федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Сеченовский Университет)

Фонд оценочных средств по дисциплине

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Дерматовенерология

основная профессиональная Высшее образование - специалитет - программа специалитета

32.00.00 Науки о здоровье и профилактическая медицина

32.05.01 Медико-профилактическое дело

1. Псевдолейкодерма - это:

Геморрагическое невоспалительное пятно
Участки депигментации на месте бывших высыпаний
Воспалительное пятно
Очаг лихенификации

2. В клинику поступил больной с жалобами на наличие распространенных высыпаний, на месте которых после разрешения остаются рубчики. Высыпания были представлены инфильтрированными бесполостными, возвышающимися над уровнем кожи элементами желтоватого цвета, мягкой консистенции, полушаровидной формы, округлых очертаний. Была произведена биопсия одного из первичных элементов. Гистологически высыпания представляли собой инфекционную гранулему. Назовите элемент:

Узелок
Бугорок
Пузырек
Волдырь

3. Больной жалуется на зудящие высыпания, возвышающиеся над окружающей кожей, розового цвета, рассеянные на коже туловища. Болен 2 дня. Высыпные элементы существуют в течение нескольких часов, самопроизвольно исчезают и появляются вновь. Дайте определение морфологическому элементу.

Узелок
Волдырь
Узел
Бугорок

4. Укажите механизм образования внутриэпидермального пузыря:

Баллонирующая дистрофия
Акантолиз
Вакуольная дистрофия
Спонгиоз
Экзоцитоз

5. Мономорфная сыпь представлена:

Несколькими видами первичных элементов
Одним видом первичных элементов
Первичными и вторичными элементами
Одним видом вторичных элементов

6. Лихенификация характеризуется всем перечисленным, кроме

Уплотнения кожи
Образования эрозий
Усиления кожного рисунка
Утолщения кожи

7. Назовите морфологическую основу бугорка:

Акантоз
Инфекционная гранулема
Периваскулярная инфильтрация
Вакуольная дистрофия

8. В амбулаторию клиники обратился больной с жалобами на появление ярко-розовых, отечных элементов, сопровождающихся зудом. Через 2-3 часа после появления элементы бесследно регрессируют. Назовите элемент:

Бугорок
Волдырь
Узел
Пузырек

9. Лихенификация формируется в результате:

Механического повреждения кожи
Длительного расчесывания
Заживления эрозий
Вскрытия пузырей

10. По величине различают следующие воспалительные пятна:

Пурпура
Эритема
Экхимозы
Рупия

11. Веснушки являются пятнами:

Воспалительными
Пигментными
Геморрагическими
Искусственными

12. Бородавки формируются в результате разрастания эпидермиса типа акантоза и являются:

Бугорками
Невоспалительными узелками
Воспалительными узелками
Невоспалительными узлами
13. Укажите, какими путями осуществляется заражение чесоткой:

Через животных
Половым
Через насекомых
Воздушно-капельным

14. Укажите факторы естественной резистентности кожи к пиококкам:

Повышенное салоотделение
Целостность рогового слоя кожи
Повышенное потоотделение
Сухость кожи

15. К группе стафилококковых пиодермий относятся:

Заеда
Сикоз простой
Вульгарная эктима
Рожа

16. При лечении пиодермий противопоказано применение:

Сухого тепла
Водных процедур
УФО
УВЧ

17. Показаниями для наложения ихтиоловой «лепешки» являются:

Импетиго вульгарное
Фурункул
Заеда
Фолликулит

18. Назначение антибиотиков считается необязательным при:

Пиодермиях, сопровождающихся лихорадкой
Одиночных фурункулах
Рецидивирующих пиодермиях
Локализации пиодермий на лице и голове

19. Разновидностями стрептококковой пиодермии не являются:

Стрептококковая заеда
Карбункул
Буллезное импетиго
Щелевидное импетиго
20. Норвежская чесотка встречается:

У больных с сахарным диабетом
На фоне длительного приема цитостатиков
У больных атопическим дерматитом
У нечистоплотных людей

21. Укажите, какие первичные морфологические элементы чаще составляют клиническую картину чесотки:

Бугорок
Чесоточный ход

Пятно
Волдырь

22. К числу эндогенных факторов, благоприятствующих развитию пиодермий, не относятся:

Гиповитаминозы
Целостный кожный покров
Нарушения обмена веществ
Вегетативные неврозы

23. Для местного лечения пиодермий не применяют следующие средства:

Фукорцин
Ацикловир мазь
Гентамициновая мазь
Левомеколь

24. Лечение больного чесоткой предусматривает:

Применение УФО
Применение эмульсии бензилбензоата
Исключение острой пищи
Ежедневное мытье

25. Укажите среди нижеперечисленных глубокую форму стрептодермии:

Стретококковое импетиго
Эктима вульгарная
Буллезное импетиго
Заеда

26. Укажите наиболее характерные признаки чесотки:

Инфильтрация в очагах поражения
Папуло-везикулезные элементы
Импетигинизация в очагах поражения
Локализация в области волосистой части головы

27. Какая локализация чесотки не характерна для взрослых без сопутствующих заболеваний

Область сосков
Лицо
Межпальцевые складки кистей
Боковые поверхности туловища

28. Укажите экзогенные факторы, неимеющие значение в развитии пиодермий:

Микротравмы кожи
Употребление жирной пищи
Загрязнение кожи
Переохлаждение

29. Укажите, какие из нижеперечисленных средств необходимы для лечения неосложненной чесотки:

Гидрокортизоновая мазь
33% серная мазь
2% борная мазь
5% нафталановая мазь

30. Укажите, с какими кожными заболеваниями нет необходимости дифференцировать чесотку:

Атопический дерматит
Розовый лишай
Кожный зуд
Экзема

31. При развитии аллергического контактного дерматита кистей от стирального порошка необходимо:

Назначить противовирусуню терапию
Исключить частое мытье рук
Восполнить дефицит витаминов
Применить противогрибковую терапию

32. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

Ультрафиолет
Моющие средства
Горчичники
Высокие температуры

33. Причинами развития простого дерматита являются:
Косметические средства
Кипяток
Стиральный порошок
Металлы

34. Причинами развития аллергического дерматита не могут быть:

Косметический крем
УФ-лучи
Пена для бритья
Дезодорант.

