001. Сифилис не передается путем:

половым

бытовым

воздушно – капельным

плацентарным

002. Длительность первичного сифилиса:

20 дней

1 год

5 месяцев

6-8 недель

003. Атипичной формой первичной сифиломы не является:

шанкр – амигдалит

шанкр – стоматит

шанкр – панариций

индуративный отек

004. Осложнением твердого шанкра не является:

эндометрит

гангренизация

фимоз

парафимоз

005. При исследовании бледной трепонемы методом электронной микроскопии не выявляются образования:

чехол

жгутики

фибриллы

цитоплазматическая мембрана

006. К разновидностям твердого шанкра не относится:

герпетиформный

ожоговый (комбустиформный)

кокардный

серпигинирующий

007. Шанкр - амигдалит представляет собой:

эрозию миндалины

язву миндалины

увеличенную в размерах гиперемированную и уплотненную миндалину

увеличенную в размерах обычной окраски миндалину

008. Бледная трепонема - это:

микроорганизм спиралевидной формы

микроорганизм шарообразной формы

микроорганизм палочковидной формы

микроорганизм нитеобразной формы

микроорганизм неправильной формы

009. JgM-антитела появляются после заражения сифилисом:

на 2-4 неделе

на 5-6 неделе

на 7-8 неделе

010. Удлинение инкубационного периода сифилиса наблюдается:

при сопутствующих инфекционных заболеваниях

при биполярном расположении твердых шанкров

при лечении пенициллином, тетрациклином сопутствующих заболеваний в инкубационный период сифилиса

при лечении сульфаниламидами сопутствующих заболеваний в инкубационный период сифилиса

при лечении противовирусными препаратами

011. Укорочение инкубационного периода сифилиса наблюдается:

при развитии одиночного твердого шанкра

при биполярном расположении твердых шанкров

при развитии множественных твердых шанкров

при развитии эрозивных твердых шанкров

при развитии язвенных твердых шанкров

012. Длительность вторичного периода сифилиса составляет:

Месяц

Год

2-3 года

больше 10 лет

013. Для вторичного сифилиса не характерны признаки:

доброкачественность течения

серонегативность

полиморфизм истинный

обильные высыпания

014. Какой формы пигментного сифилида не существует?

кружевная

пятнистая

мраморная

сливная

сетчатая

015. Укажите признак вторичного рецидивного сифилиса:

более крупные размеры

более многочисленные

более яркие

не склонны к группировке

016. К разновидностям папулезного сифилида ладоней и подошв не относится:

лентикулярный

кольцевидный

роговой

бляшечный

диффузный

017. Период времени от момента заражения до развития вторичного сифилиса составляет:

2,5 - 3 месяца

1-2 года

3-5 лет

8-10 лет

018. Для сифилитической розеолы характерно:

желтовато-бурый цвет

разрешается с образованием рубца

сопровождается субъективными ощущениями

019. Когда наступает третичный сифилис после заражения:

через 1,5 месяца

через 2 месяца

через 3-5 лет и более

020. Какая из ниже перечисленных форм не является характерной для бугоркового сифилида:

 сгруппированная

 серпигинирующая

 гангренозная

 карликовая

021. Наиболее часто сифилитическая аневризма аорты локализуется:

 в восходящем отделе

 в дуге

 в нисходящем отделе

 в брюшном отделе

022. Рубцы при третичном сифилисе имеют вид:

 втянутых

 поверхностных

 плоских

 келоидных

023. Какой признак не характерен для элементов третичного сифилиса:

 рассасывание бесследно

 формирование рубцовой атрофии

 распад

 фиброз

 изъязвление

024. Патогномоничным симптомом раннего врожденного сифилиса является:

 папулезные элементы

 пятнистые элементы

 диффузная инфильтрация Гохзингера

 диффузная алопеция

 специфическая паронихия

025. Патогномоничный признак позднего врожденного сифилиса:

 гумма твердого неба

 паренхиматозный кератит

 розеола кожи туловища

 папулы на слизистой полости рта

026. Остеохондриты 2 степени у больных ранним врожденным сифилисом обнаруживаются:

 в первые 3 мес жизни

 в 6-7 мес жизни

 в 8-9 мес жизни

027. На каком сроке беременности чаще происходит инфицирование плода у больной сифилисом:

 на 1 -2 мес

 на 3-м мес

 на 4-5 мес

 на 6-7 мес

 на 8-9 мес

028. Изменения крови у больных ранним врожденным сифилисом проявляются в виде:

 лейкопении

 гипохромной анемии

 ускоренного свертывания

 тромбоцитопении

029. Псевдопаралич Парро возникает в результате:

 остеохондрита

 периостита

 менингита

 артрита

030. Какой вид лечения не применяется при сифилисе:

 специфическое

 превентивное

 противорецидивное

 профилактическое

031. Лечение беременных сроком до 18 недель при первичном и вторичном свежем сифилисе нельзя проводить с применением одного из следующих антибиотиков:

 бензилпенициллина натриевая соль

 бензилпенициллина новокаиновая соль

 тетрациклин

032. К формам скрытого сифилиса не относится:

 ранний

 поздний

 серонегативный

 неуточненный

033. Длительность превентивного лечения сифилиса бензилпенициллина новокаиновой солью составляет:

 1 месяц

 1 неделя

 10 дней

 14 дней

034. К нетрепонемным серологическим тестам не относят:

 RPR

 RMP

 VDRL

 РПГА

035. К трепонемным серологическим тестам не относят:

 РПГА

 ИФА

 РИФ – абс

 RPR

036. Длительность инкубационного периода сифилиса:

 7 дней

 1 год

 3-4 недели

 72 часа

037. Классические размеры и очертания первичной сифиломы:

 чечевица

 ладонь ребенка

 очертания неправильные

 подрытые края

038. Регионарный склераденит при первичном сифилисе развивается после появления твердого шанкра через:

 3 - 5 дней

 5 - 8 дней

 8 - 12 дней

 2-3 недели

 2-3 месяца

039. Бледная трепонема была открыта в:

 1890 году

 1895 году

 1905 году

 1910 году

040. В реализации иммунного ответа при сифилисе не участвуют следующие образования:

 эритроциты

 макрофаги

 т - лимфоциты

 в - лимфоциты

041. Укажите клинический признак индуративного отека:

 увеличение объема пораженного участка

 мягкая консистенция, при надавливании пальцем остается ямка

 болезненность при пальпации

 ярко-красный цвет

042. Для рецидивного сифилиса характерно:

 остатки твердого шанкра

 реакция обострения Яриша-Лукашевича

 регионарный аденит

 часто алопеция

043. К разновидностям пустулезного сифилиса не относятся:

 импетигинозный

 оспенновидный

 фолликулярный

 угревидный

044. Папулезный сифилид следует дифференцировать с:

 псориазом

 туберкулезной волчанкой

 импетиго

 экземой

 генитальным герпесом

045. Для вторичного сифилиса не характерна следующая форма алопеции:

 тотальная

 мелкоочаговая

 диффузная

 смешанная

046. К разновидностям сифилитической розеолы не относится:

 уртикарная

 геморрагическая

 зернистая

047. Какой из признаков характерен для вторичного свежего сифилиса:

 локализация в местах наименьшего сопротивления

 часто симптом Пинкуса

 серонегативность

 остатки твердого шанкра

048. Какой формы вторичного сифилиса нет:

 свежий

 рецидивный

 скрытый

 перманентный

049. Вторичный период сифилиса наступает после появления твердого шанкра в среднем через

 5-6 недель

 6-8 недель

 8-9 недель

 9-10 недель

050.

Признак, характерный для сифилитической эритематозной ангины:

 четкие границы эритемы в зеве

 нечеткие границы эритемы в зеве

 резкая болезненность

 высокая температура

051. К разновидностям пустулезного сифилида относится:

 лентикулярный

 оспенновидный

 фолликулярный

 широкие кондиломы

052. Высыпания при вторичном свежем сифилисе обычно:

 обильные

 несимметричные

 неяркой окраски

 сгруппированные

053. Клинический признак, не характерный для вторичного сифилиса:

 высыпания не вызывают субъективных ощущений

 поражение ладоней и подошв

 наличие яркой воспалительной реакции

 отсутствие острой воспалительной реакции

 разрешается без следа

054. Заболевание, с которым в первую очередь необходимо дифференцировать бугорковый сифилид:

 узловатая эритема

 индуративная эритема

 туберкулезная волчанка

 колликвативный туберкулез

055. Какие серологические реакции не применяются при диагностике сифилиса?

 РПГА

 реакция Борде-Жангу

 реакция иммунофлюоресценции

 реакция иммобилизации бледных трепонем

056. Какой морфологический элемент характерен для третичного сифилиса?

 пузырь

 бугорок

 узелок

 волдырь

057. Поражение костей при третичном сифилисе не может быть в форме:

 периостита

 остеохондрита II ст

 остеомиелита

 артрита

058. Заболевание, с которым не дифференцируют бугорковый сифилис:

 туберкулез кожи

 лейшманиоз

 лепра

 экзема

059. Не характерный для третичного сифилиса признак:

 ограниченность поражения

 фокусное расположение элементов сыпи

 наклонность элементов к распаду

 болезненность в очагах поражения

 образование рубцов на месте разрешившихся элементов

060. С каким заболеванием следует дифференцировать бугорковый сифилид:

 туберкулезная волчанка

 красная волчанка

 индуративная эритема

 псориаз

 узловатая эритема

061. Гумма при третичном сифилисе возникает через:

 3 - 50 лет после заражения

 1 неделю после заражения

 2 месяца после заражения

 1 неделю после появления твердого шанкра

062. Укажите клинические проявления, характерные для третичного сифилиса:

 папулы ладоней и подошв

 сгруппированные бугорки

 мелкоочаговое облысение

 широкие кондиломы промежности

 обильная розеолезная сыпь туловища

063. Не характерный для гуммы признак:

 узловатое образование

 выраженный болевой синдром

 асимметричность

 при заживлении остается рубец

 при вскрытии образуется язва

064. Укажите признак, характерный для рубца, остающегося на месте гуммозной язвы:

 форма круглая или овальная

 форма неправильная

 в центре втянутый по типу «звездчатого»

 «мозаичный»

065. Клинические признаки раннего врожденного сифилиса со стороны кожи соответствуют аналогичным проявлениям при:

 I сифилисе

 II сифилисе

 III сифилисе

066. Сифилис поздний врожденный проявляется чаще в сроки:

 через 2-3 мес после рождения

 через 2 года после рождения

 через 4-6 лет после рождения

 через 10 лет после рождения

067. Сифилитическое поражение плаценты проявляется:

 гипоплазией

 увеличением массы и размеров последа

 измененной зародышевой частью

068. Патогномоничным симптомом позднего врожденного сифилиса считается:

 бугорковая сыпь

 лабиринтная глухота

 седловидный нос

 саблевидные голени

069. Для позднего врожденного сифилиса характерно:

 пузырчатка

 ринит

 паренхиматозный кератит

 псевдопаралич Парро

070. Остеохондрит у больных ранним врожденным сифилисом возникает с:

 5 мес внутриутробной жизни плода

 7 мес внутриутробной жизни плода

 2 мес внутриутробной жизни плода

071. Сифилис плода чаще заканчивается гибелью на:

 3-4 мес беременности

 6-7 мес беременности

 8-9 мес беременности

072. Проявления позднего врожденного сифилиса идентичны проявлениям:

 I сифилиса

 II сифилиса

 III сифилиса

073. Чаще всего при раннем врожденном сифилисе поражается:

 желудок

 печень

 почки

 легкие

 селезенка

074. Пораженная сифилисом плацента:

 плотная

 хрупкая, легко рвущаяся

 преимущественно поражение материнской части

075. Рубцы Фурнье-Робинсона возникают после разрешения:

 бугоркового сифилида

 папулезной инфильтрации Гохзингера

 сифилитической пузырчатки

076. Для сифилиса скрытого раннего характерным является выявление у полового партнера:

 манифестной формы сифилиса

 сифилиса скрытого позднего

 сифилиса висцерального

 позднего нейросифилиса

077. Лица, получившие превентивное лечение после полового или бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат:

 однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после окончания лечения

 двукратному клинико-серологическому обследованию через 3 и 6 месяцев после окончания лечения

 клинико-серологическому обследованию в течение года после окончания лечения с кратностью в 3 месяца

078. Что такое «бактериальный вагиноз»?

 воспалительное заболевание влагалища, связанное с аэробной инфекцией

 неспецифический вагинит

 дисбиоз влагалища, связанный с преобладанием анаэробных микроорганизмов

 инфекция влагалища, ассоциированная с генитальными микоплазмами

079. Какие микроорганизмы не относятся к представителям условно-патогенной микробиоты влагалища женщины?

 Staph. epidermidis

 Bacteroides pp

 C. trachomatis

 M. hominis

 G. vaginalis

080. Какой признак не относится к диагностическим критериям бактериального вагиноза?

 гомогенные густые выделения из влагалища

 рН менее 4,5

 «рыбный» запах при проведении пробы с КОН

 наличие «ключевых» клеток при микроскопии выделений

 отсутствие лейкоцитоза при микроскопии выделений

081. Какой основной препарат для лечения бактериального вагиноза при выявлении*A.vaginae*?

 метронидазол

 орнидазол

 клиндамицин

082. Что такое «ключевые» клетки?

 сегментоядерные лейкоциты с поглощенной ими анаэробной микробиотой

 эпителиальные клетки влагалища с включениями в них персистирующих микроорганизмов

 макрофаги, окруженные обильной кокковой микробиотой

 клетки влагалищного эпителия, окруженные обильной, преимущественно грам-отрицательной, палочковой микробиотой

083. Какова концентрация бактерий во влагалище здоровой женщины?

 10^2 - 10^3 КОЕ/мл

 10^5 - 10^6 КОЕ/мл

 10^7 - 10^8 КОЕ/мл

 10^11 - 101^2 КОЕ/мл

 10^19 - 10^20 КОЕ/мл

084. Какой признак не является осложнением беременности при бактериальном вагинозе?

 инфицирование плода анаэробами

 хориоамнионит

 низкий вес плода

 вульвовагинит новорожденных

 преждевременные роды

085. Что не является рациональным для предотвращения развития рецидивов бактериального вагиноза?

