже лица и волосистой части головы, стопах частые инфекционные осложнения чесотки локализация очагов поражения в межлопаточной области поражение внутренних органов наличие «жгучего» биопсирующего зуда
91	Диагноз чесотки подтверждается если были обнаружены клещ, яйца, оболочки и др. продукты проведенное пробное лечение с использованием скабицидов привело к положительным результатам в крови наблюдается эозинофилия в крови наблюдается повышение ревматоидного фактора, С-реактивного белка при гистологическом исследовании обнаружена клеточная инфильтрация в эпидермисе
92	Лечение чесотки в зависимости от цели подразделяют на специфическое профилактическое диагностическое дифференциальное патогенетическое
93	Лечение чесотки проводится

	пиперонил-бутоксид + эсбиолом
	бензилбензоатом 10%, 20%
	серной мазью 15%, 33%
	клобетазолом пропионатом 0,05%
	дифенилсульфоном
94	Мерами профилактики чесотки являются
	осмотр, регистрация больных
	наблюдение за контактными лицами и заболевшими
	исключение больного из коллектива
	лечение противоскабицидными средствами больного чесоткой
1	Папулосквамозные дерматозы
95	Псориаз является
	папулосквамозным дерматозом
	аллергодерматозом
	инфекционным дерматозом
	паразитарным дерматозом
	буллёзным дерматозом
96	Первичным морфологическим элементом при псориазе является
	папула
	пустула
	везикула
	Пузырь
	волдырь
97	Диагноз псориаза устанавливается на основании данных
	клинического обследования
	биохимического анализа крови
	клинического анализа крови

	ультразвукового исследования
	иммунологических исследований
98	Парапсориаз расценивают как
	доброкачественный лимфопролиферативный дерматоз
	генетически обусловленный дерматоз
	эозинофильный дерматоз
	нейтрофильный дерматоз
	инфекционный дерматоз
99	Клиническая картина острого лихеноидного парапсориаза Муха-Габермана характеризуется наличием
	полиморфных высыпаний с преобладанием папулёзных элементов до 4-8 мм в диаметре
	пятен размером 4-5 см, бляшек овальной формы с чёткими границами
	пятен, бляшек с чёткими краями размерами до 10 см
	мономорфных уртикарных элементов
	везикуло-буллезных эффоресценций
100	Крупнобляшечный парапсориаз может трансформироваться в
	грибовидный микоз
	мелкобляшечный парапсориаз
	острый лихеноидный парапсориаз Мухи-Габермана
	псориаз
	красный плоский лишай
101	Основным подходом к терапии лихеноидных форм парапсориаза является назначение
	системных препаратов
	топических кортикостероидов
	эмолентов
	ингибиторов кальциневрина
	диметиндена (местно)

102	Основным подходом к системной терапии острого лихеноидного парапсориаза является назначение
	антибактериальных средств
	топических кортикостероидов
	эмолентов
	ингибиторов кальциневрина
	антигистаминных средств
103	Типичная форма плоского лишая слизистой оболочки полости рта характеризуется появлением
	мелких папул серовато-белого цвета 2-3 мм в диаметре
	крупных эрозивных поверхностей
	множественных эрозивно – язвенных элементов
	беловато-серым налётом на слизистых оболочках в области миндалин
	множественными афтами
104	В прогрессирующую стадию плоского лишая определяется
	положительная изоморфная реакция
	положительная йодная проба
	феномен стеаринового пятна
	феномен терминальной плёнки
	симптом яблочного желе
105	Препаратами первой линии для лечения больных плоским лишаём слизистых оболочек являются
	топические кортикостероиды
	препараты, улучшающие микроциркуляцию
	нестероидные противовоспалительные препараты
	мембраностабилизирующие препараты
	β-адреноблокаторы
106	Факторы, способствующие развитию розового лишая Жибера
	вирусная инфекция
	генетическая предрасположенность

	неврогенные нарушения
	эндокринная патология
	нарушения обменных процессов
107	Для клинической картины дебюта розового лишая Жибера характерно появление
	«материнской» бляшки
	множественных пустулёзных высыпаний
	поражение слизистых оболочек
	появление везикуло – буллёзных элементов
	папуло – везикулёзных высыпаний
108	Для типичного развития болезни Девержи характерно появление
	фолликулярных папул
	папуло - везикул
	множественных эрозий
	уртикарных элементов
	пустулёзных элементов
109	Болезнь Девержи по МКБ-Х относится к группе
	папулосквамозных нарушений
	буллёзных нарушений
	болезней придатков кожи
	инфекций кожи и подкожной клетчатки
	дерматит и экзема
110	Для псориаза характерно поражение
	кожи волосистой части головы
	кожи разгибательных поверхностей конечностей
	ногтевых пластин
	внутренних органов
	кожи сгибательных поверхностей конечностей

111	Клиническими формами псориаза являются
	вульгарный
	пустулёзный
	артропатический
	веррукозный
	гипертрофический
112	Изоморфная реакция наблюдается при
	псориазе
	плоском лишае
	атопическом дерматите
	аллергическом дерматите
	ихтиозе
113	Псориатическая триада включает следующие феномены
	терминальной пленки
	стеаринового пятна
	кровавой росы
	сетка Уикхема
	яблочного желе
114	Наружная терапия псориаза проводится препаратами, содержащими
	топические стероиды
	кальципотриол
	салициловую кислоту
	антигистаминные средства
	протеолитические ферменты
115	Системная терапия при тяжёлом течении псориаза заключается в назначении
	цитостатиков

	моноклональных антител
	топических стероидов
	цинка пиритиона
	препаратов сульфонового ряда
116	В прогрессирующую стадию псориаза наблюдается
	периферический рост папулёзных элементов
	ободок периферического роста вокруг папул
	положительная псориатическая триада
	отрицательная изоморфная реакция
	фолликулярный гиперкератоз
117	Для стационарной стадии псориаза характерно
	остановка периферического роста папул
	выраженное шелушение на поверхности элементов
	отрицательная изоморфная реакция
	положительная изоморфная реакция
	периферический рост папулёзных элементов
118	Для регрессирующей стадии псориаза характерно
	уплощение и разрешение папулёзных элементов
	уменьшение шелушения на поверхности папул
	отсутствие зуда
	положительная изоморфная реакция
	положительная псориатическая триада
119	Для парapsoriasis характерны симптомы
	феномен «облатки»
	феномен скрытого шелушения
	феномен «стеаринового пятна»
	изоморфная реакция Кебнера

	сетка Уикхема
120	Гистологическими признаками псориаза является
	паракератоз
	акантоз
	папилломатоз
	фолликулярный гиперкератоз
	гипергранулёз
121	Для клинической картины острого лихеноидного парапсориаза Муха-Габермана характерно
	полиморфные высыпания, с преобладанием папул, в центре которых образуется пузырек с геморрагическим содержимым или пустула
	продромальный период, слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр
	наличие пятен, бляшек с чёткими краями размерами до 10 см
	отсутствие нарушений общего состояния, симптомов интоксикации
	наличие пятен размером 4-5 см, бляшек овальной формы с чёткими границами
122	Для клинической картины крупнобляшечного парапсориаза характерно
	наличие пятен, бляшек с чёткими краями размерами до 10 см
	локализация на коже туловища, ягодиц, бедер, у женщин - в области молочных желез
	выраженный зуд кожных покровов
	нарушение общего состояния
	острое начало и течение заболевания
123	Для наружной терапии бляшечного парапсориаза используют
	топические кортикостероиды
	эмоленты
	антибактериальные препараты
	фунгицидные препараты
	антигистаминные препараты

124	Антибактериальными препаратами выбора для лечения острого лихеноидного параспориоза Мухи-Габермана являются
	тетрациклин
	кларитромицин
	пенициллин
	амоксциллин
	цефазолин
125	Характерными гистологическими признаками красного плоского лишая являются
	неравномерный гипергранулёз
	акантоз
	акантолиз
	папилломатоз
	спонгиоз
126	При красном плоском лишае поражаются
	слизистые оболочки
	кожные покровы
	ногтевые пластины
	опорно – двигательный аппарат
	органы дыхания
127	При красном плоском лишае высыпания локализуются на
	слизистых оболочках полости рта и гениталий
	сгибательных поверхностях верхних конечностей в области лучезапястных суставов
	разгибательных поверхностях верхних конечностей
	волосистой части головы
	на коже крупных складок
128	Типичными клиническими проявлениями плоского лишая являются
	мономорфные папулёзные высыпания с пупковидным вдавлением в центре
	положительная изоморфная реакция в прогрессирующую стадию

	сгруппированные высыпания
	полиморфные папулёзные высыпания с шелушением на поверхности
	сгруппированные розеолёзные высыпания
129	Наиболее часто встречается
	типичная форма плоского лишая
	гипертрофическая форма плоского лишая
	пигментная форма плоского лишая
	пустулёзная форма плоского лишая
	атрофическая форма плоского лишая
130	Диагноз плоского лишая устанавливается на основании данных
	клинического обследования
	гистологического исследования
	клинического и биохимических анализов крови
	ультразвукового исследования
	иммунологических исследований
131	Немедикаментозные методы лечения плоского лишая
	узкополосная средневолновая фототерапия 311нм
	ПУВА-терапия
	топические кортикостероиды
	ингибиторы кальциневрина
132	Для типичной формы розового лишая Жибера характерно появление
	крупной «материнской» бляшки
	эритематозно – сквамозных высыпаний, расположенных по линиям Лангера
	зуда
	множественных папулёзных элементов, сливающихся в бляшки
	везикулёзных элементов

133	Диагноз розовый лишай Жибера основывается на результатах
	сбора анамнеза, клинического осмотра
	клинического и биохимического анализа крови
	ультразвуковой диагностики
	рентгенологического исследования
134	Дифференциальная диагностика розового лишая Жибера проводится с
	микозом гладкой кожи
	сифилитической инфекцией
	псориазом
	острой крапивницей
	вульгарной пузырчаткой
135	Системная терапия зуда при розовом лишае проводится
	антигистаминными препаратами 1-го поколения
	антигистаминными препаратами 2-го поколения
	нестероидными противовоспалительными препаратами
	ингибиторами кальциневрина
	препаратами сульфонового ряда
136	В рекомендации по уходу за кожей больным розовым лишаем Жибера включены пункты
	исключить механическое раздражение кожи
	избегать агрессивного воздействия на кожу высоких температур
	избегать активного УФО-воздействия
	посещение термальных ванн, сауны
	активное УФО воздействие на кожу
137	На месте разрешившихся высыпаний лишая Жибера формируется
	гипопигментация/гиперпигментация
	вегетация
	рубцовая атрофия

	эрозия
138	С целью дифференциальной диагностики розового лишая Жибера с заболеваниями инфекционной природы проводят следующие исследования
	серологическую диагностику на <i>Treponema pallidum</i>
	микроскопическое исследование на патогенные грибы
	биохимический анализ крови на сахар
	анализ мочи по Нечипоренко
	УЗИ органов брюшной полости
139	Для болезни Девержи характерно наличие
	фолликулярных гиперкератотических папул
	ладонно-подошвенного гиперкератоза
	эритематозных бляшек оранжевого оттенка и с шелушением на поверхности
	множественных везикулёзных высыпаний
	генерализованных уртикарных высыпаний
140	Экссудативный псориаз наблюдается у больных с
	ожирением
	сахарным диабетом
	дисфункцией щитовидной железы
	гипотрофией
	патологией ЖКТ
141	Диагноз болезнь Девержи основывается на данных
	клинического осмотра
	гистологического исследования
	клинического и биохимического анализа крови
	ультразвукового исследования органов брюшной полости
	рентгенологического исследования органов грудной клетки
142	Препаратом выбора для системной терапии болезни Девержи является

	изотретиноин
	метотрексат
	эналаприл
	пентоксифиллин
	ксантинола никотинат
143	При тяжелом течении болезни Девержи для лечения взрослых больных используют
	инфликсимаб
	этанерцепт
	адалимумаб
	вильпрафен
	спиронолактон
144	Перед началом лечения биологическим препаратами (инфликсимаб, этанерцепт) необходимо проведение следующих исследований
	ОАК и мочи
	биохимический анализ крови
	ЭКГ
	рентгенография органов грудной клетки
	обследование на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С
1	Зудящие дерматозы
145	Простой контактный дерматит развивается в результате
	воздействия облигатных факторов
	воздействия факультативных факторов
	воздействия условных факторов
	развития аллергической реакции
	развития сенсibilизации
146	Постоянным симптомом атопического дерматита во всех возрастных периодах является
	зуд кожи
	болезненность суставов

	везикулобуллёзные высыпания
	уртикарные высыпания
	повышенная температура тела
147	При атопическом дерматите патологический процесс считается ограниченно – локализованным при поражении
	менее 10% кожного покрова
	более 10% кожного покрова
	более 30% кожного покрова
	более 50% кожного покрова
148	При атопическом дерматите патологический процесс считается распространённым при поражении
	более 10% кожного покрова
	менее 10% кожного покрова
	кожи лица и волосистой части
	кожи сгибательных поверхностей предплечий
149	Для постановки диагноза атопический дерматит необходимо сочетание
	трех главных и трех дополнительных критериев заболевания
	двух главных и двух дополнительных критериев заболевания
	одного главного и не менее трех дополнительных критериев заболевания
	одного главного и двух дополнительных критериев заболевания
150	Для оценки степени тяжести атопического дерматита используют
	шкалу SCORAD
	индекс PASI
	индекс КИТОС
	индекс VIMAN
151	Мастоцитоз характеризуется пролиферацией и инфильтрацией
	тучных клеток
	лимфоцитов

	эозинофилов
	лейкоцитов
	эритроцитов
152	Согласно МКБ X мастоцитоз относится к классу
	врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения
	болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
	новообразования
	болезни кожи и подкожной клетчатки
	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
153	Симптом Дарье-Унны заключается в
	покраснении и набухании элемента после трения
	появлении точечного кровотечения после трения
	появлении скрытого шелушения после трения
	появлении феномена терминальной плёнки
	усилении кожного рисунка на поверхности элемента после смачивания
154	Морфологическим элементом крапивницы является
	волдырь
	папула
	пустула
	узел
	пузырь
155	В качестве базисной терапии при острой и при хронической крапивнице препаратами первой линии являются
	неседативные H1-гистаминоблокаторы 2-го поколения
	топические стероиды
	топические ингибиторы кальциневрина
	блокаторы H2-рецепторов
	нестероидные противовоспалительные препараты

