

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, эскориация, пузырьёк
	папула, бугорок, пятно
	рубец, вегетация, пузырь
5	Пролиферативными патоморфологическими изменениями в эпидермисе являются
	гиперкератоз, акантоз, спонгиоз
	паракератоз, акантоз, гиперкератоз
	акантолиз, гипергранулез, гиперкератоз
	акантоз, паракератоз, вакуольная 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, вакуольная дегенерация
	вакуольная дегенерация, акантоз, баллонизирующая дегенерация
	спонгиоз, папилломатоз, акантоз
	паракератоз, спонгиоз, вакуольная дистрофия
	гипергранулёз, акантоз, паракератоз
8	Истинный полиморфизм сыпи представлен
	пятнами, папулами, эрозиями

	пятнами, папулами, пузырями
	чешуйками, эксфолиациями, 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	В мальпигиев слой входят
	базальный
	шиповатый
	роговой
	сетчатый

	сосудистый
21	В состав дермоэпидермального соединения входят
	наружная клеточная мембрана базальных эпителиоцитов
	светлая пластинка
	базальная пластинка
	кератиносомы
	фибробласты
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 локализуются
	на коже волосистой части головы
	на коже ладоней и подошв
	на коже лица
	в области красной каймы губ
	на коже 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
	гранулёматозное
	реакция гиперчувствительности замедленного типа
	геморрагическое
	серозное
	пролиферативное
35	К неиммунному воспалению относится
	серозное
	гнойное
	реакция гиперчувствительности немедленного типа
	кожная реакция «трансплантат против хозяина»
	гранулёматозное
36	Геморрагическими пятнами являются
	петехии
	пурпура
	экхимозы
	розеола
	эритема
37	Воспалительными пятнами являются
	розеолы

	эритема
	петехии
	экхимозы
	пурпура
38	Сосудистыми пятнами, связанными с неправильным развитием кровеносных сосудов являются
	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
1	Пиодермия относится к группе
	гнойно – воспалительных заболеваний кожи

	аллергодерматозов
	папулосквамозных дерматозов
	паразитарных дерматозов
	буллёзных дерматозов
2	Наиболее частым возбудителем пиодермии у детей является
	Staphylococcus aureus
	грибы рода Candida
	грибы рода Microsporum
	Sarcoptes Scabiei
	Borrelia burgdorferi
3	Возбудителями микроспории является
	грибы рода Microsporum
	Staphylococcus aureus
	грибы рода Candida
	Streptococcus pyogenes
	Trichophyton rubrum
4	На волосистой части головы очаги с обломанными волосами наблюдаются при
	трихомикозе
	стафилодермии
	вульгарном сикозе
	педикулёзе
	паразитарном сикозе
5	Поверхностный кандидоз относится к группе
	инфекционно-воспалительных заболеваний
	хронических папулосквамозных дерматозов

	зудящих дерматозов
	аллергодерматозов
	хронических заболеваний соединительной ткани
6	Основной путь передачи инфекции, обусловленной <i>C. albicans</i>
	контактный
	воздушно-капельный
	фекально-оральный
	трансмиссивный
	вертикальный
7	Для острой псевдомембранозной формы кандидоза слизистой оболочки полости рта характерно наличие
	очагов беловато-серого налёта, отёк, гиперемия слизистых оболочек полости рта
	эрозированных поверхностей на слизистой оболочке
	папулёзных элементов на слизистой оболочке щёк
	наличие ярко красных пятен на языке
	болезненных эрозий на слизистой оболочке дужек, мягком нёбе, миндалинах
8	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
9	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
10	Препаратом системного действия для лечения распространенных хронических форм кандидоза слизистых оболочек является
	флуконазол
	изоконазол
	клотримазол
	натамицин
	сертаконазол
11	При дерматофитиях поражаются
	внутренние органы
	ЦНС
	желудочно-кишечный тракт
	слизистые оболочки
	кожа, ногти
12	При назначении системных антимикотиков рекомендуется проводить дополнительные методы исследования, а именно
	биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, глюкоза)
	иммуноферментный анализ
	общий анализ мочи
	УЗИ брюшной полости
	Р-графия органов грудной клетки
13	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
14	Чесотка это
	паразитарное заболевание
	инфекционно-воспалительное заболевание кожи
	папулосквамозный дерматоз
	аллергодерматоз
	заболевание соединительной ткани
15	Лечение педикулёза проводят
	перметрином
	флуконазолом
	азитромицином
	тербинафином
	хлорпирамином
16	Первичным элементом пиодермий является
	папула
	пустула
	пузырь
	уртикария
	язва
17	Первичным элементом при поверхностном стрептококковом поражении является
	фликтена

	узел
	папула
	пузырек
	волдырь
18	Щелевидное импетиго локализуется
	на коже подмышечных впадин
	на волосистой части головы
	в углах рта
	в межпальцевых складках
	в паховых складках
19	К стафилодермиям новорожденных относится
	множественные абсцессы
	вульгарный сикоз
	везикулопустулез
	рожистое воспаление
	экссфолиативный дерматит Риттера
20	К поверхностным пиодермиям относятся
	остеофолликулит
	везикулопустулёз
	стрептококковое импетиго
	фурункулёз
	вульгарная эктима
21	Для рожистого воспаления характерно
	повышение температуры тела
	поражение кожи и подкожной клетчатки

	наличие симптомов интоксикации
	поражение фолликулярного аппарата
	поражение внутренних органов
22	Заражение микроспорией происходит
	при прямом контакте с больным человеком или животным
	при непрямом контакте с инфицированными предметами
	трансмиссивным путем
	трансплацентарным путем
	вертикальным путем
23	По Международной классификации микроспория относится к
	Tinea corporis
	Tinea capitis
	Tinea pedis
	Tinea manum
	Tinea unguim
24	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
25	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
26	Диагноз микроспории основывается на результатах клинического осмотра, подтвержденного
	люминесцентным исследованием в лучах лампы Вуда
	микроскопическим исследованием
	биохимическим исследованием крови
	клиническим анализом крови
	иммуноферментным анализом
27	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
	микроспория гладкой кожи, с двумя очагами поражения
28	Препаратами выбора для лечения микроспории волосистой части головы являются
	Гризеофульвин
	Тербинафин
	Флюконазол
	Клотримазол
	Кетоконазол
29	Клиническими разновидностями микоза стоп являются
	гиперкератотическая форма
	интертригинозная форма
	дисгидротическая форма

	трихофитоидная форма
	микоз крупных складок
30	Изменения ногтевых пластин при онихомикозе характеризуются
	утолщением или истончением
	изменением прозрачности и цвета
	отсутствием изменений цвета и прозрачности
	анонихией
	лейконихией
31	Диагностика дерматофитий основывается на результатах
	люминесцентного исследования в лучах лампы Вуда
	микроскопического исследования
	культурального исследования
	клинического анализа крови
	иммуноферментного анализа
32	После удаления пораженных грибами участков ногтей на очищенное ногтевое ложе применяют
	Аморолфин
	Циклопироксоламин
	Гризеофульвин
	Итраконазол
	Флюконазол
33	Системная терапия онихомикоза проводится
	Итраконазолом
	Тербинафином
	Гризеофульвином

	Клотримазолом
	Изоконазолом
34	Развитию кандидоза гладкой кожи и слизистых оболочек способствует
	применение иммуносупрессивных препаратов (цитостатиков, глюкокортикостероидов)
	нарушение барьерной функции кожи и слизистых оболочек
	дробный режим питания
	наличие эндокринной патологии
	длительное применение антигистаминных препаратов
35	Формами поверхностного кандидоза у детей является
	кандидоз слизистой оболочки полости рта
	поражение крупных складок (интертриго)
	висцеральный кандидоз
	хронический генерализованный кандидоз
	гранулематозный кандидоз
36	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
37	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
38	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
39	При хронических, распространённых формах кандидоза рекомендуется провести
	определение уровня сахара крови/гликозилированного гемоглобина
	анализ крови на ВИЧ, сифилис, HBsAg, HCV
	определение ревматоидного фактора
	определение уровня СРБ, АСЛ-О
	антитела к ДНК (экстрагируемые нуклеарные антитела - ЭНА)
40	Для лечения острых локализованных форм кандидоза слизистых оболочек используют
	производные азолов
	полиеновые макролиды
	цефалоспорины
	цитостатики
	ингибиторы дегрануляции тучных клеток
41	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
42	Преимущественной локализацией вульгарных бородавок является
	волосистая часть головы
	кожа ушных раковин
	периорбитальная область
	кожа кистей
	кожа стоп
43	Преимущественной локализацией плоских бородавок является
	кожа туловища
	кожа лица
	кожа тыльных поверхностей предплечий
	кожа тыльных поверхностей кистей
	подошвенная поверхность стоп
44	Физическим методом деструкции вирусных бородавок является
	электрокоагуляция
	криодеструкция
	лазерная деструкция
	радиохирургическая деструкция
	биологическая деструкция
45	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.)
46	Дифференциальную диагностику контагиозного моллюска проводят с
	плоскими бородавками
	вульгарными бородавками
	псориазом
	милиумом
	аллергическим дерматитом
47	Для деструкции элементов контагиозного моллюска применяют
	лазерную деструкцию
	химическую деструкцию
	криодеструкцию
	электрокоагуляцию
	ультразвуковой скальпель
48	Для химической деструкции элементов контагиозного моллюска используют
	раствор нитрата серебра
	оксолиновую мазь(1%, 2%, 3%)
	риодоксоловую мазь (0,25%, 0,5%, 1%)
	0,5% раствор подофиллотоксина
	5% раствор гидроксида калия
49	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
50	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
51	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
52	Лечение чесотки в зависимости от цели подразделяют на
	специфическое
	профилактическое
	диагностическое
	дифференциальное
	патогенетическое
53	Лечение чесотки проводится
	пиперонил-бутоксид + эсбиолом
	бензилбензоатом 10%, 20%
	серной мазью 15%, 33%

	клобетазолом пропионатом 0,05%
	дифенилсульфоном
54	Мерами профилактики чесотки являются
	осмотр, регистрация больных
	наблюдение за контактными лицами и заболевшими
	исключение больного из коллектива
	наблюдение за контактными лицами и заболевшими не требуется
	регистрация случаев заболевания чесоткой не требуется
1	Папулосквамозные дерматозы
1	Псориаз является
	папулосквамозным дерматозом
	аллергодерматозом
	инфекционным дерматозом
	паразитарным дерматозом
	буллёзным дерматозом
2	Первичным морфологическим элементом при псориазе является
	папула
	пустула
	везикула
	Пузырь
	волдырь
3	Диагноз псориаза устанавливается на основании данных
	клинического обследования
	биохимического анализа крови
	клинического анализа крови