35. Облигатными причинами (простых дерматитов) не являются факторы:

Механические
Инфекционные.
Физические
Химические

36. Для аллергического контактного дерматита не характерны следующие признаки:

Воспаление кожи выходит за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя
Четкие границы, очагов поражения
Возникает при повторном контакте с раздражителем
Наличие временного интервала между первым контактом с аллергеном и развитием кожных проявлений.

37. Простой контактный дерматит не характеризуется следующими признаками:

Локализацией в местах контакта с раздражителем
Образованием волдырей
Выраженностью воспаления в зависимости от силы раздражителя
Быстрым регрессом после устранения раздражителя.

38. Для истинной экземы характерны следующие клинические признаки:

Асимметричность
Мокнущие эрозии – «серозные колодцы»
Появление бляшек
Мономорфность сыпи.

39. Назовите признаки, не характерные для микробной экземы:

Четкие границы
Географические очертания
Локализация вокруг трофичеких и пиококковых язв
Импетигинозные корки.

40. Для себорейной экземы не является характерным:

Мокнутие
Слабо инфильтрированные бляшки.
Локализация в зонах с усиленным салоотделением
Шелушение жирными чешуйками

41. Для профессиональной экземы не характерными клиническими признаками являются:

Поражение кистей
Рецидивы во время отпуска
Симметричность
Быстрый регресс при назначении терапии
Рецидивы во время отпуска
Моновалентная сенсибилизация.

42. Назовите патогномоничные патогистологические признаки экземы:

Акантолиз
Спонгиоз
Субэпидермальные пузыри
Гранулез

43. Назовите признаки, характерные для дисгидротической экземы:

ассиметричность
везикулы с плотными покрышками
локализация высыпаний в локтевых и подколенных ямках
локализации на волосистой части головы

44. Общую кортикостероидную терапию при экземе не назначают в случаях:

большой распространенности процесса
присоединения вторичной инфекции
резистентности к обычной терапии
упорного течения

45. При хронической экземе вне обострения не назначают:

теплые ванночки
пасты
окклюзионные повязки с редуцирующими мазями
тепловые физиопроцедуры.

46. Наиболее характерными клиническими проявлениями руброфитии являются:
Преимущественное поражение слизистых
Тенденция к универсальному поражению ногтевых пластинок кистей и стоп
Генерализованное поражение волосистой части головы
Поражение крупных складок кожи

47. Укажите принципы диагностики микозов:

Темнопольная микроскопия
Люминесцентный метод (лампа Вуда)
Серологический метод
Метод конфронтации

48. Источником заражения микроспорией является:

Свинья
Кошка
Лошадь
Корова

49. При грибковом поражении волос необходимо:

Применить аппликации кортикостероидных мазей
Назначить системный антимикотик
Назначить антибиотик широкого спектра действия
Назначить физиопроцедуры (ультразвук)

50. В стадии мокнутия при дисгидротической форме эпидермофитии для наружной терапии необходимо применять:

Присыпки
Примочки

Мази
Взбалтываемые взвеси («болтушки»)

51. Укажите наиболее характерную локализацию интертригинозной формы эпидермофитии:

Передняя поверхность голеней
Межпальцевые складки стоп
Паховые складки
Подмышечные области

52. Возбудителем эритразмы является:

Trichophyton violaceum
Corynebacterium minutissimum
Candida albicans
Trichophyton rubrum

53. Назовите клинические формы эпидермофитии стоп:

Пигментная
Дисгидротическая
Атрофическая
Лентикулярная

54. Назовите анатомо-физиологические признаки, нехарактерные для дерматофитов (дерматомицетов):

Кератофильность
Выраженная анаэробность
Наличие глико-, протео- и липолитических ферментов
Выраженная аэробность

55. Для лечения отрубевидного лишая не применяют:

Шампунь «Низорал»
Втирание кортикостероидных мазей
Спрей «Ламизил»
Эритемное УФ-облучение

56. Для микроспории волосистой части головы характерными признаками не являются:

Эритема
Мокнутие
Зуд
Обломанные волосы

57. Назовите факторы, неспособствующие развитию микозов:

Эндокринопатии
Витаминотерапия
Иммуносупрессивная терапия
Прием антибиотиков

58. Орунгал является препаратом:

Противовоспалительным
Фунгистатическим
Противовирусным
Противопротозойным

59. Перечислите признаки, нехарактерные для кератомикозов:

Поражение рогового слоя эпидермиса
Мокнутие
Десквамация
Образование пятен цвета «кофе с молоком»
Отсутствие воспаления
60. Назовите заболевания, которые не входят в группу дерматофитий

Эпидермофития
Кандидоз
Руброфития
Трихофития

61. При красном плоском лишае кроме кожи могут поражаться:

Суставы
Слизистые оболочки
Волосы
Внутренние органы

62. Укажите клинические симптомы красного плоского лишая:

Поражение суставов
Поражение слизистых
Боли в суставах
Жжение

63. Для лечения красного плоского лишая не применяются:

Плаквенил
Нистатин
Дипроспан
Кларитин

64. Для вульгарной формы псориаза не является характерным:

Отсутствие отечности высыпаний
Универсальное поражение кожных покровов
Ярко-красные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками
Отсутствие чешуе-корок

65. Укажите локализации нехарактерные для красного плоского лишая:

Туловище
Лицо
Половые органы
Слизистые оболочки полости рта

66. На прием к дерматологу обратилась больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности предплечий и голеней имеются многочисленные плоские папулезные высыпания размером от булавочной головки до горошины синюшно-красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью и пупкообразным вдавлением в центре. Описанная клиническая картина соответствует диагнозу:
Вторичный сифилис
Красный плоский лишай
Чесотка
Псориаз

67. Розовый лишай начинается с появления:

Волдыря
Воспалительного пятна
Пигментированного пятна
Папулы

68. Выберите симптом, патогномоничный для красного плоского лишая:

Симптом Никольского
Симптом Уикхема
Симптом Горчакова-Арди
Симптом Пильнова

69. Для экссудативной формы псориаза наиболее характерными признаками являются:

Наличие муковидных чешуек
Наличие серозных чешуе-корок
Наличие геморрагических корок
Наличие гнойных корок

70. Для лечения псориаза эффективными физиотерапевтическими методами являются:

Озонотерапия
Фотохимиотерапия (ПУВА)
Оксигенотерапия
Криотерапия

71. Помимо кожи при псориазе могут поражаться:

Волосы
Суставы
Роговица глаза
Сердце

72. Псориатическая эритродермия характеризуется:

Ночным зудом
Универсальным поражением кожи
Поражением слизистых оболочек
Поражением печени

73. Красный плоский лишай необходимо дифференцировать с:
Рожей
Псориазом
Фурункулом
Руброфитией

74. Выберите клинические признаки, характерные для розового лишая

Полициклические очертания высыпаний
Наличие «материнской бляшки»
Восковидный блеск высыпаний
Ночной зуд

75.. Выберите диагностичексие феномены, характерные для псориаза:

Сетка Викема
Симптом стеаринового пятна
Симптом Никольского
Симптом Бенье-Мещерского

76. Назовите меры вторичной профилактики при хроническом кожном эритематозе (красной волчанке):

Курортотерапия на Черном море
Профилактический прием препаратов хинолинового ряда в весенне-летний период
Гипоаллергенная диета
Купирование зуда

77. Укажите клинические симптомы, характеризующие начало бляшечной склеродермии:

Субфебрильная температура
Сиреневые пятна на коже
Артралгии
Зуд

78. Дифференциальный диагноз в начальной стадии дискоидной красной волчанки не следует проводить с заболеваниями:

Солнечный дерматит
Псориаз
Розацеа
Грибковое поражение

79. Укажите локализацию не характерную для дискоидной красной волчанки:

Нос
Генитальная область
Щеки
Красная кайма губ

80. Назовите характерные клинические признаки очага бляшечной склеродермии:

Ночной зуд
Отсутствие волос и сглаживание кожного рисунка
Появление шелушащихся папул и бляшек
Наличие сетки Уикхема

81. Для дискоидной красной волчанки не характерны:

Эритема
Везикуляция
Фолликулярный гиперкератоз
Рубцовая атрофия

82. Развитию полной картины системной склеродермии не предшествуют:

Повышение температуры тела
Длительная инсоляция
Общая слабость и быстрая утомляемость при привычной физической нагрузке
Периодические боли в крупных и мелких суставах и тянущие боли в мышцах по ночам

83. Процессы, лежащие в основе клинических проявлений склеродермии:

Акантоз
Дерматосклероз
Спонгиоз
Паракератоз

84. Укажите сведения, характерные для больных кожной формой красной волчанки:

Наличие у родственников онкологических заболеваний
Повышенная чувствительность к УФ – лучам
Сопутствующие заболевания печени с нарушением порфиринового обмена и выраженной сенсибилизацией к УФ – лучам
Период менопаузы

85. При системной красной волчанке в крови не наблюдаются следующие изменения:

Ускоренная СОЭ
лейкоцитоз
Гипергаммаглобулинемия
Анемия

86. Факторы, не имеющие значение в патогенезе склеродермии:

Эндокринные нарушения
Возраст после менопаузы

Нервно – сосудистые нарушения
Механические травмы

87. Укажите препараты, обычно применяемые в местной терапии кожной формы красной волчанки:

Эпителизирующие мази
Фторсодержащие кортикостероидные мази
Кортикостероидные мази с антибиотиками
Кератолитические мази

88. Укажите наиболее частую локализацию бляшечной склеродермии:

Лицо, шея
Туловище
Волосистая часть головы
Предплечья, голени

89. Факторы, не способствующие развитию красной волчанки:

Фокальная инфекция
Повышенное артериальное давление
Инсоляция
Обморожение

90. Гистологические признаки, не характерные для красной волчанки:

Гиперкератоз
Спонгиоз
Переваскулярные лимфоцитарные инфильтраты
Фибриноидные изменения соединительной ткани

91. Кожный зуд, как симптом, не встречается при следующих заболеваниях:

Сахарный диабет
Красная волчанка
Глистная инвазия
Болезни печени

92. Диагноз атопического дерматита не может быть поставлен на основании:

Указания на начало заболевания в детстве
Развития везикуляции в очагах поражения
Улучшения в летнее время
Наличия лихенификации в локтевых и подколенных сгибах

93. В возникновении строфулюса первостепенную роль играют:

Контакт со стиральным порошком
Детский возраст
Нервные факторы
Памперсы

94. Хроническую крапивницу нужно дифференцировать с:

Чесоткой
Токсидермией
Экземой
Псориазом

95. Какие из перечисленных элементов не характерны для клинической картины атопического дерматита у взрослых?

Экскориация
Узел
Эритема
Лихенификация

96. Какие из перечисленных элементов наиболее характерны для клинической картины пруриго взрослых?

Волдырь
Экскориация
Пустула
Папула

97. Какими действиями не обладает кортикостероидная мазь?

Вазоконстрикторным
Противомикробным
Противовоспалительным
Противозудным

98. Какие утверждения неверны в отношении антигистаминных препаратов?

Являются Н1 блокаторами
Оказывают гистаминопектическое действие
Являются Н2 блокаторами
Оказывают противозудное действие

99. Обострения и ремиссии атопического дерматита не зависят от:

Сезонности
Времени суток
Погрешностей в диете
Стрессогенных ситуаций

100. Зуд кожи как симптом характерен для следующих заболеваний:

1. Сахарного диабета
2. Глистной инвазии
3. Болезней печени
4. Опоясывающего герпеса

5. Простого герпеса

101. Каким заболеваниям и состояниям кожный зуд не может сопутствовать в качестве симптома?