156	При дисгидротической экземе очаги поражения локализуются на коже
	ладоней и подошв
	лица и шеи
	волосистой части головы
	туловища
	крупных складок
157	Первичным морфологическим элементом при чесотке взрослых является
	папула
	везикула
	узел
	эрозия
	пятно
158	Диагноз чесотки взрослых устанавливается на основании результатов
	клинических данных
	клинического анализа крови
	биохимического анализа крови
	рентгенологического исследования
	ультразвуковой диагностики
159	Для кожного зуда характерно наличие
	экскориаций и геморрагических корочек
	везикуло – папулёзных элементов
	язвенных дефектов
	уртикарных высыпаний
	вегетаций
160	Для простого контактного дерматита характерно
	развитие поражения в месте воздействия раздражителя

	наличие четких границ очага поражения
	развитие воспаления без предшествующей сенсибилизации
	поражение кожного покрова без четких границ
	развитие воспаления на фоне сенсибилизации
161	Безусловными физическим раздражителем является
	трение, давление
	электрический ток
	ионизирующая радиация
	кислоты, щёлочи
	биологические агенты
162	Стадии простого контактного дерматита
	эритематозная
	везикулобуллёзная
	некротическая
	прогрессирующая
	стационарная
163	Возрастные периоды атопического дерматита
	младенческий
	детский
	подростковый
	зрелый
	старческий
164	Клиническими формами атопического дерматита являются
	экссудативная
	эритематозно - сквамозная
	лихеноидная
	пруригинозная

	веррукозная
165	Легкое течение атопического дерматита характеризуется
	ограниченно-локализованным поражением кожи
	редкими обострениями 1-2 раза в год
	хорошим эффектом от проводимой терапии
	распространённым поражением кожи
	торпидным течением
166	Среднетяжёлое течение атопического дерматита характеризуется
	распространённым поражением кожи
	частотой обострений 3-4 раза в год
	торпидным течением с незначительным эффектом от проводимой терапии
	ограниченно-локализованным поражением кожи
	редкими обострениями 1-2 раза в год
167	Тяжёлое течение атопического дерматита характеризуется
	диффузным характером поражения кожи
	частотой обострений 5 и более раз в год
	кратковременными ремиссиями с незначительным эффектом от проводимой терапии
	ограниченно-локализованным поражением кожи
	редкими обострениями 1-2 раза в год
168	К основным критериям атопического дерматита относится
	зуд
	хроническое рецидивирующее течение
	атопия в анамнезе/наследственная предрасположенность
	сухость кожных покровов
	высокий уровень IgE в сыворотке крови
169	К дополнительным критериям атопического дерматита относится

	сухость кожных покровов
	высокий уровень IgE в сыворотке крови
	суборбитальные складки Денье-Моргана
	зуд
	атопия в анамнезе/наследственная предрасположенность
170	Базисная терапия atopического дерматита заключается в
	применении эмолентов
	устранении аллергенов, в случае их выявления при аллергологическом исследовании
	назначении элиминационной диеты у пациентов, склонных к пищевой аллергии
	применении системных глюкокортикостероидов
	применении цитостатиков
171	Для клинической картины пигментной крапивницы характерно
	наличие множественных пятен, бляшек красновато – коричневого цвета размером от 1 до 2,5 см
	положительный симптом Дарье-Унны
	наличие одиночных папул коричневого цвета размером до 2 см
	отрицательный симптом Дарье
	отсутствие зуда
172	Для клинической картины диффузного кожного мастоцитоза характерно
	диффузное поражение кожных покровов, инфильтрация кожи
	изменение рельефа кожи по типу «булыжной мостовой»
	наличие одиночных папул или узлов коричневатого – оранжевого цвета размером до 2 см
	эрозирование элементов
	повышение температуры тела до 39°C
173	Формами кожного мастоцитоза являются
	пигментная крапивница
	солитарная мастоцитома
	системный безболезненный мастоцитоз

	миелопролиферативный синдром
	экстракутанная мастоцитомы
174	Диагностика кожных форм мастоцитоза основывается на
	клинической картине заболевания
	положительном симптоме Дарье-Унны
	выявлении симптома «кровавой росы» после трения
	положительном феномене Кебнера
	выявлении феномена терминальной плёнки
175	На системное поражение при мастоцитозе может указывать повышение уровня
	α -триптазы
	гистамина и его метаболитов
	гемоглобина
	щелочной фосфотазы
	холестерина
176	Дифференциальная диагностика пигментной крапивницы проводится с
	крапивницей
	нейрофиброматозом I типа
	ювенильной ксантогранулёмой
	невусом сальных желез
	импетиго
177	Для уртикарных элементов при крапивнице характерно
	центральный отек разных размеров, окруженный эритемой
	зуд, жжение кожи
	быстрое бесследное исчезновение (в течение нескольких часов)
	длительное существование до трёх и более суток
	отсутствие субъективных ощущений

178	Для острой крапивницы характерно
	внезапное однократное появление волдырей (каждый из которых существует не более 24 часов)
	продолжительность заболевания не более 6 недель
	продолжительность заболевания более 3 месяцев
	стойкие уртикарные высыпания, существующие более 5 суток
179	Для ангиоотека характерно
	быстроразвивающийся отек глубоких слоев дермы, подкожной клетчатки
	чувство распирания и болезненности, зуд
	отсутствие субъективных ощущений
	развитие заболевания в течение нескольких суток
	возникновение везикуло – буллёзных высыпаний
180	Разновидностями крапивницы являются
	физическая
	холинергическая
	аквагенная
	псориазиформная
	буллёзная
181	Показанием к госпитализации при крапивнице является
	наличие распространенных высыпаний, сопровождающихся интенсивным зудом и нарушением общего состояния
	ангионевротический отек в области гортани, анафилактические реакции
	отсутствие эффекта на амбулаторном этапе купирования клинических проявлений крапивницы
	ограниченное поражение кожного покрова
182	Блокаторами H1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения являются
	лоратадин
	цетиризин
	эбастин
	клемастин

	хлоропирамин
183	Блокаторами H1-гистаминовых рецепторов 1-го поколения являются
	клемастин
	хлоропирамин
	дифенгидрамин
	лоратадин
	цетиризин
184	Выделяют следующие формы экземы
	истинная
	микробная
	детская
	себорейная
	буллёзная
185	Разновидностями истинной экземы являются
	идиопатическая
	тилотическая
	дисгидротическая
	паратравматическая
	варикозная
186	Разновидностями микробной экземы являются
	нуммулярная
	паратравматическая
	варикозная
	дисгидротическая
	профессиональная
187	Для острой стадии экземы характерно наличие

	истинного полиморфизма высыпаний
	мокнущих в очагах поражения
	зуда, жжения в очагах поражения
	эксфолиаций
	мономорфных высыпаний
188	Для истинной экземы характерно наличие
	симметричных очагов поражения
	нечетких или размытых границ очагов поражения
	асимметричных очагов поражения
	четких границ очагов поражения
189	Первичными морфологическими элементами при экземе являются
	пятно
	папула
	пузырёк
	чешуйка
	корка
190	Для клинической картины нуммулярной экземы характерно
	наличие четких границ очагов поражения
	поражение кожи верхних и нижних конечностях
	округлая форма очагов поражения
	поражение волосистой части головы и лица
	наличие очагов поражения с нечеткими границами
191	Для клинической картины себорейной экземы характерно
	появление эритематозных инфильтрированных пятен
	наличие мелкопластинчатого шелушения в виде чешуек желтого цвета жирной консистенции
	поражение волосистой части головы, за ушными раковинами
	наличие гнойных и серозных корок в очагах поражения

	образование «серозных колодцев»
192	При детской экземе наблюдается
	ярко выраженная гиперемия, отек, мокнутие в очагах поражения
	раннее начало заболевания, в возрасте 3—6 месяцев
	наслоение серозных корок в очагах
	наличие гнойно-геморрагических корок в очагах поражения
	образование «серозных колодцев» на коже ладонных поверхностей кистей, подошвенных поверхностей стоп
193	Профессиональная экзема развивается
	под воздействием производственных аллергенов
	на открытых участках кожи, в местах контакта с раздражителем
	на разгибательных поверхностях конечностей и волосистой части головы
	на коже туловища
	без предшествующей сенсibilизации
194	Синдром Стивенса — Джонсона следует дифференцировать с
	вульгарной пузырчаткой
	синдромом стафилококковой опшаренной кожи
	токсическим эпидермальным некролизом
	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
1	Болезни соединительной ткани
195	Симптом Бенъе — Мещерского - это
	резкая болезненность при попытке удаления чешуйки
	отслоение эпидермиса при механическом воздействии на кожу в очагах поражения
	интенсивное окрашивание очагов поражения при смазывании их йодом
	светло-коричневое или бурое окрашивание бугорка при диаскопии
	блестящее, светлое кольцо вокруг разрешающихся патологических очагов

196	Симптом дамского каблукка - это
	остроконечные шипики в основании чешуйки, которыми внедрены в устья волосяных фолликулов
	резкая болезненность при попытке удаления чешуйки
	отслоение эпидермиса при механическом воздействии на кожу в очагах поражения
	интенсивное окрашивание очагов поражения при смазывании их йодом
	светло-коричневое или бурое окрашивание бугорка при диаскопии
197	Фолликулярный гиперкератоз - это
	расширенное устье волосяного фолликула или сальной железы после удаления чешуйки
	остроконечные шипики в основании чешуйки, которыми внедрены в устья волосяных фолликулов
	резкая болезненность при попытке удаления чешуйки
	отслоение эпидермиса при механическом воздействии на кожу в очагах поражения
	светло-коричневое или бурое окрашивание бугорка при диаскопии
198	Симптом Хачатуряна - это
	расширенные устья фолликулов с гиперкератозом на коже носа и ушных раковин при дискоидной красной волчанке
	остроконечные шипики в основании чешуйки, которыми внедрены в устья волосяных фолликулов
	резкая болезненность при попытке удаления чешуйки
	отслоение эпидермиса при механическом воздействии на кожу в очагах поражения
	интенсивное окрашивание очагов поражения при смазывании их йодом
199	Центробежная эритема Биетта характеризуется наличием
	стойкого эритематозного ограниченного пятна
	фолликулярного гиперкератоза
	рубцовой атрофии
	множественных эрозий
	массивных корок
200	Препаратами выбора для системной терапии дискоидной красной волчанки являются
	хинолины
	антигистаминные препараты

	нестероидные противовоспалительные препараты
	адреноблокаторы
	н-холиномиметики
201	Ограниченная (локализованная) склеродермия является
	хроническим заболеванием соединительной ткани
	хроническим папулосквамозным дерматозом
	зудящим дерматозом
	аллергодерматозом
	буллезным дерматозом
202	При склеродермии снижена продукция и активность фермента
	коллагеназы
	тирозиназы
	холинэстеразы
	аспартатдегидрогеназы
	кокарбоксилазы
203	Разновидностью бляшечной склеродермии является
	очаговая склеродермия
	полосовидная форма склеродермии
	склеродермия по типу «удар саблей»
	линейная склеродермия
	атрофодермия Пазини – Пьерини
204	Стадия эритемы/отёка склеродермии характеризуется появлением
	отёчного пятна розово-сиреневого цвета
	ярко розовых папул
	везикулезных высыпаний
	уртикарных элементов
	эрозированных поверхностей

205	Для стадии склероза/уплотнения склеродермии характерно наличие
	высыпаний цвета слоновой кости с лиловым венчиком по периферии
	ярко розовых папулезных зудящих элементов
	плотных узелков без воспалительных явлений
	глубоко залегающих узлов
	язвенных дефектов кожи
206	Для стадии атрофии склеродермии характерно
	истончение кожи с явлениями гипо-/гиперпигментации
	наличие высыпаний цвета слоновой кости с лиловым венчиком по периферии
	наличие отёчного пятна розово-сиреневого цвета
	наличие плотных узелков без воспалительных явлений
	наличие язвенных дефектов кожи
207	Клиническая картина бляшечной (очаговой) формы склеродермии характеризуется
	отсутствием субъективных жалоб
	зудом кожных покровов в местах поражения
	резкой болезненностью в очагах поражения
	ярко выраженной воспалительной реакцией в очаге поражения
	отсутствием изменений кожи после разрешения
208	Диагноз локализованной (ограниченной) склеродермии основывается на результатах оценки данных
	анамнеза заболевания и клинического осмотра
	клинического анализа крови
	биохимического анализа крови
	эндоскопического исследования
	ультразвукового исследования
209	Клиническими признаками ремиссии локализованной (ограниченной) склеродермии является
	отсутствие появления новых очагов склероза и увеличения площади существующих очагов

	появление новых очагов в течении последних 3 месяцев
	умеренная или выраженная эритема
	повышение уровня креатинфосфокиназы в биохимическом анализе крови
	увеличение границ уплотнения пораженного участка
210	Факторы, способствующие развитию дискоидной красной волчанки
	фотосенсибилизация
	вирусная инфекция
	аутоиммунные нарушения
	лекарственные препараты
	гиперфункция сальных желез
211	При дискоидной красной волчанке очаги поражения локализуются на коже
	спинки носа
	скуловых областей щек
	области лба, ушных раковин
	в области коленных суставов
	подошвенной поверхности стоп
212	Заболевания, входящие в группу болезней соединительной ткани
	красная волчанка
	склеродермия
	дерматомиозит
	дерматоз Дюринга
	мастоцитоз
213	Дискоидную красную волчанку подразделяют на
	центробежную эритему
	диссеминированную
	глубокую
	прогрессирующую

	стационарную
214	Очаги поражения при дискоидной красной волчанке характеризуются
	эритемой
	гиперкератозом
	атрофией
	вегетацией
	лихенификацией
215	Для дискоидной красной волчанки характерно наличие
	эритематозно-инфильтрированных бляшек
	плотно прикреплённых чешуек на поверхности бляшек
	атрофии на месте разрешившихся очагов
	везикуло – папулёзных элементов
	диссеминированных уртикарных элементов
216	Диссеминированная красная волчанка характеризуется
	локализацией на коже головы, туловище
	наличием множественных эритематозно-сквамозных очагов
	рубцовой атрофией
	фолликулярным гиперкератозом
	наличием распространённых везикуло-буллёзных высыпаний
217	Диагноз дискоидной красной волчанки основывается на результатах
	клинического обследования
	Гистологического исследования
	иммунологических тестов на антинуклеарные антитела (ANA)
	выявления аутоантител анти-Ro/SS-A, анти-La/SS-B
	клинического анализа крови
218	Дифференциальную диагностику дискоидной красной волчанки проводят с

	фотодерматозом
	себорейным дерматитом
	розацеа
	акантолитической пузырьчаткой
	щелевидным импетиго
219	С целью наружной терапии дискоидной красной волчанки назначают
	флуоцинолона ацетонид
	триамцинолон
	бетаметазон
	такролимус
	диметиндена малеат
220	У детей часто встречаются следующие формы ограниченной склеродермии
	бляшечная склеродермия
	линейная склеродермия
	пансклеротическая склеродермия
	генерализованная склеродермия
221	Возможными причинами возникновения локализованной (ограниченной) склеродермии является
	генетическая предрасположенность
	дефекты гуморального и клеточного иммунитета, ведущие к образованию иммунных комплексов и аутоантител
	перенесенная черепно-мозговая травма
	перенесенная острая респираторная инфекция
	наличие диплопии
222	При склеродермии под действием цитокинов фибробласты синтезируют повышенное количество
	коллагена I, III, VI типа
	гликозамингликанов
	метионина
	холестерина