	ультразвукового исследования
	иммунологических исследований
4	Парапсориаз расценивают как
	доброкачественный лимфопролиферативный дерматоз
	генетически обусловленный дерматоз
	эозинофильный дерматоз
	нейтрофильный дерматоз
	инфекционный дерматоз
5	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
6	Крупнобляшечный парапсориаз может трансформироваться в
	грибовидный микоз
	мелкобляшечный парапсориаз
	острый лихеноидный парапсориаз Мухи-Габермана
	псориаз
	красный плоский лишай
7	Основным подходом к терапии лихеноидных форм парапсориаза является назначение
	системных препаратов
	топических кортикостероидов
	эмолентов

	ингибиторов кальциневрина
	диметиндена (местно)
8	Основным подходом к системной терапии острого лихеноидного параспориоза является назначение
	антибактериальных средств
	топических кортикостероидов
	эмолентов
	ингибиторов кальциневрина
	антигистаминных средств
9	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
10	В прогрессирующую стадию плоского лишая определяется
	положительная изоморфная реакция
	положительная йодная проба
	феномен стеаринового пятна
	феномен терминальной плёнки
	симптом яблочного желе
11	Препаратами первой линии для лечения больных плоским лишаем слизистой оболочки полости рта являются
	топические кортикостероиды
	препараты, улучшающие микроциркуляцию

	нестероидные противовоспалительные препараты
	мембраностабилизирующие препараты
	β-адреноблокаторы
12	Факторы, способствующие развитию розового лишая Жибера
	вирусная инфекция
	генетическая предрасположенность
	неврогенные нарушения
	эндокринная патология
	нарушения обменных процессов
13	Для дебюта развития розового лишая Жибера характерно появление
	«материнской» бляшки
	множественных пустулёзных высыпаний
	поражение слизистых оболочек
	появление везикуло – буллёзных элементов
	папуло – везикулёзных высыпаний
14	Для типичного развития болезни Девержи характерно появление
	фолликулярных папул
	папуло - везикул
	множественных эрозий
	уртикарных элементов
	пустулёзных элементов
15	Болезнь Девержи по МКБ-Х относится к группе
	папулосквамозных нарушений
	буллёзных нарушений
	болезней придатков кожи

	инфекций кожи и подкожной клетчатки
	дерматит и экзема
16	Для псориаза характерно поражение
	кожи волосистой части головы
	кожи разгибательных поверхностей конечностей
	ногтевых пластин
	внутренних органов
	кожи сгибательных поверхностей конечностей
17	Клиническими формами псориаза являются
	вульгарный
	псориатическая эритродермия
	артропатический
	веррукозный
	гипертрофический
18	Изоморфная реакция наблюдается при
	псориазе
	плоском лишае
	атопическом дерматите
	аллергическом дерматите
	ихтиозе
19	Псориатическая триада включает следующие феномены
	терминальной пленки
	стеаринового пятна
	кровавой росы
	сетка Уикхема

	симптом Ядассона
20	Наружная терапия псориаза проводится препаратами, содержащими
	топические стероиды
	кальципотриол
	салициловую кислоту
	антигистаминные средства
	протеолитические ферменты
21	Системная терапия при тяжёлом течении псориаза заключается в назначении
	цитостатиков
	моноклональных антител
	топических стероидов
	пиритиона цинка
	системных кортикостероидов
22	В прогрессирующую стадию псориаза наблюдается
	периферический рост папулёзных элементов
	ободок периферического роста вокруг папул
	положительная псориазная триада
	отрицательная изоморфная реакция
	фолликулярный гиперкератоз
23	Для стационарной стадии псориаза характерно
	остановка периферического роста папул
	выраженное шелушение на поверхности элементов
	отрицательная изоморфная реакция
	положительная изоморфная реакция
	периферический рост папулёзных элементов

24	Для регрессирующей стадии псориаза характерно
	уплощение и разрешение папулёзных элементов
	уменьшение шелушения на поверхности папул
	отсутствие зуда
	положительная изоморфная реакция
	положительная псориатическая триада
25	Для парапсориаза характерно
	феномен «облатки»
	феномен скрытого шелушения
	феномен «стеаринового пятна»
	изоморфная реакция Кебнера
	сетка Уикхема
26	Гистологическими признаками псориаза является
	паракератоз
	акантоз
	папилломатоз
	фолликулярный гиперкератоз
	гипергранулёз
27	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

28	Для клинической картины крупнобляшечного параспсориаза 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
29	Для наружной терапии бляшечного параспсориаза используют
	топические кортикостероиды
	эмоленты
	антибактериальные препараты
	фунгицидные препараты
	антигистаминные препараты
30	Антибактериальными препаратами выбора для лечения острого лихеноидного параспсориаза Мухи-Габермана являются
	тетрациклин
	кларитромицин
	пенициллин
	амоксцициллин
	цефазолин
31	Для лечения параспсориаза используют
	УФБ-фототерапия
	ПУВА-терапия
	родоновые ванны
	парафиновые аппликации
	фонофорез

32	При красном плоском лишае поражаются
	слизистые оболочки
	кожные покровы
	ногтевые пластины
	опорно – двигательный аппарат
	органы дыхания
33	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
34	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
35	Наиболее часто встречается
	типичная форма плоского лишая
	гипертрофическая форма плоского лишая
	пигментная форма плоского лишая
	пустулёзная форма плоского лишая
	артропатическая форма плоского лишая
36	Диагноз плоского лишая устанавливается на основании данных

	клинического обследования
	гистологического исследования
	клинического и биохимических анализов крови
	ультразвукового исследования
	иммунологических исследований
37	К немедикаментозными методам лечения плоского лишая относятся
	узкополосная средневолновая фототерапия 311нм
	ПУВА-терапия
	лазеротерапия
	парафинотерапия
	криотерапия
38	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
39	Диагноз розовый лишай Жибера основывается на результатах
	сбора анамнеза
	клинического осмотра
	клинического и биохимического анализа крови
	ультразвуковой диагностики
	рентгенологического исследования
40	Дифференциальная диагностика розового лишая Жибера проводится с
	микозом гладкой кожи

	сифилитической инфекцией
	псориазом
	острой крапивницей
	вульгарной пузырчаткой
41	Системная терапия зуда при розовом лишае проводится
	антигистаминными препаратами 1-го поколения
	антигистаминными препаратами 2-го поколения
	нестероидными противовоспалительными препаратами
	препаратами, улучшающими реологические свойства крови
	холиномиметиками
42	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
	разрешено активное механическое воздействие на кожу
	разрешена активная инсоляция
43	На месте разрешившихся высыпаний лишае Жибера формируется
	гипопигментация
	гиперпигментация
	вегетация
	рубцовая атрофия
	эрозия
44	С целью дифференциальной диагностики розового лишае 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
45	Для болезни Девержи характерно наличие
	фолликулярных гиперкератотических папул
	ладонно-подошвенного гиперкератоза
	эритематозных бляшек оранжевого оттенка и с шелушением на поверхности
	множественные везикулёзные высыпания
	генерализованные уртикарные высыпания
46	Экссудативный псориаз наблюдается у больных с
	ожирением
	сахарным диабетом
	дисфункцией щитовидной железы
	гипотрофией
	патологией ЖКТ
47	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
48	Препаратом выбора для системной терапии болезни Девержи является
	изотретиноин
	метотрексат

	эналаприл
	пентоксифиллин
	ксантинола никотинат
49	При тяжелом течении болезни Девержи для лечения взрослых больных используют
	инфликсимаб
	этанерцепт
	адалимумаб
	вильпрафен
	спиронолактон
50	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
1	Простой контактный дерматит развивается в результате
	воздействия облигатных факторов
	воздействия факультативных факторов
	воздействия условных факторов
	развития аллергической реакции
	развития сенсибилизации
2	Постоянным симптомом атопического дерматита во всех возрастных периодах является
	зуд кожи
	болезненность суставов

	везикулобуллёзные высыпания
	уртикарные высыпания
	повышенная температура тела
3	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
4	При атопическом дерматите патологический процесс считается распространённым при поражении
	более 10% кожного покрова
	менее 10% кожного покрова
	кожи лица и волосистой части
	кожи сгибаемой поверхности предплечий
5	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 главных и двух дополнительных критериев заболевания
6	Для оценки степени тяжести атопического дерматита используют
	шкалу SCORAD
	индекс PASI
	индекс КИТОС
	индекс VIMAN

7	Мастоцитоз характеризуется пролиферацией и инфильтрацией
	тучных клеток
	лимфоцитов
	эозинофилов
	лейкоцитов
	эритроцитов
8	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
9	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
10	Морфологическим элементом крапивницы является
	волдырь
	папула
	пустула
	узел
	пузырь
11	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
12	При дисгидротической экземе очаги поражения локализуются на коже
	ладоней и подошв
	лица и шеи
	волосистой части головы
	туловища
	крупных складок
13	Первичным морфологическим элементом при чесотке взрослых является
	папула
	везикула
	узел
	эрозия
	пятно
14	Диагноз чесотки взрослых устанавливается на основании результатов
	клинических данных
	клинического анализа крови
	биохимического анализа крови
	рентгенологического исследования
	ультразвуковой диагностики
15	Для кожного зуда характерно наличие

	эксфолиаций и геморрагических корочек
	везикуло – папулёзных элементов
	язвенных дефектов
	уртикарных высыпаний
	вегетаций
16	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
17	Безусловными физическим раздражителем является
	трение, давление
	электрический ток
	ионизирующая радиация
	кислоты, щёлочи
	биологические агенты
18	Стадии простого контактного дерматита
	эритематозная
	везикулобуллёзная
	некротическая
	прогрессирующая
	стационарная
19	Возрастные периоды атопического дерматита
	младенческий

	детский
	подростковый
	зрелый
	старческий
20	Клиническими формами атопического дерматита являются
	экссудативная
	эритематозно - сквамозная
	лихеноидная
	пруригинозная
	веррукозная
21	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
22	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
23	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
24	К основным критериям атопического дерматита относится
	зуд
	хроническое рецидивирующее течение
	атопия в анамнезе/наследственная предрасположенность
	сухость кожных покровов
	высокий уровень IgE в сыворотке крови
25	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
26	Базисная терапия атопического 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
27	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
28	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
29	Формами кожного мастоцитоза являются
	пигментная крапивница
	солитарная мастоцитома
	системный безболезненный мастоцитоз
	миелопролиферативный синдром
	экстракутанная мастоцитома
30	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
31	На системное поражение при мастоцитозе может указывать повышение уровня
	α -триптазы
	гистамина и его метаболитов
	гемоглобина