Беременности
Пузырчатке
СПИДу
Болезням почек
Гепатитам

102. Какие утверждения противоречат общепринятым представлениям о зудящих дерматозах?

Кожный зуд может быть как нозологией, так и симптомом
Крапивница характеризуется полиморфизмом высыпаний
Строфулюс – это детская почесуха
Экзема не относится к нейродерматозам

103. Какие цели не соответствуют наружной терапии при атопическом дерматите?

Противозудное действие
Использование спиртосодержащих средств
Барьерстабилизирующее действие
Увлажняющее действие

104. Какие изменения лабораторных параметров не характерны для больных атопическим дерматитом?

Повышенный уровень сывороточных IgE антител
Выявление акантолитических клеток
Эозинофилия крови
Повышение цитокинов 2-го типа

105. Отметьте нетипичную локализацию высыпаний при атопическом дерматите у взрослых:

Лицо
Ягодицы
Шея
Локтевые сгибы

106. В лечении розацеа используют:

антиандрогены (оральные контрацептивы)
препараты группы имидазола (трихопол)
кортикостероидные гормоны местного действия
кортикостероидные гормоны системного действия

107. В местной терапии вульгарных угрей используют:

Кальципотриол
"Базирон АС" (бензоил-пероксид)

Целестодерм с гарамицином
Тридерм

108. Розацеа следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

Псориаз
Дискоидная красная волчанка
Себорейная экзема
Гнойный гидраденит

109. Укажите типичную локализацию себореи:

Нижние конечности
Волосистая часть головы
Паховые складки
Кисти и стопы

110. Укажите заболевания, в клинической картине которых встречается алопеция:

Псориаз
Дискоидная красная волчанка
Розацеа
Вульгарные угри

111. В лечении вульгарных угрей не используют:

Антибиотики тетрациклинового ряда
Топические глюкокортикостероиды
Антиандрогенные препараты (оральные контрацептивы)
Синтетические ретиноиды (Роаккутан)

112. Эффективная профилактика розацеа включает:

Курортное лечение на Черноморском побережье
Фотозащитные средства
Длительные занятия спортом
Постоянное применение топических глюкокортикостероидов

113. Укажите заболевания, триггер фактором которого является злоупотребление кортикостероидными мазями:

Масляные угри
Периоральный дерматит
Ринофима
Атерома

114. В терапии гнездной алопеции используют:

Противогрибковые средства
Кортикостероидные гормоны
Антибиотики тетрациклинового ряда
Антигистаминные препараты

115. Укажите патогенетические звенья вульгарных угрей:

Атопическая конституция
Гиперсекреция кожного сала
Гипогонадизм
Грибковая инфекция

116. Укажите побочные эффекты длительного лечения розацеа кортикостероидными мазями:

Атрофия сальных желез
Телеангиоэктазии
Атрофия волосяных фолликулов
Распространение процесса на друге учатски

117. Укажите заболевание, вызываемое клещом железница угревая:

Зерновая чесотка
Демодекоз
Некротические угри
Норвежская чесотка

118. Причинами алопеций НЕ являются:

Длительный прием цитостатиков
Полноценное питание
Лучевое воздействие
Хронические инфекции

119. Причинами медикаментозных угрей НЕ являются:
Косметические средства
Препараты лития
Стероидные гормоны
Препараты брома

120. В местной терапии розацеа НЕ используют:

Коагуляцию телеангиоэктазий
Мазь "Целестодерм "
Примочки из настоев лекарственных средств
Криомассаж жидким азотом

121. Для простого герпеса наиболее характерными элементами сыпи являются:

Гнойнички, язвы, гнойные корки
Пузырьки, эрозии, серозные корки
Узелки, чешуйки, гиперпигментация
Бугорки, язвы, геморрагические корки

122. К Вам обратился пациент с жалобами на болезненные эрозии на половом члене. В анамнезе выявлено частое появление подобных высыпаний в течение года. При осмотре: на

головке полового члена сгруппированные пузырьки полициклических очертаний, на отечном основании, мягком при пальпации. Наиболее вероятный диагноз:

Вульгарная пузырчатка
Рецидивирующий герпес
Первичный герпес
Первичный сифилис

123. Укажите наиболее характерные признаки простого герпеса:

Начало заболевания в пожилом возрасте
Склонность к рецидивированию
Связь рецидивов с приёмом сульфаниламидов
Развитие рецидива после инсоляции

124. Укажите наиболее эффективные препараты для купирования рецидива простого герпеса:

Тетрациклин
Валтрекс
Трихопол
Итраконазол

125. К Вам обратился пациент с жалобами на появление высыпаний, сопровождающихся зудом. При осмотре - в области угла рта справа на эритематозном, отёчном фоне сгруппированные мелкие пузырьки, наполненные серозным содержимым, и мелкие эрозии. Между какими заболеваниями, в первую очередь, следует проводить дифференциальный диагноз:
Первичный сифилис, псориаз
Стрептококковое импетиго, простой герпес
Вульгарная пузырчатка, простой герпес
Опоясывающий герпес, склеродермия

126. Укажите наиболее эффективные методы лечения контагиозного моллюска:

5% салициловая мазь
Диатермокоагуляция
Мазь Зовиракс
УФО

127. Укажите субъективное ощущение, наиболее характерное для опоясывающего герпеса:

Зуд
Боль
Жжение
Чувство стягивания кожи

128. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать простой герпес:

Псориаз
Стрептококковое импетиго
Акне

Розацеа

129. Язвенная форма простого герпеса и рецидивы опоясывающего лишая могут быть маркерами следующих системных заболеваний:

Глистной инвазии
Инфекция ВИЧ на стадии СПИДа
Хронической почечной недостаточности
Хронической сердечной недостаточности

130. Наиболее тяжелой разновидностью первичного герпеса (нередко с летальным исходом) является:

Первичный герпетический гингивостоматит
Первичный герпес новорожденных
Первичный герпетический вульво-вагинит
Герпетический панариций

131. К заболеваниям, передающимся половым путем, относятся следующие разновидности вирусных дерматозов:

Плоские бородавки
Остроконечные кондиломы
Синдром Ханта
Контагиозный моллюск

132. Среди разновидностей бородавок выделяют следующие:

Широкие
Плоские
Лентикулярные
Псориазиформные

133. При типичном развитии рецидива простого герпеса НЕ принято выделять следующие стадии:

Предвестников
Шелушения
Эритематозная
Везикулезная

134. Наиболее эффективными методами вторичной профилактики рецидивов простого герпеса являются следующие:

Аутогемотерапия
Герпетическая поливакцина
Инъекции антибиотиков
Витаминотерапия

135. Укажите признаки, наиболее характерные для опоясывающего герпеса:

Папулы

Боли по ходу нервных стволов
Склонность к рецидивированию
4. Положительный симптом Никольского

136. У больной 53 лет без видимой причины на слизистой рта появились крупные пузыри с вялой покрышкой и ярко-красные эрозии. Процесс сопровождается болезненностью, затрудняющей прием пищи. Ваш наиболее вероятный клинический диагноз:

Опоясывающий лишай
Вульгарная пузырчатка
Токсикодермия
Простой пузырьковый лишай

137. Признак, характерный для герпетиформного дерматита Дюринга:

Развитие стойкого иммунитета после лечение
Полиморфизм сыпи
Положительный симптом Кебнера
Положительный симптом Никольского

138. Для подтверждения диагноза вульгарной пузырчатки необходимо провести следующее лабораторное исследование:

Анализ крови на сахар
Мазки-отпечатки на акантолитические клетки
Клинический анализ крови
Посев содержимого пузыря на флору

139. Симптом груши обнаруживают при:

Герпетиформном дерматите Дюринга
Истинной пузырчатке
Опоясывающем лишае
Буллезной форме токсидермии

140. В процессе клинической эволюции истинной пузырчатки возникают следующие вторичные морфологические элементы:

Папулы
Эрозии
Рубцы
Узлы

141. Для подтверждения диагноза герпетиформного дерматита Дюринга необходимо провести кожную пробу для определения повышенной чувствительности к:

Сульфаниламидам
Иодидам
Антибиотикам
Новокаину

142. Акантолитические клетки обнаруживают при:

Герпетиформном дерматите Дюринга
Истиной пузырчатке
Экземе
Сифилитической пузырчатке

143. Клинико-диагностический прием, характерный для истинной пузырчатки:

Проба Ядассона
Симптом Никольского
Реакция Пирке
Проба Бальзера

144. Назовите первичный морфологический элемент, типичный для вульгарной пузырчатки:

Пятно
Пузырь
Бугорок
Узелок

145. Для лечения герпетиформного дерматита Дюринга применяются:

Витамины
3. Препараты сульфонового ряда
Антибиотики
Сульфаниламиды

146. Повышенное содержание эозинофилов в пузыре обнаруживают при:

Экземе
Герпетиформном дерматите Дюринга
Истинной пузырчатке
Опоясывающем лишае

147. Поражение слизистой оболочки полости рта при истинной пузырчатке сопровождается:

Зудом
Болезненностью
Жжением
Парестезиями
Чувством стянутости

148. Наиболее важным лабораторным исследованием для подтверждения диагноза вульгарной пузырчатки является:

Клинический анализ крови
Исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки
Исследование содержимого пузыря на эозинофилы
Посев содержимого пузыря на флору

149. К клиническим формам пузырчатки относятся все, кроме:

Себорейной
Импетигинозной
Листовидной
Вегетирующей

150. Повышенная чувствительность к глютену нередко обнаруживается при:

Герпесе
Герпетиформном дерматите Дюринга
Синдроме Стивенса-Джонсона
Контактном дерматите

151. Какой слой эпидермиса присутствует только на ладонях и подошвах:
Базальный
Блестящий
Шиповатый
Зернистый

152. В эпидермисе условно выделяют:

1 слой
5 слоев
2 слоя
3 слоя

153. Какие из перечисленных функций НЕ выполняет кожа:

Защитная
Пищеварительная
Иммунная
Рецепторная

154. К первичным бесполостным морфологическим элементам относятся:

Эрозия
Бугорок
Пузырь
Трещина

155. Кровеносные сосуды расположены в:

Базальном слое эпидермиса
Дерме
Шиповатом слое эпидермиса
Зернистом слое эпидермиса

156. Дермографизм в норме:

Белый
Красный
Смешанный

Отсутствует

157. К придаткам кожи НЕ относятся:

Волосы
Слизистые
Сальные железы
Потовые железы

158. Какие первичные элементы заканчиваются рубцами:

Папула
Узел
Пузырек
Волдырь

159. К вторичным морфологическим элементам относятся:

Папула
Чешуйки
Узел
Волдырь

160. Исход волдыря:

Эрозия
Исчезает бесследно
Язва
Пятно

161. Укажите первичные элементы сыпи:

Корка
Пятно
Чешуйка
Вегетация

162. Укажите вторичные элементы сыпи:

Папула
Язва
Везикула
Узел

163. По размеру различают следующие воспалительные пятна:

Петехия
Розеола
Папула
Экхимоз

164. Эрозиям могут предшествовать первичные элементы:

Бугорок
Везикула
Папула
Узел

165. К первичным бесполостным элементам относятся:

Эрозия
Волдырь
Пузырек
Пустула

166. Волдырь образуется в результате:

Акантоза
Острого отека сосочков дермы
Акантолиза
Спронгиоза

167. Специфический гранулематозный инфильтрат характерен для:

Папулы
Бугорка
Волдыря
Пузыря

168. Укажите вторичные элементы сыпи:

Волдырь
Корка
Папула
Пустула

169. При осмотре больного сахарным диабетом в правой аксиллярной области выявлены конусовидные, болезненные инфильтраты размером с крупную вишню, багрово-синюшного цвета, с выделением гнойно-некротических масс.
Назовите морфологический элемент:

Узелок
Воспалительный узел
Бугорок
Волдырь

170. Больной обратился с жалобами на зудящие высыпания, рассеянные на верхних конечностях и коже туловища, розового цвета размером 5-7 мм, самопроизвольно исчезающие через 2-3 часа, и появляющиеся вновь. Назовите элемент сыпи.