	ФНО (фактора некроза опухоли)
223	Стадиями развития локализованной (ограниченной) склеродермии являются
	эритема/отёк
	склероз/уплотнение
	эксфолиация
	эрозирование
	эпителизация
224	Для клинической картины бляшечной (очаговой) склеродермии характерно
	наличие очага/очагов (бляшек) эритемы и/или уплотнения округлой формы с чёткими границами
	расположение очагов на коже туловища, конечностей, лица, шеи
	поражение конечностей
	расположение очагов параллельно оси конечности по линиям Блашко или по ходу нервно – сосудистого пучка
	отсутствие «пилового кольца» вокруг бляшки
225	Для клинической картины линейной (полосовидной) склеродермии характерно
	отсутствие «пилового кольца» вокруг бляшки, сиреневая окраска только со стороны «активного» края
	очаги поражения односторонние, различных размеров, локализуются на конечностях по линиям Блашко или по ходу нервно – сосудистого пучка
	наличие очага/очагов (бляшек) эритемы и/или уплотнения округлой формы с чёткими границами
	диссеминированное поражение кожи туловища, конечностей, лица, шеи
	наличие жалоб на интенсивный зуд в местах поражения
226	Для склеродермии по типу «удар саблей» характерно
	расположение очагов поражения на коже волосистой части головы, лице
	формирование асимметрии лица
	наличие очагов на коже туловища, конечностей
	наличие очага/очагов (бляшек) эритемы и/или уплотнения округлой формы с чёткими границами
	отсутствие атрофических изменений
227	Для атрофодермии Пазини-Пьерини характерно наличие

	бляшек коричневатого – фиолетового цвета с «западением» в центре, симметрично или сегментарно расположенных на коже туловища
	линейных очагов поражения, расположенных параллельно оси конечности по линиям Блашко или по ходу нервно – сосудистого пучка
	линейных очагов поражения на коже волосистой части головы, лице, с последующим формированием асимметрии лица
	симметричных очагов поражения, представленных папулами на коже волосистой части головы, лице
	жалоб на интенсивный зуд в местах поражения
228	Для дифференциальной диагностики локализованной (ограниченной) склеродермии с системной склеродермией необходимо провести исследование
	антинуклеарных антител (АНА)
	антител к ДНК (экстрагируемые нуклеарные антитела - ЭНА)
	общего анализа крови
	биохимического анализа крови
	общего анализа мочи
229	Об активности патологического процесса при локализованной (ограниченной) склеродермии свидетельствует
	появления новых очагов склеродермии, увеличение границ пораженного участка
	повышение уровня креатинфосфокиназы в биохимическом анализе крови
	отсутствие роста существующих очагов
	отсутствие эритемы
	повышение уровня лейкоцитов в клиническом анализе крови
230	Дифференциальная диагностика локализованной (ограниченной) склеродермии проводится с
	системной склеродермией
	дерматомиозитом
	атопическим дерматитом
	вульгарным ихтиозом
	мастоцитозом
231	Основные направления терапевтических мероприятий при склеродермии

	противовоспалительная терапия
	иммуносупрессивная терапия
	антибактериальная терапия
	антигистаминная терапия
	гипосенсибилизирующая терапия
232	С целью наружной терапии ограниченных дермальных поражений при локализованной склеродермии применяют
	местные стероиды II-III классов активности на мазевой основе
	топические ингибиторы кальциневрина
	антигистаминные препараты
	крема со смягчающим действием
	мази с кератолитическим действием
233	Альтернативными препаратами лечения локализованной склеродермии являются
	бензилпенициллина натриевая соль
	гиалуронидаза
	изотретиноин
	клемастина гидрофумарат
	ампициллина тригидрат
234	К вазоактивным препаратам, применяемым в комплексной терапии локализованной склеродермии, относятся
	пентоксифиллин
	ксантинола никотинат
	гиалуронидаза
	метотрексат
	клемастина гидрофумарат
235	Клиническая картина склероатрофического лишая характеризуется
	локализацией на слизистых оболочках гениталий
	зудом
	наличием фарфорово-белых папул

	локализацией на волосистой части головы и разгибательных поверхностях конечностей
	отсутствием субъективных ощущений
236	Наружную терапию склероатрофического лишена проводят
	топическими кортикостероидами
	топическими ингибиторами кальциневрина
	антигистаминными препаратами
	препаратами, содержащими кальций
	нестероидными противовоспалительными препаратами
237	Провоцирующими факторами развития дерматомиозита являются
	вирусная инфекция
	избыточная инсоляция
	лекарственная сенсибилизация
	алиментарная сенсибилизация
	травматизация кожи
238	Клиническая картина поражений кожи при дерматомиозите характеризуется наличием
	симптома «очков» в периорбитальной зоне
	отёка, покраснения кожи лица – «пылающая кожа»
	симптома Хачатуряна
	симптома Бенъе-Мещерского
	изоморфной реакции Кебнера
239	Дерматомиозит это
	аутоиммунный дерматоз, относящийся к группе заболеваний соединительной ткани
	дерматоз, сопровождающийся поражением кожи и поперечнополосатых мышц
	папулосквамозный дерматоз
	дерматоз, с аутосомно – доминантным типом наследования
	дерматоз, с Х-сцепленным типом наследования

240	Дерматомиозит дифференцируют с
	красной волчанкой
	склеродермией
	атопическим дерматитом
	красным плоским лишаём
	буллёзным эпидермолизом
241	Для дерматомиозита характерно
	поражение проксимальных отделов мышц верхних и нижних конечностей
	сохранение функций мышц дистальных отделов конечностей
	нарушение функций печени
	нарушение функций щитовидной железы
	сердечно-сосудистая недостаточность
242	Патогномоничными для дерматомиозита являются симптомы
	«рубашки»
	«лестницы»
	«очков»
	стеаринового пятна
	дамского каблучка
243	Диагноз дерматомиозит основывается на
	данных клинического обследования
	определение содержания миоглобина в сыворотке крови
	определение ревматоидных факторов крови
	исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови
	данных электрографии
244	Системную терапию дерматомиозита проводят
	глюкокортикостероидами
	ферментными препаратами (коллагеназа)

	цитостатиками
	антигистаминными препаратами
	топическими стероидами
1	Пузырные дерматозы
245	Папилломатозные разрастания в очагах поражения характерны для
	вегетирующей пузырьчатки
	истинной пузырьчатки
	себорейной пузырьчатки
	листовидной пузырьчатки
	бразильской пузырьчатки
246	При гистологическом исследовании препаратов при истинной пузырьчатке выявляется
	акантолиз
	акантоз
	папилломатоз
	гиперкератоз
	паракератоз
247	Симптом «груши» выявляют при
	вульгарной пузырьчатке
	экземе
	герпетиформном дерматите Дюринга
	склеродермии
	опоясывающем лишае
248	При проведении микроскопического исследования акантолитические клетки выявляют при
	истинной пузырьчатке
	герпетиформном дерматите Дюринга
	экземе
	буллёзном пемфигоиде

	опоясывающем лишае
249	При истинной пузырчатке положительным является симптом Никольского яблочного желе Дарье-Унны стеаринового пятна точечного кровотечения
250	Первичным морфологическим элементом пузырчатки является пузырь везикула папула пустула волдырь
251	Симптом Никольского - это отслоение эпидермиса при механическом воздействии на кожу в очагах поражения и на отдаленных от места поражения участках кожи интенсивное окрашивание очагов поражения при смазывании их йодом светло-коричневое или бурое окрашивание бугорка при диаскопии блестящее, светлое кольцо вокруг разрешающихся патологических очагов болезненность при отделении и поскабливании чешуек в очагах
252	Прямая РИФ при истинной пузырчатке выявляет отложение IgG на десмосомах клеток шиповатого слоя эпидермиса фиксацию IgM и фибрина на стенках сосудов отложение IgA и C3 комплемента на базальной мембране отложение IgG и C3 комплемента на базальной мембране
253	Для лечения истинной пузырчатки в первую очередь назначают системные глюкокортикостероиды

	топические глюкокортикостероиды
	антигистаминные препараты
	нестероидные противовоспалительные препараты
	адреноблокаторы
254	Дерматит Дюринга - это
	приобретённый субэпидермальный буллёзный дерматоз
	врождённый буллёзный дерматоз
	папулосквамозный дерматоз
	аллергодерматоз
	заболевание соединительной ткани
255	При дерматите Дюринга наблюдается
	гранулярное отложение IgA в сосочках дермы
	отложение IgM вдоль базальной мембраны
	лимфоцитарная инфильтрация сосочкового слоя дермы
	отложение IgG на базальной мембране
	акантолиз
256	Согласно МКБ X дерматит Дюринга относится к классу
	болезней кожи и подкожной клетчатки
	болезней крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
	новообразований
	врожденных аномалий [пороки развития], деформаций и хромосомных нарушений
	болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани
257	Исследование содержимого пузырей при дерматите Дюринга проводится для выявления
	эозинофилии
	акантолиза
	лимфоцитарной инфильтрации
	клеток Тцанка

	лейкоцитарной инфильтрации
258	Прямая иммунофлюоресценция при дерматите Дюринга проводится для выявления зернистых отложений IgA в сосочковом слое дермы
	эозинофилии
	скопления клеток Лангерганса в дерме
	отёка сосочкового слоя дермы
	паракератоза, гиперкератоза в эпидермисе
259	Для пемфигоида Левера характерно отложение Ig G в области базальной мембраны
	наличие циркулирующих антител к BRAG1, BRAG2 или коллагену VII типа
	линейного отложения IgA вдоль базальной мембраны
	зернистых отложений IgA в сосочковом слое дермы
	наличие акантолитических клеток в мазке-отпечатке
260	Забор материала для гистологического исследования производят из свежего очага поражения с захватом видимо непораженной кожи
	из любого очага поражения
	с участка кожи без патологических изменений
	с любого участка кожного покрова
261	Симптом Никольского на видимо непоражённой коже выявляется при трении видимо здорового участка кожи рядом с очагом поражения, как результат сдвигается верхний слой эпидермиса и образуется эрозия
	при потягивании обрывка покрывки пузыря, вследствие чего происходит отслойка эпидермиса
	при надавливании на центральную часть покрывки пузыря, как результат происходит увеличение основания пузыря и/или слияние двух соседних элементов
	при осмотре элементов, когда наблюдается «провисание» покрывки пузыря под тяжестью скопившегося экссудата
262	Феномен «груши» - это

	отслойка эпидермиса, образование эрозии при трении видимо здорового участка кожи рядом с очагом поражения
	отслойка эпидермиса при потягивании за обрывок покрывки пузыря
	увеличение основания пузыря и/или слияние двух соседних элементов при надавливании на его центральную часть
	«провисание» покрывки пузыря, увеличение основания пузыря под тяжестью скопившейся жидкости
263	Для повышения эффективности терапии акантолитической пузырчатки системными глюкокортикостероидами и уменьшения их курсовой дозы назначают
	антигистаминные препараты
	цитостатики
	ретиноиды
	препараты кальция
264	При вульгарной пузырчатке выявляются
	IgG-антитела к десмоглеину (Dsg) 3 и 1
	IgA-антитела к эндомизиуму
	IgG-антитела к глиадину
	IgE-антитела
265	Разновидностями истинной пузырчатки являются
	обыкновенная
	вегетирующая
	листовидная
	себорейная
	рубцующаяся
266	Пузыри при истинной пузырчатке характеризуются
	тонкой вялой покрывкой
	серозным содержимым
	склонностью к периферическому росту
	плотной покрывкой
	гнойно-геморрагическим содержимым

267	Для вульгарной пузырчатки характерно
	поражение слизистых оболочек
	возникновение пузырей с вялой покрывкой и серозным содержимым
	возникновение болезненных эрозий на слизистых оболочках
	изолированное поражение кожи волосистой части головы
	возникновение пузырей с плотной покрывкой и геморрагическим содержимым
268	Для листовидной пузырчатки характерно
	появление тонкостенных пузырей на эритематозном фоне на одних и тех же участках
	появление листовидных корок с подлежащим экссудатом
	распространенное/диффузное поражение кожного покрова
	образование пузырей в крупных складках кожи
	образование вегетаций на дне эрозий
269	Для вегетирующей пузырчатки характерно
	доброкачественное течение
	развитие поражения на слизистых оболочках и в крупных складках кожи
	формирование вегетаций на дне эрозии после вскрытия пузыря
	диффузное поражение кожного покрова
	появление листовидных корок с подлежащим экссудатом
270	Подтверждающими методами диагностики акантолитической пузырчатки являются
	цитологическое исследование
	гистологическое исследование
	метод непрямой иммунофлюоресценции
	метод прямой иммунофлюоресценции
	рентгенологическое исследование
271	Дифференциальную диагностику акантолитической пузырчатки проводят с
	буллезным пемфигоидом

	дерматитом Дюринга
	доброкачественной пузырчаткой Хейли-Хейли
	склеродермией
	вульгарным псориазом
272	При вульгарной пузырчатке положительны симптомы
	Никольского
	Асбо-Хансена
	Поспелова
	Бенье
	Ядассона
273	Дерматит Дюринга ассоциируется с
	глютенчувствительной энтеропатией
	непереносимостью йода и брома
	ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью
	сахарным диабетом
	венозной недостаточностью
274	При дерматите Дюринга выявляются
	IgA-антитела к глиадину
	IgA-антитела к эндомизиуму
	IgG-антитела к глиадину
	IgG-антитела к эндомизиуму
	IgE-антитела
275	Дерматит Дюринга это
	субэпидермальный дерматоз
	дерматоз, сопровождающийся гранулярными отложениями IgA в сосочках дермы
	интраэпидермальный дерматоз
	гиподермальный дерматоз

	дерматоз, сопровождающийся отложениями IgG на базальной мембране
276	Для дерматита Дюринга характерна локализация очагов поражений на разгибательных поверхностях конечностей слизистых оболочках ротовой полости слизистых оболочках половых органов коже лица
277	При дерматите Дюринга на коже появляются следующие первичные морфологические элементы везикулы буллы пустулы узлы эрозии
278	Исследование сыворотки крови больных дерматитом Дюринга методом ИФА проводят с целью выявления IgA-антител к тканевой транскляминазе IgA-антител к эндомизию IgG-антител и C ₃ комплемента IgM-антител
279	Для выявления синдрома мальабсорбции проводят определение маркеров мальабсорбции (уровня железа, витамина B12, фолиевой кислоты в сыворотке крови) биопсию тонкой кишки определение содержания антител к тиреопероксидазе определение антинуклеарных антител типирование на антигены гистосовместимости
280	Дифференциальная диагностика дерматита Дюринга проводится с вульгарной пузырчаткой буллезным пемфигоидом Левера