	щелочной фосфотазы
	холестерина
32	Дифференциальная диагностика пигментной крапивницы проводится с
	крапивницей
	нейрофиброматозом I типа
	ювенильной ксантогранулёмой
	невусом сальных желез
	импетиго
33	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
34	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
35	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
36	Разновидностями крапивницы являются
	физическая
	холинергическая
	аквагенная
	псориазиформная
	буллёзная
37	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
38	Блокаторами H1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения являются
	лоратадин
	цетиризин
	эбастин
	клемастин
	хлоропирамин
39	Блокаторами H1-гистаминовых рецепторов 1-го поколения являются
	клемастин
	хлоропирамин
	дифенгидрамин
	лоратадин
	цетиризин

40	Выделяют следующие формы экземы
	истинная
	микробная
	детская
	себорейная
	буллёзная
41	Разновидностями истинной экземы являются
	идиопатическая
	тилотическая
	дисгидротическая
	паратравматическая
	варикозная
42	Разновидностями микробной экземы являются
	нуммулярная
	паратравматическая
	варикозная
	дисгидротическая
	профессиональная
43	Для острой стадии экземы характерно наличие
	истинного полиморфизма высыпаний
	мокнущих в очагах поражения
	зуда, жжения в очагах поражения
	эксориаций
	очагов гипопигментации

44	Для истинной экземы характерно наличие
	симметричных очагов поражения
	нечеткие или размытые границы очагов поражения
	асимметричных очагов поражения
	четких границ очагов поражения
45	Первичными морфологическими элементами при экземе являются
	пятно
	папула
	пузырёк
	чешуйка
	корка
46	Для клинической картины нуммулярной экземы характерно
	наличие четких границы очагов поражения
	локализация на верхних и нижних конечностях
	округлая форма очагов поражения
	локализация на волосистой части головы и лице
	наличие очагов поражения с нечеткими границами
47	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»
48	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 гнойных корок в очагах поражения
	образование «серозных колодцев» на коже конечностей
49	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
50	Синдром Стивенса — Джонсона следует дифференцировать с
	вульгарной пузырчаткой
	синдромом стафилококковой ошпаренной кожи
	токсическим эпидермальным некролизом
	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
1	Болезни соединительной ткани
1	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
2	Симптом дамского каблучка 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
3	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
4	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
5	Центробежная эритема Биетта характеризуется наличием
	стойкого эритематозного ограниченного пятна
	фолликулярным гиперкератозом
	рубцовой атрофией
	множественными эрозиями
	массивных корок

6	Препаратами выбора для системной терапии дискоидной красной волчанки являются
	хинолины
	антигистаминные препараты
	нестероидные противовоспалительные препараты
	адреноблокаторы
	н-холиномиметики
7	Ограниченная (локализованная) склеродермия является
	хроническим заболеванием соединительной ткани
	хроническим папулосквамозным дерматозом
	зудящим дерматозом
	аллергодерматозом
	буллезным дерматозом
8	При склеродермии снижена продукция и активность фермента
	коллагеназы
	тирозиназы
	холинэстеразы
	аспартатдегидрогеназы
	кокарбоксилазы
9	Разновидностью бляшечной склеродермии является
	очаговая склеродермия
	полосовидная форма склеродермии
	склеродермия по типу «удар саблей»
	линейная склеродермия
	атрофодермия Пазини – Пьерини
10	Стадия эритемы/отёка склеродермии характеризуется появлением

	отёчного пятна розово-сиреневого цвета
	ярко розовых папул
	везикулезных высыпаний
	уртикарных элементов
	эрозированных поверхностей
11	Для стадии склероза/уплотнения склеродермии характерно наличие
	ярко розовых папулезных зудящих элементов
	плотных узелков без воспалительных явлений
	глубоко залегающих узлов
	язвенных дефектов кожи
	высыпаний цвета слоновой кости с лиловым венчиком по периферии
12	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
13	Для бляшечной (очаговой) формы склеродермии характерно
	отсутствие субъективных жалоб
	зуд кожных покровов в местах поражения
	резкая болезненность в очагах поражения
	ярко выраженная воспалительная реакция в очаге поражения
	отсутствие изменений кожи после разрешения
14	Диагноз локализованной (ограниченной) склеродермии основывается на
	клинической картине заболевания и данных анамнеза

	данных клинического анализа крови
	данных биохимического анализа крови
	данных эндоскопического исследования
	данных ультразвукового исследования
15	Клиническими признаками стадии 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
16	Факторы, способствующие развитию дискоидной красной волчанки
	фотосенсибилизация
	вирусная инфекция
	аутоиммунные нарушения
	лекарственные препараты
	гиперфункция сальных желез
17	Частая локализация дискоидной красной волчанки
	спинка носа
	скуловые области щек
	область лба, ушных раковин
	колени
	стопы
18	Заболевания, входящие в группу болезней соединительной ткани
	красная волчанка

	склеродермия
	дерматомиозит
	дерматоз Дюринга
	мастоцитоз
19	Дискоидную красную волчанку подразделяют на
	центробежную эритему
	диссеминированную
	глубокую
	прогрессирующую
	стационарную
20	Дискоидная красная волчанка характеризуется
	эритемой
	гиперкератозом
	атрофией
	вегетацией
	лихенификацией
21	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
22	Диссеминированная красная волчанка характеризуется
	локализацией на коже головы, туловище
	наличием множественных эритематозно-сквамозных очагов

	рубцовой атрофией
	фолликулярным гиперкератозом
	наличием распространённых везикуло-буллёзных высыпаний
23	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
24	Дифференциальную диагностику дискоидной красной волчанки проводят с
	фотодерматозом
	себорейным дерматитом
	розацеа
	акантолитической пузырьчаткой
	щелевидным импетиго
25	С целью наружной терапии дискоидной красной волчанки назначают
	флуоцинолона ацетонид
	триамцинолон
	бетаметазон
	такропик
	диметиндена малеат
26	У детей часто встречаются следующие формы ограниченной склеродермии
	бляшечная склеродермия
	линейная склеродермия
	склероатрофический лишай

	пансклеротическая склеродермия
	генерализованная склеродермия
27	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
28	При склеродермии под действием цитокинов фибробласты синтезируют повышенное количество
	коллагена I, III, VI типа
	гликозамингликанов
	метионина
	холестерина
	ФНО (фактора некроза опухоли)
29	Стадиями развития локализованной (ограниченной) склеродермии являются
	эритема/отёк
	склероз/уплотнение
	эксфолиация
	эрозирование
	изъязвление
30	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 «лилового кольца» вокруг бляшки
31	Для клинической картины линейной (полосовидной) склеродермии характерно
	отсутствие «лилового 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
	локализация на коже туловища, конечностей, лица, шеи
	наличие жалоб на зуд в местах поражения
32	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
33	Для атрофодермии Пазини-Пьерини характерно наличие
	бляшек коричневого или коричневатого – фиолетового цвета с «западением» в центре
	симметрично или сегментарно расположенных очагов на коже туловища по ходу дерматомов
	очага/очагов (бляшек) эритемы и/или уплотнения округлой формы с чёткими границами
	очагов поражения на коже волосистой части головы, лице
	жалоб на зуд в местах поражения
34	Для дифференциальной диагностики локализованной (ограниченной) склеродермии с

	системной склеродермией необходимо провести исследование
	антинуклеарных антител (АНА)
	антител к ДНК (экстрагируемые нуклеарные антитела - ЭНА)
	общий анализ крови
	биохимический анализ крови
	общий анализ мочи
35	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
36	Дифференциальная диагностика локализованной (ограниченной) склеродермии проводится с
	системной склеродермией
	дерматомиозитом
	атопическим дерматитом
	вульгарный ихтиозом
	мастоцитозом
37	Основным направлением терапевтических мероприятий склеродермии является
	противовоспалительная терапия
	иммуносупрессивная терапия
	антибактериальная терапия
	антигистаминная терапия
	гипосенсибилизирующая терапия

38	С целью наружной терапии дермальных ограниченных 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
39	Альтернативным препаратом лечения локализованной склеродермии является
	бензилпенициллина натриевая соль
	гиалуронидаза
	метотрексат
	клемастина гидрофумарат
	ампициллина тригидрат
40	К вазоактивным препаратам, применяемым в комплексной терапии локализованной склеродермии, относятся
	пентоксифиллин
	ксантинола никотинат
	гиалуронидаза
	метотрексат
	клемастина гидрофумарат
41	Клиническая картина склероатрофического лихена характеризуется
	локализацией на слизистых оболочках гениталий
	зудом
	наличием фарфорово-белых папул
	локализацией на волосистой части головы и разгибательных поверхностях конечностей
	отсутствием субъективных ощущений

42	Наружную терапию склероатрофического лишена проводят
	топическими кортикостероидами
	топическими ингибиторами кальциневрина
	антигистаминными препаратами
	препаратами, содержащими кальций
	нестероидными противовоспалительными препаратами
43	Провоцирующими факторами развития дерматомиозита являются
	вирусная инфекция
	избыточная инсоляция
	лекарственная сенсибилизация
	алиментарная сенсибилизация
	травматизация кожи
44	При дерматомиозите типичным поражением кожи является
	симптом «очков» в периорбитальной зоне
	отёк, покраснение кожи лица – «пылающая кожа»
	симптом Хачатуряна
	симптом Бенье-Мещерского
	изоморфная реакция Кебнера
45	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
46	Дерматомиозит дифференцируют с

	красной волчанкой
	склеродермией
	атопическим дерматитом
	красным плоским лишаём
	буллёзным эпидермолизом
47	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
48	Патогномоничными для дерматомиозита являются симптомы
	«рубашки»
	«лестницы»
	«очков»
	стеаринового пятна
	дамского каблучка
49	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
50	Системную терапию дерматомиозита проводят
	глюкокортикостероидами