 лечить полового партнера

 лечить хронические заболевания УГТ

 укреплять реактивность организма пациентки

 лечить сопутствующую патологию внутренних органов

086. Что не является признаком излеченности бактериального вагиноза?

 прекращение выделений из влагалища

 исчезновение «рыбного» запаха выделений из влагалища

 положительная проба с КОН

 отсутствие «ключевых» клеток при микроскопии выделений

 рН менее 4,5

087. Какой микроорганизм не относится к облигатным анаэробам микрофлоры влагалища здоровой женщины?

 Bacteroides pp

 Peptostreptococcus pp

 Fusobacterium pp

 Eubacterium pp

 Enterococcus pp

088. Какой фактор не способствует развитию бактериального вагиноза?

 гормональные изменения

 нарушения в системе местной защиты влагалища

 снижение перекись-продуцирующих лактобацилл

 наличие ишемической болезни сердца

 дисбаланс и развитие антагонизма между различными представителями влагалищной микробиоты

089. Какое заболевание не относится к осложнениям бактериального вагиноза у женщин?

 послеродовый эндометрит

 послеоперационный сальпингит

 хориоамнионит

 гломерулонефрит

 постабортный эндометрит

090. Какой препарат включен в кремы и влагалищные суппозитории «Клиндацин» и «Далацин»?

 нитроимидазол

 тернидазол

 нифурател

 нистатин

 клиндамицин

091. Каков механизм действия препаратов группы метронидазола на анаэробные микроорганизмы?

 подавление синтеза ДНК и нарушение дыхания

 инактивация ферментов, участвующих в синтезе липидов стенки бактерии

 инактивация ферментов, участвующих в синтезе белков клеточной стенки

 нарушение проницаемости клеточной стенки

092. Какие микроорганизмы относятся к облигатно-анаэробным микроорганизмам влагалищной флоры?

 Esherichia pp

 Klebsiella pp

 Staphylococcus pp

 Corinebacterium pp

 Peptostreptococcus pp

093. Что является основной причиной положительного результата при проведении теста с КОН у пациенток с бактериальным вагинозом?

 образование летучих аминов (кадаверина, путресцина)

 образование пуринов

 образование пиримидинов

 отслоение «ключевых» клеток

 хемотаксис лейкоцитов к слизистой влагалища

094. Что не относится к экзогенным факторам развития бактериального вагиноза?

 длительный прием антибиотиков

 длительный прием цитостатиков и кортикостероидов

 длительная лучевая терапия

 наличие инородных тел во влагалище и матке

 перегревание организма

095. Какие выделения из влагалища характерны для аэробного (неспецифического) вагинита?

 чаще без запаха или с гнилостным запахом

 с запахом «несвежей рыбы»

 обильные, слизистые, пенистые

 с кислым запахом, умеренные, часто «творожистые»

 кремообразные, густые, налипающие на стенках влагалища

096. Какой признак не характерен для аэробного (неспецифического) вагинита?

 гиперемия слизистой влагалища

 проба с КОН положительная

 рН 4.5 - 5.5

 лейкоцитоз при микроскопии выделений

 лактобациллы отсутствуют или их количество понижено

097. Какие микроорганизмы не характерны для аэробного (неспецифического) вагинита?

 E. coli

 Staphylococcus pp

 Streptococcus pp

 Enterococcus pp

 M. hominis

098. Какова рациональная тактика лабораторного обследования женщины с аэробным (неспецифическим) вагинитом:

 микроскопия и культуральное или ПЦР-исследование микробиоты влагалища

 проведение микроскопии нативного препарата из выделений

 проведение микроскопии препарата, окрашенного по Граму

 проведение ПИФ для идентификации антигенoв E. coli, Staph.аureus

099. Какие микроорганизмы не принимают участия в развитии урогенитального кандидоза?

 C. albicans

 C. krusei

 C. tropicalis

 C. trachomatis

 C. kefyr

100. Какое значение имеет рН влагалища при истинном кандидозе?

 менее 4,5

 5,5 - 6,0

 более 6,5

101. Какое заболевание у мужчин не связано с урогенитальным кандидозом?

 баланит

 баланопостит

 уретрит

 эпидидимит

 цистит

102. Какой признак не характерен для хронического вагинального кандидоза?

 инфильтрация слизистой

 атрофия и застойная гиперемия слизистой

 «творожистые» выделения

 полициклические эрозии с обрывками эпителия по периферии на стенках влагалища

 зуд влагалища

103. Что не относится к осложнениям урогенитального кандидоза у женщин?

 эндометрит

 сальпингоофорит

 вульвовагинит

 пиелонефрит

 пельвиоперитонит

104. Какое исследование не входит в комплекс лабораторной диагностики грибов*Candida?*

 микроскопия нативного препарата

 микроскопия окрашенного препарата

 культуральное исследование

 определение титров антител к антигену C. albicans

 биохимическое исследование ферментации сахаров

105. Каким должно быть ведение половых партнеров женщин с урогенитальным кандидозом?

 обязательное лечение одновременно с пациенткой

 наблюдение с лабораторным обследованием в течение 1,5 - 2 месяцев

 при наличии жалоб и объективных симптомов воспаления - клиническое обследование и при необходимости - лечение

 обязательная микроскопия отделяемого уретры, при положительном микроскопическом результате - лечение

 проведение комбинированной провокации с последующей микроскопией и культуральным исследованием

106. Какой препарат разрешен для лечения урогенитального кандидоза у беременных в первом триместре беременности?

 натамицин

 нифурател

 флуконазол

 итраконазол

 кетоконазол

107. Какой из признаков не характерен для*C. albicans*?

 условный патоген

 имеет клеточную стенку и цитоплазматическую мембрану

 образует бластоспоры

 культурам присуще образование мицелия

 образует псевдомицелий

108. Какой из признаков не встречается при кандиданосительстве?

 отсутствие жалоб

 при микроскопии выделений выявление почкующихся клеток в небольшом количестве

 отсутствие псевдомицелия

 наличие выделений из половых путей творожистого характера

 отсутствие эндоцервицита

109. Какой признак не является патогенетическим фактором развития урогенитального кандидоза и его рецидивов?

 наличие грибов в ЖКТ

 нарушение защитной функции нормальной микробиоты влагалища

 снижение уровня лизоцима

 недостаточная продукция SIgA

 повышение функциональной активности лейкоцитов

110. Какой из признаков не встречается при кандиданосительстве?

 жалобы на зуд в области наружных половых органов

 при микроскопии выделений выявление почкующихся клеток в небольшом количестве

 отсутствие псевдомицелия

 отсутствие выделений из половых путей

 отсутствие эндоцервицита

111. Какова продолжительность заболевания при установлении диагноза хронического вагинального кандидоза?

 1 месяц

 1 - 1,5 месяца

 более 2 месяцев

 2 недели

 более недели

112. Каков титр дрожжеподобных грибов при кандиданосительстве?

 10^2 - 10^3 КОЕ/мл

 10^4 КОЕ/мл

 10^5 - 10^6 КОЕ/мл

 10^9 - 10^10 КОЕ/мл

113. Какое заключение должен дать врач-лаборант при получении положительного результата культурального исследования на среде Сабуро?

 «дрожжеподобные грибы»

 "грибы рода Candida"

 "C. albicans"

 "C. crusei"

 "C. tropicalis"

114. Каков механизм действия полиеновых антибиотиков?

 нарушают синтез эргостерина клетки гриба

 ингибируют С-14 диметилазу

 ингибируют скваленэпоксидазу

 нарушают проницаемость мембраны гриба

 разрушают ДНК гриба

115. К какой группе препаратов относится флуконазол?

 аллиламинов

 имидазолов

 триазолов

 полиеновых антибиотиков

 антисептических средств

116. Какой признак не относится к факторам риска развития урогенитального кандидоза?

 длительное применение антибиотиков

 нарушение углеводного обмена

 наличие микротравм

 тесное синтетическое нижнее белье

 гипервитаминоз В6

117. Что не относится к осложнениям урогенитального кандидоза во время беременности?

 самопроизвольные выкидыши

 угроза прерывания беременности

 инфицирование плода и новорожденного

 эндометрит

 арахноидит

118. Что не является характеристикой острой формы урогенитального кандидоза у женщин?

 длительность заболевания 3 месяца

 зуд, жжение в области вульвы и влагалища

 яркая гиперемия слизистой влагалища

 развитие эктоцервицита

 концентрация грибов более 10^3 КОЕ/мл

119. Каков механизм действия триазолов на дрожжеподобные грибы?

 нарушают синтез эргостерина клетки гриба

 ингибируют С-14 диметилазу

 ингибируют скваленэпоксидазу

 нарушают проницаемость мембраны гриба

 разрушают ДНК гриба

120. К какой группе препаратов относится итраконазол?

 аллиламинов

 имидазолов

 триазолов

 полиеновых антибиотиков

 антисептических средств

121. Какой из признаков не характерен для инфицирования вирусом простого герпеса 1 типа?

 клиническое течение более легкое

 чаще развиваются классические клинические формы, чем субклинические

 клиническое течение более тяжелое

 инфицирование происходит преимущественно при орально-¬генитальных контактах

 большинство людей инфицируется в возрасте до 5-6 лет

122. Какова длительность курса лечения вирусостатиком при рецидиве генитального герпеса?

 5 дней

 7-10 дней

 15 дней

 3 месяца

 6 и более месяцев

123. Какова кратность приема в сутки таблеток валацикловира (500 мг) при лечении генитального герпеса?

 1раз в день

 2раза в день

 3раза в день

 4раза в день

 5раз в день

124. Какой из признаков не является характерным для инфицирования ВПГ 2 типа?

 чаще поражаются слизистые и кожа нижней части тела

 большинство людей инфицируются в раннем детском возрасте

 инфицирование преимущественно при генитально¬-генитальных контрактах

 генитальная инфекция часто рецидивирует

 клиническое течение при рецидивирующем герпесе более тяжелое

125. Какой метод лабораторного исследования предпочтителен для подтверждения диагноза генитального герпеса?

 ИФА (Ig)

 ПИФ (антиген) + ИФА (Ig)

 ПЦР (ДНК)

 ПИФ (антиген)

 ПЦР (ДНК) + ИФА (Ig)

126. Что не относится к факторам рецидивирования генитального герпеса?

 переохлаждение

 инфекционные заболевания

 физический и нервный стресс

 половые контакты

 нарушение гигиенического режима

127. Сколько рецидивов в год бывает при легком течении генитального герпеса?

 1-2.

 3-5.

 6 и более

128. Какова наиболее рациональная тактика лечения при тяжелом течении рецидивирующего герпеса?

 назначение вирусостатика

 вирусостатик + иммунотропный препарат

 вирусостатик + иммунотропный препарат + вакцинотерапия

 вирусостатик в режиме супрессивной терапии

129. Какова длительность супрессивной терапии вирусостатиком при тяжелом течении генитального герпеса?

 5 дней

 7-10 дней

 15 дней

 3 месяца

 6 и более месяцев

130. Каков механизм действия ацикловира при герпетической инфекции?

 ингибирует ДНК-полимеразу и подавляет репликацию ДНК вируса

 нарушает синтез протеинов вирусной оболочки

 блокирует репликацию РНК вируса

 разрушает структуру гликопротеинов вирусной оболочки

131. Какой признак не является характерным для вируса папилломы человека?

 содержит РНК

 репродуцируется в ядре эпителиальной клетки

 внедряется в базальный слой эпителия

 базальный слой эпителия пролиферирует без продукции частиц вируса ПЧ

 полная репликация ВПЧ происходит в клетках шиповатого и зернистого слоев

132. Какой из методов не используется для лечения остроконечных кондилом у беременных?

 лазерное иссечение

 трихлоруксусная кислота

 азотная кислота

 5-фторурацил

 солкодерм

133. Какой препарат не относится к химическим деструктивным методам лечения аногенитальных бородавок?

 азотная кислота

 трихлоруксусная кислота

 5-фторурацил

 солкодерм

 колломак

134. Какой тип вируса папилломы человека не относится к типам высокого онкологического риска?

 тип 16

 тип.18

 тип 36

 тип 45

 тип 58

135. Какой морфологический признак является основным при ВПЧ-инфекции?

 папилломатоз

 гиперкератоз

 паракератоз

 экзоцитоз лимфоцитов

 койлоцитоз

136. Какой метод не относится к физическим деструктивным методам лечения аногенитальных бородавок?

 хирургическое иссечение

 электрохирургический метод

 использование 5-фторурацила

 криотерапия

 лазеротерапия

137. К физическим методам деструктивной терапии аногенитальных бородавок не относится:

 электрокоагуляция

 лазерная вапоризация

 подофиллотоксин

 криодеструкция

 радиохирургия

138. К препаратам для химической деструкции аногенитальных бородавок не относится:

 трихлоруксусная кислота

 азотная кислота

 щавелевая кислота

 подофиллотоксин

 молочная кислота

139. Какой из ниже перечисленных признаков не соответствует*T.vaginalis*?

 одноклеточный микроорганизм

 имеет 5 жгутиков

 является преимущественным аэробом

 не способен синтезировать пурины, пиримидины, липиды

 для роста оптимальна рН 6,0 - 6,3

140. Какой признак не характерен для урогенитального трихомоноза у женщин?

 обильные пенистые выделения из половых путей

 болезненное мочеиспускание

 зуд в области влагалища

 рН ниже 4,5

 отрицательная проба с КОН

141. Какой симптом не относится к клиническим проявлениям урогенитального трихомоноза у мужчин?

 болезненное мочеиспускание

 положительная двухстаканная проба

 баланопостит

 стоматит

 простатит

142. Какой метод не применяется в настоящее время для лабораторной диагностики трихомоноза?

 культуральное исследование

 микроскопия нативного препарата

 микроскопия препарата, окрашенного по Граму

 ПЦР

143.

Какой признак является характерным для клинически выраженного цервицита при трихомонадной инфекции?

 точечные пятна

 эрозии неправильной формы преимущественно на передней губе шейки матки

 эрозии правильной формы, преимущественно циркулярные

 пленки серого цвета, свободно снимающиеся с поверхности шейки матки

 множественная пустулезная сыпь

144. К какой группе препаратов относится метронидазол?

 нитроимидазолы

 нитрофураны

 аминохинолины

 сульфоны

 нитротиазолы

145. Какой путь инфицирования трихомонадами не характерен для детей?