	нейрофиброматозом I типа
	атопическим дерматитом
	мастоцитозом
281	Системная терапия дерматита Дюринга проводится
	противолепрозными препаратами
	антигистаминными препаратами
	антибактериальными препаратами
	цитостатиками
	нестероидными противовоспалительными препаратами
282	К группе противолепрозных препаратов относится
	дапсон
	сульфасалазин
	хлоропирамин
	мебгидролин
283	Возникновение высыпаний при буллёзном пемфигоиде может быть обусловлено
	приемом лекарственных препаратов
	воздействием физических факторов
	перенесённой вирусной инфекцией
	глутензависимой энтеропатией
284	Для клинической картины буллёзного пемфигоида характерно
	появление пузырей на фоне отёка и гиперемии
	появление напряжённых пузырей
	отсутствие отслоения эпидермиса при механическом воздействии на кожу в очагах поражения
	появление пузырей на фоне неизменённой кожи
	отслоение эпидермиса при механическом воздействии на кожу в очагах поражения
285	В процессе эволюции морфологических элементов при истинной пузырчатке возникают

	эрозии
	корки
	пигментация
	папулы
	бугорки
286	Диагноз герпетиформного дерматита Дюринга подтверждают
	положительная йодная проба Ядассона
	отрицательный симптом Никольского
	эозинофилия в мазке - отпечатке
	положительный симптом Никольского
	положительный симптом дамского каблучка
287	Пузыри располагаются субэпидермально при
	буллёзном пемфигоиде
	дерматите Дюринга
	рубцующемся пемфигоиде
	акантолитической пузырьчатке
	хронической доброкачественной семейной пузырьчатке
288	У больных дерматозом Дюринга отмечается непереносимость
	глютена
	йода
	брома
	мясных продуктов
	фруктов
289	Для дифференциальной диагностики буллёзного пемфигоида с целью выявления IgG-антител к белкам
	компонентов базальной мембраны кожи проводят
	иммуногистохимическое исследование биоптата
	иммунофлюоресцентное исследование биоптата
	биохимическое исследование крови

	клинический анализ крови
	серологическую диагностику
290	При буллёзном пемфигоиде в мазках отпечатках определяется
	большое количество эозинофилов
	отсутствие акантолитических клеток
	отсутствие эозинофилов
	большое количество акантолитических клеток
	большое количество нейтрофилов
291	Препаратами выбора для лечения буллёзного пемфигоида являются
	системные глюкокортикостероиды
	цитостатики
	β -адреномиметики
	β -адреноблокаторы
	м-холиномиметики
292	Хроническая доброкачественная семейная пузырчатка
	наследуется по аутосомно – доминантному типу
	наследуется по аутосомно – рецессивному типу
	развивается на фоне синдрома мальабсорбции
	имеет Х-сцепленный тип наследования
293	К развитию акантолиза при хронической доброкачественной семейной пузырчатке приводит
	дефект в тонофиламентных – десмосомных комплексах
	врожденная недостаточность клеточных мембран
	образование аутоантител
	непереносимость глютена
294	Акантолиз при хронической доброкачественной семейной пузырчатке возникает в результате
	активности бактерий

	трения
	чрезмерного УФ-облучения
	образования антител класса IgG и C ₃ компонента
	образования антител класса IgA
295	Для клинической картины хронической доброкачественной семейной пузырчатки характерно
	образование крупных пузырей с вялой покрывкой
	наличие положительного симптома Никольского
	поражение кожи задней поверхности шеи и крупных складок
	поражение волосистой части головы и разгибательных поверхностях конечностей
	наличие положительного симптома Бенъе
296	Особенностями клинической картины хронической доброкачественной семейной пузырчатки являются
	поражение кожи задней поверхности шеи и крупных складок
	отсутствие поражений на слизистых оболочках
	наличие в складках кожи на поверхности очагов извилистых щелевидных эрозий
	отрицательный симптома Никольского
	множественные уртикарные элементы
297	Частыми осложнениями хронической доброкачественной семейной пузырчатки являются
	бактериальная инфекция
	грибковая инфекция
	рубцовые изменения
	очаговая алопеция
	кольцевидная гранулёма
298	Дифференциальный диагноз хронической доброкачественной семейной пузырчатки проводят с
	акантолитической пузырчаткой
	дерматитом Дюринга
	кандидозом крупных складок
	дискоидной красной волчанкой

	вителиго
299	Наружную терапию хронической доброкачественной семейной пузырчатки проводят
	анилиновыми красителями
	растворами антисептиков
	кремами с антибиотиками
	сульфоновыми препаратами
	системными ретиноидами
300	Критерии эффективного лечения акантолитической пузырчатки
	отсутствие свежих буллезных высыпаний
	разрешение 2/3 очагов поражений
	положительный феномен Никольского
	наличие акантолитических клеток в мазках отпечатках
301	При недостаточной терапевтической эффективности системных глюкокортикостероидов у больных акантолитической пузырчаткой назначают
	фоскарнет
	дапсон
	метотрексат
	циклоспорин
	азатиоприн
1	Болезни придатков кожи
302	При акне поражаются
	сальные железы
	экринные потовые железы
	волосные фолликулы
	апокринные потовые железы
303	Розацеа чаще развивается у пациентов с
	1 и 2 фототипом кожи

	3 фототипом кожи
	4 фототипом кожи
	5 фототипом кожи
	6 фототипом кожи
304	Пик заболеваемости розацеа наблюдается в возрасте
	30-50 лет
	13-18 лет
	6-10 лет
	55-65 лет
	65 лет и старше
305	В патогенезе розацеа имеет значение повышение уровня белков
	кателицидинов
	реагинов
	ионов натрия
	субстанции Р
	катехоламинов
306	Розацеа - это ангионевроз с локализацией в зоне иннервации
	тройничного нерва
	лицевого нерва
	блуждающего нерва
	языкоглоточного нерва
	подъязычного нерва
307	К гипермеланозам относится
	хлоазма
	витилиго
	синдром Сезари
	постскабиозная лимфоплазия

	парапсориаз
308	К гипомеланозам относится
	витилиго
	хлоазма
	болезнь Аддисона
	бронзовый меланоз
	токсическая меланодермия
309	Скопление кожного сала и кератина в волосяном фолликуле клинически проявляется образованием
	комедона
	папулы
	пустулы
	бугорка
	волдыря
310	После разрешения акне могут оставаться
	рубцы
	эрозии
	вегетации
	лихенификация
	эксориации
311	Диагноз акне основывается на данных
	клинической картины
	общего анализа крови
	рентгена органов грудной клетки
	биохимического анализа крови
312	Ассоциированным с гнездной алопецией состоянием является
	аутоиммунное заболевание щитовидной железы

	псориаз
	дисфункция желудочно – кишечного тракта
	гипертоническая болезнь
	дисгидротическая экзема
313	Для субтотальной формы гнездной алопеции характерна потеря
	более 40% волос на коже волосистой части головы
	до 10% волос на коже волосистой части головы
	от 10 до 30% волос на коже волосистой части головы
	10-20% волос на коже волосистой части головы
	до 30% волос на коже волосистой части головы
314	Для омпалозиса характерно
	поражение с локализацией по краевой зоне роста волос в затылочной и височных областях
	частичное или полное диффузное поредение волос на волосистой части головы
	полная потеря терминальных волос на коже волосистой части головы
	отсутствие волос на коже волосистой части головы, в области роста бровей, ресниц, на коже туловища
315	Ведущее значение в повреждении меланоцитов и нарушении процессов меланогенеза в коже больных витилиго придается
	аутоиммунным механизмам
	вирусным инфекциям дыхательных путей
	дисфункции желудочно – кишечного тракта
	наличию Helicobacter pylori
	поликистозу яичников
316	По МКБ X витилиго относится к разделу
	другие болезни кожи и подкожной клетчатки
	инфекции кожи и подкожной клетчатки
	буллезные нарушения
	дерматит и экзема
	папулосквамозные нарушения

317	В развитии розацеа имеют значение
	сосудистые нарушения
	избыточная инсоляция
	гормональные нарушения
	непереносимость глютена
	дисфункция желудочно-кишечного тракта
318	Себорея способствует развитию
	акне
	экземы
	розацеа
	себорейного дерматита
	атопического дерматита
319	Подтипами розацеа являются
	эритемато-телеангиэктатический
	папуло-пустулезный
	фиматозный
	глазной
	эрозивный
320	Эритематозно-телеангиэктатический подтип розацеа характеризуется
	транзиторной /стойкой эритемой
	локализацией на щеках и боковых поверхностях носа
	субъективными ощущениями жжения и почесывания в области эритемы
	наличием папуло – везикулёзных элементов
	эрозивными дефектами кожи
321	Папуло - пустулёзный подтип розацеа характеризуется
	наличием папуло – пустулёзных элементов

	стойкой гиперемией в области высыпаний
	транзиторной эритемой
	наличием эрозивно-язвенных очагов
	генерализованным зудом
322	Дополнительными критериями розацеа у взрослых являются
	жжение/покалывание/отек лица
	сухость кожи лица
	воспалительные папулы/пустулы
	фолликулярный гиперкератоз
	очаги гипопигментации
323	Основным критерием розацеа у взрослых являются
	эритема, быстро исчезающая после воздействия раздражающего фактора
	стойкая эритема в центральной части лица, существующая в течение 3 месяцев
	очаги гипопигментации
	фолликулярный гиперкератоз, атрофия в очаге поражения
	сухость кожи лица
324	Признаками клинической прогрессии розацеа являются
	учащение эпизодов внезапного покраснения лица, появление телеангиэктазий, отечность лица
	папулы, пустулы, стойкая отечность лица, множественные телеангиэктазии
	уплотнение, ринофима
	диссеминированные папулёзные элементы с шелушением на поверхности
	генерализованный зуд кожных покровов
325	Системная терапия розацеа проводится
	антибактериальными препаратами
	цитостатиками
	ретиноидами
	ингибиторами ФНО

	антигистаминными препаратами
326	Для наружного лечения розацеа применяют
	метронидазол
	азелаиновую кислоту
	克林дамицин
	ивермектин
	ксантинола никотинат
327	Немедикаментозная терапия розацеа заключается в применении
	лазерных технологий
	криотерапии
	микротоковой терапии
	такролимуса
	изотретиноина
328	При розацеа противопоказано проведение
	химических пилингов
	физических пилингов
	термоактивных масок
	дермабразии
	криомассажа
329	Основными звеньями патогенеза акне являются
	увеличение продукции кожного сала
	фолликулярного гиперкератоза
	размножение <i>Propionibacterium acnes</i>
	воспаление
	непереносимость йода
330	Клиническими разновидностями акне являются

	комедональные
	папуло-пустулезные
	узловатые/ конглобатные
	фиматозные
	эритемато-телеангиэктатические
331	Себорейные участки кожи локализуются на
	волосистой части головы
	T-зоне лица
	верхней трети груди и спины
	верхних и нижних конечностях
	животе
332	Для лечения акне назначают системные антибактериальные препараты
	тетрациклин
	доксциклин
	пенициллин
	цефтриаксон
	азитромицин
333	Основными показаниями для назначения изотретиноина
	тяжелые формы акне
	акне, не поддающиеся другим видам терапии
	склонность к заживлению акне с образованием рубцов
	комедональные акне
	возраст пациентов с акне до 12 лет
334	Системная терапия акне проводится
	антибактериальными препаратами
	ретиноидами
	антигистаминными препаратами

	ангиопротекторами
335	Наружная терапия акне проводится
	топическими ретиноидами
	антибактериальными препаратами
	азелаиновой кислотой
	ингибиторами кальциневрина
	топическими кортикостероидами
336	При комедональных акне рекомендуется назначать
	топические ретиноиды
	бензоила пероксид
	азелаиновую кислоту
	антибактериальные препараты
	УФО
337	При папуло - пустулёзных акне рекомендуется назначать
	комбинации адапалена и бензоила пероксида
	комбинации клиндамицина и бензоила пероксида
	монотерапию антибактериальными препаратами для наружного применения
	облучение ультрафиолетовыми лучами
338	При узловатых акне у взрослых рекомендуется назначать
	изотретиноин
	комбинацию системных антибактериальных препаратов с наружным использованием азелаиновой кислоты
	монотерапию антибактериальными препаратами
	антигистаминные препараты
	блокаторы кальциевых каналов
339	Гнездная алопеция характеризуется
	аутоиммунным воспалением

	стойким/временным нерубцовым выпадением волос
	генетической предрасположенностью
	рубцовым выпадением волос
	системными поражениями внутренних органов
340	Триггерными факторами развития гнездной алопеции являются
	стрессы
	вирусные / инфекционные заболевания
	прием антибактериальных препаратов
	вакцинация
	водные процедуры, лечебная гимнастика
341	Клиническими формами гнездной алопеции в зависимости от объёма и типа облысения являются
	локальная (ограниченная)
	субтотальная
	тотальная
	универсальная
	мелкоочаговая
342	Стадия регресса гнездной алопеции характеризуется
	ростом веллюса
	частичным ростом терминальных пигментированных волос
	положительным симптомом расшатанных волос
	увеличением участков облысения
	наличием волос в форме восклицательного знака на пораженном участке в очаге облысения
343	У больных гнездной алопецией могут наблюдаться изменения ногтей в виде
	истончения
	онихомадезиза
	койлонихии
	лейконихии

	подногтевых гематом
344	Клиническая картина гнезной алопеции характеризуется наличием
	на коже очагов облысения с четкими границами
	поражения волос в виде восклицательного знака в очаге
	зоны «расшатанных волос» на границе очага
	растущих светлых пушковых волос в очаге
	пятнисто-папулёзных высыпаний на коже туловища
345	Дифференциальную диагностику гнезной алопеции проводят с
	трихотилломанией
	диффузной токсической алопецией
	микозами волосистой части головы
	вульгарным псориазом
	атопическим дерматитом
346	Наружная терапия гнезной алопеции проводится
	топическими стероидами
	миноксидилом
	настойкой красного перца
	метотрексатом
	циклоспорином
347	Витилиго характеризуется
	появлением депигментированных пятен на различных участках тела
	появлением обесцвеченных волос
	разрушением и уменьшением количества меланоцитов в коже
	увеличением количества меланоцитов в коже
	появлением на различных участках тела гиперпигментированных пятен
348	Типы (разновидности) витилиго