Везикула
Волдырь
Пузырь
Бугорок

171. Что характерно для гранулемы, составляющей основу бугорка:

Утолщение зернистого слоя в эпидермисе
Эпителиоидные клетки
Акантолиз
Острый отек сосочков дермы

172. Назовите признаки язвы:

Акантолиз эпидермиса
Дефект кожи и подкожно-жировой клетчатки
Дефект кожи в пределах эпидермиса
Изменение кожи, связанное с массивной инфильтрацией сосочкового слоя

173. Для лихенификации характерно:

Наличие папул
Усиление кожного рисунка
Экскориации
Трещины

174. К врачу обратилась пациентка, у которой после прикосновения к утюгу возникло «вздутие» размером 1х1,5 см, содержащее прозрачную жидкость, и после вскрытия которого образовалась эрозия. Жалуется на резкую болезненность. Элемент сыпи:

Волдырь
Пузырь
Папула
Узел

175. Мономорфная сыпь представлена:

Первичными и вторичными элементами сыпи
Одним видом первичных элементов
Несколькими видами первичных элементов
Всеми видами первичных элементов

176. Полиморфная сыпь представлена:

Одним видом первичных элементов
Несколько видов первичных элементов
Наличием и первичных и вторичных элементов
Несколько видов вторичных элементов сыпи

177. Каков механизм образования внутриэпидермального пузыря:

Спонгиоз
Акантолиз
Гипергранулез
Баллонирующая дистрофия

178. К какому виду пятен можно отнести веснушки:

Воспалительные
Пигментные
Искусственные
Геморрагические

179. Морфологической основой бугорка является:

Папиломатоз
Инфекционная гранулема
Экзоцитоз
Гипергранутез

180. На месте вскрывшегося пузырька формируется:

Корочка
Эрозия
Экскориация
Чешуйка

181. Лихенификация образуется в результате:

Слияния бугорков
Длительного расчесывания
Сплошной папулезной инфильтрации
Вскрытия пузырей

182. Какие слои различают в эпидермисе:

Сосочковый
Базальный
Сетчатый
Подкожный

183. Основная масса дермы составляет волокнистая субстанция, состоит таких волокон:

Нервных
Коллагеновые
Гладкомышечные
Соединительнотканные
184. Придатки кожи – это:

Веки
Сальные железы
Мышцы
Радужка

185. Патоморфологические изменения в дерме:

Акантоз
Папилломатоз

Акантолиз
Гиперкератоз

186. Потовые железы бывают:

Подкожные
Апокриновые
Подмышечные
Паховые

187. Первичные элементы сыпи – полостные:

Папула
Пузырек
Волдырь
Вегетация

188. В клинику обратилась девушка, которая после употребления «морского коктейля». Отметила появление выступающих над кожей безполостных элементов розового цвета, размером 4-6 мм, сопровождающихся зудом, исчезающие через 2-3 часа. Назовите элементы сыпи:

Вегетация
Волдырь
Папула
Бугорок

189. В клинику обратилась женщина. После опрокидывания чашки с кипятком на тыле стопы появилась гиперемия, а на этом фоне - «вздутие» размером до 1см с прозрачной жидкостью внутри. Назовите элемент:

Волдырь
Пузырь
Вегетация
Бугорок

190. Вторичные элементы сыпи это:
Папула
Чешуйка
Пустула
Узел

191. Функции кожи НЕ включают:

Выделительная
Пищеварительная
Терморегуляция
Барьерная

192. Из каких слоёв состоит эпидермис:

Сетчатый

Роговой
Жировой
Сосочковый

193. На каких участках кожного покрова отсутствуют эккринные потовые железы:

Ладони
Красная кайма губ
Ушные раковины
Стопы

194. Апокриновые потовые железы локализуются на коже:

Стоп
Подмышечных впадин
Кистей
Голеней

195. Ночной зуд характерен для:

Экземы
Чесотки
Простого дерматита
Псориаза

196. Что относится к первичным бесполостным морфологическим элементам:

Пузырь
Папула
Везикула
Гнойничок

197. В основе возникновения каких первичных элементов лежит инфекционная гранулёма:

Волдырь
Бугорок
Пустула
Папула

198. Какой элемент возникает в результате островоспалительного отёка сосочкового слоя дермы:

Лихенификация
Волдырь
Вегетация
Папула

199. При каких заболеваниях возникают эрозии:

Псориаз
Простой герпес
Склеродермия

Красный плоский лишай

200. Язвы обычно возникают на месте:

Узелков
Бугорков
Пятен
Пустул

201. Что такое лихенификация:

Истончение кожи
Уплотнение кожи и усиление кожного рисунка
Глубокий дефект кожи
Линейное нарушение целостности кожи

202. Спонгиоз - это:
Утолщение рогового слоя
Межклеточный отёк
Утолщение зернистого слоя
Скопление клеточных элементов, участвующих в воспалительных реакциях

203. Какие местные препараты обладают редуцирующим действием:

Салициловая мазь
Нафталановая паста
Бензилбензоат
Аэрозоль Спрегаль

204. Болтушки представляют собой:
Смесь жировых и жироподобных веществ
Мелкодисперсное порошкообразное вещество в смеси воды
Эмульсионную форму из жиров и воды
Водный раствор различных веществ

205. Как называется первичный морфологический элемент при крапивнице:

Пятно
Волдырь
Бугорок
Папула

206. Больной К., 35 лет, болен около месяца, высыпания рецидивируют, то появляясь, то исчезая бесследно, беспокоит зуд, иногда жжение. Ваш предположительный диагноз:

Чесотка
Острая крапивница
Экзема
Атопический дерматит

207. У пациентки вторая беременность 5 мес, протекает без патологии, уртикарные высыпания появились 2 месяца назад, носят стойкий характер, сопровождаясь зудом, из-за чего сон нарушен. При первой беременности было тоже самое. Ваш возможный диагноз:

Острая крапивница
Уртикарный васкулит
Токсикоз беременных
Красный плоский лишай

208. У 18-ти летней девушки после обертываний с корицей в косметическом салоне появились уртикарные высыпания в местах контакта с препаратом. Предположите диагноз:

Простой контактный дерматит
Аллергический контактный дерматит
Токсидермия
Фитофотодерматит

209. Больная проснулась сегодня утром с уплотненной отекшей верхней губой, испытывает чувство жжения и покалывания в очаге поражения. Со слов больной это уже третий случай за последние две недели, с каждым разом становясь все более выраженным. Ваш предположительный диагноз:

Осложнение после обкалывания ботоксом
Ангионевротический отек
Фиксированная эритема
Псориаз

210. Высыпания появились у больного три часа назад, беспокоят жжения и зуд, Вы выставили диагноз острая крапивница, ангиоотек. Ваша тактика первой линии терапии:

Наружные ингибиторы кальциневрина
Системные кортикостероиды
Наружный кортикостероиды
Фототерапия лучами спектра В

211. Девушка 15 лет, больна с детства, обострения чаще в межсезонье, беспокоит постоянный часто мучительный зуд, упорный к антигистаминовой терапии, на коже видны очаги лихенификации. Выберите подходящий диагноз:

Ограниченный нейродермит
Атопический дерматит
Хроническая экзема
Экссудативный диатез

212. Больная П., 25 лет, диагноз Атопический дерматит, тяжелой степени. Выберите терапевтические мероприятия первой линии:

Хлористый кальций внутривенно
Наружные кортикостероиды
Антигистамины второго поколения
Противогрибковые препараты

213. Ребенку 1,5 года. Периодически появляются сильно зудящие папуло-везикулы преимущественно на кистях и стопах. Обострения зависят от погрешностей в диете. Выберите правильные диагнозы:

Пищевая аллергия
Детская почесуха
Детский диатез
Псориаз

214. О каком заболевании говорит локализация очагов лихенификации в подколенных складках:

Экзема сгибов
Атопический дерматит
Псориаз
Эпидермофития складок

215. При каких кожных заболеваниях типично наличие белого дермографизма:

Пруриго взрослых
Атопический дерматит
Псориаз
Герпетиформный дерматит Дюринга

216. Для какого кожного заболевания характерна лихенификация в области локтевого сгиба:

Лишай золотушных
Атопический дерматит
Чешуйчатый лишай
Красный плоский лишай

217. У больного очаг поражения появился три дня назад в поднижнечелюстной области. Быстро прогрессирует. В настоящее время больного беспокоит боль при пальпации, флюктуация не определяется, подчелюстной лимфоузел увеличен, слегка болезненный. Выберите правильные терапевтические мероприятия:

Влажно высыхающие повязки
Системные антибиотики
Примочки с антибиотиками
Хирургическое вскрытие

218. Что такое пузырь:
Вторичный элемент сыпи
Первичный элемент сыпи
Третичный элемент сыпи
Полость в дерме

219. Больная М., 20 лет. Предъявляет жалобы на боли в левой половине грудной клетке с наличием линейно расположенных пузырьков в этой области. Для подтверждения диагноза опоясывающего лишая необходимо сделать:

Исследование на патогенные грибы КОН тестом
Дполонительные методы диагностики при типичной клинической картине не нужны
Мазок содержимого пузырьков на вирус опоясывающего лишая
Исследование содержимого пузырьков на акантолитические клетки

220. На лице у пациент 55 лет отмечаются телеангиоэктазии, папулы и пустулы. О каком диагнозе может идти речь:

Псориаз
Пустулезная форма розацеа
Стафилококковый сикоз
Импетиго

221. Какие инфекционные заболевания могут проявляться алопецией:

Импетиго
Микроспория
Простой герпес
Опоясывающий герпес

222. Больной В., 30 лет. Первое обращение к семейному врачу. Болен две недели, болевых ощущений нет, мочеиспускание свободное. Десять лет назад получил полноценное лечение по поводу первичного сифилиса, снят с учета при отрицательных результатах RPR. Определите рациональные действия семейного врача:

Изолировать больного в инфекционный стационар
Направить больного к венерологу
Направить больного к онкологу
Продолжить наблюдение за пациентов 1 раз в месяц

223. При профилактическом карантинном осмотре мигранта из Центральной Африки выявлена такая клиническая картина: язвенный дефект полового члена, мокнущие папулы мошонки, папуло-пустулезные высыпания на туловище и конечностях. Предположите наиболее вероятный диагноз:

Первичный сифилис
Вторичный сифилис
Венерическая гранулема
Мягкий шанкр

224. Какие симптомы, специфичны для этого псориатической онихии:

Койлонихия
Симптом масляного пятна
Онихогрифоз
Симптом поперечной исчерченности

225. У пациента отмечается ночной зуд и линейные высыпания в паховой области после полового контакта. Предположите диагноз:

Псориаз
Чесотка
Сифилис
Хламидиоз

226. Какие бывают разновидности твердого шанкра:

Вульгарный
Генитальный твердый шанкр
Папулезный
Алопеция

227. Больной П., 33 года. Болен 10 дней. После самолечения «царапины» на половом члене образовался парафимоз. Что необходимо провести в первую очередь?