	ферментными препаратами (коллагеназа)
	цитостатиками
	антигистаминными препаратами
	топическими стероидами
1	Пузырные дерматозы
1	Папилломатозные разрастания характерны для
	вегетирующей пузырьчатки
	истинной пузырьчатки
	себорейной пузырьчатки
	листовидной пузырьчатки
	бразильской пузырьчатки
2	При гистологическом исследовании препаратов при истинной пузырьчатке выявляется
	акантолиз
	акантоз
	папилломатоз
	гиперкератоз
	паракератоз
3	Симптом «груши» выявляют при
	вульгарной пузырьчатке
	экземе
	герпетиформном дерматите Дюринга
	склеродермии
	опоясывающем лишае
4	При проведении микроскопического исследования акантолитические клетки выявляют при
	истинной пузырьчатке

	герпетиформном дерматите Дюринга
	экземе
	буллёзном пемфигоиде
	опоясывающем лишае
5	При истинной пузырчатке положительным является симптом
	Никольского
	яблочного желе
	Дарье-Унны
	стеаринового пятна
	точечного кровотечения
6	Первичным морфологическим элементом пузырчатки является
	пузырь
	везикула
	папула
	пустула
	волдырь
7	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
8	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
9	Для лечения истинной пузырчатки в первую очередь используют
	системные глюкокортикостероиды
	топические глюкокортикостероиды
	антигистаминные препараты
	нестероидные противовоспалительные препараты
	адреноблокаторы
10	Дерматит Дюринга это
	приобретённый субэпидермальный буллёзный дерматоз
	врождённый буллёзный дерматоз
	папулосквамозный дерматоз
	аллергодерматоз
	заболевание соединительной ткани
11	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
12	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
13	Исследование содержимого пузырей при дерматите Дюринга проводится для выявления
	эозинофилии
	акантолиза
	лимфоцитарной инфильтрации
	клеток Тцанка
	лейкоцитарной инфильтрации
14	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
15	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
16	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
17	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 его центральную часть, как результат происходит увеличение основания пузыря и/или слияние двух соседних элементов
	увеличением основания пузыря под тяжестью скопившейся жидкости
18	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
	увеличение основания пузыря под тяжестью скопившейся жидкости
19	Для повышения эффективности терапии акантолитической пузырьчатки системными глюкокортикостероидами и уменьшения их курсовой дозы назначают
	антигистаминные препараты
	цитостатики
	ретиноиды
	препараты кальция
20	При вульгарной пузырьчатке выявляются
	IgG-антитела к десмоглеину (Dsg) 3 и 1
	IgA-антитела к эндомизину
	IgG-антитела к глиадину
	IgE-антитела

21	Разновидностями истинной пузырчатки являются
	обыкновенная
	вегетирующая
	листовидная
	себорейная
	рубцующаяся
22	Пузыри при истинной пузырчатке имеют
	тонкую вялую покрывку
	серозное содержимое
	на фоне неизменной кожи/слизистых оболочек
	плотную покрывку
	фон длительно существующей гиперемии
23	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
24	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
25	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
26	Подтверждающими методами диагностики акантолитической пузырчатки являются
	цитологическое исследование
	гистологическое исследование
	метод непрямой иммунофлюоресценции
	метод прямой иммунофлюоресценции
	рентгенологическое исследование
27	Дифференциальную диагностику акантолитической пузырчатки проводят с
	буллёзным пемфигоидом
	дерматитом Дюринга
	доброкачественной пузырчаткой Хейли-Хейли
	склеродермией
	вульгарным псориазом
28	При вульгарной пузырчатке положительны симптомы
	Никольского
	Асбо-Хансена
	Поспелова
	Бенье
	Ядассона
29	Дерматит Дюринга ассоциируется с
	глютенчувствительной энтеропатией

	с определенными HLA – антигенами
	нейровегетативными нарушениями
	сахарным диабетом
	венозной недостаточностью
30	При дерматите Дюринга выявляются
	IgA-антитела к глиадину
	IgA-антитела к эндомиозиуму
	IgG-антитела к глиадину
	IgG-антитела к эндомиозиуму
	IgE-антитела
31	Дерматит Дюринга это
	субэпидермальный дерматоз
	дерматоз, сопровождающийся гранулярными отложениями IgA в сосочках дермы.
	интраэпидермальный дерматоз
	гиподермальный дерматоз
	дерматоз, сопровождающийся отложениями IgG на базальной мембране
32	Для дерматита Дюринга характерна локализация поражений на
	разгибательных поверхностях конечностей
	волосистой части головы
	слизистых оболочках ротовой полости
	слизистых оболочках половых органов
	коже лица
33	При дерматите Дюринга на коже появляются следующие первичные морфологические элементы
	везикулы

	буллы
	пустулы
	узлы
	эрозии
34	Исследование сыворотки крови больных дерматитом Дюринга методом ИФА проводят с целью выявления
	IgA-антител к тканевой трансглутаминазе
	IgA-антител к эндомизию
	IgG-антител и C3 комплемента
	IgM-антител
35	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
36	Дифференциальная диагностика дерматита Дюринга проводится с
	вульгарной пузырчаткой
	буллёзным пемфигоидом Левера
	нейрофиброматозом I типа
	атопическим дерматитом
	мастоцитозом
37	Системная терапия дерматита Дюринга проводится
	противолепрозными препаратами
	антигистаминными препаратами

	антибактериальными препаратами
	цитостатиками
	нестероидными противовоспалительными препаратами
38	К группе противолепрозных препаратов относятся
	дифенилсульфон
	дапсон
	сульфасалазин
	хлоропирамин
	мебгидролин
39	Возникновение высыпаний при буллёзном пемфигоиде может быть обусловлено
	приемом лекарственных препаратов
	воздействием физических факторов
	перенесённой вирусной инфекцией
	глютенозависимой энтеропатией
	патологией желудочно – кишечного тракта
40	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
41	В процессе эволюции морфологических элементов при истинной пузырчатке возникают
	эрозии
	корки

	пигментация
	папулы
	бугорки
42	Диагноз герпетиформного дерматита Дюринга подтверждают
	положительная йодная проба Ядассона
	отрицательный симптом Никольского
	эозинофилия в мазке - отпечатке
	положительный симптом Никольского
	положительный симптом дамского каблучка
43	Пузыри располагаются субэпидермально при
	буллёзном пемфигоиде
	дерматите Дюринга
	рубцующемся пемфигоиде
	акантолитической пузырчатке
	хронической доброкачественной семейной пузырчатке
44	У больных дерматозом Дюринга отмечается непереносимость
	глютена
	йода
	брома
	мясных продуктов
	фруктов
45	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
46	При буллёзном пемфигоиде в мазках отпечатках определяется
	большое количество эозинофилов
	отсутствие акантолитических клеток
	отсутствие эозинофилов
	большое количество акантолитических клеток
	большое количество нейтрофилов
47	Препаратами выбора для лечения буллёзного пемфигоида являются
	системные глюкокортикостероиды
	цитостатики
	β -адреномиметики
	β -адреноблокаторы
	м-холиномиметики
48	Хроническая доброкачественная семейная пузырчатка
	наследуется по аутосомно – доминантному типу
	является акантолитическим дерматозом
	наследуется по аутосомно – рецессивному типу
	развивается на фоне синдрома мальабсорбции
	имеет Х-сцепленный тип наследования
49	К развитию акантолиза при хронической доброкачественной семейной пузырчатке приводит
	дефект в тонофиламентных – десмосомных комплексах
	врожденная недостаточность клеточных мембран

	образование аутоантител
	непереносимость глютена
50	Акантолиз при хронической доброкачественной семейной пузырчатке возникает в результате
	активности бактерий
	трения
	чрезмерного УФ-облучения
	образования антител класса IgG и C3 компонента
	образования антител класса IgA
51	Для клинической картины хронической доброкачественной семейной пузырчатки характерно
	образование крупных пузырей с вялой покрывкой
	положительный симптом Никольского
	поражение кожи задней поверхности шеи и в крупных складок
	поражение волосистой части головы и разгибательных поверхностях конечностей
	положительный симптом Бенъе
52	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 извилистые щелевидные эрозии
	отрицательный симптома Никольского
	множественные уртикарные элементы
53	Частыми осложнениями хронической доброкачественной семейной пузырчатки являются
	бактериальная инфекция
	грибковая инфекция

	рубцовые изменения
	очаговая алопеция
	кольцевидная гранулёма
54	Дифференциальный диагноз хронической доброкачественной семейной пузырчатки проводят с
	акантолитической пузырчаткой
	дерматитом Дюринга
	кандидозом крупных складок
	дискоидной красной волчанкой
	витилиго
55	Наружную терапию хронической доброкачественной семейной пузырчатки проводят
	анилиновыми красителями
	растворами антисептиков
	кремами с антибиотиками
	сульфоновыми препаратами
	системными ретиноидами
56	Критерии эффективного лечения акантолитической пузырчатки
	отсутствие свежих буллезных высыпаний
	разрешение 2/3 очагов поражений
	положительный феномен Никольского
	наличие акантолитических клеток в мазках отпечатках
57	При недостаточной терапевтической эффективности системных глюкокортикостероидов и наличии противопоказаний к применению цитостатиков у больных акантолитической пузырчаткой назначают
	преднизолон
	метотрексат

	циклоспорин
	азатиоприн
1	Болезни придатков кожи
1	При акне поражаются
	сальные железы
	экринные потовые железы
	волосные фолликулы
	апокринные потовые железы
2	Розацеа чаще развивается у пациентов с
	1 и 2 фототипом кожи
	3 фототипом кожи
	4 фототипом кожи
	5 фототипом кожи
	6 фототипом кожи
3	Пик заболеваемости розацеа наблюдается в возрасте
	30-50 лет
	13-18 лет
	6-10 лет
	55-65 лет
	65 лет и старше
4	В патогенезе розацеа имеет значение повышение уровня белков
	кателицидинов
	реагинов
	ионов натрия
	субстанции Р

	катехоламинов
5	Розацеа - это ангионевроз с локализацией в зоне иннервации
	тройничного нерва
	лицевого нерва
	блуждающего нерва
	языкоглоточного нерва
	подъязычного нерва
6	К гипермеланозам относится
	хлоазма
	витилиго
	синдром Сезари
	постскабиозная лимфоплазия
	парапсориаз
7	К гипомеланозам относится
	витилиго
	хлоазма
	Болезнь Аддисона
	бронзовый меланоз
	токсическая меланодермия
8	Скопление кожного сала и кератина в волосяном фолликуле клинически проявляется образованием
	комедона
	папулы
	пустулы
	бугорка