	несегментарное
	сегментарное
	недетерминированное/неклассифицированное
	стационарное
	интертригиозное
349	Дифференциальная диагностика витилиго проводится с
	депигментированным невусом
	склероатрофическим лихеном
	поствоспалительной лейкодермой
	дискоидной красной волчанкой
	контактным дерматитом
350	Наружная терапия витилиго проводится
	топическими глюкокортикостероидами
	топическими ингибиторами кальциневрина
	антибактериальными препаратами
	антигистаминными препаратами
	антисептическими растворами
351	К методам немедикаментозной терапии витилиго относится
	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм
	широкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (селективная фототерапия, длина волны 280—320 нм)
	ультрафиолетовое эксимерное лазерное излучение с длиной волны 308 нм
	ПУВА-терапия с пероральным применением фотосенсибилизатора
	криотерапия
1	Наследственные дерматозы
352	В соответствии с МКБ X врожденный буллезный эпидермолиз относится к группе заболеваний
	врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений
	буллёзных нарушений

	папулосквамозных заболеваний
	болезней придатков кожи
	инфекций кожи и подкожно-жировой клетчатки
353	Развитие врожденного буллезного эпидермолиза обусловлено
	мутациями генов, кодирующих структурные белки кожи
	образованием аутоантител
	воздействием инфекционных агентов
	аллергической реакцией немедленного типа
	аллергической реакцией замедленного типа
354	Пузыри при простом буллёзном эпидермтолизе образуются
	интраэпидермально
	в светлой пластинке базальной мембраны эпидермиса
	под плотной пластинкой базальной мембраны эпидермиса
	на разных уровнях эпидермиса
	субэпидермально
355	Пузыри при пограничном буллёзном эпидермтолизе образуются
	в светлой пластинке базальной мембраны эпидермиса
	интраэпидермально
	под плотной пластинкой базальной мембраны эпидермиса
	на разных уровнях эпидермиса
	субэпидермально
356	Пузыри при дистрофическом буллёзном эпидермтолизе образуются
	под плотной пластинкой базальной мембраны эпидермиса
	интраэпидермально
	в светлой пластинке базальной мембраны эпидермиса
	на разных уровнях эпидермиса
	субдермально

357	Ихтиоз относится к группе
	наследственных дерматозов
	папулосквамозных дерматозов
	болезней придатков кожи
	инфекций кожи и подкожно-жировой клетчатки
	буллёзных нарушений
358	Характер наследования вульгарного ихтиоза
	аутосомно-доминантный
	аутосомно-рецессивный
	X-сцепленный доминантный
	X-сцепленный рецессивный
	Y-сцепленный
359	Развитие вульгарного ихтиоза обусловлено
	нарушением экспрессии белка профилаггрина
	нарушением экспрессии стероидной сульфатазы
	образованием аутоантител
	воздействием инфекционных агентов
	аллергической реакцией немедленного типа
360	Развитие X-сцепленного ихтиоза обусловлено
	нарушением экспрессии стероидной сульфатазы
	нарушением экспрессии белка профилаггрина
	образованием аутоантител
	воздействием инфекционных агентов
	аллергической реакцией немедленного типа
361	Характер наследования ихтиоза плода
	аутосомно-рецессивный

	аутосомно-доминантный
	X-сцепленный доминантный
	X-сцепленный рецессивный
	Y-сцепленный
362	Комплекс изменений лица, включающих эктропион, экслабион, монголоидный разрез глаз, врожденную деформацию ушных раковин, характерен для
	врожденного ихтиоза
	буллезного эпидермолиза
	склеродермии
	атопического дерматита
	нейрофиброматоза
363	Системная терапия вульгарного ихтиоза проводится
	ретинолом
	цефтриаксоном
	хлоропирамином
	глюконатом кальция
	эналаприлом
364	Для буллезной формы врожденной ихтиозиформной эритродермии характерно появление
	пузырей с вялой покрывкой на фоне эритемы вскоре после рождения
	уртикарных элементов на неизменённой коже
	папулёзных высыпаний на разгибательных поверхностях
	розеолёзных элементов на ладонях и подошвах
	эрозивно-язвенных поражений в области голеней
365	Для гистологической картины вульгарного ихтиоза характерно наличие
	фолликулярного гиперкератоза
	вакуольной дистрофии
	спонгиоза
	акантолиза

	папилломатоза
366	Вульгарный ихтиоз ассоциируется с
	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
	склеродермией
	истинной пузырчаткой
	красным плоским лишаем
367	При буллёзном эпидермолизе в результате мутаций выявлены следующие нарушения
	отсутствие синтеза белков
	синтез белка с нарушениями структуры
	синтез функционально неполноценного белка
	избыточный синтез белка с полноценной структурой
	синтез белка с полноценной структурой в достаточном количестве
368	Буллёзный эпидермолиз развивается в результате нарушения синтеза белков
	плакофилина-1, плектина
	коллагена VII и XVII типов
	интегрина $\alpha\beta 4$, ламинина-332
	десмоплакина
	коллагеназы
369	Основными типами буллёзного эпидермолиза являются
	простой буллезный эпидермолиз
	пограничный буллезный эпидермолиз
	дистрофический буллезный эпидермолиз
	синдром Киндлер
	вульгарный
370	Для клинической картины простого буллёзного эпидермолиза характерно

	появление пузырей на участках кожи, подвергшихся механическому воздействию
	заживление очагов без атрофии
	улучшение течения заболевания в подростковом возрасте
	нормальное физическое развитие ребёнка
	спонтанное возникновение пузырей на любом участке кожи и/или слизистых оболочках
371	Для клинической картины дистрофического буллёзного эпидермолиза характерно
	спонтанное возникновение пузырей на любом участке кожи и/или слизистых оболочках
	явления атрофии после заживления дефектов
	отставание физического развития ребёнка
	физическое развитие ребёнка в соответствии с возрастом
	появление пузырей на участках кожи, подвергшихся механическому воздействию
372	Диагностика врожденного буллезного эпидермолиза основана на
	анализе данных анамнеза, клинической картины
	гистологическом исследовании биоптата кожи
	рентгенологическом исследовании органов грудной клетки
	ультразвуковом исследовании органов брюшной полости
	MPT головного мозга
373	Исследование биоптатов кожи больных врождённым буллёзным эпидермолизом с помощью непрямой реакции иммунофлюоресценции используется для определения
	экспрессии структурных белков кожи в зоне дермо-эпидермального соединения
	уровня образования пузыря
	клеточного состава материала
	IgA в зоне поражения
	IgG в зоне поражения
374	Дифференциальная диагностика врождённого буллёзного эпидермолиза у детей проводится с
	IgA-линейным дерматозом
	эксфолиативным дерматитом Риттера
	буллезной врожденной ихтиозиформной эритродермией

	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
375	Терапия больных врождённым буллёзным эпидермолизом заключается в
	уходе за поражённой и непоражённой кожей
	лечении поражений кожи и слизистых оболочек
	лечении и профилактике осложнений заболевания
	проведении этиотропной терапии
	проведении патогенетической терапии
376	Больным врождённым буллёзным эпидермолизом с целью наружной терапии эрозивных и язвенных поверхностей назначают
	растворы антисептиков
	стимуляторы регенерации тканей
	топические антибактериальные и комбинированные средства
	нестероидные противовоспалительные средства
	блокаторы H1-гистаминовых рецепторов
377	Характер наследования врождённого буллёзного эпидермолиза
	аутосомно-доминантный
	аутосомно-рецессивный
	X-сцепленный доминантный
	X-сцепленный рецессивный
	Y-сцепленный
378	Для вульгарного ихтиоза характерно
	наличие фолликулярного гиперкератоза, шелушения, выраженного рисунка на ладонях и подошвах
	появление клинических симптомов на первом году жизни (в 3—7 месяцев)
	наличие заболевания у родственников пациента 1-й и 2-й степеней родства как женского, так и мужского пола
	сезонность в течение заболевания (улучшение в летнее время и усиление клинических проявлений в зимний период)
	наличие папуло – везикулёзных распространённых высыпаний

379	Для ихтиоза, связанного с X-хромосомой характерно
	наличие заболевания у родственников пациента 1-й и 2-й степеней родства мужского пола
	появление клинических симптомов с рождения или с первых недель жизни
	появление клинических симптомов на первом году жизни (в 3—7 месяцев)
	наличие заболевания у родственников пациента 1-й и 2-й степеней родства как женского, так и мужского пола
	наличие папуло – везикулёзных распространённых высыпаний
380	Для клинической картины ихтиоза плода характерно наличие
	тотального поражения кожи в виде рогового панциря
	деформации лица
	резко выраженного эктропиона
	деформации ушных раковин, утолщения губ
	эритематозно-сквамозных очагов на коже верхних и нижних конечностей
381	Для верификации диагноза «ихтиоз» проводят
	гистологическое исследование биоптатов кожи
	электронно-микроскопическое исследование кожи
	рентгенологическом исследовании органов грудной клетки
	ультразвуковом исследовании органов брюшной полости
	МРТ головного мозга
382	Кератолитическим действием обладают средства, содержащие
	мочевину
	салициловую кислоту
	молочную кислоту
	гликолевую кислоту
	д-пантенол
383	Смягчающим и увлажняющим действием обладают
	крем с эргокальциферолом

	мазь с ретинолом 0,5%
	салициловая мазь 5%
	бетаметазона дипропионат
	мазь с такролимусом 0,03%
384	Наружная терапия ихтиоза проводится
	кератолитическими средствами
	смягчающими средствами
	увлажняющими средствами
	антигистаминными средствами
	противовоспалительными средствами
385	Клиническая картина энтеропатического акродерматита характеризуется
	периферическим дерматитом
	алопецией
	диареей
	бороздами Бо-Рейля на ногтях
	гипертрихозом
386	Основные очаги поражения при энтеропатическом дерматите локализуются
	на дистальных отделах конечностей
	периорифициально
	в аногенитальной области
	на коже груди и живота
	на коже спины
387	Акродерматит энтеропатический
	заболевание с аутосомно – рецессивным типом наследования
	возникает в результате нарушения всасывания цинка
	заболевание с аутосомно – доминантным типом наследования
	возникает в результате нарушения всасывания магния

	заболевание с Х-сцепленным типом наследования
388	Для клинической картины болезни Реклингхаузена характерно наличие пятен цвета кофе с молоком на ладонях коричневого цвета до 2 см в диаметре синюшного цвета типа веснушек в крупных складках ярко-красного цвета
389	Нейрофибромы характеризуются появлением на любом участке тела мягкой консистенцией развитием из нервных окончаний развитием из мезодермы плотной консистенцией
390	Аутосомно – доминантный тип наследования наблюдается при вульгарном ихтиозе нейрофиброматозе энтеропатическом акродерматите простом контактном дерматите склеродермии
391	Аутосомно – рецессивный тип наследования наблюдается при дистрофическом буллёзном эпидермолизе энтеропатическом акродерматите ихтиозе плода очаговой алопеции вульгарном псориазе
392	К группе наследственных дерматозов относятся

	буллёзный эпидермтолиз
	ихтиоз
	нейрофиброматоз
	дискоидная красная волчанка
	истинная пузырчатка
393	Критериями болезни Реклингхаузена является наличие
	шести или более пятен диаметром более 5 мм
	двух и более нейрофибром
	пятен типа веснушек с локализацией в крупных складках
	первой степени родства с больным нейрофиброматозом
	фолликулярного гиперкератоза
394	Для кератодермии Унны - Тоста характерно
	начало заболевания на 1-2 году жизни
	наследование по аутосомно – доминантному типу
	наличие кератоза стоп и ладоней с чёткой демаркационной линией в виде эритемы
	наличие очагов кератоза на коже туловища
	наличие распространённых пятнисто-папулёзных высыпаний
395	Для кератодермии полосовидной Брюнауэра - Фухса характерно
	наследование по аутосомно – доминантному типу
	образование линейных очагов гиперкератоза на ладонях и подошвах
	наличие кератоза стоп и ладоней с чёткой демаркационной линией в виде эритемы
	наличие очагов кератоза на коже туловища
	наличие распространённых пятнисто-папулёзных высыпаний
396	Для болезни Меледа характерно
	наследование по аутосомно – рецессивному типу
	наличие гиперкератоза ладоней и подошв с резкой демаркацией
	распространение гиперкератоза на тыльную поверхность кистей и свод стоп

	наличие 5 и более пятен цвета «кофе с молоком»
	наличие распространённых пятнисто-папулёзных высыпаний
397	К наследственным кератодермиям относится
	болезнь Меледа
	кератодермия Унны - Тоста
	синдром Папийона - Лефевра
	нейрофиброматоз
	акродерматит энтеропатический
398	Для синдрома Папийона - Лефевра характерно
	наследование по аутосомно – рецессивному типу
	наличие ладонно – подошвенного кератоза
	поражение зубов
	наличие 5 и более пятен цвета «кофе с молоком»
	наличие распространённых пятнисто-папулёзных высыпаний
399	Лечение кератодермий проводят
	кератолитическими наружными средствами
	витаминами группы А, Е, В
	кортикостероидами
	антигистаминными средствами
	нестероидными противовоспалительными средствами
400	Лечение нейрофиброматоза
	симптоматическое
	хирургическое (по показаниям)
	этиотропное
	патогенетическое
401	Направления терапии энтеропатического акродерматита

	восполнение дефицита цинка
	купирование диареи
	лечение инфекционных осложнений
	устранение гиперкератоза
	защита кожи от фотоповреждений
1	Дерматозы неясной этиологии
402	Васкулиты - это
	полиэтиологические заболевания иммунокомплексного генеза
	заболевания, обусловленные наличием бактериальной инфекции
	аутоиммунные заболевания
	заболевания, обусловленные непереносимостью глютена
	заболевания, обусловленные наличием бактериальной инфекцией грибковой
403	К группе дермо-гиподермальных васкулитов относится
	ливедо-ангиит
	полиморфный дермальный васкулит
	хроническая пигментная пурпура
	узловатый васкулит
404	Папулонодулярный тип полиморфного дермального васкулита характеризуется
	наличием на коже воспалительных узелков округлой формы величиной 4 – 8 мм
	волдырями различной величины на разных участках кожи
	полушаровидными воспалительными узелками, с некрозом в центре
	невоспалительным характером высыпаний
	поражением кожи туловища, верхних конечностей, лица
405	Папуло-некротический тип полиморфного дермального васкулита в первую очередь дифференцируют с
	папуло-некротическим туберкулезом кожи
	микробной экземой
	вульгарным псориазом

	плоским лишаем
	атопическим дерматитом
406	Пустулёзно-язвенный тип полиморфного дермального васкулита характеризуется наличием
	везикулопустул, трансформирующихся в язвенные очаги
	геморрагических высыпаний
	воспалительных узелков округлой формы величиной 4 – 8 мм
	уртикарных элементов различной величины на разных участках кожи
407	Синонимом лихеноидного типа хронической пигментной пурпуры является
	пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро-Блюма
	телеангиэктатическая пурпура Майокки
	стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга
	экзематозная пурпура Дукаса-Капетанакиса
	пурпура Шенлейна-Геноха
408	Синонимом петехиального типа хронической пигментной пурпуры является
	стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга
	пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро-Блюма
	телеангиэктатическая пурпура Майокки
	экзематозная пурпура Дукаса-Капетанакиса
	пурпура Шенлейна-Геноха
409	Синонимом телеангиэктатического типа хронической пигментной пурпуры является
	телеангиэктатическая пурпура Майокки
	экзематозная пурпура Дукаса-Капетанакиса
	пурпура Шенлейна-Геноха
	стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга
	пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро-Блюма
410	Синонимом экзематозного типа хронической пигментной пурпуры является