 интранатальный

 половой

 тесный контактно-бытовой

 перинатальный

 в закрытых водоемах

146. Какой препарат рациональнее назначить при лечении урогенитального трихомоноза пациенту, склонному к злоупотреблению алкоголем?

 ниморазол

 орнидазол

 метронидазол

 тинидазол

 нитрофунгин

147. Какое исследование не входит в алгоритм клинико­-лабораторного контроля излеченности больного трихомониазом?

 клиническое обследование

 ПЦР

 микроскопия нативного препарата

 культуральное исследование

микроскопия окрашенных препаратов

148. Какой признак не характерен для вируса простого герпеса?

 имеет 3-х-слойную оболочку

 капсид состоит из 162 капсомеров

 содержит двойную спираль РНК

 размер вириона 120-300 нм

 вирионы образуются в ядре клетки хозяина

149. Сколько рецидивов в год бывает при тяжелой форме генитального герпеса?

 1-2

 3-5

 6 и более

150. Какова тактика лечения генитального герпеса при первом эпизоде?

 назначение вирусостатика

 вирусостатик + иммунотропный препарат

 вирусостатик + иммунотропный препарат + вакцинотерапия

 вирусостатик + иммунотропный препарат + вирусостатик в режиме супрессивной терапии

151. Сколько рецидивов в год бывает при среднетяжелом течении генитального герпеса?

 1раз в 2 года

 1раз в год

 2раза в год

 3-5раз в год

 6 раз в год

152. Какова тактика лечения при легком течении рецидивирующего генитального герпеса?

 назначение вирусостатика во время рецидива

 вирусостатик + иммунотропный препарат

 вирусостатик + иммунотропный препарат + вакцинотерапия

 вирусостатик + иммунотропный препарат

 вирусостатик в режиме супрессивной терапии

153. Какова длительность назначения вирусостатика при первом эпизоде генитального герпеса?

 5 дней

 7-10 дней

 15 дней

 3 месяца

 6 и более месяцев

154. Какова кратность приема таблеток ацикловира (200 мг) при лечении генитального герпеса?

 1 раз в день

 2 раза в день

 3 раза в день

 4 раза в день

 5 раз в день

155. Какой признак не относится к характерным особенностям ВПГ 1 типа?

 чаще поражает слизистые и кожу верхней половины тела

 большинство людей инфицируются ВПГ-1 в возрасте 3-6 лет

 при генитальном герпесе чаще выделяется у мужчин

 инфицирование чаще происходит при генитально-¬генитальных контактах

 генитальная инфекция реже рецидивирует

156. Какой тип ВПЧ не относится к типам среднего онкологического риска?

 тип 18

 тип 31

 тип 33

 тип 35

 тип 51

157. Какой тип ВПЧ не относится к типам низкого онкологического риска?

 тип 6

 тип 11

 тип 16

 тип 42

 тип 43

158. Какое заболевание является ВИЧ - индикаторным:

 меланома

 базалиома

 кератоакантома

 саркома Капоши

159. При ВИЧ-инфекции наиболее уязвимы:

 нейтрофилы

 моноциты

 В-лимфоциты

 Т-лимфоциты

 все клетки крови

160. К ВИЧ - индикаторным болезням кожи не относятся:

 пиодермии

 кандидоз

 чесотка

 склеродермия

 герпес

161. Заражение ВИЧ может произойти:

 воздушно-капельным путем

 алиментарным

 при половых контактах

162. В передаче ВИЧ-инфекции реальную угрозу представляет:

 сперма

 слюна

 слезная жидкость

163. Обычные сроки позитивации ИФА при ВИЧ-инфекции:

 1-2 недели

 6-8 недель

 3-4 месяца

164. Какое из приведенных ниже заболеваний не является осложнением трихомонадной инфекции?

 эндометрит

 пиелонефрит

 простатит

 менингит

 аднексит

165. Какой подход является рациональным к ведению половых партнеров больных трихомонозом?

 клинико-лабораторное обследование и при необходимости - лечение

 обязательное лечение

 только диспансерное наблюдение 1 раз в месяц в течение 3 месяцев

 только рекомендация использования презерватива на время лечения больного партнера

 только рекомендация отказа от половых контактов с партнером, больным трихомониазом, до окончания курса его лечения

166. Какой препарат не относится к группе этиотропных при лечении трихомоноза?

 метронидазол

 ниморазол

 цефтриаксон

 орнидазол

 секнидазол

167. Какой из путей распространения инфекции не характерен для урогенитального трихомоноза?

 per cutaneum

 через межклеточные пространства в подэпителиальную ткань

 гематогенный

 лимфогенный

168. Какой характер носят выделения из влагалища у женщин с острым свежим трихомонозом в виде «моноинфекции»?

 умеренные творожистые

 обильные молочные

 обильные пенистые

 скудные гнойные

 скудные пенистые

169. Какой алгоритм лабораторной диагностики будет наиболее рациональным при свежем остром урогенитальном трихомонозе?

 микроскопия выделений по Граму с последующим культуральным исследованием

 микроскопия выделений по Романовскому-Гимзе с последующим культуральным исследованием

 микроскопия нативного препарата, при необходимости – ПЦР или культуральное исследование

 микроскопия выделений, окрашенных метиленовой синью, с последующим культуральным исследованием

 культуральное исследование с подтверждением ПЦР

170. Какая тактика будет правильной при ведении половой партнерши больного со свежим трихомонозом?

 обязательное лечение

 микроскопия отделяемого урогенитального тракта и при выявлении трихомонад - лечение

 только рекомендация соблюдения полового покоя на время лечения партнера

 проведение комбинированной провокации и при положительном результате лабораторного обследования (микроскопия + культуральное исследование) - лечение

171. Какой признак не относится к клиническим симптомам свежего острого тотального неосложнённого трихомонадного уретрита у мужчин?

 обильные или умеренные слизистые выделения из уретры

 болезненное мочеиспускание

 резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку

 положительная двухстаканная проба

 лейкоцитоз при микроскопии выделений

172. Какой признак не характерен для течения хламидийной инфекции урогенитального тракта?

 торпидное начало

 частая хронизация

 течение чаще хроническое рецидивирующее

 воспалительный процесс чаще вялотекущий

 для первых дней заболевания свойственны проявления острого уретрита, эндоцервицита с обильным гнойным отделяемым

173. Какой лабораторный метод необходимо использовать для диагностики хламидийного цервицита?

 ПЦР (ДНК)

 НПИФ (антиген)

 ПИФ (антиген)

 ИФА (антиген)

 ИФА (антитела)

174. Какой вариант лабораторных исследований наиболее рационален для выявления хронической гонореи у женщин?

 микроскопия выделений из цервикального канала с окраской метиленовой синью

 микроскопия выделений из цервикального канала с окраской по Граму

 микроскопия выделений из цервикального канала, уретры, прямой кишки, влагалища по Граму + ПЦР (или культуральное исследование)

 микроскопия выделений из цервикального канала + ИФА на Ig G

 ПЦР выделений из цервикального канала

175. Какой признак не характерен для гонококка?

 грам-отрицательный диплококк

 тропен к многослойному плоскому эпителию

 может вырабатывать пенициллиназу

 с наличием пилей связана устойчивость гонококка к антибиотикам

 располагается вне- и внутриклеточно

176. Какой признак не характерен для свежего торпидного тотального гонорейного уретрита у мужчин?

 обильные гнойные выделения из уретры

 субъективные ощущения отсутствуют

 губки уретры «слипаются» по утрам

 при микроскопии выделений выявляются Грам -отрицательные диплококки

 при микроскопии выделений лейкоцитоз незначительный

177. Какой признак не выявляется у женщин при острой гонорее урогенитального тракта?

 гнойные выделения из цервикального канала

 болезненное мочеиспускание

 гиперемия и отечность губок уретры

 проктит

 при микроскопии выделений определяются грам¬отрицательные диплококки и лейкоцитоз

178. Какое проявление не характерно для девочек младшего возраста, страдающих гонореей?

 вагинит

 вульвит

 уретрит

 проктит

 бартолинит

179. Какая форма не относится к диссеминированной гонорейной инфекции?

 артрит

 сепсис

 эндокардит

 конъюнктивит

 абсцесс печени

180. Какой признак не характерен для гонококкового конъюнктивита взрослых?

 поражение обоих глаз

 светобоязнь

 гнойное отделяемое

 осложнение кератитом

 рубцевание роговицы, потеря зрения

181. Какой препарат выбора для лечения гонококкового конъюнктивита у новорожденных?

 пенициллин

 ампициллин

 цефтриаксон

 эритромицин

 гентамицин

182. Какой должна быть тактика ведения сексуальных партнеров больного гонореей?

 диспансерное наблюдение в течение 3 месяцев с клинико¬-лабораторным обследованием 1 раз в месяц

 обязательное лечение одновременно с больным гонореей

 клинико-лабораторное обследование, при выявлении гонококков - лечение

 рекомендация полового покоя на время лечения полового партнера и после его лечения - использование презерватива

183. Какой признак не характерен для гонококка?

 диплококк

 грам-положительный микроорганизм

 имеет клеточную стенку, цитоплазматическую мембрану, цитоплазму с рибосомами, мезосомами, нуклеотидом

 на поверхности имеются пили

 растет на искусственных питательных средах

184. Что является наиболее частым осложнением гонореи у мужчин?

 эпидидимит

 простатит

 куперит

 стриктуры уретры

 литтреит

185. Какой из методов исследования не может быть использован для лабораторной диагностики микоплазменной инфекции?

 световая микроскопия

 культуральное исследование на жидких средах

 культуральное исследование на плотных средах

 ПЦР

 ПЦР в реальном времени

186. Какая из перечисленных микоплазм выделяется из УГТ человека?

 M. orale

 M. spermatophilum

 M. oculi

 M. genitalium

 M. arthritidis

187. При какой патологии у женщин не выявляются*U. Urealyticum*из нижних отделов УГТ:

 бактериальный вагиноз

 сальпингит

 уретроцистит

 гастроэнтерит

 эндометрит

188. Какая патология не характерна для поражения мочевыделительной системы при инфицировании генитальными микоплазмами?

 уретрит

 уретроцистит

 уретроцистит на фоне мочекаменной болезни

 уретрит на фоне хронической почечной недостаточности

 опущение одной или обеих почек

189. Чем отличаются макролиды от фторхинолонов:

 создание высоких внутриклеточных концентраций

 высокие тканевые концентрации

 высокая концентрация в макрофагах, лейкоцитах, лимфоцитах

 длительный постантибиотический эффект

190. Какой признак не характерен для микоплазм?

 малый размер генома

 минимальное количество органелл в клетке

 персистенция на мембране клеток

 наличие двухслойной клеточной стенки

 трехслойная цитоплазматическая мембрана

191. Какой наиболее рациональный метод лабораторного обследования на наличие генитальных микоплазм мужчины репродуктивного возраста, имеющего клинические симптомы уретрита и не имеющего патогенных и других возбудителей УГИ:

 ПЦР

 ПИФ

 ИФА

 микроскопия отделяемого УГТ

 культуральный

192. Какая из перечисленных микоплазм выделяется из урогенитального тракта человека?

 M. buccale

 M. faucium

 M. oculi

 M. hominis

 M. lipophilum

193. Какой признак не характерен для *M. hominis*?

 ферментирует аргинин

 способна вызывать хромосомные аберрации

 обладает протеолитической и фосфолипазной активностью

 колонии на плотных средах похожи на яичницу-глазунью

 разлагает мочевину

194. Что из ниже перечисленного не характерно для эпидемиологии *U. Urealyticum*?

 выделяются у женщин с нарушениями репродуктивной функции

 выявляются у женщин, сексуальные партнеры которых имеют U. urealyticum при НГУ

 выявляемость U. urealyticum во время беременности снижается

 U. urealyticum чаще инфицированы женщины, имеющие несколько сексуальных партнеров

 уреаплазмы могут выявляться у клинически здоровых женщин

195. Какой признак не характерен для *M. genitalium*?

 выделяются у женщин с сальпингитами

 выделяются у мужчин с негонококковыми уретритами

 выделяются у мужчин с альтернативной сексуальной культурой

 вызывают развитие воспалительного процесса в УГТ

 выявляемость в популяции практически здоровых людей составляет 65-80%

196. Какой рациональный подход к ведению пациентки репродуктивного возраста с наличием воспалительных симптомов со стороны нижнего отдела УГТ и выявлением*U.urealyticum* при отсутствии других, в частности, патогенных, возбудителей УГИ:

 обязательное этиотропное лечение

 этиотропное лечение при выявлении титра генитальной микоплазмы равным или более 10^4 КОЕмл

 повышение защитных сил организма

 диспансерное наблюдение на фоне общеукрепляющего лечения и при отсутствии его эффективности - этиотропное лечение

197. Какой из перечисленных микроорганизмов считается безусловным патогеном:

 U.urealyticum

 Staph.epidermidis

 M.hominis

 M.genitalium

 G.vaginalis

198. Какой из методов лабораторной диагностики следует использовать для выявления*M.genitalium:*

 культуральный

 микроскопия нативного препарата

 микроскопия окрашенного препарата

 ИФА

 ПЦР

199. Какой препарат используется как препарат выбора при лечении УГИ, ассоциированной с*M.genitalium:*

 цефиксим

 цефтриаксон

 левофлоксацин

 джозамицин

 кларитромицин

200. Какой из перечисленных микроорганизмов рассматривается как возбудитель негонококковых и нехламидийных (неспецифических) уретритов:

 E.faecalis

 C.trachomatis

 M.hominis

 U.urealyticum

 G.vaginalis

201. Какой метод лабораторного исследования предпочтителен для выявления условно-патогенных микоплазм:

 микроскопия окрашенного по Граму препарата

 микроскопия нативного препарата

 культуральный метод

 ПЦР в реальном времени

 ПЦР

202. Что не является показанием к лечению пациентов с выявленными условно-патогенными уреа- и микоплазмами при отсутствии клинических симптомов воспаления:

 концентрация микоплазм более 10^4 КОЕ/мл

 доноры спермы

 женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом

 пациенты с диагнозом «Бесплодие»

203. Какой из препаратов рекомендован для лечения уреа-и микоплазменной инфекции УГТ у беременных:

 Доксициклин

 Эритромицин

 Амоксициллин

 Джозамицин

 Азитромицин

204. Длительность этиотропной терапии при заболеваниях, ассоциированных с уреа-микоплазменной инфекцией, составляет:

 7 дней

 10 дней

 14 дней

 20 дней

 28 дней

205. Какой микроорганизм является возбудителем урогенитального хламидиоза?