	волдыря
9	После разрешения акне могут оставаться
	рубцы
	эрозии
	вегетации
	лихенификация
	эксориации
10	Диагноз акне основывается на данных
	клинической картины
	общего анализа крови
	рентгена органов грудной клетки
	биохимического анализа крови
	ЭКГ
11	Ассоциированным с гнездной алопецией состоянием является
	аутоиммунное заболевание щитовидной железы
	псориаз
	дисфункция желудочно – кишечного тракта
	гипертоническая болезнь
	дисгидротическая экзема
12	Для субтотальной формы гнёздной алопеции характерна потеря
	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
	Более 40% на коже волосистой части головы

13	Для алопеции 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
14	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 <i>Helicobacter pylori</i>
	поликистозу яичников
15	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
16	В развитии розацеа имеют значение
	сосудистые нарушения
	избыточная инсоляция
	гормональные нарушения
	непереносимость глютена
	дисфункция желудочно-кишечного тракта

17	Себорея способствует развитию
	акне
	экземы
	розацеа
	себорейного дерматита
	атопического дерматита
18	Подтипами розацеа являются
	эритемато-телеангиэктатический
	папуло-пустулезный
	фиматозный
	глазной
	эрозивный
19	Эритематозно-телеангиэктатический подтип розацеа характеризуется
	транзиторной /стойкой эритемой
	локализацией на щеках и боковых поверхностях носа
	субъективными ощущениями жжения и покалывания в области эритемы
	наличием папуло – везикулёзных элементов
	эрозивными дефектами кожи
20	Папуло - пустулёзный подтип розацеа характеризуется
	наличием папуло – пустулёзных элементов
	стойкой гиперемией в области высыпаний
	транзиторной эритемой
	наличием эрозивно-язвенных очагов
	генерализованным зудом
21	Дополнительными критериями диагностики розацеа у взрослых являются наличие

	жжения/покалывания/отека лица
	сухости кожи лица
	воспалительных бляшек
	фиматозных изменений
	стойкой эритема
22	Основными критериями диагностики розацеа у взрослых являются
	нестойкая эритема
	стойкая эритема
	телеангиэктазии
	папулы/пустулы
	сухость кожи лица
23	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
24	Системная терапия розацеа проводится
	антибактериальными препаратами
	Препаратами группы 5-нитроимидазолов
	ретиноидами
	ангиостабилизирующие средствами
	антигистаминными препаратами
25	Для наружного лечения розацеа применяют

	метронидазол
	азелаиновую кислоту
	克林дамицин
	бензоил пероксид
	ксантинола никотинат
26	Немедикаментозная терапия розацеа заключается в применении
	лазерных технологий
	криотерапии
	микротоковой терапии
	такролимуса
	изотретиноина
27	При розацеа противопоказано проведение
	химических пилингов
	физических пилингов
	термоактивных масок
	дермабразии
	криомассажа
28	В качестве основных звеньев патогенеза акне рассматривают
	увеличение продукции кожного сала
	фолликулярного гиперкератоза
	размножение <i>Propionibacterium acnes</i>
	воспаление
	непереносимость йода
29	Клиническими разновидностями акне являются
	комедональные

	папуло-пустулезные
	узловатые/ конглобатные
	уртикарные
	буллёзные
30	Себорейные участки кожи локализуются на
	волосистой части головы
	T-зоне лица
	верхней трети груди и спины
	верхних и нижних конечностях
	животе
31	Для лечения акне назначают системные антибактериальные препараты
	тетрациклин
	доксциклин
	пенициллин
	цефтриаксон
	азитромицин
32	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
33	Системная терапия акне проводится
	антибактериальными препаратами
	ретиноидами

	гормональными препаратами
	антигистаминными препаратами
	ангиопротекторами
34	Наружная терапия акне проводится
	топическими ретиноидами
	антибактериальными препаратами
	азелаиновой кислотой
	ингибиторами кальциневрина
	топическими кортикостероидами
35	При комедональных акне рекомендуется назначать
	топические ретиноиды
	бензоила пероксид
	азелаиновую кислоту
	антибактериальные препараты
	УФО
36	При папуло - пустулёзных акне рекомендуется назначать
	комбинации адапалена и бензоила пероксида
	комбинации клиндамицина и бензоила пероксида
	монотерапия антибактериальными препаратами для наружного применения
	облучение ультрафиолетовыми лучами
	комбинация эритромицина и цинка
37	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
38	Гнездная алопеция характеризуется
	аутоиммунным воспалением
	стойким/временным нерубцовым выпадением волос
	генетической предрасположенностью
	поражением волосяных фолликулов
39	Триггерными факторами развития гнездовой алопеции являются
	стрессы
	вирусные / инфекционные заболевания
	прием антибактериальных препаратов
	вакцинация
	водные процедуры, лечебная гимнастика
40	Клиническими формами гнездовой алопеции в зависимости от объема и типа облысения являются
	локальная (ограниченная)
	субтотальная
	тотальная
	универсальная
	мелкоочаговая
41	Стадия регресса гнездовой алопеции характеризуется
	ростом vellуса
	частичным ростом терминальных пигментированных волос
	положительным симптомом расшатанных волос

	увеличением участков облысения
	наличием волос в форме восклицательного знака на пораженном участке в очаге облысения
42	У больных гнездовой алопецией могут наблюдаться изменения ногтей в виде
	истончения
	онихомадезиза
	койлонихий
	лейконихий
	подногтевых гематом
43	Клиническая картина гнездовой 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-папулезных высыпаний на коже туловища
44	Дифференциальную диагностику гнездовой алопеции проводят с
	трихотилломанией
	диффузной токсической алопецией
	микозами волосистой части головы
	вульгарным псориазом
	атопическим дерматитом
45	Наружная терапия гнездовой алопеции проводится
	топическими стероидами
	миноксидилом
	настойкой красного перца
	метотрексатом

	циклоспорином
46	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
47	Типы (разновидности) витилиго
	несегментарное
	сегментарное
	недетерминированное/неклассифицированное
	стационарное
	интертригинозное
48	Дифференциальная диагностика витилиго проводится с
	депигментированным невусом
	склероатрофическим лихеном
	поствоспалительной лейкодермой
	дискоидной красной волчанкой
	контактным дерматитом
49	Наружная терапия витилиго проводится
	топическими глюкокортикостероидами
	топическими ингибиторами кальциневрина
	антибактериальными препаратами
	антигистаминными препаратами
	антисептическими растворами

50	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
1	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
2	Развитие врожденного буллезного эпидермолиза обусловлено
	образованием аутоантител
	воздействием инфекционных агентов
	аллергической реакцией немедленного типа
	аллергической реакцией замедленного типа
	мутациями генов, кодирующих структурные белки кожи
3	Пузыри при простом буллёзном эпидермтолизе образуются
	интраэпидермально
	в светлой пластинке базальной мембраны эпидермиса
	под плотной пластинкой базальной мембраны эпидермиса
	на разных уровнях эпидермиса

	субэпидермально
4	Пузыри при пограничном буллёзном эпидермтолизе образуются
	в светлой пластинке базальной мембраны эпидермиса
	интраэпидермально
	под плотной пластинкой базальной мембраны эпидермиса
	на разных уровнях эпидермиса
	субэпидермально
5	Пузыри при дистрофическом буллёзном эпидермтолизе образуются
	под плотной пластинкой базальной мембраны эпидермиса
	интраэпидермально
	в светлой пластинке базальной мембраны эпидермиса
	на разных уровнях эпидермиса
	субдермально
6	Ихтиоз относится к группе
	наследственных дерматозов
	папулосквамозных дерматозов
	болезней придатков кожи
	инфекций кожи и подкожно-жировой клетчатки
	буллёзных нарушений
7	Характер наследования вульгарного ихтиоза
	аутосомно-доминантный
	аутосомно-рецессивный
	X-сцепленный доминантный
	X-сцепленный рецессивный
	Y-сцепленный

8	Развитие вульгарного ихтиоза обусловлено
	нарушением экспрессии белка профилагтрина
	нарушением экспрессии стероидной сульфатазы
	образованием аутоантител
	воздействием инфекционных агентов
	аллергической реакцией немедленного типа
9	Развитие X-сцепленного ихтиоза обусловлено
	нарушением экспрессии стероидной сульфатазы
	нарушением экспрессии белка профилагтрина
	образованием аутоантител
	воздействием инфекционных агентов
	аллергической реакцией немедленного типа
10	Характер наследования ихтиоза плода
	аутосомно-рецессивный
	аутосомно-доминантный
	X-сцепленный доминантный
	X-сцепленный рецессивный
	Y-сцепленный
11	Комплекс изменений лица, включающих эктропион, экслабион, монголоидный разрез глаз, врожденную деформацию ушных раковин, характерен для
	врожденного ихтиоза
	буллезного эпидермолиза
	склеродермии
	атопического дерматита
	нейрофиброматоза

12	Системная терапия вульгарного ихтиоза проводится
	цефтриаксоном
	хлоропирамином
	глюконатом кальция
	эналаприлом
	ретинолом
13	Для буллезной формы врожденной ихтиозиформной эритродермии характерно появление
	уртикарных элементов на неизменённой коже
	папулёзных высыпаний на разгибательных поверхностях
	розеолёзных элементов на ладонях и подошвах
	эрозивно-язвенных поражений в области голеней
	пузырей с вялой покрывкой на фоне эритемы вскоре после рождения
14	Для гистологической картины вульгарного ихтиоза характерно наличие
	фолликулярного гиперкератоза
	вакуольной дистрофии
	спонгиоза
	акантолиза
	папилломатоза
15	Вульгарный ихтиоз ассоциируется с
	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
	склеродермией
	истинной пузырчаткой
	красным плоским лишаем
16	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
17	Буллёзный эпидермолиз развивается в результате нарушения синтеза белков
	плакофилина-1, плектина
	коллагена VII и XVII типов
	интегрина $\alpha\beta 4$, ламинина-332
	десмоплакина
	коллагеназы
18	Основными типами буллёзного эпидермолиза являются
	простой буллезный эпидермолиз
	пограничный буллезный эпидермолиз
	дистрофический буллезный эпидермолиз
	синдром Киндлер
	вульгарный
19	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
20	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
21	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
	МРТ головного мозга
22	Исследование биоптатов кожи больных врождённым буллёзным эпидермолизом с помощью непрямой реакции иммунофлюоресценции используется для определения
	определения экспрессии структурных белков кожи в зоне дермо-эпидермального соединения
	уровня образования пузыря
	клеточного состава материала
	IgA в зоне поражения
	IgG в зоне поражения
23	Дифференциальная диагностика врождённого буллёзного эпидермолиза у детей проводится с
	IgA-линейным дерматозом
	эксфолиативным дерматитом Риттера
	буллезной врожденной ихтиозиформной эритродермией
	токсическим эпидермальным некролизом
	вульгарным псориазом
24	Терапия больных врождённым буллёзным эпидермолизом заключается в