	экзематоидная пурпура Дукаса-Капетанакиса
	пурпура Шенлейна-Геноха
	стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга
	пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро-Блюма
	телеангиэктатическая пурпура Майокки
411	Для подтверждения диагноза васкулит I степени активности, требуется проведение
	гистологического исследования
	общего анализа крови и общего анализа мочи
	биохимическое исследование крови
	серологического исследования
	иммуноферментного анализа
412	Полиморфный дермальный васкулит, сопровождающийся формированием язвенно-некротических очагов, дифференцируют с
	глубокой пиодермией
	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
	дисгидротической экземой
	токсикодермией
413	Экзематоидный тип пигментной пурпуры нужно дифференцировать с
	нуммулярной экземой
	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
	токсикодермией
	глубокой пиодермией
414	Лечение полиморфного дермального васкулита I степени активности рекомендуется проводить
	нестероидными противовоспалительными препаратами
	ненаркотическими анальгетиками
	ноотропными средствами

	холиномиметиками
	адренергическими средствами
415	Лечение полиморфного дермального васкулита II степени активности рекомендуется начинать с назначения
	системных глюкокортикостероидов
	ненаркотических анальгетиков
	ноотропных средств
	антигистаминных препаратов
	адренергических средств
416	Кольцевидная гранулёма проявляется
	кольцевидно расположенными папулами
	плоскими папулёзными элементами округлых очертаний
	эрозией с фестончатыми краями
	папулёзными элементами с мелкопластинчатым шелушением на поверхности
	папулами полигональной формы
417	Васкулиты часто развиваются на фоне
	бактериальных, вирусных инфекций
	приема лекарственных средств
	заболеваний ЦНС
	заболеваний вегетативной нервной системы
	заболеваний почек
418	Провоцирующими факторами, способствующими развитию васкулитов, являются
	эндокринопатии
	обменные нарушения
	гипертоническая болезнь
	мигрень
	ретинопатия

419	К группе дермальных васкулитов относится
	полиморфный дермальный васкулит
	хроническая пигментная пурпура
	ливедо-ангиит
	узловатый васкулит
420	Общие признаки васкулитов
	симметричный воспалительный характер поражения
	преимущественная локализация очагов поражения на нижних конечностях
	невоспалительный характер поражения
	преимущественная локализация очагов поражения на туловище и волосистой части головы
	наличие мономорфных высыпаний
421	В зависимости от вида морфологических элементов типами полиморфного дермального васкулита являются
	уртикарный
	геморрагический
	петехиальный
	телеангиоэктатический
	экзематозидный
422	Уртикарный тип полиморфного дермального васкулита характеризуется
	волдырями различной величины на разных участках кожи
	стойкими высыпаниями, сохраняющимися на протяжении 1—3 суток и более
	геморрагическими пальпируемыми высыпаниями
	воспалительными узелками округлой формы величиной 4 – 8 мм
	полусферическими воспалительными узелками, с некрозом в центре
423	Геморрагический тип полиморфного дермального васкулита характеризуется
	петехиальными или пурпурозными высыпаниями
	симметричными поражениями кожи чаще всего нижних конечностей
	волдырями различной величины на разных участках кожи

	полушаровидными воспалительными узелками, с некрозом в центре
	образованием мелких «штампованных» рубчиков после разрешения морфологических элементов
424	Помимо геморрагической сыпи пурпура Шенлейна-Геноха характеризуется
	лихорадкой, артралгиями
	болями в животе, кровянистым стулом
	отсутствием температурной реакции
	отсутствием нарушений общего состояния
	светобоязнью, кератоконъюнктивитом
425	Папуло-некротический тип полиморфного дермального васкулита характеризуется
	полушаровидными воспалительными нешелушающимися узелками с сухим некрозом в центре
	наличием мелких «штампованных» рубчиков после рассасывания папул
	стойкими уртикарными высыпаниями
	пальпируемой геморрагической пурпурой
	болями в животе, артралгиями, лихорадкой
426	Некротически-язвенный тип полиморфного дермального васкулита характеризуется
	некрозом в виде обширного черного струпа
	острым началом, тяжелым течением
	полушаровидными воспалительными нешелушающимися узелками с сухим некрозом в центре
	наличием мелких «штампованных» рубчиков после рассасывания папул
	стойкими уртикарными высыпаниями
427	I степени активности кожного процесса при васкулитах соответствует
	ограниченный характер поражения кожи
	отсутствие отклонений лабораторных показателей от нормальных величин
	диссеминированный характер высыпаний
	нарушение общего состояния
	отклонение лабораторных показателей от нормальных величин

428	II степени активности кожного процесса при васкулитах соответствует
	кожный процесс диссеминированного характера, нарушение общего состояния
	отклонение лабораторных показателей от нормальных величин
	ограниченный характер поражения кожи
	отсутствие отклонений лабораторных показателей от нормальных величин
	отсутствие признаков вовлечения в процесс внутренних органов
429	Характерными патогистологическими признаками васкулитов, ограниченных кожей, являются
	изолированное воспаление сосудистой стенки
	набухание и пролиферация эндотелия кровеносных сосудов
	отсутствие инфильтрации сосудистых стенок
	отсутствие явления лейкоцитоклазии
	отсутствие фибриноидных изменений сосудистых стенок и окружающей ткани
430	Показаниями к госпитализации при васкулитах являются
	васкулиты, ограниченные кожей, II степени активности
	васкулиты, ограниченные кожей, I степени активности в прогрессирующую стадию при отсутствии эффекта от лечения в амбулаторных условиях
	васкулиты, ограниченные кожей, I степени активности без признаков системного поражения
	васкулиты, ограниченные кожей, I степени активности с положительными результатами лечения
	васкулиты, ограниченные кожей, I степени активности без отклонений лабораторных показателей от нормальных величин
431	Препаратами выбора для лечения полиморфного дермального васкулита I степени активности из группы нестероидных противовоспалительных препаратов являются
	нимесулид
	мелоксикам
	гидроксихлорохин
	левоцитеризин
	ципрофлоксацин

432	Препаратами выбора для лечения полиморфного дермального васкулита II степени активности из группы системных глюкокортикостероидов являются
	преднизолон
	бетаметазон
	мелоксикам
	гидроксихлорохин
	левоцитеризин
433	Лечение хронической пигментной пурпуры проводится препаратами следующих групп
	хинолинами
	ангиопротекторами
	системными глюкокортикостероидами
	нестероидными противовоспалительными препаратами
	антигистаминными препаратами
434	Локализованная кольцевидная гранулёма наблюдается преимущественно у
	детей
	лиц молодого возраста
	лиц пожилого возраста
	мужчин
	лиц старческого возраста
435	Папулы при локализованной кольцевидной гранулёме
	мелкие 1-5 мм в диаметре
	гладкие полушаровидные
	слегка уплощенные
	блестящие розового цвета
	гиперпигментированные с углублением в центре
436	При диссеминированной форме кольцевидной гранулёмы необходимо назначить
	топические глюкокортикостероиды
	токоферола ацетат и/или фототерапия

	адреноблокаторы
	противовирусные препараты
	антигистаминные препараты
437	К немедикаментозной терапии кольцевидной гранулёмы относится
	криотерапия
	фототерапия
	иммуномодулирующая терапия
	химиотерапия
	химическая деструкция
438	Провоцирующими факторами возникновения кольцевидной гранулёмы являются
	сахарный диабет
	проведение туберкулиновых проб
	травмы кожи
	солнечные ожоги
	табакокурение
439	Дифференциальную диагностику кольцевидной гранулёмы проводят с
	липоидным некробиозом
	ревматоидными узелками
	мелкоузелковым саркоидозом
	красным плоским лишаём
	микробной экземой
440	Патологические элементы локализованной кольцевидной гранулёмы располагаются преимущественно на
	тыльной поверхности кисти
	ладонной поверхности кисти
	тыльной поверхности стоп
	подошвенной поверхности стопы
	передней поверхности голеней

441	Беременным женщинам с кольцевидной гранулёмой назначают
	очень сильные топические глюкокортикостероиды
	токоферола ацетат
	адреномиметики
	криотерапию
	антигистаминные препараты
442	Целью лечения кольцевидной гранулёмы является
	снижение количества высыпаний более чем на 50%
	регресс высыпаний
	частичное разрешение высыпаний
	увеличение индекса качества жизни (DLQI) более чем на 50%
	отсутствие рецидивов
1	Дерматоонкология
443	Киста – это
	патологическое образование, имеющее стенку и содержимое
	доброкачественная опухоль из железистого эпителия
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
	доброкачественное меланоцитарное новообразование
	доброкачественная опухоль внутридермального протока потовых желез
444	Аденома - это
	доброкачественная опухоль из железистого эпителия
	патологическое образование, имеющее стенку и содержимое
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
	доброкачественное меланоцитарное новообразование
	доброкачественная опухоль внутридермального протока потовых желез
445	Карцинома - это

	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
	доброкачественная опухоль из железистого эпителия
	патологическое образование, имеющее стенку и содержимое
	доброкачественное меланоцитарное новообразование
	доброкачественная опухоль внутридермального протока потовых желез
446	Эритроплазия Кейра локализуется на
	головке полового члена
	волосистой части головы
	коже туловища
	коже верхних конечностей
	слизистой оболочке полости рта
447	Голубой невус - это
	разновидность пигментного невуса дермального меланоцитарного происхождения
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
	доброкачественная опухоль из железистого эпителия
	патологическое образование, имеющее стенку и содержимое
	доброкачественная опухоль внутридермального протока потовых желез
448	Гало-невус - это
	невоклеточный невус, окружённый депигментированным ободком
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
	доброкачественная опухоль из железистого эпителия
	патологическое образование, имеющее стенку и содержимое
	доброкачественная опухоль внутридермального протока потовых желез
449	Невус Ото – это
	нарушение пигментации в зоне иннервации глазного и верхнечелюстного нервов
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
	доброкачественная опухоль внутридермального протока потовых желез

	невоклеточный невус, окружённый депигментированным ободком
	патологическое образование, имеющее стенку и содержимое
450	Меланома - это
	злокачественная опухоль меланоцитарного происхождения
	доброкачественная опухоль внутридермального протока потовых желез
	невоклеточный невус, окружённый депигментированным ободком
	патологическое образование, имеющее стенку и содержимое
	нарушение пигментации в зоне иннервации глазного и верхнечелюстного нервов
451	Злокачественной меланоцитарной опухолью является
	меланома
	базалиома
	кератоакантома
	дерматофиброма
	папиллома
452	Дерматоскопическим признаком дермального невуса является
	феномен «булыжной мостовой»
	феномен «сине-белой вуали»
	гетерогенность цвета
	феномен белая пелена
	феномен «звёздные вспышки»
453	Болезнь Боуэна - это
	внутриэпидермальный плоскоклеточный рак кожи
	карцинома протока потовых желез
	доброкачественное образование кожи
	злокачественное образование меланоцитарного происхождения
	базальноклеточный рак кожи

454	Пациентам с невусом Шпиц необходимо рекомендовать
	хирургическое иссечение образования
	динамическое наблюдение
	санаторно-курортное лечение
	медикаментозное лечение
	химиотерапию
455	Хроническая трещина красной каймы губы является
	факультативным предраком
	вирус-ассоциированным предраком
	облигатным предраком
	злокачественным новообразованием
	доброкачественным образованием
456	Саркома Капоши - это
	неопластический процесс, развивается из эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов
	злокачественный процесс, развивается из клеток меланоцитов
	внутриэпидермальный плоскоклеточный рак кожи
	доброкачественная опухоль внутридермального протока потовых желез
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
457	Эпидемический тип саркомы Капоши ассоциирован с
	ВИЧ-инфекцией
	гриппом
	ветряной оспой
	стафилококковой инфекцией
	псориазом
458	Доброкачественными новообразованиями являются
	гамартомы
	невусы

	кисты
	аденомы
	карциномы
459	Неинвазивными методами диагностики новообразований кожи являются
	оптические
	ультразвуковые
	биопсия эксцизионная
	панч-биопсия
	кюретаж
460	Эпителиальными доброкачественными новообразованиями являются
	папиллома
	себорейный кератоз
	фиброэпителиальный полип
	кератоакантома
	папилломатозный невус
461	Методом лечения папилломы является
	электрокоагуляция
	радиоволновое удаление
	криодеструкция
	лучевая терапия
	химиотерапия
462	Актинический кератоз
	развивается вследствие повреждающего воздействия солнечных лучей
	локализуется на открытых участках тела
	локализуется на слизистых оболочках
	развивается вследствие инфицирования
	развивается вследствие стойкого расширения капилляров

463	Плоскоклеточным раком in situ является
	болезнь Боуэна
	эритроплазия Кейра
	папиллома
	фиброэпителиальный полип
	себорейный кератоз
464	Злокачественными эпителиальными новообразованиями являются
	плоскоклеточный рак
	базальноклеточный рак
	эритроплазия Кейра
	фиброэпителиальный полип
	себорейный кератоз
465	Для невуса Шпиц характерно
	наличие узелка розового цвета до 1 см в диаметре с гладкой поверхностью
	локализация на коже головы, шеи
	локализация на коже туловища
	наличие множественных узелков чёрного цвета
	наличие персистирующего зуда кожи в области образования
466	Диагностический алгоритм меланомы ABCD включает оценку следующих характеристик образования
	асимметрия
	границы
	цвет
	дерматоскопические структуры
	размер образования
467	Дерматоскопическими признаками меланомы являются
	бело-голубая вуаль

	многоцветность образования
	псевдоподии
	глобулярные структуры по типу булыжной мостовой
	равномерная однородная структура рисунка
468	Признаком малигнизации хронической трещины красной каймы губ является
	исчезновение болезненности
	уплотнение краев и основания
	безуспешность консервативного лечения
	эпителизация трещины
	гиперплазия слюнных желёз
469	Признаками малигнизации невуса являются
	изменение пигментации
	быстрый рост
	появление зуда, жжения, покалывания
	изменение формы, границ образования
	рост пушковых волос
470	Типы саркомы Капоши
	классическая (идиопатическая)
	эндемическая форма (африканская)
	ВИЧ-ассоциированная (эпидемическая)
	иммуносупрессивная (ятрогенная)
	кавернозная
471	Для клинической картины опухолевой стадии саркомы Капоши характерно наличие
	узлов красно-синюшного цвета размером от 1-2 до 5 см
	болезненности образований
	папулёзных элементов с белесоватыми чешуйками на поверхности
	уртикарных зудящих высыпаний