 C.trachomatis

 С.pneumoniae

 C.pecorum

 C.psittaci

 C.suis

206. Какой из перечисленных микроорганизмов не относится к роду *Chlamydophila*?

 C.trachomatis

 С.pneumoniae

 C.felis

 C.abortus

 C.psittaci

207. Какое заболевание не указано в МКБ-10 как проявление урогенитального хламидиоза у мужчин?

 эпидидимит

 реактивный артрит

 стриктуры уретры

 простатит

208. Какой путь инфицирования новорожденного*C. trachomatis*наиболее вероятен, если спустя 10-14 дней у него развился конъюнктивит с атипичными включениями и через 3 недели присоединилась атипичная пневмония?

 внутриутробный

 интранатальный

 контактно-бытовой

 половой

209. Какой из ниже перечисленных маркеров ассоциируется с ВЗОМТ хламидийной этиологии?

 основной белок наружной мембраны МОМР

 белок теплового шока Chsp 60

 липополисахарид наружной мембраны LPS

 белки наружной мембраны ОМР-2

210. Какой препарат относится к 15-членным макролидам?

 спирамицин

 джозамицин

 рокситромицин

 азитромицин

 кларитромицин

211. За счет какого механизма действия тетрациклины обладают противохламидийной активностью?

 связывания с рибосомальной 30S-субъединицей и нарушения синтеза белка

 ингибирования ДНК-гиразы и нарушения синтеза нуклеиновых кислот

 ингибирования транспептидазы и подавления синтеза пептидогликана клеточной стенки бактерий

 нарушения образования комплекса между транспортной РНК и рибосомой и нарушения синтеза белка

212. Какой признак не соответствует *C. trachomatis*?

 грам "-" кокки

 являются облигатными внутриклеточными паразитами

 синтезируют АТФ в очень незначительных количествах

 элементарные тельца обеспечивают репродукцию

 цикл развития продолжается 48-72 часа

213. Какое заболевание не относится к осложнениям урогенитального хламидиоза у беременных женщин?

 выкидыш

 угроза прерывания

 преждевременные роды

 послеродовый эндометрит

 миома матки

214. Какое заболевание не является признаком перинатального инфицирования плода*C.trachomatis?*

 гипотрофия

 конъюнктивит

 пневмония

 гастроэнтерит

 остеомиелит

215. Какие серотипы *C. trachomatis*являются возбудителями урогенитального хламидиоза и спорадических заболеваний глаз?

 L1-L3

 A

 BA

 В,С

 D-K

216. Какой признак не характерен для урогенитального хламидиоза?

 скудность клинической симптоматики

 многоочаговость в УГТ

 наличие экстраурогенитальных очагов

 поражение нервной системы

 многочисленные осложнения со стороны УГТ

217. Какой препарат является 16-членным макролидом?

 эритромицин

 олеандомицин

 джозамицин

 рокситромицин

 кларитромицин

218. За счет какого механизма действия макролиды обладают противохламидийной активностью?

 связывания с рибосомальной 50S-субъеденицей и нарушения синтеза белка

 ингибирования ДНК-гиразы и нарушения синтеза нуклеиновых кислот

 ингибирования транспептидазы и подавления синтеза пептидогликана клеточной стенки бактерий

 нарушения образования комплекса между транспортной РНК и рибосомой и нарушения синтеза белка

219. Какой микроорганизм не относится к роду*Chlamydia*?

 C.trachomatis

 C.suis

 C.muridarum

 C.pneumoniae

220. Какой признак не характерен для *C. trachomatis*?

 грам <+ кокки

 тропны к цилиндрическому эпителию

 являются облигатными внутриклеточными паразитами

 синтезируют АТФ в незначительных количествах

 ретикулярные тельца обеспечивают репродукцию

221. Какое заболевание не относится к осложнениям урогенитального хламидиоза у женщин?

 сальпингит

 эндометрит

 артрит

 остеомиелит

 перигепатит

222. Какой путь инфицирования новорожденного ребенка *C. Trachomatis* наиболее вероятен, если ребенок родился с симптомами пневмонии, гастроэнтерита, энцефалопатии?

 внутриутробный

 интранатальный

 постнатальный

 половой

223. Какой должна быть тактика ведения половых партнеров больных с урогенитальным хламидиозом?

 обследование на наличие возбудителя и при выявлении - лечение

 обязательное лечение

 лечение, начатое при появлении воспалительных симптомов

 диспансерное наблюдение в течение 3 месяцев с лабораторным исследованием на наличие C. trachomatis

 рекомендуется половой покой на время лечения полового партнера, затем - использование презерватива

224. Какой из перечисленных препаратов относится к 14-членным макролидам?

 джозамицин

 спирамицин

 рокситромицин

 эритромицин

 азитромицин

225. За счет какого механизма действия фторхинолоны обладают противохламидийной активностью?

 связывания с рибосомальной 5OS-субъеденицей и нарушения синтеза белка

 ингибирования ДНК-гиразы и нарушения синтеза нуклеиновых кислот

 ингибирования транспептидазы и подавления синтеза пептидогликана клеточной стенки бактерий

 нарушения образования комплекса между транспортной РНК и рибосомой и нарушения синтеза белка

226. В чем основное отличие макролидов от фторхинолонов?

 воздействие на функциональную активность фагоцитов и лимфоцитов

 высокая концентрация в органах УГТ

 высокая внутриклеточная концентрация

 высокая чувствительность к ним внутриклеточных микроорганизмов

 высокая концентрация в фагоцитах

227. Какой вариант этиотропной терапии рациональнее назначить женщине репродуктивного возраста с диагнозом: хламидийный цервицит. Хр. сальпингоофорит?

 эритромицин на 21 день

 джозамицин на 14 дней

 спарфлоксацин на 14 дней

 азитромицин 1 гр

 доксициклин на 28 дней

228. Какой наиболее рациональный подход к ведению женщины репродуктивного возраста, планирующей беременность, при выявлении у нее уреаплазм:

 обязательное этиотропное лечение

 этиотропное лечение при наличии клинико-лабораторных симптомов воспаления в УГТ

 динамические наблюдение с лабораторным обследованием на наличие уреаплазм

 патогенетическое лечение с целью укрепления общей реактивности организма

229. Какой этиотропный препарат из указанных необходимо назначить беременной женщине с диагнозом: ВУИ. Хламидийный цервицит.

 тетрациклин

 офлоксацин

 джозамицин

 спарфлоксацин

 эритромицин

230. Какой признак не характерен для острого переднего гонорейного уретрита у мужчин?

 болезненное мочеиспускание

 гнойные выделения из уретры

 двухстаканная проба: в обоих стаканах - моча мутная, с примесью гнойных нитей

 при микроскопии выделений выявляются грам¬отрицательные диплококки, расположенные вне- и внутриклеточно

 высокий лейкоцитоз в выделениях

231. Какая форма не относится к проявлениям гонореи нижнего отдела урогенитального тракта у женщин?

 эндоцервицит

 уретрит

 проктит

 вульвит

 парауретрит

232. Что не является проявлением гонореи у мальчиков младшего возраста?

 уретрит

 баланопостит

 фимоз

 простатит

233. Какой фактор не способствует диссеминации гонорейной инфекции из урогенитального тракта?

 нерациональное лечение

 menses

 беременность

 интеркуррентные заболевания

 повышение вирулентности гонококка

234. Какой препарат выбора для лечения гонореи у детей?

 пенициллин

 ампициллин

 цефтриаксон

 спектиномицин

 эритромицин

235. Какое исследование не является необходимым для клинико-­лабораторного контроля излеченности гонореи?

 клиническое обследование

 микроскопия выделений с окраской по Граму

 культуральное исследование

 УЗИ генитальной системы

236. Какой признак не характерен для острого тотального гонорейного уретрита у мужчин?

 болезненное мочеиспускание

 гиперемия и отёчность губок уретры

 гнойные выделения из уретры

 терминальная гематурия

 при двухстаканной пробе: 1 порция - мутная, 2 - прозрачная

237. Какое заболевание не относится к осложнениям острого гонорейного уретрита у мужчин?

 баланит

 баланопостит

 фимоз

 абсцесс железы крайней плоти (тизонит)

 аденома простаты

238. Какое заболевание не относится к осложненным формам гонореи УГТ у женщин?

 сальпингит

 пельвиоперитонит

 эндометрит

 уретрит

 пиелонефрит

239. Какой признак не характерен для хронической гонореи у девочек младшего возраста?

 незначительная гиперемия и отечность преддверия влагалища

 гранулезный вагинит в задней трети влагалища

 уретрит

 проктит

 цервицит

240. Какой вариант лабораторного обследования рационален для выявления острой гонореи УГТ у мужчин?

 микроскопия уретральных выделений с окраской метиленовой синью

 микроскопия уретральных выделений с окраской по Граму

 микроскопия уретральных выделений с окраской метиленовой синью и по Граму, при необходимости - ПЦР

 микроскопия уретральных выделений с окраской метиленовой синью + ИФА на Ig M

241. Какой препарат выбора для лечения гонореи у беременных?

 цефтриаксон

 эритромицин

 гентамицин

 канамицин

 ципрофлоксацин

242. Что не относится к антисептическим (противомикробным) наружным лекарственным средствам:

 анилиновые красители

 перманганат калия

 перекись водорода

 кетоконазол

 хлоргексидин

243. Розеола - это:

 мелкий узелок

 крупное пигментное пятно

 мелкое сосудистое пятно

 множественные волдыри

 сгруппированные эрозии

244. Санаторно-курортное лечение противопоказано при:

 себорее

 угревой сыпи

 витилиго

 гнездной алопеции

 злокачественных заболеваниях кожи

245. Какое наружное лекарственное средство не является индифферентным:

 салол

 вазелин

 ланолин

 глицерин

 спермацетин

246. Противопоказаниями к применению иммунотропных препаратов являются:

 язва желудка и 12-типерстной кишки в стадии обострения

 тяжелое заболевание печени или почек

 активный туберкулез легких

 расстройство сердечной деятельности с явлениями декомпенсации

 все варианты верны

247. К препаратам, блокирующим Н2 -гистаминовые рецепторы, относится:

 дифенидрамин

 циметидин

 хлоропирамин

 хифенадин

 мебгидролин

248. Какой симптом не является проявлением гиповитаминоза А:

 фолликулярный кератоз

 куриная слепота

 светобоязнь

 полиморфная эритема

249. Показанием к санаторно-курортному лечению является:

 красная волчанка

 хроническая пиодермия

 множественные пигментные невусы

 экземa в хронической стадии

 туберкулез кожи

250. При каком заболевании показано санаторно-курортное лечение:

 трихофития

 микроспория

 атопический дерматит

 грибовидный микоз

 солнечная почесуха

251. Мази назначаются:

 для изоляции кожных покровов от влияния химических, механических травм, трения

 как смягчающие кожу и зудоутоляющие

 как проводники лекарственных веществ

 как очищающие кожу от вторичных наслоений

 все варианты верны

252. Дезинтоксикационным эффектом обладают:

 тиосульфат натрия

 фузидиевая кислота

 антибиотики

 преднизолон

253. Какое наружное лекарственное средство не является антипаразитарным:

 бензилбензоат

 деготь

 белая глина

 ртутная серная мазь

 уксусная кислота

254. Соли кальция можно применять при:

 гиперкальциемии

 гипертонии

 гиперкоагуляции

 тромбофлебитах

 гипотонии

255. Витамин Е применяется при следующих заболеваниях:

 склеродермии

 красной волчанке

 язвах голени

 пузырчатке

все варианты верны

256. Узел - это:

 вторичный дегенеративный элемент

 первичный инфильтративный элемент

 вторичный инфильтративный элемент

 вторичный экссудативный элемент

 первичный экссудативный

257. При слиянии каких первичных элементов кожи образуется лихенификация:

 пузырьков

 пятен

 папул

 волдырей

 гнойничков

258. На месте каких первичных элементов образуется вторичная гиперпигментация:

 пузырь

 язва

 трещина

 корка

 чешуйка

259. На месте какого первичного элемента образуется эрозия?

 пузырек

 узелок

 трещина

 волдырь

 пятно

260. На месте эрозии образуется:

 рубцовая атрофия

 геморрагическая корка

 серозная корка

 пигментация

 гипертрофический рубец

261. Какой признак не является характерным при остром воспалении кожи:

 инфильтрация

 яркая эритема

 выраженная отёчность

 нечеткие границы очага поражения

 повышение местной температуры

262. Гранулез - это:

 утолщение шиповатого слоя эпидермиса

 дефект сосочкового слоя дермы

 истончение рогового слоя эпидермиса

 утолщение зернистого слоя эпидермиса

 разрыв связей между клетками шиповатого слоя эпидермиса

263. На месте волдыря остается:

 рубец

 рубцовая атрофия

 стойкая пигментация

 глубокая язва

 неизмененная кожа

264. Баллонирующая дегенерация - это:

 пролиферативные изменения в собственно коже

 сочетание внутриклеточной и внеклеточной экссудации

 скопление воспалительного экссудата в клетках шиповатого слоя эпидермиса

 клеточная инфильтрация сосочкового слоя дермы

 разрыв связей между клетками зернистого слоя эпидермиса

265. Лихенификация - это:

 усиление кожного рисунка

 поверхностный дефект кожи в пределах эпидермиса

 рубцовая атрофия

 глубокий дефект кожи

 рубец на месте бугорка

266. Бугорки встречаются при:

 псориазе

 экземе

 склеродермии

 чесотке

 сифилисе

267. Спонгиоз - это:

 разрастание сосочкового слоя дермы

 исчезновение зернистого слоя эпидермиса

 образование воспалительного экссудата между клетками шиповатого слоя эпидермиса

 образование экссудата в базальном слое эпидермиса

 разрушение связей между клетками рогового слоя эпидермиса

268. На месте какого первичного элемента образуется язва?