	уходе за пораженной и непораженной кожей
	лечении поражений кожи и слизистых оболочек
	лечении и профилактике осложнений заболевания
	проведении этиотропной терапии
	проведении патогенетической терапии
25	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
26	Характер наследования врождённого буллёзного эпидермолиза
	аутосомно-доминантный
	аутосомно-рецессивный
	X-сцепленный доминантный
	X-сцепленный рецессивный
	Y-сцепленный
27	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

28	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
29	Для клинической картины ихтиоза плода характерно наличие
	тотального поражения кожи в виде рогового панциря
	деформации лица
	резко выраженного эктропиона
	деформации ушных раковин, утолщения губ
	распространённой эритродермии
30	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
31	Кератолитическим действием обладают средства, содержащие
	мочевину
	салициловую кислоту
	молочную кислоту
	гликолевую кислоту
	д-пантенол

32	Смягчающим и увлажняющим действием обладают средства
	крем с эргокальциферолом
	мазь с ретинолом 0,5%
	салициловая мазь 5%
	бетаметазона дипропионат
	мазь такролимусом 0,03%
33	Наружная терапия ихтиоза проводится
	кератолитическими средствами
	смягчающими средствами
	увлажняющими средствами
	антигистаминными средствами
	антибактериальными средствами
34	Клиническая картина энтеропатического акродерматита характеризуется
	периферическим дерматитом
	алопецией
	диареей
	бороздами Бо-Рейля на ногтях
	гипертрихозом
35	Основные очаги поражения при энтеропатическом дерматите локализуются
	на дистальных отделах конечностей
	периорифициально
	в аногенитальной области
	на коже груди и живота
	на коже спины
36	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
37	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
38	Нейрофибромы характеризуются
	появлением на любом участке тела
	мягкой консистенцией
	развитием из нервных окончаний
	развитием из мезодермы
	плотной консистенцией
39	Аутосомно – доминантный тип наследования наблюдается при
	вульгарном ихтиозе
	нейрофиброматозе
	энтеропатическом акродерматите
	простом контактном дерматите
	склеродермии
40	Аутосомно – рецессивный тип наследования наблюдается при
	дистрофическом буллёзном эпидермолизе

	энтеропатическом акродерматите
	ихтиоз плода
	микроспории гладкой кожи
	щелевидном импетиго
41	К группе наследственных дерматозов относятся
	буллёзный эпидермтолиз
	ихтиоз
	нейрофиброматоз
	дискоидная красная волчанка
	истинная пузырчатка
42	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
43	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
44	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
45	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
46	К наследственным кератодермиям относится
	болезнь Меледа
	кератодермия Унны - Тоста
	синдром Папийона - Лефевра
	нейрофиброматоз
	акродерматит энтеропатический
47	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
48	Лечение кератодермий проводят
	кератолитическими наружными средствами
	витаминами группы А, Е, В
	кортикостероидами

	антигистаминными средствами
	нестероидными противовоспалительными средствами
49	Лечение нейрофиброматоза
	симптоматическое
	хирургическое (по показаниям)
	этиотропное
	патогенетическое
50	Направления терапии энтеропатического акродерматита
	восполнение дефицита цинка
	купирование диареи
	лечение инфекционных осложнений
	устранение гиперкератоза
	защита кожи от фотоповреждений
1	Дерматозы неясной этиологии
1	Васкулиты это
	полиэтиологические заболевания иммунокомплексного генеза
	заболевания, обусловленные наличием бактериальной инфекции
	аутоиммунные заболевания
	заболевания, обусловленные непереносимостью глютена
	заболевания, обусловленные наличием бактериальной инфекцией грибковой
2	К группе дермо-гиподермальных васкулитов относится
	полиморфный дермальный васкулит
	хроническая пигментная пурпура
	узловатый васкулит
	узловато-язвенный васкулит

	ливедо-ангиит
3	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
4	Папуло-некротический тип полиморфного дермального васкулита в первую очередь дифференцируют с
	папуло-некротическим туберкулезом кожи
	микробной экземой
	вульгарным псориазом
	плоским лишаем
	атопическим дерматитом
5	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
	полушаровидных воспалительных узелков, с сухим некрозом в центре
6	Синонимом лихеноидного типа хронической пигментной пурпуры является
	пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро-Блюма
	телеангиэктатическая пурпура Майокки
	стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга
	экзематоидная пурпура Дукаса-Капетанакиса

	пурпура Шенлейна-Геноха
7	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
8	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
9	Синонимом экзематозного типа хронической пигментной пурпуры является
	экзематозная пурпура Дукаса-Капетанакиса
	пурпура Шенлейна-Геноха
	стойкая прогрессирующая пигментная пурпура Шамберга
	пигментный пурпурозный лихеноидный ангиодермит Гужеро-Блюма
	телеангиэктатическая пурпура Майокки
10	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

11	Полиморфный дермальный васкулит, сопровождающийся формированием язвенно-некротических очагов, дифференцируют с
	глубокой пиодермией
	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
	дисгидротической экземой
	токсикодермией
12	Экзематоидный тип пигментной пурпуры нужно дифференцировать с
	атопическим дерматитом
	вульгарным псориазом
	токсикодермией
	глубокой пиодермией
	нуммулярной экземой
13	Лечение полиморфного дермального васкулита I степени активности рекомендуется проводить
	нестероидными противовоспалительными препаратами
	ненаркотическими анальгетиками
	ноотропными средствами
	холиномиметиками
	адренергическими средствами
14	Лечение полиморфного дермального васкулита II степени активности рекомендуется начинать с назначения
	системных глюкокортикостероидов
	ненаркотических анальгетиков
	ноотропных средств
	антигистаминных препаратов

	адренергическими средствами
15	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
16	Васкулиты часто развиваются на фоне
	бактериальных, вирусных инфекций
	приема лекарственных средств
	заболеваний ЦНС
	заболеваний вегетативной нервной системы
	заболеваний почек
17	Провоцирующими факторами, способствующими развитию васкулитов, являются
	эндокринопатии
	обменные нарушения
	гипертоническая болезнь
	мигрень
	ретинопатия
18	К группе дермальных васкулитов относится
	полиморфный дермальный васкулит
	хроническая пигментная пурпура
	ливедо-ангиит
	узловатый васкулит
	острая узловатая эритема

19	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
20	В зависимости от вида морфологических элементов типами полиморфного дермального васкулита являются
	уртикарный
	геморрагический
	петехиальный
	телеангиоэктатический
	экзематозидный
21	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
	полушаровидными воспалительными узелками, с некрозом в центре
22	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

23	Помимо геморрагической сыпи пурпура Шенлейна-Геноха характеризуется
	лихорадкой, артралгиями
	болями в животе, кровавистым стулом
	отсутствием температурной реакции
	отсутствием нарушений общего состояния
	светобоязнью, кератоконъюнктивитом
24	Папуло-некротический тип полиморфного дермального васкулита характеризуется
	полусферовидными 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
25	Некротически-язвенный тип полиморфного дермального васкулита характеризуется
	некрозом в виде обширного черного струпа
	острым началом, тяжелым течением
	полусферовидными воспалительными нешелушающимися узелками с сухим некрозом в центре
	наличием мелких «штампованных» рубчиков после рассасывания папул
	стойкими уртикарными высыпаниями
26	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

27	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
28	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
29	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
30	Препаратами выбора для лечения полиморфного дермального васкулита I степени активности из группы нестероидных противовоспалительных препаратов являются
	нимесулид
	мелоксикам
	гидроксихлорохин

	левоцитеризин
	ципрофлоксацин
31	Препаратами выбора для лечения полиморфного дермального васкулита II степени активности из группы системных глюкокортикостероидов являются
	преднизолон
	бетаметазон
	мелоксикам
	гидроксихлорохин
	левоцитеризин
32	Лечение хронической пигментной пурпуры проводится препаратами следующих групп
	хинолинами
	ангиопротекторами
	системными глюкокортикостероидами
	нестероидными противовоспалительными препаратами
	антигистаминными препаратами
33	Локализованная кольцевидная гранулёма наблюдается преимущественно у
	детей
	лиц молодого возраста
	мужчин
	женщин
	лиц старческого возраста
34	Папулы при локализованной кольцевидной гранулёме
	мелкие 1-5 мм в диаметре
	гладкие полушаровидные
	слегка уплощенные

	блестящие розового цвета
	гиперпигментированные с углублением в центре
35	При диссеминированной форме кольцевидной гранулёмы необходимо назначить
	топические глюкокортикостероиды
	токоферола ацетат и/или фототерапия
	адреноблокаторы
	противовирусные препараты
	антигистаминные препараты
36	К немедикаментозной терапии кольцевидной гранулёмы относится
	криотерапия
	фототерапия
	иммуномодулирующая терапия
	химиотерапия
	химическая деструкция
37	Провоцирующими факторами возникновения кольцевидной гранулёмы являются
	сахарный диабет
	проведение туберкулиновых проб
	травмы кожи
	солнечные ожоги
	табакокурение
38	Дифференциальную диагностику кольцевидной гранулёмы проводят с
	липоидным некробиозом
	ревматоидными узелками
	мелкоузелковым саркоидозом
	красным плоским лишаём

	микробной экземой
39	Патологические элементы локализованной кольцевидной гранулёмы располагаются преимущественно
	на тыльной поверхности кисти
	на ладонной поверхности кисти
	на тыльной поверхности стоп
	на подошвенной поверхности стопы
	на передней поверхности голеней
40	Беременным женщинам с кольцевидной гранулёмой назначают
	очень сильные топические глюкокортикостероиды
	токоферола ацетат
	адреномиметики
	криотерапию
	антигистаминные препараты
41	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
1	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
2	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
3	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
4	Эритроплазия Кейра локализуется на
	головке полового члена
	волосистой части головы
	коже туловища
	коже верхних конечностей
	слизистой оболочке полости рта
5	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

6	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
7	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
8	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
9	Злокачественной меланоцитарной опухолью является
	меланома
	базалиома
	кератоакантома
	дерматофиброма
	папиллома