	пузырей на слизистой оболочке полости рта
472	Клиническими стадиями развития саркомы Капоши являются
	пятнистая
	папулёзная
	опухолевая
	стационарная
	регрессирующая
473	К сосудистым новообразованиям относят
	ювенильную гемангиому
	старческую гемангиому
	базалиому
	папиллому
	фиброму
474	Пламенеющий невус - это
	врожденный анатомический порок развития сосудов кожи
	образование неправильных очертаний с чёткими границами
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
	узелок розового цвета до 1 см в диаметре с гладкой поверхностью
	образование меланоцитарного происхождения
475	Невус Унны
	наследуется по аутосомно – доминантному типу
	локализуется на коже головы (часто в области затылка)
	разрешается самостоятельно
	наследуется по аутосомно – рецессивному типу
	локализуется на коже нижних конечностей
476	Доброкачественными фиброгистиоцитарными опухолями являются

	фиброма
	дерматофиброма
	ксантома
	базалиома
	саркома Капоши
477	Дерматофиброма - это
	доброкачественная опухоль соединительной ткани
	плотное внутрикожное образование с гладкой поверхностью
	образование, имеющее полость и оболочку
	врожденный анатомический порок развития сосудов кожи
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
478	Ксантомы – это
	это мягкие бляшки жёлтого цвета 2-4 мм в диаметре
	локализуются в толще век и вокруг глаз
	свидетельствуют о нарушениях липидного обмена
	это врожденный анатомический порок развития сосудов кожи
	это злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
479	К паранеоплазиям относят
	акантоз чёрный
	акрокератоз паранеопластический
	ихтиоз приобретённый
	базалиому
	невус Ото
480	К клиническим формам чёрного акантоза относится
	доброкачественный (юношеский)
	симптоматический
	псевдоакантоз

	злокачественный
	псориазиформный
481	Клиническими симптомами чёрного акантоза являются
	гиперпигментация, гиперкаратоз, папилломатоз
	локализация в крупных складках шейноворотниковой зоны и аногенитальной области
	зуд в области поражения
	локализация на разгибательных поверхностях конечностей
	эритема и шелушение кожи дистальных отделов конечностей
482	Пузырчатка паранеопластическая
	это аутоиммунное заболевание с поражением кожи и слизистых оболочек
	протекает на фоне лимфопролиферативных заболеваний
	характеризуется возникновением пузырей в результате акантолиза
	характеризуется возникновением диссеминированных уртикарных высыпаний
	возникает на фоне непереносимости глютена
483	К Т-клеточным лимфомам относят
	грибовидный микоз
	синдром Сезари
	первичную кожную фолликулярную лимфому
	панникулитоподобную Т-клеточную лимфому подкожной жировой клетчатки
	первичную кожную В-клеточную лимфому маргинальной зоны
484	К В-клеточным лимфомам относят
	первичную кожную фолликулярную лимфому
	первичную кожную В-клеточную лимфому маргинальной зоны
	первичную кожную диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому, тип нижних конечностей
	грибовидный микоз
	синдром Сезари

485	Грибовидный микоз
	это первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи
	характеризуется пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами
	это первичная кожная В-клеточная лимфома маргинальной зоны
	врожденный анатомический порок развития сосудов кожи
	злокачественное новообразование из эпителиальной ткани
486	Стадии классического варианта течения грибовидного микоза
	пятнистая (эритематозная)
	бляшечная
	опухолевая
	язвенная
	веррукозная
487	Для клинической картины опухолевой стадии грибовидного микоза характерно наличие
	зуда кожи
	множественных бляшек и узлов красно-бурого цвета
	эфемерных уртикарных элементов
	мономорфных папулёзных высыпаний на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов
	пустулёзных элементов на волосистой части головы
488	К немедикаментозным методам лечения грибовидного микоза относятся
	фототерапия УФ-В
	ПУВА-терапия
	лучевую терапию
	наружную терапию топическими стероидами
	химиотерапия
489	Синдром Сезари
	является Т-клеточной лимфомой кожи
	характеризуется генерализованным поражением кожных покровов

	характеризуется генерализованной лимфаденопатией
	характеризуется наличием циркулирующих злокачественных Т-лимфоцитов
	это аутоиммунное заболевание с поражением кожи и слизистых оболочек
490	Для клинической картины лимфоидного папулёза характерно наличие
	быстрорастущих бессимптомных папул красного или синюшно-красного цвета до 2 см
	гиперпигментных пятен /атрофических рубчиков после разрешения элементов
	уртикарных элементов
	мономорфных папулёзных высыпаний на сгибаемых поверхностях лучезапястных суставов
	пустулёзных элементов на волосистой части головы
491	Критериями диагностики синдрома Сезари являются
	генерализованная эритродермия
	наличие в крови доминантного клона Т-лимфоцитов
	содержание клеток Сезари, CD3+ или CD4+ клеток в крови
	отсутствие предшествующего грибovidного микоза
	гиперпигментированные пятна /атрофические рубчики после разрешения папул
492	Дополнительными методами диагностики хронической эритродермии неясной этиологии являются
	гистологическое исследование
	иммуногистохимическое исследование
	молекулярно-биологическое исследование
	рентгенологическое
	ультразвуковое
1	Сифилис
493	Инкубационный период сифилиса составляет
	21-28 дней
	5-7 дней
	1-4 дней
	6 месяцев

	8 месяцев
494	Возбудителем сифилиса является
	<i>Treponema pallidum</i>
	<i>Haemophilus ducreyi</i>
	<i>Trichomonas vaginalis</i>
	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
495	Реинфекция сифилиса - это
	повторное заражение сифилисом после излечения
	повторное заражение сифилисом неизлеченного больного
	первичное заражение сифилисом
	инфицирование ВИЧ-инфекцией
	сочетанная инфекция <i>Treponema pallidum</i> и <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
496	Суперинфекция сифилиса - это
	повторное заражение сифилисом неизлеченного больного
	повторное заражение сифилисом после излечения
	первичное заражение сифилисом
	сочетанная инфекция <i>Treponema pallidum</i> и ВИЧ
	сочетанная инфекция <i>Treponema pallidum</i> и <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
497	Обезглавленный сифилис возникает при
	трансфузионном пути инфицирования
	контактно-бытовом пути инфицирования
	половом пути инфицирования
	вертикальном пути инфицирования
	трансплацентарном пути инфицирования
498	Латентный сифилис характеризуется

	положительными серологическими реакциями на сифилис без клинической картины трепонемной инфекции
	положительными серологическими реакциями на сифилис и клинической картиной трепонемной инфекции
	отрицательными серологическими реакциями на сифилис
	положительными серологическими реакциями на сифилис и гуммозными поражениями голеней
	положительными серологическими реакциями на сифилис и диссеминированными пятнисто – папулёзными высыпаниями
499	Шанкр-амигдалит - это
	увеличение, уплотнение миндалины при отсутствии эрозивно-язвенных дефектов и болезненности
	эрозивно-язвенный дефект на миндалине с резкой болезненностью
	поражение дистального отдела фаланги пальца
	эрозивно-язвенный дефект на слизистых оболочках половых органов
500	Шанкр панариций - это
	увеличение и уплотнение миндалины при отсутствии эрозивно-язвенных дефектов
	эрозивно-язвенный дефект на миндалине
	поражение дистального отдела фаланги пальца
	эрозивно-язвенный дефект на слизистых оболочках половых органов
	острое воспаление небных миндалин, сопровождающееся резкой болезненностью
501	Вторичные сифилиды характеризуются
	доброкачественным течением (при разрешении не оставляют следов)
	наличием зуда, болезненности
	атрофическими изменениями после разрешения
	кровоточивостью при пальпации элементов
	бурным периферическим ростом
502	Широкие кондиломы являются клиническими проявлениями
	вторичного периода сифилиса
	сифилиса внутренних органов
	сифилиса нервной системы
	третичного периода сифилиса

	первичного периода сифилиса
503	Сифилитическая лейкодерма является клиническим признаком
	вторичного периода сифилиса
	первичного периода сифилиса
	третичного периода сифилиса
	скрытого периода сифилиса
	инкубационного периода
504	Во вторичном периоде сифилиса возможно развитие
	мелкоочажковой алопеции
	очаговой алопеции
	субтотальной алопеции
	универсальной алопеции
	рубцовой алопеции
505	Для бугоркового сифилида характерен симптом
	яблочного желе
	Бенъе-Мещерского
	зонда
	Горчакова-Арди
	Никольского
506	Специфическими признаками позднего врожденного сифилиса является
	триада Гетчинсона
	гепатолиенальный синдром
	сифилитическая пузырьчатка новорожденного
	осиплость голоса, сифилитический ринит
	диффузная инфильтрация кожи Гохзингера
507	Врожденный сифилис считается ранним, если давность инфицирования составляет

	до 2 лет
	3 года
	5 лет
	4 года
	не известна
508	Нейросифилис считается ранним, если давность инфицирования составляет
	до 5 лет
	не известна
	до 2 лет
	более 5 лет
	10 лет
509	Гумма представляет собой
	пузырь
	папулу
	узел
	эрозию
	трещину
510	Прямые методы диагностики сифилиса выявляют
	возбудителя или его генетический материал
	антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови
	антитела к возбудителю сифилиса в цереброспинальной жидкости
	антитела к возбудителю сифилиса в синовиальной жидкости
	антитела к возбудителю сифилиса в плевральной жидкости
511	Этиотропное лечение сифилиса проводят
	антибактериальными препаратами
	антигистаминными препаратами
	глюкокортикостероидами

	нестероидными противовоспалительными средствами
	иммуномодуляторами
512	Реакция Яриша-Лукашевича-Герксгеймера - это
	реакция обострения при начале специфического лечения антибиотиками
	отслойка эпидермиса при механическом воздействии
	появление пузыря в месте аппликации калия йодида
	резкая болезненность при отделении чешуйки
	появление точечного кровотечения при поскабливании
513	Пути передачи сифилиса
	половой
	трансплацентарный
	контактно-бытовой
	трансфузионный
	воздушно-капельный
514	Микроскопическими признаками <i>Treponema pallidum</i> являются
	спиралевидная форма
	наличие 8-12 равномерных завитков
	вращательные, поступательные, сгибательные, волнообразные движения
	хаотичные движения
	наличие 4-6 неравномерных завитков
515	<i>Treponema pallidum</i> в неблагоприятных условиях существует в форме
	цист
	L-форм
	спор
	гифов
	плазмид

516	К антигенам <i>Treponema pallidum</i> относятся
	термолабильный
	термостабильный
	липоидный, индентичный кардиолипину
	О-антиген
	Н-антиген
517	Врождённый сифилис подразделяется на
	ранний
	поздний
	первичный
	вторичный
	третичный
518	Для клинической картины первичного приобретённого сифилиса характерно наличие
	твёрдого шанкра
	регионарного лимфаденита
	алопеции
	широких кондилом
	диссеминированных высыпаний
519	Атипичными шанкрами являются
	шанкр - амигдалит
	шанкр-панариций
	индуративный отёк
	эрозивный
	язвенный
520	Типичными сифилитическими шанкрами являются
	шанкр - амигдалит
	шанкр-панариций

	индуративный отёк
	эрозивный
	язвенный
521	Для клинической картины твёрдого шанкра характерно наличие
	плотного инфильтрата в основании
	чётких границ образования
	выраженных субъективных симптомов
	обильного гнойного отделяемого
	нечётких размытых границ
522	Осложнениями твёрдого шанкра являются
	баланит
	фимоз
	фагеденизм
	гангренизация
	васкулит
523	Дифференциальная диагностика твёрдого шанкра проводится с
	простым герпесом
	мягким шанкром
	чесоточной эктимой
	васкулитом
	витилиго
524	Дифференциальная диагностика пятнистых высыпаний при вторичном свежем сифилисе проводится с
	корью, краснухой
	аллергическим дерматитом
	ихтиозим
	вульгарным псориазом
	истинной пузырчаткой

525	Разновидности сифилитической алопеции
	мелкоочажковая
	диффузная
	смешанная
	тотальная
	универсальная
526	Для сифилидов третичного периода сифилиса характерно
	глубокое расположение в дерме
	низкая заразительность
	склонность элементов к распаду
	образование рубцов на месте разрешившихся элементов
	резкая болезненность
527	Периодами третичного сифилиса являются
	активный
	скрытый
	свежий
	серонегативный
	серопозитивный
528	К неспецифическим признакам раннего врожденного сифилиса относятся
	гепатолиенальный синдром
	гипотрофия
	осиплость голоса, сифилитический ринит
	диффузная инфильтрация кожи Гохзингера
	сифилитическая пузырчатка новорожденного
529	Специфическими признаками раннего врожденного сифилиса являются
	диффузная инфильтрация кожи Гохзингера

	сифилитическая пузырьчатка новорожденного
	сифилитический ринит
	лабиринтная глухота
	зубы Гетчинсона
530	Триада Гетчинсона – это симптомокомплекс, включающий
	лабиринтную глухоту
	диффузный кератит
	зубы Гетчинсона
	диффузную инфильтрацию кожи Гохзингера
	сифилитическую пузырьчатку новорожденного
531	Вероятными признаками позднего врождённого сифилиса являются
	саблевидные голени
	деформации носа
	радиальные рубцы вокруг рта
	хориоретинит
	триада Гетчинсона
532	Методы лабораторной диагностики сифилиса подразделяют на
	прямые и непрямые
	трепонемные и нетрепонемные
	скрининговые и подтверждающие
	культуральные
533	К прямым методам диагностики идентификации возбудителя сифилиса относят
	микроскопию в тёмном поле
	ПЦР-диагностику
	РСК
	РИБТ
	ИФА

534	К нетрепонемным методам диагностики сифилиса относят
	РМП
	VDRL
	RPR
	РИФ
	микроскопию в тёмном поле
535	Показания к применению нетрепонемных тестов
	проведение скрининга населения на сифилис
	определение активности течения инфекции (определение титров антител)
	контроль эффективности терапии (определение титров антител)
	подтверждение диагноза сифилис
	подтверждение поздних форм сифилиса
536	К трепонемным методам диагностики сифилиса относят
	ИФА
	иммуноблоттинг
	РПГА
	РИБТ
	РМП
537	Первичное обследование на сифилис проводят методами
	РМП
	RPR
	VDRL
	иммуноблоттинг
	микроскопия в тёмном поле
538	Показания к применению трепонемных тестов
	подтверждение положительных результатов нетрепонемных тестов