 узла

 пузырька

 волдыря

 узелка

 пузыря

269. Акантоз - это:

 утолщение рогового слоя эпидермиса

 разрыв связей между клетками шиповатого слоя эпидермиса

 деформация базальной мембраны

 утолщение шиповатого слоя эпидермиса

 сохранение ядер в клетках рогового слоя эпидермиса

270. Истинный полиморфизм кожной сыпи - это:

 наличие одновременно одного первичного и нескольких вторичных элементов

 наличие одновременно первичных и вторичных элементов

 наличие нескольких первичных элементов

 наличие нескольких вторичных элементов

 наличие одновременно двух первичных и нескольких вторичных элементов

271. Гнойничок - это:

 первичный инфильтративный элемент

 вторичный экссудативный элемент

 первичный экссудативный элемент

 вторичный инфильтративный элемент

 бесполостной элемент

272. Пути регресса гнойничка:

 образование серозно-геморрагической корки

 образование язвы

 образование гнойной корки

 образование трещины в поверхностном слое кожи

 рубцовая атрофия

273. При каком заболевании кожи встречаются гнойнички:

 склеродермия

 крапивница

 пиодермия

 красная волчанка

 витилиго

274. Вакуольная дегенерация - это:

 разрастание сосочкового слоя дермы

 скопление воспалительной жидкости внутри клеток шиповатого слоя

 дефект зернистого слоя эпидермиса

 скопление экссудата между клетками шиповатого слоя

 лизис сетчатого слоя дермы

275. При подозрении на буллезный дерматоз необходимо микроскопировать:

 содержимое пузыря

 мазок-отпечаток с эрозии на месте пузыря

все варианты верны

276. Акантоз клинически не проявляется

 волдырем

 папулой

 бляшкой

 лихенизацией

277. Акантоз не встречается при

 экземе

 красном плоском лишае

 крапивнице

 бородавчатом невусе

 бородавчатом туберкулезе

278. Фолликулярный гиперкератоз встречается при:

 красной волчанке

 склеродермии

 красном плоском лишае

 розовом лишае Жибера

 омозолелости

279. Дискератоз не характеризуется:

 преждевременным ороговением клеток шиповатого и/или зернистого слоя

 дискомплектизацией клеток шиповатого и/или зернистого слоя

 появлением круглых телец и/или зерен в роговом слое

 появлением микроабсцессов

280. Для красного плоского лишая не характерно:

 неравномерный гранулез

 периваскулярный инфильтрат

 умеренный гиперкератоз

 полосовидный тесно прилегающий к эпидермису инфильтрат

 акантоз

281. Акантолиз встречается при:

 вульгарном пемфигусе

 псориатической эритродермии

 экземе

 герпетиформном дерматозе Дюринга

 Т-клеточной лимфоме

282. Для инфекционной гранулемы не характерны:

 некроз

 скопления эпителиоидных клеток

 гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса

 скопления лимфоидных клеток

 скопления нейтрофилов

283. Инфекционная гранулема не встречается при:

 туберкулезной волчанке

 вторичном сифилисе

 третичном сифилисе

 кожном лейшманиозе

284. Микроабсцесс Мунро формируется в результате скопления нейтрофилов:

 в роговом слое и под ним

 в базальной мембране

 в верхушках сосочков

 внутри клеток шиповатого слоя

285. Апокриновые потовые железы начинают функционировать:

 с 7-го месяца внутриутробной жизни

 с момента рождения

 с периода полового созревания

 в старческом возрасте

286. Сальные железы начинают функционировать:

 сразу после закладки (с 3-го месяца внутриутробной жизни)

 с 6-го месяца внутриутробной жизни

 с момента рождения

 в пубертатном возрасте

287. К придаткам кожи не относятся:

 волосы

 ногти

 потовые железы

 мышцы, поднимающие волос

 сальные железы

288. Причиной образования везикул может быть:

 воздействие аллергенов

 стрептококковая инфекция

 воздействие концентрированных растворов кислот или щелочей

 ожог или отморожение

289. Везикула не развивается в результате:

 акантолиза

 баллонной дистрофии

 спонгиоза

 вакуольной дегенерации

290. Везикула может быть:

 эпидермальной

 эпидермо-дермальной

 дермальной

 гиподермальной

291. Пузырь может развиваться в результате:

 акантолиза

 баллонной дистрофии

 спонгиоза

 вакуольной дегенерации

292. Ведущий признак вегетаций:

 гиперкератоз

 акантоз

 папилломатоз

 паракератоз

 гранулез

293. При гидрадените поражаются:

 волосяные фолликулы

 эккриновые потовые железы

 апокриновые потовые железы

 сальные железы

 лимфатические узлы

294. Фактором противоинфекционной защиты кожи не является:

 проницаемость рогового слоя

 постоянное отшелушивание эпидермиса

 кислая среда поверхности

 наличие свободных низших жирных кислот кожного сала

 температура ниже 37°С

295. У представителей каких специальностей можно рассматривать эризипелоид как профессиональное заболевание?

 у фармацевтов

 у рабочих мясо- и рыбоперерабатывающей промышленности

 у кондитеров

 у медицинских работников

296. Для чесотки характерны:

 лентикулярные папулы

 линейные трещины

 парные точечные зудящие пузырьки

 волдыри

 пузыри

297. Жизнеспособность микобактерий туберкулеза в чистой культуре не сохраняется:

 при низких температурах

 при нагревании до 80◦ С в течение 1-5 минут

 при кипячении в течение 1-5 минут

 в прямых солнечных лучах в течение 30 минут

298. Для обыкновенного (вульгарного) сикоза характерным является появление:

 фурункулов

 фолликулитов

 фликтен

 нескольких карбункулов

 нескольких эктим

299. Какое заболевание не относится к стафилодермиям:

 фолликулит

 вульгарный сикоз

 эктима

 гидраденит

 карбункул

300. Признак, характерный для язвы при шанкриформной пиодермии:

 узкий воспалительный венчик розово-красного цвета вокруг

 воспалительный ободок синюшно-багрового цвета

 края неровные, невозвышенные

 плотные вывороченные края

301. Чесотка у взрослых не локализуется на:

 животе

 межпальцевых складках

 мошонке, ягодицах

 молочных железах

 на подошвах

302. Какой из форм туберкулеза кожи страдают преимущественно мужчины:

 уплотненная эритема Базена

 скрофулодерма

 бородавчатый туберкулез

 острый милиарный туберкулез

303. Хирургическое лечение фурункула рекомендуется:

 в стадии начальной инфильтрации

 в стадии центрального размягчения

 в стадии формирования стержня

 при абсцедировании

 не рекомендуется

304. К факторам рецидива карбункула не относится:

 тяжелый сахарный диабет

 хронический лимфолейкоз

 язвенная болезнь желудка

 злокачественная опухоль

 сепсис

305. Рецидивирующая рожа может приводить к:

 лимфостазу и слоновости

 тромбофлебиту

 поражению внутренних органов

 менингиту

306. От момента инфицирования до появления первых признаков чесотки проходит:

 1-3 дня

 4-5 дней

 7-10 дней

 более 2 недель

 1-1,5 месяца

307. Какой из форм туберкулеза кожи страдают преимущественно женщины:

 уплотненная эритема Базена

 скрофулодерма

 бородавчатый туберкулез

 золотушный лишай

 острый милиарный туберкулез

308. Для стафилококковых пиодермий не характерно:

 гнойнички плоские, дряблые

 гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы

 поражаются сально-волосяные фолликулы

 содержимое гнойничков желто-зеленого цвета

 глубокие формы регрессируют с образованием рубца

309. При псевдофурункулезе у новорожденных детей в воспалительный процесс вовлекаются:

 эккринные потовые железы

 апокриновые потовые железы

 волосяные фолликулы

 сальные железы

310.

При вскрытии фурункула сначала целесообразно назначить:

 повязка с антибактериальной мазью

 повязка с анилиновыми красителями

 повязка с чистым ихтиолом

 повязка с гипертоническим раствором

311. Какой из препаратов неэффективен при лечении чесотки:

 33% серная мазь

 комбинация эсдепаллетрина (эсбиол) и пиперонила бутоксида

 бензилбензоат

 метронидазол

 тиосульфат натрия и соляная кислота

312. Какой из симптомов характерен для туберкулезной волчанки:

 симптом Поспелова

 симптом Кебнера

 симптом Пинкуса

 симптом Асбо-Хансена

 симптом Бальцера

313. Вирус, вызывающий опоясывающий герпес, идентичен:

 вирусу простого герпеса типа 1

 вирусу ветряной оспы

 вирусу простого герпеса типа 2

 коксовирусу

 цитомегаловирусу

314. Какая из перечисленных форм не является характерной для опоясывающего герпеса?

 гангернозная

 рецидивирующая

 буллезная

 абортивная

 геморрагическая

315. Для опоясывающего герпеса не характерно:

 поражение нервной системы

 сегментарное поражение кожных покровов

 наличие боли

 геморрагически-некротические проявления

 поражение детей

316. К атипичным формам простого герпеса не относится:

 мигрирующая

 рупиоидная

 эрозивно-язвенная

 синдром Бернара-Хорнера

 диссеминированная

317. Для лечения больных простым герпесом не применяют:

 интерферон

 ацикловир

 кортикостероиды

 фамцикловир

318. Противовирусное действие ацикловира обусловлено:

 замедлением репликации вирусной РНК

 прерыванием репликации вирусной ДНК

 поражением клеточной стенки

 действием ацикловир-дифосфата

 повышением иммунологической реактивности организма

319. Какой из лабораторных показателей является наиболее важным при коррекции дозы ацикловира?

 СОЭ

 удельный вес мочи

 уровень эритроцитов и гемоглобина

 концентрация IgG

 время кровотечения

320. Основным фактором, способствующим появлению подошвенных бородавок, является:

 гиперкератоз

 микоз стоп

 снижение иммунитета

 применение антибиотиков

 травматические повреждения

321. Противовирусные препараты наиболее эффективны в следующих случаях:

 при назначении их в комплексе с другими препаратами

 при назначении их в первые часы заболевания

 при длительном применении их

 при применении препарата в различных лекарственных формах

 при микст-инфекции

322. Простая эктима на разгибательной поверхности локтевого сустава может являться:

 осложнением чесотки

 признаком туберкулеза кожи

 последствием бурсита

 признаком сифилитической инфекции

323. Осложнением фурункула не является:

 лимфангиит

 лимфаденит

 абсцессы метастатические

 флегмона

 фиброзирование

324. Для "норвежской" чесотки не характерно:

 приступообразный зуд

 эритродермия

 массивные корковые наслоения

 корковые наслоения на коже локтевых и коленных суставов

325. Поражение ногтевых пластинок чесоточным клещом может проявляться в

виде:

 разрыхления, утолщения, образования продольных и поперечных трещин

 симптома наперстка

 подногтевого гиперкератоза

 онихолизиса

 отслоения от ногтевого ложа

326. Каков режим назначения ацикловира при опоясывающем герпесе?

 200мг 5 раз в день

 600мг 2 раза в день

 600мг 5 раз в день

 800мг 5 раз в день

 1000мг 5 раз в день

327. Каков режим назначения валацикловира при опоясывающем герпесе?

 1грамм 3 раза в день

 1 грамм 2 раза в день

 500мг 5 раз в день

 500мг 2 раза в день

328. К какой разновидности пиодермий относится рожистое воспаление?

 стафилодермии

 стрептодермии

 смешанные стрепто-стафилодермии

329. Какой из возбудителей является основным при развитии фолликулита?

 S.aureus

 S.epidermidis

 S.haemolyticum

 S.pyogenes

 Hamophilus influenzae

330. Какой из возбудителей является основным при развитии рожистого воспаления?

 S.aureus

 S.epidermidis

 S.haemolyticum

 S.pyogenes

 Hamophilus influenzae

331. К какой разновидности пиодермий относится целлюлит?

 стафилодермии

 стрептодермии

 смешанные стрепто-стафилодермии

332. Для плесневых грибов не характерно поражение:

 кожи

 слизистых

 ногтей

 внутренних органов

 волос

333. Современное название возбудителей трихофитии:

 трихофитон фиолетовый

 тонзурас

 акуминатный

 кратереформный

 флавум

334. Микроскопическое отличие пораженного волоса при инфильтративно-нагноительной трихофитии касается:

 эндотрикса

 эктотрикса

 спор, расположенных хаотично

335. Какие препараты не применяются для наружного лечения микозов:

 микосептин

 ламизил

 микозолон

 преднизолон

 клотримазол

336. Для разноцветного лишая характерно:

 хроническое течение

 наличие пятен

 отрубевидное шелушение

 фестончатое очертание очагов

все варианты верны

337. Какой признак характерен для глубокой трихофитии?

 наличие волдырей

 наличие невоспалительных инфильтратов

 положительный симптом "медовых сот"

 самопроизвольное разрешение

338. Для трихофитии волосистой части головы характерно:

 мелкие множественные очаги, в очагах поражения видны неизмененные волосы

 белая муфта у основания волос

 четкие очертания очага

 крупные очаги, сплошное поражение волос

339. Какой признак не является характерным для скутулярной формы фавуса:

 атрофичность и безжизненность волос

 мышиный запах

 зуд

 эктимы

 рубцовая атрофия

340. Заражение микроспорией может происходить:

 в медицинских организациях

 при контакте с кошками и собаками

 при работе на животноводческих фермах

341. Какой признак не является характерным для поражения волос при микроспории:

 частичное обламывание волос в очаге поражения на высоте 1-2 мм

 обламывание волос на высоте 6-8 мм

 наличие беловатой муфты вокруг обломанного волоса

 зеленое свечение волос при облучении волос лампой Вуда

342. Какие препараты не применяются для системной терапии микозов:

 бонафтон

 гризеофульвин

 тербинафин

 итраконазол

 кетоконазол

343. Какие заболевания не относятся к кератомикозам:

 отрубевидный лишай

 пьедра

 эритразма

344. Какие симптомы не являются характерными для дисгидротического микоза стоп:

 эритема на тыле стоп

 пузырьки

 эритема на подощве

 отслойка эпидермиса по периферии

345. Какие признаки онихомикозов не учитываются при определении индекса КИОТОС ?

 возраст больного

 длительность заболевания

 локализация поражения

 клиническая форма

 глубина поражения

 степень гиперкератоза

346. Для паховой эпидермофитии характерно:

 локализация в крупных складках

 волдыри

 папулы

347. Что из перечисленного характерно для онихомикозов?