10	Дерматоскопическим признаком дермального невуса является
	феномен «булыжной мостовой»
	феномен «сине-белой вуали»
	гетерогенность цвета
	феномен белая пелена
	феномен «звёздные вспышки»
11	Болезнь Боуэна - это
	внутриэпидермальный плоскоклеточный рак кожи
	карцинома протока потовых желез
	доброкачественное образование кожи
	злокачественное образование меланоцитарного происхождения
	базальноклеточный рак кожи
12	Пациентам с невусом Шпиц необходимо рекомендовать
	хирургическое иссечение образования
	динамическое наблюдение
	санаторно-курортное лечение
	медикаментозное лечение
	химиотерапию
13	Хроническая трещина красной каймы губы является
	факультативным предраком
	вирус-ассоциированным предраком
	облигатным предраком
	злокачественным новообразованием
	доброкачественным образованием
14	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
15	Эпидемический тип саркомы Капоши ассоциирован с
	ВИЧ-инфекцией
	гриппом
	ветряной оспой
	стафилококковой инфекцией
	псориазом
16	Доброкачественными новообразованиями являются
	гамартомы
	невусы
	кисты
	аденомы
	карциномы
17	Неинвазивными методами диагностики новообразований кожи являются
	оптические
	ультразвуковые
	биопсия эксцизионная
	панч-биопсия
	кюретаж
18	Эпителиальными доброкачественными новообразованиями являются
	папиллома

	себорейный кератоз
	фиброэпителиальный полип
	кератоакантома
	папилломатозный невус
19	Методом лечения папилломы является
	электрокоагуляция
	радиоволновое удаление
	криодеструкция
	лучевая терапия
	химиотерапия
20	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
21	Плоскоклеточным раком in situ является
	болезнь Боуэна
	эритроплазия Кейра
	папиллома
	фиброэпителиальный полип
	себорейный кератоз
22	Злокачественными эпителиальными новообразованиями являются
	плоскоклеточный рак
	базальноклеточный рак

	эритроплазия Кейра
	фиброэпителиальный полип
	себорейный кератоз
23	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
24	Диагностический алгоритм меланомы ABCD включает оценку следующих характеристик образования
	асимметрия
	границы
	цвет
	дерматоскопические структуры
	размер образования
25	Дерматоскопическими признаками меланомы являются
	бело-голубая вуаль
	многоцветность образования
	псевдоподии
	глобулярные структуры по типу булыжной мостовой
	равномерная однородная структура рисунка
26	Признаком малигнизации хронической трещины красной каймы губ является
	исчезновение болезненности
	уплотнение краев и основания

	безуспешность консервативного лечения
	эпителизация трещины
	гиперплазия сальных желёз
27	Признаками малигнизации невуса являются
	изменение пигментации
	быстрый рост
	появление зуда, жжения, покалывания
	изменение формы, границ образования
	рост пушковых волос
28	Типы саркомы Капоши
	классическая (идиопатическая)
	эндемическая форма (африканская)
	ВИЧ-ассоциированная (эпидемическая)
	иммуносупрессивная (ятрогенная)
	кавернозная
29	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
30	Клиническими стадиями развития саркомы Капоши являются
	пятнистая
	папулёзная
	опухолевая

	стационарная
	регрессирующая
31	К сосудистым новообразованиям относят
	ювенильную гемангиому
	старческую гемангиому
	базалиому
	папиллому
	фиброму
32	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
33	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
34	Доброкачественными фиброгистиоцитарными опухолями являются
	фиброма
	дерматофиброма
	ксантома
	базалиома

	саркома Капоши
35	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
36	Ксантомы
	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
37	К паранеоплазиям относят
	акантоз чёрный
	акрокератоз паранеопластический
	ихтиоз приобретённый
	базалиому
	невус Ото
38	К клиническим формам чёрного акантоза относится
	доброкачественный (юношеский)
	симптоматический
	псевдоакантоз
	злокачественный
	псориазиформный

39	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
40	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
41	К Т-клеточным лимфомам относят
	грибовидный микоз
	синдром Сезари
	лимфоматоидный папулёз
	панникулитоподобную Т-клеточную лимфому подкожной жировой клетчатки
	первичную кожную В-клеточную лимфому маргинальной зоны
42	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

43	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
44	Стадии классического варианта течения грибовидного микоза
	пятнистая (эритематозная)
	бляшечная
	опухолевая
	язвенная
	веррукозная
45	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
46	К немедикаментозным методам лечения грибовидного микоза относятся
	фототерапия УФ-В
	ПУВА-терапия
	лучевую терапию
	наружную терапию топическими стероидами
	химиотерапия

47	Синдром Сезари
	является к 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
48	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 сгибательных поверхностях лучезапястных суставов
	пустулёзных элементов на волосистой части головы
49	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 грибовидного микоза
	гиперпигментные пятна /атрофические рубчики после разрешения папул
50	Дополнительными методами диагностики хронической эритродермии неясной этиологии являются
	гистологическое исследование
	иммуногистохимическое исследование
	молекулярно-биологическое исследование
	рентгенологическое
	ультразвуковое

1	Сифилис
1	Инкубационный период сифилиса составляет
	21-28 дней
	5-7 дней
	1-4 дней
	6 месяцев
	8 месяцев
2	Возбудителем сифилиса является
	<i>Treponemapallidum</i>
	<i>Haemophilus ducreyi</i>
	<i>Trichomonasvaginalis</i>
	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>Neisseriagonorrhoeae</i>
3	Реинфекция сифилиса - это
	повторное заражение сифилисом после излечения
	повторное заражение сифилисом неизлеченного больного
	первичное заражение сифилисом
	инфицирование ВИЧ-инфекцией
	сочетанная инфекция <i>Treponemapallidum</i> и <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
4	Суперинфекция сифилиса - это
	повторное заражение сифилисом неизлеченного больного
	повторное заражение сифилисом после излечения
	первичное заражение сифилисом
	сочетанная инфекция <i>Treponemapallidum</i> и ВИЧ
	сочетанная инфекция <i>Treponemapallidum</i> и <i>Neisseria gonorrhoeae</i>

5	Обезглавленный сифилис возникает при
	трансфузионном пути инфицирования
	контактно-бытовом пути инфицирования
	половом пути инфицирования
	фекально – оральном пути инфицирования
	трансплацентарном пути инфицирования
6	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
7	Шанкр-амигдалит - 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
8	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
9	Вторичные сифилиды характеризуются
	доброкачественным течением (при разрешении не оставляют следов)
	наличием зуда, болезненности
	атрофическими изменениями после разрешения
	кровоточивостью при пальпации элементов
	бурным периферическим ростом
10	Широкие кондиломы являются клиническими проявлениями
	вторичного периода сифилиса
	сифилиса внутренних органов
	сифилиса нервной системы
	третичного периода сифилиса
	первичного периода сифилиса
11	Сифилитическая лейкодерма является клиническим признаком
	вторичного периода сифилиса
	первичного периода сифилиса
	третичного периода сифилиса
	скрытого периода сифилиса
	инкубационного периода
12	Разновидностью сифилитической алопеции является
	мелкоочажковая
	очаговая
	субтотальная
	универсальная
	физиологическая

13	Для бугоркового сифида характерен симптом
	яблочного желе
	Бенье-Мещерского
	зонда
	Горчакова-Арди
	Никольского
14	Специфическими признаками позднего врожденного сифилиса является
	триада Гетчинсона
	гепатолиенальный синдром
	сифилитическая пузырьчатка новорожденного
	осиплость голоса, сифилитический ринит
	диффузная инфильтрация кожи Гохзингера
15	Врожденный сифилис считается ранним, если давность инфицирования составляет
	до 2 лет
	3 года
	5 лет
	4 года
	не известна
16	Нейросифилис считается ранним, если давность инфицирования составляет
	до 5 лет
	не известна
	до 2 лет
	более 5 лет
	10 лет

17	Гумма представляет собой
	пузырь
	папулу
	узел
	эрозию
	трещину
18	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
19	Этиотропное лечение сифилиса проводят
	антибактериальными препаратами
	антигистаминными препаратами
	топическими стероидами
	нестероидными противовоспалительными средствами
	иммуномодуляторами
20	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
21	Пути передачи сифилиса

	половой
	трансплацентарный
	контактно-бытовой
	трансфузионный
	воздушно-капельный
22	Микроскопическими признаками <i>Treponemapallidum</i> являются
	спиралевидная форма
	наличие 8-12 равномерных завитков
	вращательные, поступательные, сгибаемые, волнообразные движения
	хаотичные движения
	наличие 4-6 неравномерных завитков
23	<i>Treponemapallidum</i> в неблагоприятных условиях существует в форме
	цист
	L-форм
	спор
	гифов
	плазмид
24	К антигенам <i>Treponemapallidum</i> относятся
	термолабильный
	термостабильный
	липоидный, идентичный кардиолипину
	фибриноидный
	мезенхимальный
25	Врождённый сифилис подразделяется на
	ранний

	поздний
	первичный
	вторичный
	третичный
26	Для клинической картины первичного приобретённого сифилиса характерно наличие
	твёрдого шанкра
	регионарного лимфаденита
	алопеции
	широких кондилом
	диссеминированных высыпаний
27	Атипичными шанкрами являются
	шанкр - амигдалит
	шанкр-панариций
	индуративный отёк
	эрозивный
	язвенный
28	Типичными сифилитическими шанкрами являются
	шанкр - амигдалит
	шанкр-панариций
	индуративный отёк
	эрозивный
	язвенный
29	Для клинической картины твёрдого шанкра характерно наличие
	плотного инфильтрата в основании
	чётких границ образования

	отсутствие субъективных симптомов
	обильного гнойного отделяемого
	отсутствие плотного инфильтрата в основании
30	Осложнениями твёрдого шанкра являются
	баланит
	фимоз
	фагеденизм
	гангренизация
	васкулит
31	Дифференциальная диагностика твёрдого шанкра проводится с
	простым герпесом
	мягким шанкром
	чесоточной эктимой
	васкулитом
	витилиго
32	Дифференциальная диагностика пятнистых высыпаний при вторичном свежем сифилисе проводится с
	корью, краснухой
	аллергическим дерматитом
	ихтиозим
	вульгарным псориазом
	истинной пузырчаткой
33	Сифилитическая алопеция может быть
	мелкоочаговой
	диффузной