	подтверждение в случае расхождения результатов скринингового трепонемного теста и последующего нетрепонемного теста
	подтверждение в случае расхождения скринингового и подтверждающего трепонемных тестов
	проведение методами ИФА, РПГА, ИХЛ, ПБТ скрининга отдельных категорий населения на сифилис (доноры, беременные, ВИЧ-инфицированные и др.)
	контроль эффективности терапии (определение титров антител)
539	Причинами ложноположительных серологических реакции на сифилис могут быть
	заболевания печени в старческом возрасте
	онкологические заболевания
	недавно перенесенный инфаркт миокарда
	инфекционные заболевания (малярия, лепра, грипп, ВИЧ и др.)
	детский возраст
540	Для обследования новорожденных с целью выявления врожденного сифилиса рекомендуется комплекс тестов
	нетрепонемного (РМП, RPR, VDRL и др.) теста в количественном варианте
	трепонемного (РПГА, ИФА IgM, ИФА IgM+IgG, РИФабс/200, ИБ IgM) теста
	микроскопия в темном поле
	ПЦР-диагностика
541	Для осуществления контроля эффективности терапии сифилиса рекомендуется комплекс тестов
	нетрепонемные тесты (РМП, RPR, VDRL и др.) в количественном варианте
	один из трепонемных тестов (РПГА, ИФА IgG, ИФА IgG+IgM, РИФабс/200, ИБ, ИХЛ, РИБТ)
	микроскопия в темном поле
	ПЦР-диагностика
542	Показаниями к спинномозговой пункции для исследования цереброспинальной жидкости у больных сифилисом являются
	наличие неврологической симптоматики
	скрытые, поздние формы инфекции
	подозрение на врожденный сифилис у детей

	отсутствие негативации нетрепонемных серологических тестов у пациентов после проведенного полноценного специфического лечения
	ранние формы инфекции
543	К рекомендуемым методам исследования цереброспинальной жидкости у больных сифилисом относятся
	цитологическое исследование с подсчетом количества форменных элементов
	определение количества белка
	серологические тесты для выявления антител к T. Pallidum (РМП, РИФ, РПГА, ИФА, иммуноблоттинг)
	микроскопия в тёмном поле
	ПЦР-диагностика
544	Превентивное лечение проводят
	с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса
	если с момента контакта с больными ранними формами сифилиса прошло не более 2 месяцев
	в первичном периоде сифилиса
	во вторичном периоде сифилиса
	если с момента контакта с больными ранними формами сифилиса прошло от 2 до 4 месяцев
545	Профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса
	беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, у которых в нетрепонемных серологических тестах сохраняется позитивность
	беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности
	новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от не леченной, либо неадекватно леченной во время беременности матери
	новорожденным, матери которых, при наличии показаний во время беременности, не получили профилактического лечения
	беременным женщинам, адекватно пролечившихся по поводу сифилиса до беременности, у которых нетрепонемные тесты негативировались
546	Антибактериальными препаратами, рекомендованными для лечения сифилиса, являются
	дюрантные пенициллины (бициллин-1, бициллин-5)

	пенициллины средней дурантности (бензилпенициллина новокаиновая соль)
	водорастворимая бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая
	полусинтетические пенициллины (ампициллина натриевая соль, оксациллина натриевая соль)
	макролиды (азитромицин)
547	Реакция обострения Яриша - Лукашевича - Герксгеймера характеризуется
	резким началом (через 2—4 часа) после первого введения антибактериального препарата
	ознобом и резким повышением температуры тела (до 39 °С)
	изменением внешнего вида высыпаний (становятся более многочисленными, яркими, отечными)
	отсутствием субъективной симптоматики
	постепенным развитием клинической картины (в течение нескольких суток)
548	Пациенты с положительными результатами нетрепонемных тестов могут быть сняты с учета при соблюдении следующих условий
	полноценное специфическое лечение
	клинико – серологический контроль не менее 3 лет
	благоприятные результаты исследования цереброспинальной жидкости
	отсутствие признаков кардиоваскулярного сифилиса
	клинико – серологический контроль в течение 1 года
1	Инфекции, передающиеся половым путём
549	Возбудителем гонореи является
	грамотрицательный диплококк
	грамположительный диплококк
	грамположительный кокк
	вирус
	простейший одноклеточный паразит
550	Поражение суставов возможно при
	хламидиозе
	трихомониозе
	уреаплазмозе

	бактериальном вагинозе
	урогенитальном кандидозе
551	Возбудителем трихомониаза является
	<i>Trichomonas vaginalis</i>
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>Candida albicans</i>
	<i>Gardnerella vaginalis</i>
552	Лабораторным признаком болезни Рейтера является
	наличие антигена HLA B27
	отсутствие антихламидийных антител в сыворотке крови
	высокий уровень ревматоидного фактора в сыворотке крови
	низкий титр аутоантител к ткани предстательной железы
	высокий уровень лейкоцитов в мазке
553	Клиническим признаком синдрома Рейтера является
	уретро-окуло-синовиальный синдром
	псориазиформные высыпания на коже
	поражение паренхиматозных органов
	поражение центральной нервной системы
	триада Гетчинсона
554	Методом лабораторной диагностики бактериального вагиноза является
	микроскопия
	культуральная диагностика
	РМП
	РИБТ
	ИФА

555	Длительность инкубационного периода при остром гонорейном уретрите составляет
	2-5 дней
	14 суток
	28 дней
	2 месяца
	3 месяца
556	Лечение острой и подострой форм неосложненной гонореи проводят
	антибактериальными препаратами
	производными 5-нитроимидазола
	протопротозойными средствами
	гипосенсибилизирующими средствами
	нестероидными противовоспалительными препаратами
557	Для трихомонадного вульвовагинита характерно
	зуд в области наружных половых органов, пенистые выделения из половой щели
	отсутствие субъективных ощущений в области наружных половых органов на фоне дизурических явлений
	отсутствие признаков воспаления наружных половых органов
	наличие творожистых выделений из половой щели, налета белого цвета на слизистой оболочке
	множественные эрозии на слизистых оболочках
558	Прямым показанием для обследования на инфекции передающиеся половым путем является
	бесплодный брак
	дизурические явления
	диспепсические явления
	нарушения со стороны ЖКТ
	фарингит
559	К физическим методам лечения аногенитальных бородавок относится
	криодеструкция
	солкодерм

	резорцин
	подофиллотоксин
	трихлоуксусная кислота
560	Беременным противопоказан приём
	тетрациклина
	эритромицина
	бензилпенициллина
	левомицетина
	klarитромицина
561	<i>Gardnerella vaginalis</i> чувствительна к
	метронидазолу
	цефалоспорином
	пенициллинам
	аминогликозидам
	тетрациклину
562	В целях профилактики бленореи новорожденным обрабатывают глаза раствором с
	сульфацилом натрия
	кромогексалом
	дексаметазоном
	офтан катахромом
	метилпреднизолоном
563	К условно – патогенным микроорганизмам относится
	<i>Candida albicans</i>
	<i>Treponema pallidum</i>
	<i>Trichomonas vaginalis</i>
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	<i>Herpes simplex</i>

564	Для бактериального вагиноза характерно
	наличие дисбиоза вагинальной микрофлоры
	снижение/исчезновение лактобацилл
	увеличение количества облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов
	снижение/исчезновение количества облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов
	увеличение количества лактобацилл
565	Микроскопическое исследование позволяет выявить «ключевые клетки» при
	бактериальном вагинозе
	трихомониазе
	микоплазменной инфекции
	гонорейном вульвовагините
	хламидиозе
566	Критериями Amsel являются
	густые, однородные, беловато-серые, с неприятным запахом выделения из влагалища
	pH вагинального отделяемого > 4,5
	положительный результат аминотеста
	обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании отделяемого
	отрицательный результат аминотеста
567	Для диагностики бактериального вагиноза используют
	микроскопию
	РИБТ
	ИФА
	РМП
	РПГА
568	Клиническая картина генитального герпеса характеризуется

	гиперемией, отеком кожных покровов и слизистых оболочек половых органов
	везикулезными элементами с прозрачным содержимым
	поверхностными сгруппированными эрозиями размером 2-4 мм
	зуд, боль, парестезии в области поражения
	множественными папулёзными элементами на слизистых оболочках
569	Лабораторными методами, подтверждающими диагноз генитального герпеса, являются
	ИФА (выявление IgM, IgG)
	ПЦР-диагностика
	микроскопическое исследование
	РМП
	РИБТ
570	Дифференциальная диагностика генитального герпеса проводится с
	сифилисом
	мягким шанкром
	паховой гранулёмой
	дерматомиозитом
	атопическим дерматитом
571	Лечение генитального герпеса проводят
	ацикловиром
	валацикловиром
	фамвиром
	метронидазолом
	азитромицином
572	Для профилактики неонатального герпеса беременным с высокой частотой рецидивов инфекции
	рекомендуют прием ацикловира в последние 4 недели беременности
	планируют проведение кесарева сечения
	рекомендуют приём тетрациклина

	проводят лечение метронидазолом
	рекомендуют наблюдение, без назначения лекарственных препаратов
573	Пути инфицирования детей гонококковой инфекцией
	перинатальный
	половой контакт
	контактно-бытовой
	трансмиссивный
	воздушно - капельный
574	Клиническая картина гонореи нижних отделов мочеполового тракта у мужчин характеризуется
	гиперемией и отеком слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
	гнойными выделениями из уретры
	дизурическими явлениями
	отсутствием субъективных ощущений
	скудными прозрачными выделениями из уретры
575	Для бленореи характерно
	обильное гнойное отделяемое в углах глаза
	резкая болезненность пораженного глаза, слезотечение
	гиперемия, отёк кожных покровов и слизистых оболочек глаза
	отсутствие признаков воспаления
	отсутствие субъективных симптомов
576	Для подтверждения диагноза гонореи проводят
	микроскопическое исследование
	культуральное исследование
	ПЦР-диагностику
	РИБТ
	РПГА

577	Лечение гонореи проводят
	цефтриаксоном
	цефиксимом
	спектиномицином
	хлорпирамином
	эналаприлом
578	В зависимости от срока давности заболевания гонореей подразделяют на
	свежую
	хроническую
	латентную
	рецидивирующую
579	Для клинической картины урогенитальной инфекции, вызванная M. Genitalium, характерно наличие
	отека и гиперемии слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала
	дискомфорта или боли в нижней части живота
	болезненности во время половых контактов
	зуда, жжения, болезненности при мочеиспускании
	отсутствие объективных и субъективных симптомов
580	Осложнениями урогенитальных инфекций у женщин являются
	сальпингоофорит
	эндометрит
	сальпингит
	артрит
	гастродуоденит
581	Лабораторные исследования с целью идентификации M. genitalium рекомендовано проводить
	лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта
	при предгравидарном обследовании
	лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе

	половым партнерам больных ИППП
	лицам, перенесшим сексуальное насилие
582	Диагностика микоплазменной инфекции проводится
	ИФА
	ПЦР
	РИБТ
	РМП
583	Препаратами выбора для лечения микоплазменной инфекции являются
	доксциклин
	джозамицин
	пенициллин
	цефтриаксон
	метронидазол
584	Развитие кандидоза слизистых оболочек половых органов у девочек в возрасте 10–12 лет обусловлен
	повышением уровня эстрогенов
	обогащением клеток влагалищного эпителия гликогеном
	повышением уровня трансаминаз
	повышением уровня гормонов Т3, Т4
	повышением уровня тестостерона
585	Острая форма кандидозного вульвовагинита характеризуется
	гиперемией и отеком слизистых оболочек, зудом
	творожистыми выделениями
	застойной гиперемией слизистых оболочек, скудными выделениями
	обильными пенстыми выделениями зеленоватого цвета
	отсутствием субъективных жалоб
586	Кандидоносительство характеризуется

	отсутствием субъективных симптомов заболевания
	обильными пенистыми выделениями зеленоватого цвета
	застойной гиперемией слизистых оболочек, творожистыми выделениями
	наличием субъективных жалоб на зуд в области поражения
587	К факторам вирулентности <i>C. albicans</i> относятся
	молекулы адгезии
	протеиназы и гликозидазы
	коагулаза
	трансаминазы
	нейротоксины
588	Развитию кандидоза гладкой кожи и слизистых оболочек способствует
	применение иммуносупрессивных препаратов (цитостатиков, глюкокортикостероидов)
	нарушение барьерной функции кожи и слизистых оболочек
	дробный режим питания
	патология эндокринной системы – сахарный диабет
	длительное применение антигистаминных препаратов
589	Для лечения острых форм кандидоза слизистых оболочек используют
	производные азолов
	полиеновые макролиды
	цефалоспорины
	цитостатики
	ингибиторы дегрануляции тучных клеток
590	Для диагностики урогенитального кандидоза применяют
	микроскопическое исследование
	культуральное исследование
	ПЦР диагностику
	РИБТ

	РМП
591	Местное лечение урогенитального кандидоза проводят
	клотримазолом
	натамицином
	интраконазолом
	миконазолом
	флуконазолом
592	Антимикотическими средствами, разрешенными к применению у беременных, являются
	натамицин
	клотримазол
	сертаконазол
	тербинафин
	кетконазол
593	Препаратами выбора для лечения воспалительных заболеваний урогенитального тракта, вызванных <i>Chlamydia trachomatis</i> , являются
	доксциклина моногидрат
	азитромицин
	джозамицин
	метронидазол
	ампициллин
594	Препаратами выбора для лечения воспалительных заболеваний, вызванных <i>T. vaginalis</i> , являются
	метронидазол
	орнидазол
	тинидазол
	доксциклина моногидрат
	азитромицин
595	Для клинической картины венерической лимфогранулёмы характерно наличие

	инкубационного периода от 3 до 21 дней
	симптомов интоксикации, болезненность лимфатических узлов
	язвенных дефектов в области гениталий
	папулёзных высыпаний на коже головы и туловища
	отсутствие субъективных симптомов
596	Препаратами выбора для лечения шанкроида являются
	азитромицин
	эритромицин
	ципрофлоксацин
	метронидазол
	флуконазол
597	Идентификация возбудителя паховой лимфогранулёмы проводится методами
	прямой микроскопии
	культурального исследования
	ПЦР диагностики
	РИБТ
	РПГА
598	Для клинической картины шанкроида характерно
	инкубационный период от 3 до 14 дней
	возникновение язвы с неровными краями без уплотнения в основании
	наличие резкой болезненности в области поражения
	отсутствие болезненности в области язвенных дефектов
	возникновение язвы с ровными краями и уплотнением в основании
599	Кожные поражения при СПИДе условно подразделяют на
	неопластические
	инфекционные
	дерматозы неясной этиологии

	генетически обусловленные
600	Для саркомы Капоши ассоциированной с ВИЧ-инфекцией характерно
	поражение лиц молодого возраста
	поражение лиц старше 60 лет
	наличие множественных очагов, в том числе на лице, слизистых оболочках
	наличие единичных очагов с локализацией на нижних конечностях
	молниеносное течение