 мелкие точечные углубления в виде наперстка на ногтевой пластинке

 ноготь ровный, цвет не изменен

 ноготь крошащийся, "изъеденный" со свободного края

348. Грибковое заболевание кожи, вызываемое микроспорум канис, обычно приобретается при контакте:

 со свиньей

 с овцой

 с крупным рогатым скотом

 с кошками

 с птицами

349. При глубокой трихофитии в волосах обнаруживают следующие изменения:

 беспорядочное расположение спор

 цепочки спор внутри волоса

 цепочки спор и пузырьки воздуха внутри волоса

 цепочки спор снаружи волоса

350. Волосы обламываются на уровне 6-8 мм от уровня кожи:

 при поверхностной трихофитии

 при микроспории

 при фавусе

 при трихофитии инфильтративно-нагноительной

 при алопеции

351. Какие наружные противогрибковые средства содержат мочевину:

 «ламизил»

 «фунготербин»

 «микосептин»

 «микозолон»

352. К дерматофитам, флюоресцирующим при свете Вуда, относятся:

 Все те, которые способны поражать волосы;

 Вида Microsporum;

 Вида Trichophyton;

 Вида Epidermophyton.

353. Патогномоничным симптомом для отрубевидного лишая является:

 Симптом Никольского;

 Симптом «медовых сот»;

 Симптом Бенье;

 Симптом Бенье-Мещерского.

354. Профилактика грибковых заболеваний кожи включает в себя все, кроме:

 Выявления источников заражения, их изоляцию и дезинфекцию помещений

 Обследования контактов

 Ветеринарного надзора за животными

 Периодического медицинского осмотра персонала, подверженного грибковым заболеваниям (детские и бытовые учреждения)

 Профилактического лечения

355. Разноцветный лишай вызывается:

 Microsporum canis

 Malassezia furfur

 Corynebacterium trichoide;

 Epidermophyton floccosum

356. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме:

 Сахарного диабета

 Длительного лечения антибиотиками

 Потливости, мацерации кожи

 Иммунодефицита

 Гипертонической болезни

357. Какое средство используется для отслойки рогового слоя эпидермиса при микозах:

 20% салициловая мазь

 33% серная мазь

 «Микосептин»

 «Солкосерил»

358. Для фавуса характерно все перечисленное, кроме:

 Наличия скутул;

 обламывание волос и образования папул;

 Рубцовой атрофии;

 Атрофичности волос;

 Поражения ногтевых пластинок

359. Для паховой эпидермофитии характерно все перечисленное, кроме:

 Инфильтрации

 Чешуек и зуда

 Эритемато-сквамозного поражения

 Кораллово-красного свечения при люминесценции

360. Для скутулярной формы фавуса характерно все перечисленное, кроме:

 Атрофичности и безжизненности волос

 Мышиного запаха

 Зуда

 Эктимы

 Рубцовой атрофии

361. Инкубационный период при микроспории длится:

 6-7 дней;

 20-30 дней;

 10-15 дней;

 15-90 дней

362. Для разноцветного лишая не характерно:

 Хроническое течение

 Наличие пятен

 Отрубевидное шелушение

 Свечение под лампой Вуда

 Венчик отслаивающего эпидермиса

363. На фоне какой патологии не развивается онихолизис?

 Кожных болезней

 Травматизации

 Эндокринных нарушений

 Бактериальных и грибковых инфекций

 Разноцветного лишая

364. Какое заболевание является показанием для назначения гризеофульвина?

 Трихофития инфильтративно-нагноительная

 Отрубевидный лишай

 Кандидоз

 Эритразма

365. Какой препарат целесообразно применять при фавусе?

 Гризеофульвин

 Кетоконазол

 Флуконазол

 Амфотерицин В

 Натамицин

366. Что применяется для диагностики отрубевидного лишая?

 Проба Ядассона

 Симптом Никольского

 Проба Бальцера

 Симптом «дамского каблука».

 Симптом точечного кровотечения

367. Какая форма отсутствует в классификации рубромикоза?

 Экссудативная

 Эритематозно-сквамозная

 Экзематозная

 Фолликулярно-узловатая

 Эритродермическая

368. Какой формы микидов не существует?

 Эритематозные

 Экзематозные

 Эритемато-сквамозные

 Везикулезные

369. Для импетигинозной формы фавуса характерно все перечисленное, кроме:

 Атрофичности и безжизненности волос

 Отсутствия зеленого свечения при исследовании пораженных волос

 Периферического воспалительного венчика

 Пустул

 Рубцовой атрофии

370. Какой признак не входит в число ведущих клинических критериев атопического дерматита (критерии Райка):

 зуд

 сгибательная лихенизация

 начало в раннем детстве

 обострение под влиянием контактных аллергенов

 сезонная зависимость

371. Какая группа из системных препаратов является наиболее предпочтительной в терапии атопического дерматита:

 антигистаминные препараты

 седативные

 блокаторы кальциевых каналов

 витамины

 пищеварительные ферменты

372. Какой симптом является общим для истинной экземы и микробной экземы:

 симметричность высыпаний

 бордюр шелушения по краю очага

 очаги поражения с просветами здоровой кожи

 мокнутие по типу серозных колодцев

373. Какой препарат является фторированным кортикостероидом:

 мометазона фуроат

 метилпреднизолона ацепонат

 гидрокортизон

 бетаметазона валерат

374. Какие высыпания не встречаются при токсикодермиях:

 пятнистые

 папулезные

 узловатые

 везикулезные

 бугорковые

 буллезные

375. Какие лекарственные препараты чаще всего способствуют возникновению токсикодермии:

 транквилизаторы

 антибиотики

 цитостатики

 ГКС

376. Какой топический кортикостероид можно применять детям с рождения:

 гидрокортизона бутират

 гидрокортизона ацетат

 мометазона фуроат

 метилпреднизолона ацепонат

 триамцинолона ацетонид

377. Какая патология не является составляющей синдрома атопии:

 ринит

 бронхиальная астма

 конъюнктивит

 эндокардит

 крапивница

378. Какой тип реакций гиперчувствительности по Джеллу и Кумбсу доминирует при атопическом дерматите:

 I (анафилактоидный)

 II (цитотаксический)

 III (иммунокомплексный)

 IV (Т-лимфоцит - зависимый)

379. Какие элементы не выявляются при эволюционном полиморфизме экземы:

 эритема

 рубец

 везикула

 эрозия

 корка

380. Какая форма не характерна для атопического дерматита:

 экссудативная

 эритематозно-сквамозная

 инфильтративно-нагноительная

 лихеноидная

381. Какое топическое средство не применяют для лечения атопического дерматита:

 мометазона фуроат

 бетаметазона дипропионат

 каменноугольный деготь

 тербинафин

 гидрокортизона бутират

382. Какой клинический симптом не является проявлением атопического дерматита:

 лихенификация

 красный пульсирующий дермографизм

 эритема

 инфильтрация

 экскориации

383. Какие лабораторные исследования не результативны при атопическом дерматите:

 исследование иммуноглобулина Е в крови

 кожные тесты с аллергенами

 СРБ

 определение уровня эозинофилов в периферической крови

384. Какой признак не характерен для эндогеной (IgE-независимой) формы атопического дерматита:

 лихенификация

 белый дермографизм

 отрицательные кожные тесты с аллергенами

 позднее начало

 отсутствие семейной отягощенности

 наличие бронхиальной астмы у больного

385. Какой признак не характерен для IgE-зависимой формы атопического дерматита:

 лихенификация

 белый дермографизм

 положительные кожные тесты с аллергенами

 начало заболевания в зрелом возрасте

 повышенный уровень общего IgE в крови

386. Какой клинический симптом не характерен для идиопатической формы экземы:

 симметричность

 локализация на тыле кистей и стоп

 четкие границы высыпаний

 очаги с просветами здоровой кожи («архипелаг островов»)

 везикуляция

387. Какой клинический симптом не характерен для микробной варикозной экземы:

 локализация на нижних конечностях

 асимметричность

 везикулы в межпальцевых промежутках стоп

 наличие трофической язвы в очаге

 везикуляция на поверхности очага

388. Какой формы экземы не существует?

 истинная

 микробная

 буллезная

 себорейная

 профессиональная

389. Диффузный нейродермит является синонимом:

 детской экземы

 лишая Видаля

 лихеноидной формы атопического дерматита

 детской почесухи

 истинной экземы с аллергидами

390. К провокаторам атопического дерматита (атопенам) не относится:

 коровье молоко

 собачья шерсть

 домашняя пыль

 никелированная бижутерия

 корм для рыб

391. К контактным аллергенам не относится:

 хромированные детали

 растворители

 лако-красочные средства

 кошачий эпидермис, выделения

 золотые украшения

392. Какой иммунологический феномен не характерен для патогенеза атопического дерматита:

 генетически детерминированное повышение уровня иммуноглобулина Е в крови

 нарушение баланса между Т-лимфоцитами хелперами 1 и 2 класса с преобладанием 2-го

 гиперпродукция интерлейкинов 4, 5,13

 IgE-зависимая дегрануляция тучных клеток

 гиперпродукция гамма-интерферона

393. Тучная клетка не выделяет при активации:

 гистамин

 химазу

 простагландины

 лейкотриены

 нейротензин

394. Гистамин в коже не вызывает:

 нарушение проницаемости сосудов

 отек

 зуд

 бронхоспазм

 эритему

 чувство боли

395. Лейкотриены и простагландины не вызывают:

 бронхоспазм

 отек

 зуд

 эритему

 шелушение

396. Простой (ирритантный) дерматит не вызывается:

 синтомициновой эмульсией

 кислотами

 солнечными лучами

 низкой температурой

 трением

397. Контактный аллергический дерматит не вызывается:

 косметикой

 трением

 металлической бижутерией

 растворителями

 наружными антибактериальными препараатами

398. Для контактного аллергического дерматита не характерно:

 нечеткие границы

 локализация в месте контакта

 четкая стадийность течения

 слабовыраженный и/или быстропроходящий полиморфизм

399. К антигистаминным препаратам 3-го поколения относится:

 хлоропирамин

 дифенидрамин

 астемизол

 хифенадин

 дезлоратадин

 лоратадин

400. Для токсикодермии Лайела не характерно:

 положительный симптом Никольского

 повышение температуры

 буллезные высыпания

 желтушность слизистых

 эозинофилия в крови

401. К формам токсикодермии не относятся:

 синдром Стивенса-Джонсона

 синдром Лайела

 синдром Нетертона

 фиксированная сульфаниламидная эритема

402. Какой из ниже перечисленных признаков не характерен для дерматитов?

 внезапное начало

 эритема

 отек кожи

 пузыри

 бугорки

403. Для лечения дерматитов необходимо:

 устранение действия раздражителя

 назначение препаратов йода

 назначение физиолечения

 назначение антибактериальных препаратов

404. Какой из признаков не характерен для контактного артифициального дерматита:

 наличие сенсибилизации

 отсутствие сенсибилизации

 развитие процесса на месте воздействия раздражающего фактора

 четкие границы процесса

 острое начало

405. Какой фактор не является причиной дерматитов?

 механические воздействия

 термические воздействия

 медикаменты системного применения

 лучевые воздействия

 химические вещества

406. Укажите характер течения простого контактного дерматита:

 рецидивирующий

 острый

 подострый

 хронический

 латентный

407. Что не является характерным для ожога, вызванного концентрированной щелочью?

 сухой струп

 мягкий струп

 нечеткие границы

 .постепенное распространение некроза вглубь и по периферии

 рыхлый струп

408. Какая из указанных локализаций не является характерной для периорального дерматита?

 носогубные складки

 шея

 щеки

 периорбитальная область

409. Какой признак не характерен для клинической картины простого контактного дерматита:

 локализация за пределами действия раздражителя

 боль

 жжение

 диффузная эритема

 четкие очертания

410. В результате какого воздействия не может развиться контактный аллергический дерматит:

 ношение белья из синтетических тканей

 применение синтетических порошков для стирки белья

 применение теней для окрашивания век

 применение губной помады

 ожог уксусной кислотой

411. Какие химические раздражители являются облигатными:

 концентрированные кислоты и щелочи

 хром

 никель

 урсол

 инсектициды

412. Какой первичный морфологический элемент при псориазе?

 волдырь

 пустула

 папула

 везикула

 бугорок

 узел

413. Какая локализация не характерна для псориаза?

 слизистые оболочки

 волосистая часть головы

 разгибательные поверхности конечностей

 ногти

414. Какой феномен не характерен для псориаза?

 феномен стеаринового пятна

 терминальной пленки

 кровяной росы

 Бенье-Мещерского

 Кебнера

415. Какое поражение ногтей не характерно для псориаза?

 по типу наперстка

 изъязвления

 онихогрифоз

 масляное пятно

416. Что не характерно для прогрессирующей стадии псориаза?

 появление новых морфологических элементов

 псевдоатрофический ободок Воронова

 феномен Кебнера

 периферический рост папулы

417. Какие общие ванны не назначают при псориазе?

 с хвойным экстрактом

 с чередой

 углекислые

 содовые

 сульфидные

 морские

418. Какая стадия процесса является прямым противопоказанием для санаторно-курортного лечения больных псориазом?

 прогрессирующая стадия

 стационарная стадия

 регрессирующая стадия

419. При каком заболевании выявляется триада Ауспитца?

 красной волчанки

 лепре

 псориазе

 экземе

 туберкулезе

420. Какой из нижеперечисленных гистологических признаков не является патогномоничным для псориаза:

 акантоз

 паракератоз

 папилломатоз

 микроабсцессы Потрие

 микроабсцессы Мунро

421. Чем характеризуется изоморфная реакция при псориазе?

 появление линейно расположенных папулезных высыпаний

 сильный зуд

 наличие пигментных пятен в местах трения

 красный дермографизм

 смешанный дермографизм

422. Что лежит в основе лечебного действия ПУВА-терапии при псориазе?