	смешанной
	тотальной
	универсальной
34	Для сифилидов третичного периода сифилиса характерно
	глубокое расположение в дерме
	низкая заразительность
	склонность элементов к распаду
	образование рубцов на месте разрешившихся элементов
	резкая болезненность
35	Периодами третичного сифилиса являются
	активный
	скрытый
	прогрессирующий
	стационарный
	регрессирующий
36	К неспецифическим признакам раннего врожденного сифилиса относятся
	гепатолиенальный синдром
	гипотрофия
	осиплость голоса, сифилитический ринит
	диффузная инфильтрация кожи Гохзингера
	сифилитическая пузырьчатка новорожденного
37	Специфическими признаками раннего врожденного сифилиса являются
	диффузная инфильтрация кожи Гохзингера
	сифилитическая пузырьчатка новорожденного
	сифилитический ринит

	лабиринтная глухота
	зубы Гетчинсона
38	Триада Гетчинсона – это симптомокомплекс, включающий
	лабиринтную глухоту
	диффузный кератит
	зубы Гетчинсона
	диффузную инфильтрацию кожи Гохзингера
	сифилитическую пузырчатку новорожденного
39	Вероятными признаками позднего врождённого сифилиса являются
	саблевидные голени
	деформации носа
	радиальные рубцы вокруг рта
	хориоретинит
	триада Гетчинсона
40	Методы лабораторной диагностики сифилиса подразделяют на
	прямые и непрямые
	трепонемные и нетрепонемные
	скрининговые и подтверждающие
	культуральные
41	К прямым трепонемным методам диагностики сифилиса относят
	микроскопию в тёмном поле
	ПЦР-диагностику
	РСК
	РИБТ
	ИФА

42	К нетрепонемным методам диагностики сифилиса относят
	РМП
	VDRL
	RPR
	РИФ
	микроскопию в тёмном поле
43	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
44	К трепонемным методам диагностики сифилиса относят
	ИФА
	иммуноблоттинг
	РПГА
	РИБТ
	РМП
45	Первичное обследование на сифилис проводят методами
	РМП
	RPR
	VDRL
	иммуноблоттинг
	микроскопия в тёмном поле

46	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)
47	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
48	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, РИФаbc/200, ИБ IgM) теста
	микроскопия в темном поле
	ПЦР-диагностика
49	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, РИФаbc/200, ИБ, ИХЛ, РИБТ)
	микроскопия в темном поле
	ПЦР-диагностика
50	Показаниями к спинномозговой пункции для исследования cerebro-спинальной 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
51	К рекомендуемым методам исследования cerebro-спинальной 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
52	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
53	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 нелеченной, 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 в нетрепонемных тесты негативировались
54	Антибактериальными препаратами, рекомендованными для лечения сифилиса, являются
	длуратные пенициллины (бициллин-1, бициллин-5)
	пенициллины средней длуратности (бензилпенициллина новокаиновая соль)
	водорастворимая бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая
	полусинтетические пенициллины (ампициллина натриевая соль, оксациллина натриевая соль)
	макролиды (азитромицин)
55	Реакция обострения Яриша - Лукашевича - Герксгеймера характеризуется
	резким началом (через 2—4 часа) после первого введения антибактериального препарата
	ознобом и резким повышение температуры тела (до 39 °C)
	изменением внешнего вида высыпаний (становятся более многочисленными, яркими, отечными)
	отсутствием субъективной симптоматики
	постепенным развитием клинической картины (в течение нескольких суток)
56	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 церебро-спинальной жидкости
	отсутствие признаков кардиоваскулярногосифилиса
	клинико – серологический контроль в течение 1 года
1	Инфекции, передающиеся половым путём
1	Возбудителем гонореи является

	грамотрицательный диплококк
	грамположительный диплококк
	грамположительный кокк
	вирус
	простейший одноклеточный паразит
2	Поражение суставов возможно при
	хламидиозе
	трихомониазе
	уреаплазмозе
	бактериальном вагинозе
	урогенитальном кандидозе
3	Возбудителем трихомониаза является
	<i>Trichomonas vaginalis</i>
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>Candida albicans</i>
	<i>Gardnerella vaginalis</i>
4	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
5	Клиническим признаком синдрома Рейтера является
	уретро-окуло-синовиальный синдром

	псориазиформные высыпания на коже
	поражение паренхиматозных органов
	поражение центральной нервной системы
	триада Гетчинсона
6	Методом лабораторной диагностики бактериального вагиноза является
	микроскопия
	культуральная диагностика
	РМП
	РИБТ
	ИФА
7	Длительность инкубационного периода при остром гонорейном уретрите составляет
	2-5 дней
	14 суток
	28 дней
	2 месяца
	3 месяца
8	Лечение острой и подострой форм неосложненной гонореи проводят
	антибактериальными препаратами
	антигистаминными препаратами
	протопротозойными средствами
	гипосенсибилизирующими средствами
	нестероидными противовоспалительными препаратами
9	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
10	Прямым показанием для обследования на инфекции передающиеся половым путем является
	бесплодный брак
	дизурические явления
	диспепсические явления
	нарушения со стороны ЖКТ
	фарингит
11	К физическим методам лечения аногенитальных бородавок относится
	криодеструкция
	солкодерм
	резорцин
	подофиллотоксин
	трихлоуксусная кислота
12	Беременным противопоказан приём
	тетрациклина
	эритромицина
	бензилпенициллина
	левомицетина
	klarитромицина
13	Gardnerellavaginalis чувствительна к
	метронидазолу

	цефалоспорином
	пенициллинам
	аминогликозидам
	тетрациклину
14	В целях профилактики бленореи новорожденным обрабатывают глаза
	раствором сульфацила натрия
	кромогексалом
	дексаметазоном
	офтан катахромом
	метилпреднизолоном
15	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>
16	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
17	К экзогенным факторам, способствующим развитию бактериального вагиноза, относятся
	микоплазменная инфекция

	лучевая терапия
	наличие инородных тел во влагалище/матке
	поликистоз яичников
	атрофия слизистых оболочек влагалища
18	Критериями Amsel являются
	густые, гомогенные, 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
19	Для диагностики бактериального вагиноза используют
	микроскопию
	культуральный метод
	ПЦР диагностику
	РМП
	РПГА
20	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 папулезными элементами на слизистых оболочках
21	Лабораторными методами, подтверждающими диагноз генитального герпеса, являются
	ИФА (выявление IgM, IgG)
	ПЦР-диагностика

	микроскопическое исследование
	РМП
	РИБТ
22	Дифференциальная диагностика генитального герпеса проводится с
	сифилисом
	мягким шанкром
	паховой гранулёмой
	дерматомиозитом
	атопическим дерматитом
23	Лечение генитального герпеса проводят
	ацикловиром
	валацикловиром
	фамвиром
	метронидазолом
	вильпрафеном
24	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
25	Пути инфицирования детей гонококковой инфекцией
	перинатальный
	половой контакт

	контактно-бытовой
	трансмиссивный
	воздушно - капельный
26	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
27	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
28	Для подтверждения диагноза гонореи проводят
	микроскопическое исследование
	культуральное исследование
	ПЦР-диагностику
	РИБТ
	РПГА
29	Лечение гонореи проводят
	цефтриаксоном
	цефиксимом

	спектиномицином
	хлорпирамином
	эналаприлом
30	В зависимости от срока давности заболевания гонореей подразделяют на
	свежую
	хроническую
	латентную
	прогрессирующую
	стационарную
31	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
32	Осложнениями урогенитальных инфекций у женщин являются
	сальпингоофорит
	эндометрит
	сальпингит
	артрит
	гастродуоденит
33	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
34	Диагностика микоплазменной инфекции проводится
	микробиологическим методом
	ИФА
	ПЦР
	РИБТ
	РМП
35	Препаратами выбора для лечения микоплазменной инфекции являются
	доксициклин
	джозамицин
	пенициллин
	цефтриаксон
	метронидазол
36	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
37	Острая форма вульвовагинита характеризуется
	гиперемией и отеком слизистых оболочек

	творожистыми выделениями
	застойной гиперемией слизистых оболочек, скудными выделениями
	обильными пенистыми выделениями зеленоватого цвета
	отсутствием субъективных жалоб
38	Кандидоносительство характеризуется
	отсутствием субъективных симптомов заболевания
	отсутствием объективных симптомов заболевания
	обильными пенистыми выделениями зеленоватого цвета
	застойной гиперемией слизистых оболочек, скудными выделениями
	наличием субъективных жалоб на зуд в области поражения
39	К факторам вирулентности <i>C. albicans</i> относятся
	молекулы адгезии
	протеиназы и гликозидазы
	коагулаза
	трансаминазы
	нейротоксины
40	Развитию кандидоза гладкой кожи и слизистых оболочек способствует
	применение иммуносупрессивных препаратов (цитостатиков, глюкокортикостероидов)
	нарушение барьерной функции кожи и слизистых оболочек
	дробный режим питания
	отсутствие эндокринной патологии
	длительное применение антигистаминных препаратов
41	Для лечения острых форм кандидоза слизистых оболочек используют
	производные азолов
	полиеновые макролиды

	цефалоспорины
	цитостатики
	ингибиторы дегрануляции тучных клеток
42	Для диагностики урогенитального кандидоза применяют
	микроскопическое исследование
	культуральное исследование
	ПЦР диагностику
	РИБТ
	РМП
43	Местное лечение урогенитального кандидоза проводят
	клотримазолом
	натамицином
	интраконазолом
	миконазолом
	флуконазолом
44	Антимикотическими средствами, разрешенными к применению у беременных, являются
	натамицин
	клотримазол
	сертаконазол
	тербинафин
	кетконазол
45	Препаратами выбора для лечения воспалительных заболеваний урогенитального тракта, вызванных <i>Chlamydia trachomatis</i> , являются
	доксициклина моногидрат
	азитромицин

	джозамицин
	метронидазол
	ампициллин
46	Препаратами выбора для лечения воспалительных заболеваний, вызванных T. Vaginalis, являются
	метронидазол
	орнидазол
	тинидазол
	доксциклина моногидрат
	азитромицин
47	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
48	Препаратами выбора для лечения шанкроида являются
	азитромицин
	эритромицин
	ципрофлоксацин
	метронидозол
	флуконазол
49	Идентификация возбудителя паховой лимфогранулёмы проводится методами
	прямой микроскопии
	культурального исследования

	ПЦР диагностики
	РИБТ
	РПГА
50	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
51	Кожные поражения при СПИДе условно подразделяют на
	неопластические
	инфекционные
	дерматозы неясной этиологии
	генетически обусловленные
	буллёзные
52	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