 активация Т-клеточного иммунитета

 подавление клеточной пролиферации

 мембраностабилизирующее действие

 активация функции коры надпочечников

 активация меланоцитов

423. Одной из наиболее частых первоначальных локализаций псориаза является:

 кожа ладоней и подошв

 кожа волосистой части головы

 складки

 ногтевые пластинки

 разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов

424. Наиболее характерными изменениями ногтевых пластинок при псориазе являются:

 онихогрифоз

 онихошизис

 точечные вдавления

 изменения окраски

 онихолизис

425. Рентгенологически при артропатическом псориазе редко обнаруживают:

 остеолиз

 параспинальные оссификации

 костные эрозии

 околосуставной остеопороз

 суставные анкилозы

426. Наиболее эффективным сочетанием препаратов при пустулезном псориазе является:

 преднизолон+ацитретин

 тигазон+карболен

 циклоспорин А+аевит

 метотрексат+витамин В12

 аевит+аскорутин

427. Для артропатического псориаза менее характерно:

 асимметричность поражения

 околосуставной остеопороз

 поражение крупных суставов

 поражение мелких суставов

 сходство с ревматоидным артритом

428. Характерным патологическим процессом при псориазе в эпидермисе является:

 акантолиз

 нарушение пролиферации и дифференцировки клеток

 наличие микроабсцессов Потрие

 дискератоз

 папилломатоз

429. При каком заболевании могут поражаться слизистые оболочки?

 при артропатическом псориазе

 при эритродермии

 при генерализованном пустулезном псориазе

 при универсальном псориазе

 при себорейном псориазе

430. Для красного плоского лишая не является характерным наличие:

 папул

 геморрагических пятен

 разово-синюшней окраски элементов

 восковидного блеска

 полигональной формы и пупковидного вдавления

431. Для общего лечения красного плоского лишая не применяются:

 антибиотики

 антимикотики

 антигистаминные препараты

 седативные препараты

432. К клиническим формам красного плоского лишая не относят:

 кольцевидный

 пемфигоидный

 бородавчатый

 атрофический

 системный

433. Первичный элемент при красном плоском лишае:

 бугорок

 папула

 петехия

 экхимоз

434. Кроме кожи, при красном плоском лишае могут поражаться:

 суставы

 слизистые оболочки

 волосы

 внутренние органы

 нервная система

435. Какой признак не характерен для розового лишая?

 расположение высыпаний по линиям Лангера

 наличие материнской бляшки

 шелушение в центре элементов по типу «папиросной бумаги»

 преимущественная локализация - ладони и подошвы

436. Меланоопасными невусами являются:

 невус Спитца

 пограничный невус

 монгольское пятно

 интрадермальный невус

437. К доброкачественным опухолям относятся:

 болезнь Бовена

 плоскоклеточный рак

 меланома

 себорейный кератоз

438. К злокачественным опухолям относятся:

 пигментная ксеродерма

 базально-клеточный рак

 плоскоклеточный рак

 кератоакантома

439. Для кератоакантомы характерно:

 неспособность к быстрой инволюции

 кратерообразное углубление с роговой пробкой в центре

 наиболее частая локализация на закрытых участках кожи

 рубцовая атрофия, телеангиэктазии в центре и плотный валик из сливающихся узелков

440. Пиогенная гранулема-это опухоль из:

 фиброзной ткани

 кровеносных сосудов

 потовых желез

 сальных желез

441. При каких состояниях не наблюдается малигнизация:

 радиодермиты

 ожоги I степени

 пигментная ксеродерма

 вульгарная волчанка

 злокачественное лентиго

442. Какие морфологические признаки не относятся к паранеопластическим дерматозам:

 эритематозные

 везикобуллезные

 пустулезные

 пруригинозные

 пигментные

443. Какие заболевания не относятся к облигатным ( с частотой совпадений до 85%) паранеоплазиям:

 черный акантоз

 эритема Гаммела

 синдром Пейтца-Егерса

 акрокератоз Базекса

 кольцевидная эритема Дарье

444. Какие заболевания не являются факультативными паранеоплазиями:

 пузырчатка

 пемфигоид Левера

 дерматит Дюринга

 приобретенный ихтиоз

 красная волчанка

445. Какая опухоль чаще всего обнаруживается при «черном акантозе»:

 аденокарцинома желудка

 рак молочной железы

 рак языка

 рак матки

 рак мозга

446. По какому из ниже перечисленных признаков нельзя поставить диагноз буллезной ихтиозиформной эритродермии:

 пузыри

 папилломатозные роговые разрастания

 эрозии

 гиперемия

 «характерное» лицо

447. Какое из ниже перечисленных заболеваний не относится к наследственным дерматозам:

 врожденный буллезный эпидермолиз

 доброкачественная семейная пузырчатка Хейли-Хейли

 эпидемическая пузырчатка новорожденных

 буллезная ихтиозиформная эритродермия

 световая оспа Базена

448. Какой из ниже перечисленных признаков не характерен для болезни Девержи у взрослых:

 дебют болезни во взрослом возрасте

 у больных, впервые заболевших во взрослом возрасте, обычно в семье нет идентичных больных

 на пальцах имеются конусы Бенье

 при стертых формах поражение может длительно ограничиваться гиперкератотическими очагами на ладонях и подошвах

 резко выражены феномены Ауспитца

449. Какой признак не является характерным для болезни Дарье:

 наследование по аутосомно-доминантному типу

 наличие фолликулярных папул

 наличие жирных корок

 локализация на волосистой части головы, лице, в складках и на туловище

 поражение слизистых

450. Какая форма не относится к клиническим вариантам вульгарного ихтиоза:

 ксеродермия

 простой ихтиоз

 буллезный ихтиоз

 змеевидный ихтиоз

 дикообразный ихтиоз

451. Какое осложнение нельзя отнести к типичным у новорожденных с врожденным ихтиозом:

 пневмония

 сепсис

 гипотрофия

 анафилактический шок

 абсцессы в подкожной клетчатке

452. С каким количеством кератиноцитов связан каждый меланоцит в коже человека?

 12.

 24.

 36.

 48.

453. Какую форму не относят к генерализованному витилиго?

 акроциальная

 сегментарная

 вульгарная

 полиуниверсальная

454. Какая гипотеза не является основной для возникновения витилиго?

 вирусная

 неврогенная

 аутоиммунная

 аутотоксическая

455. Какое наружное средство не применяют для лечения витилиго?

 мелатонин

 мелагенин

 меладинин

 мелагенин-плюс

456. Какие виды хирургического лечения используются при витилиго?

 аутологическая пересадка кожи

 пересадка кожи при помощи вытяжных пластырей

 микропигментация

 аутологическая пересадка меланоцитов

 все варианты верны

457. Какой спектр длин волн наиболее эффективен для лечения витилиго?

 320 нм

 311 нм

 308 нм

 300 нм

458. Какой невус является разновидностью витилиго?

 невус Ядассона

 невус Беккера

 невус Сеттона

459. Какое химическое вещество является витилигогеном?

 тетраэтилсвинец

 гидрохинон

 этиловый спирт

460. Какой признак является характерным для патоморфологической картины витилиго?

 деструкция эпидермальных меланоцитов в очагах депигментации

 значительное увеличение в очагах клеток Лангерганса

 отложение компонента С3 комплемента в базальном слое эпидермиса

 повышение реактивности Т-лимфоцитов в обесцвеченной коже,особенно - в период прогрессирования процесса

все варианты верны

461. Какие экзогенные факторы влияют на развитие витилиго?

 травматизация

 УФ-облучение

 химические факторы

все варианты верны

462. Какой тип патологических реакций возникает без воздействия солнечных лучей?

 фототравматическая

 фототоксическая

 фотоаллергическая

 фотогеморрагическая

463. В основе какого дерматоза лежат фотоаллергические реакции

 полиморфный фотодерматоз

 солнечная крапивница

 световая оспа

 актинический хейлит

все варианты верны

464. Что характерно для актинического ретикулоида:

 гистологическая картина напоминает таковую при Т-клеточной лимфоме

 болеют пожилые люди

 эритема

 папулы и бляшки, розовато-цианотичные, шелушащиеся

все варианты верны

465. Дефект какого фермента имеется при поздней кожной порфирии?

 уропорфириногендекарбоксилаза

 уропорфириногенкосинтетаза

 копропорфириногендекарбоксилаза

466. Какой фотодерматоз встречается преимущественно в детском возрасте?

 полиморфный фотодерматоз

 световая оспа

 актинический ретикулоид

467. Какой из препаратов не показан при фотодерматозах?

 делагил

 никотиновая кислота

 витамин В12

 бероксан

468. Что является основным фактором развития дерматоза от воздействия фотодинамических веществ?

 повреждение кожи

 наличие других заболеваний кожи

 предшествующее солнечное облучение

 одновременное солнечное облучение

469. Первые симптомы эритропоэтической уропорфирии (болезнь Гюнтера) появляются:

 у подростков

 на первом году жизни

 в пожилом возрасте

 у взрослых

 в любом возрасте

470. Лучевой дерматит является проявлением:

 фототравматических реакций

 фототоксических реакций

 фотоаллергических реакций

471. Основой патогенеза пигментной ксеродермы является:

 нарушение репарации ДНК

 нарушение порфиринового обмена

 повышение активности коллагеназы

 недостаточность фермента арисульфатазы

 снижение активности тирозиназы

472. Какая форма не относится к красной волчанке?

 дискоидная

 диссеменированная

 диффузная

 глубокая Ирганга-Капоши

 центробежная эритема Биетта

473. Какой признак не входит в число основных эпидермальных факторов патогенеза акне:

 гиперкератоз эпителия сальной железы

 усиление секреции кожного сала

 формирование сально-роговой пробки в устье фолликула и образование комедона

 изменение биохимического состава кожного сала

 колонизация стрептококками

 колонизация Propionibacterium acnes

 воспаление

474. Какой признак не входит в число основных системных факторов патогенеза акне:

 гиперандрогенемия

 центральные нейро-эндокринные нарушения

 генетически детерминированное повышение чувствительности рецепторов кожи и сальных желез к андрогенам

 формирование аутоантител к компонентам сально-волосяных фолликулов

 повышение активности 5 альфа-редуктазы кожи

475. На основе каких невоспалительных высыпаний формируются угри:

 открытых (черных) комедонов

 милиумов

 фибром

 закрытых (белых) комедонов

 телеангиэктазий

476. Основной микробиотой сальных желез, провоцирующей воспаление при угрях, является:

 стрептококки

 стафилококки

 клещ демодекс

 питироспорумы

 Рropionibacterium acnes

 Рropionibacterium granulosum

477. Для легкой формы акне характерно наличие:

 папул, пустул, небольших узлов

 комедонов, папул, пустул

 узлов разной величины, осложнений

478. Для среднетяжелой формы акне характерно наличие:

 папул, пустул, небольших узлов

 комедонов, папул, пустул

 узлов разной величины, осложнений

479. Для тяжелой формы акне характерно наличие:

 папул, пустул, небольших узлов

 комедонов, папул, пустул

 узлов разной величины, нередко - осложненных

480. Терапия первого выбора при легкой форме акне:

 топические ретиноиды, топические антибиотики

 оральные антибиотики, топические ретиноиды, бензоилпероксид

 изотретиноин

 салициловая кислота

 азелаиновая кислота

481. Терапия первого выбора при среднетяжелой форме акне:

 топические ретиноиды, топические антибиотики

 оральные антибиотики, топические ретиноиды, бензоилпероксид

 изотретиноин

 салициловая кислота

 азелаиновая кислота

482. Терапия первого выбора при тяжелой форме акне:

 топические ретиноиды, топические антибиотики

 оральные антибиотики, топические ретиноиды, бензоилпероксид

 изотретиноин

 салициловая кислота

 азелаиновая кислота

483. Какой препарат явялется топическим ретиноидом 3 поколения:

 третиноин 0,05% («Айрол»)

 третиноин («Ретин-А»)

 Третиноин

 Адапален («Дифферин»)

 третиноин («Локацид»)

484. В наружной терапии акне не используются:

 ретиноиды

 бензоилпероксид

 антибиотики

 отшелушивающие

 жирные мази

485. Какой препарат необходимо применять при наличии пустул при акне:

 бензоилпероксид

 ретиноиды

 мазь с метотрексатом

 салициловую кислоту

 азелаиновую кислоту

486. Какой препарат не относят к средствам, содержащим бензоилпероксид?

 «Базирон-АС»

 «Окси-5,10»

 «Зинерит»

 «Бензакне»

487. Для лечения среднетяжелой и тяжелой форм акне у женщин не применяется:

 роаккутан

 финастерид

 Диане-35

 верошпирон

 жанин

488. Какой из перечисленных факторов способствует возникновению розацеа?

 генетическая предрасположенность

 длительное пребывание на солнце

 гипертоническая болезнь

 заболевания желудочно-кишечного тракта

все варианты верны

489. Причиной ангидроза может быть:

 эктодермальная дисплазия

 болезни ороговения

 болезни нервной системы

 применение ганглиоблокаторов

все варианты верны

490. Какой тип дистрофии ногтей не относится к атрофическим:

 онихошизис

 онихолизис

 онихоуксис

 койлонихия

 онихорексис

491. Какое проявление на коже не характерно для I стадии розацеа:

 эритема

 отек

 телеагиэктазии

 папулы, пустулы

492. Какова причина развития онихогрифоза:

 механические повреждения

 деформация пальца

 расстройства кровообращения

 грибковая инфекция

все варианты верны

493. Какой фактор может спровоцировать периоральный дерматит?

 кортикостероиды

 гипертоническая болезнь

 генетическая предрасположенность

 гепатит

494. Какой признак не характерен для синдрома желтых ногтей:

 желтая пигментация

 патология лимфатической системы

 заболевания органов дыхания

 патология органов желудочно-кишечного тракта

 новообразования

495. Какой препарат не назначают при розацеа с выраженными телеангиэктазиями?

 антибиотики

 метронидазол

 кортикостероиды

 антисептики

496. Гипергидроз - это:

 патологическое состояние, при котором отсутствует выделение пота

 дисфункция апокриновых потовых желез

 дисфункция эккриновых потовых желез

 закупорка выводных протоков потовых желез

 избыточная функция потовых желез

497. Какой тип иммунных нарушений не входит в число основных при красной волчанке:

 нарушение толерантности к аутоантигенам

 иммунокомплексные реакции

 нарушение фагоцитоза и элиминации иммунных комплексов

 уменьшение функциональной активности системы комплемента

 IgE-зависимые реакции (анафилактоидный тип гиперчувствительности)

498. Какой фактор является ведущим в этиопатогенезе красной волчанки:

 сенсибилизация к стрептококку

 вирусная инвазия

 нарушение толерантности к аутоантигенам на основе генетической предрасположенности

 эндокринные расстройства

499. Какой фактор не является предрасполагающим в развитии красной волчанки:

 хроническое очаги фокальной инфекции

 стресс

 инсоляция

 эндокринные расстройства

 обострение хронического холецистита

500. Какой симптом не характерен при дискоидной красной волчанке

 инфильтрированноая эритема

 фолликулярный гиперкератоз

 склерозирование

 рубцовая атрофия

501. Какой симптом не является диагностическим критерием фолликулярного гиперкератоза:

 симптом «дамского каблучка»

 болезненность при поскабливании (симптом Бенье-Мещерского)

 симптом «яблочного желе»

 точечная (фолликулярная) атрофия по краю ушной раковины (симптом Хачатурьяна)

502. Какая клиническая картина характерна для диссеминированной формы красной волчанки:

 очаги с четкими границами, расположенные на коже головы, в которых имеется эритема, инфильтрация, фолликулярный гиперкератоз, атрофия

 очаги с глубоким инфильтратом в основании, расположенные на любых участках

 поверхностные очаги, преимущественно на коже лица, в которых имеется эритема и шелушение, но нет фолликулярного гиперкератоза и атрофии

 мелкие поверхностные распространенные очаги с нечеткими границами, в которых имеются не все симптомы «волчаночной триады»

503. Какая клиническая картина характерна для дискоидной формы красной волчанки:

 очаги с четкими границами, расположенные на коже головы, в которых имеется эритема, инфильтрация, фолликулярный гиперкератоз, атрофия

 очаги с глубоким инфильтратом в основании, расположенные на любых участках

 поверхностные очаги, преимущественно на коже лица, в которых имеется эритема и шелушение, но нет фолликулярного гиперкератоза и атрофии

 мелкие поверхностные распространенные очаги с нечеткими границами, в которых имеются не все симптомы «волчаночной триады»

504. Какая клиническая картина характерна для глубокой формы красной волчанки:

 очаги с четкими границами, расположенные на коже головы, в которых имеется эритема, инфильтрация, фолликулярный гиперкератоз, атрофия

 очаги с глубоким инфильтратом в основании, расположенные на любых участках

 поверхностные очаги, преимущественно на коже лица, в которых имеется эритема и шелушение, но нет фолликулярного гиперкератоза и атрофии

 мелкие поверхностные распространенные очаги с нечеткими границами, в которых имеются не все симптомы «волчаночной триады»

505. Какая клиническая картина характерна для поверхностной (центробежной эритемы Биетта) формы красной волчанки:

 очаги с четкими границами, расположенные на коже головы, в которых имеется эритема, инфильтрация, фолликулярный гиперкератоз, атрофия

 очаги с глубоким инфильтратом в основании, расположенные на любых участках

 поверхностные очаги, преимущественно на коже лица, в которых имеется эритема и шелушение, но нет фолликулярного гиперкератоза и атрофии

 мелкие поверхностные распространенные очаги с нечеткими границами, в которых имеются не все симптомы «волчаночной триады»

506. Препараты какой группы являются ведущими в лечении дискоидной формы красной волчанки:

 цитостатики

 ГКС

 антибиотики

 антималярийные

 антиоксиданты

507. Препараты какой группы показаны наряду с антималярийными для лечения диссеминированной и глубокой красной волчанки:

 цитостатики

 ГКС

 антибиотики

 противовирусные

 антиоксиданты

508. Какой тип патологических нарушений не входит в число основных при склеродермии:

 нарушение толерантности к аутоантигенам

 иммунокомплексные реакции

 нарушение синтеза коллагена

 гиалиноз и склерозирование сосудистой стенки

 IgE-зависимые реакции (анафилактоидный тип гиперчувствительности)

509. Какой фактор является ведущим в этиопатогенезе склеродермии:

 сенсибилизация к стрептококку

 вирусная инвазия

 нарушение толерантности к аутоантигенам на основе генетической предрасположенности

 эндокринные расстройства

510. Какой фактор не является предрасполагающим в развитии склеродермии:

 хроническое очаги фокальной инфекции

 ОРВИ

 инсоляция

 эндокринные расстройства

 стресс

 переохлаждение

511. Какой симптом не является характерным для склеродермии:

 уплотнение кожи

 фолликулярный гиперкератоз

 мраморный цвет очага

 атрофия

 симптом «лимонной корки»

 розовато-сиреневый венчик роста

512. Какую стадию не выделяют в развитии склеродермии:

 отека

 уплотнения

 эритемы

 атрофии

513. Какие проявления характерны для бляшечной формы склеродермии?

 наличие асимметрично расположенного очага, в котором изменен цвет и уплотнена (или истончена) кожа

 наличие многочисленных, расположенных симметрично мелких очагов беловатого цвета, в которых уплотнена кожа

 наличие линейного асимметричного очага, в котором изменен цвет и уплотнена (или истончена) кожа

 наличие многочисленных округлых пятен розовато-коричневатого цвета с явлениями атрофии

514. Какие проявления характерны для линейной формы склеродермии?

 наличие асимметрично расположенного очага, в котором изменен цвет и уплотнена (или истончена) кожа

 наличие многочисленных, расположенных симметрично мелких очагов беловатого цвета, в которых уплотнена кожа

 наличие линейного асимметричного очага, в котором изменен цвет и уплотнена (или истончена) кожа

 наличие многочисленных округлых пятен розовато-коричневатого цвета с явлениями атрофии

515. Какие проявления характерны для болезни белых пятен (склероатрофического лихена)?

 наличие асимметрично расположенного очага, в котором изменен цвет и уплотнена (или истончена) кожа

 наличие многочисленных, расположенных симметрично мелких очагов беловатого цвета, в которых уплотнена кожа

 наличие линейного асимметричного очага, в котором изменен цвет и уплотнена (или истончена) кожа

 наличие многочисленных округлых пятен розовато-коричневатого цвета с явлениями атрофии

516. Какие проявления характерны для атрофодермии Пазини-Пьерини?

 наличие асимметрично расположенного очага, в котором изменен цвет и уплотнена (или истончена) кожа

 наличие многочисленных, расположенных симметрично мелких очагов беловатого цвета, в которых уплотнена кожа

 наличие линейного асимметричного очага, в котором изменен цвет и уплотнена (или истончена) кожа

 наличие многочисленных округлых пятен розовато-коричневатого цвета с явлениями атрофии

517. Препараты какой группы являются ведущими в лечении склеродермии в стадию отека:

 цитостатики

 ГКС

 пеницилламин

 антималярийные

 антиоксиданты

518. Препараты какой группы являются ведущими в лечении склеродермии в стадию уплотнения:

 цитостатики

 ГКС

 препараты гиалуронидазы

 антималярийные

 антиоксиданты

519. Основными средствами лечения больных пузырчаткой являются:

 антибиотики и сульфонамиды

 цитостатики и антигистаминные препараты

 кортикостероиды и цитостатики

 антималярийные средства и иммуномодуляторы

 витамины и антидепрессанты

520. При каком буллезном дерматозе у больных имеется повышение чувствительности к глютену?

 герпес беременных

 герпетиформный дерматоз Дюринга

 приобретенный буллезный эпидермолиз

 эритродермическая пузырчатка

 синдром Стивенса-Джонсона

521. Что является общим для пузырчатки и дерматоза Дюринга?

 первичный морфологический элемент - пузырь

 мономорфизм сыпи

 положительный симптом Никольского

 отсутствие субъективных ощущений

522. Для подтверждения какого диагноза проводится йодная проба?

 дерматоз Дюринга

 вульгарная пузырчатка

 красный плоский лишай

 многоформная экссудативная эритема

 пемфигоид

523. К какому препарату отмечается повышенная чувствительность у больных дерматозом Дюринга?

 сера

 медь

 йод

 золото

 сульфаниламиды

524. Для какого из дерматозов характерно субэпидермальное расположение пузырей?

 пузырчатка

 простой герпес

 дерматоз Дюринга

525. При каком пузырном дерматозе может формироваться фолликулярный гиперкератоз в области эритематозных очагов?

 листовидная пузырчатка

 буллезный пемфигоид

 дерматоз Дюринга

 вульгарная пузырчатка

 себорейная пузырчатка

526. Симптом "сползания" эпидермиса не является признаком:

 вульгарной пузырчатки

 герпетиформного дерматоза Дюринга

 синдрома Лайелла

 синдрома Стивенса-Джонсона

527. Какой показатель необходимо исследовать перед назначением антиагрегантов и антикоагулянтов?

 коагулограмма

 сахар крови

 ЭКГ

 СРБ

 АСТ, АЛТ

528. Акантолиз с высоким расположением эпидермальных пузырей в зернистом слое выявляется при:

 герпесе беременных

 листовидной пузырчатке

 приобретенном буллезном эпидермолизе

 претибиальном буллезном эпидермолизе

 при буллезном пемфигоиде Левера

529. Какой признак является общим для субкорнеального пустулеза Уилкинсона и листовидной пузырчатки?

 напряженные пузыри, пузырьки, пустулы, фликтены

 группировка элементов в виде дуг и гирлянд

 фестончатые края очага поражения

 расположение пузыря под роговым слоем

 отрицательный симптом Никольского

530. Основными средствами лечения больных герпетиформным дерматозом являются:

 кортикостероиды

 цитостатики

 антибиотики

 сульфоны

 иммуномодуляторы

531. Основными средствами лечения больных пемфигоидом являются:

 глюкокортикостероиды

 цитостатики

 антималярийные средства

 сульфоны

 сульфаниламиды

532. К какому классу иммуноглобулинов относятся антитела, выявляемые с помощью реакции иммунофлюоресценции, у больных вульгарной пузырчаткой?

 IgA

 IgE

 IgD

 IgG

 IgM

533. Пемфигоид может быть маркером:

 целиакии

 опухолей внутренних органов

 сахарного диабета

 гипертонической болезни

534. Симптомы каких заболеваний сочетаются при себорейной пузырчатке?

 пузырчатки и красной волчанки

 пузырчатки и пиодермии

 пузырчатки и фотодерматита

 пузырчатки и герпетиформного дерматита

535. Наиболее часто вульгарная пузырчатка начинается с поражения:

 слизистой оболочки рта

 кожи лица

 подмышечных складок

 себорейных участков

 заушных областей

536. Сочетание с какой патологией наиболее характерно для герпетиформного дерматоза Дюринга?

 с сахарным диабетом

 с язвенным колитом

 с целиакией

 с хроническим гепатитом

 с копростазом

537. В каком режиме назначаются глюкокортикостероиды в активную фазу пузырчатки?

 в низких дозах (20-30 мг преднизолона)

 в высоких дозах (80 мг преднизолона и более)

 в средних дозах (50-70 мг преднизолона)

 в виде пульс-терапии

538. Какой диагностический признак характерен для истинной пузырчатки?

 наличие эозинофилии в пузырной жидкости

 наличие клеток Тцанка

 положительная проба Ядассона

 сниженный уровень Т-лимфоцитов

 наличие сильного зуда

539. Какой вид из перечисленных васкулитов кожи относится к группе дермальных:

 ливедо-васкулиты

 хроническая пигментная пурпура (гемосидерозы)

 узловатые васкулиты

540. Какой вид васкулита не относится к группе полиморфного дермального:

 уртикарный тип

 геморрагический

 папуло-нодулярный

 папуло-некротический

 некротически-язвенный

 пустулезно-язвенный

 узелковый периартериит

541. К клиническим проявлениям папуло-некротического васкулита относятся:

 геморрагические пятна с некрозом на поверхности

 пузыри

 диссеминированные папулы с плотно сидящими геморрагическими корочками на поверхности

 уртикарные элементы

542. К клиническим проявлениям пустулезно-язвенного васкулита относятся:

 некротические корки и язвы на фоне крупных геморрагических пятен

 диссеминированные папулы с плотно сидящими геморрагическими корочками на поверхности

 некротические корки и язвы на фоне сгруппированных фликтен

 геморрагические пузыри

 эритематозные высыпания

543. К проявлениям некротически-язвенного васкулита относятся:

 некротические корки и язвы на фоне крупных геморрагических пятен

 диссеминированные папулы с плотными геморрагическими корочками на поверхности

 некротические корки и язвы на фоне сгруппированных фликтен

 эритематозные пятна

544. Какой вид васкулитов кожи относится к группе гиподермальных:

 ливедо-васкулиты

 гемосидерозы

 узловатые

 полиморфный

545. Клиническим проявлением острой узловатой эритемы является:

 узлы в подкожной клетчатке с измененной над ними кожей

 узлы, пальпируемые по ходу сосудов

 узел в подкожной клетчатке, распавшийся на несколько мелких

546. Какой фактор не относится к этиопатогенетическим при васкулитах кожи:

 инфекционно-аллергический

 токсико-аллергический

 травматический

 аутоиммунный

547. Какой формы нет в классификации геморрагического васкулита:

 кожную

 суставную

 церебральную

 абдоминальную

548. С каким заболеванием прежде всего необходимо дифференцировать узловатую эритему:

 со скрофулодермой

 с индуративной эритемой Базена

 с псориазом

 с варикозной экземой

549. Какое лечение является приоритетным при установлении связи острого васкулита с инфекцией?

 цитостатики

 ГКС

 антибиотики

 ангиопротекторы

 противомалярийные средства

550. Какое лечение является приоритетным при установлении связи острого васкулита с аллергией?

 цитостатики

 ГКС

 антибиотики

 ангиопротекторы

551. Назначение каких препаратов не показано при васкулитах кожи:

 цитостатиков

 ГКС

 антибиотиков

 ангиопротекторов

 бета-блокаторов

552. Какие препараты выбора при системных признаках васкулита?

 антибиотики

 ГКС

 антималярийные

 нестероидные противовоспалительные

 антиагреганты

553. Какой признак не является подтверждением системности при васкулитах:

 повышение температуры

 артралгии

 загрудинные боли

 ускорение СОЭ более 40 мм.час

 СРБ

554. Какой признак не имеет значения при абдоминальной форме геморрагического васкулита?

 анемия

 боли в животе

 скрытая кровь в кале

 позывы на учащенное мочеиспускание