Направление к хирургу для вправления головки члена
Серологическое исследование крови на сифилис
Назначение антибиотиков системно
Назначение местных дезинфектиков (марганцовые промывания)

228. При осмотре дерматологом в процессе плановой диспансеризации у 30-ти летней секретарши топ менеджера банка выявлены папулы на коже кистей и стоп. Что в действиях дерматолога будет правильным:

Необходимо динамическое наблюдение
Направить больную в лабораторию для исследования на сифилис
Посоветовать топ менеджеру сменить секретаршу
Назначить системные антибиотики

229. После проведения отпуска в Тунисе спустя три месяца у больного появились язвы на коже конечностей. После лечения антибиотиками по месту жительства эффекта не наступило. Какие из предложенных диагнозов наиболее вероятны:

Лепроматозная лепра
Кожный лейшманиоз
Глубокий микоз
Сифилис

230. Какие высыпания характерны для экземы:

Бугорки
Корочки
Узлы
Атрофия

231. Больная В., 60 лет. Больна около 5 лет. Постепенно стали появляться краснота и скопление плотно сидящих чешуек на коже щек, затем носа, а последнее время изменились губы в виде плотноватых белесоватых пятен. Ухудшение состояния больная наблюдает в летнее время года. К врачам не обращалась, самостоятельно не лечилась. Укажите предположительный диагноз:

Розацеа
Эритематоз
Себорейная экзема
Хейлит

232. Больная Р., 30 лет. Предъявляет жалобы на рассеянные по кожному покрову мелкие элементы, сопровождающиеся зудом. При расчесах на этих местах появляются новые линейные папулезные высыпания. Поверхность элементов гладкая, блестящая с фиолетовым оттенком. Предположите клинический диагноз:

Псориаз
Красный плоский лишай
Розовый лишай
Блестящий лишая

233. Больная Ф., 45 лет. Жалобы на участки покраснения под молочными железами и в паховых складках, чувство жжения и болезненности. Больная страдает сахарным диабетом и ожирением. При осмотре обнаруживается сплошная эрозивная поверхность в глубине складов, ближе к периферии очагов отдельные эрозии и пузырьки. Выберите правильный диагноз:

Пузырчатка
Кандидоз складок
Болезнь Хейли Хейли
Эпидермофития складок

234. Мужчина 23 лет. После пребывания в отпуске на солнце на коже туловища проступили белые пятна на фоне загорелой кожи. Местами пятна сливаются в сплошные очаги. Субъективные ощущения отсутствуют. Ваш диагноз:

Солнечный лишай
Отрубевидный лишай
Витилиго
Красный плоский лишай

235. Больная К., 22 года. После возвращения из отпуска и стрессовой ситуации на работе две недели назад заметила появление и исчезновение высыпания по всему телу приступообразного характера с частотой в 2-3 дня, сопровождающиеся зудом и жжением. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала успокаивающие средства без видимого эффекта. Ваш предположительный диагноз:

Нейродермит
Острая крапивница
Пруриго
Токсидермия

236. Мужчина 43 лет после мытья рук в лунке для подледного лова по возвращении домой заметил изображенные на фотографии изменения на коже кистей, сопровождающиеся онемением и покалыванием. Обратился к Вам за помощью. Ваш диагноз:

Обморожение
Холодовая крапивница
Токсидермия
Холодовая экзема

237. При механическом раздражении кожи появляются линейно расположенные уртикарные элементы. Как это называется?

Смешанный дермографизм
Дермографическая крапивница
Крапивница от давления
Тактильная крапивница

238. Ребенку 1,5 года. Периодически появляются зудящие эритематозно-сквамозные очаги преимущественно на лице, иногда на коже голеней и плеч. При соблюдении гипоаллергенной диеты наступает частичное улучшение. Мать страдает бронхиальной астмой. Выберите наиболее вероятный диагноз:

Детская экзема
Атопический дерматит
Пищевая аллергия
Экссудативный диатез

239. Больная В., 30 лет. Страдает кожным заболеванием около 3-х лет. На коже туловища, в подмышечных и паховых складках многочисленные мелкие изолированные папулы с плоской блестящей поверхностью розовато-фиолетового цвета. В складках испытывает зуд. Сопутствующее заболевание сахарный диабет. Предположите диагноз:

Блестящий лишай
Красный плоский лишай
Простой лишай
Розовый лишай

240. На слизистой полости рта отмечаются кружевные сетчатые элементы белого цвета. О каком заболевании можно думать?

Псориаз
Красный плоский лишай
Сифилис третичный
Сифилис первичный

241. Больной Ю., 35 лет, страдает поражением ногтей три года, первый раз обратился к врачу, до этого не лечился. Какие кожные заболевания должны участвовать в дифференциально-диагностических мероприятиях:

Сифилис
Псориаз
Туберкулез
Лепра

242. Девушка, 15 лет, завела кота. Спустя пару недель заметила высыпания на коже предплечий. Педиатр заподозрил микроспорию. Какие диагностические приемы помогут установить диагноз:

Проведение псориатической триады
Исследование в лучах лампы Вуда
Исследование в лучах эксимерного лазера
Осмотр дерматоскопом

243. Больной К., 25 лет. Три недели назад в области поясницы возникло болезненное образование с гнойным отделяемым. Что это может быть:

Бугорковый сифилид
Карбункул
Туберкулезный бугорок
Лейшманиозный бугорок

244. На коже больного имеется сыпь в виде папул розового цвета размером от милиарных до сливающихся в бляшки. Поверхность элементов покрыта небольшим количеством легко спадающих серебристых чешуек. Субъективно без ощущений. Больной страдает гипертонией и сахарным диабетом. Выберите подходящий диагноз:

Каплевидный псориаз
Вульгарный псориаз
Пустулезный псориаз
Экссудативный псориаз

245. У больного псориазом некоторые псориатические высыпания на коже кистей и предплечий носят явно выраженный линейный характер. Со слов больного в этих местах его царапала домашняя кошка. Выберите походящее название этому явлению:

Болезнь кошачьих царапин
Феномен Кебнера
Линейный псориаз

Симптом Никольского

246. При диаскопии бугорков туберкулезной волчанки наблюдается желтовато-коричневатая окраска исследуемых элементов. Как называется это явление:

Феномен Кебнера
Феномен яблочного желе
Феномен груши
Феномен стеаринового пятна

247. Высыпания локализуются только на лице, долгое время были представлены только телеангиоэктазиями, на данный момент отмечается стойкая эритема, на которой расположены многочисленные папулы и пустулы. О каком диагнозе может идти речь?

Себорейный дерматит
Розацеа
Красная волчанка
Вульгарные угри

248. Какая разновидность твердого шанкра представлена крупным дефектом с приподнятыми краями:

Эрозивный
Язвенный
Карликовый
Отпечаток

249. Девушка 16 лет страдает высыпаниями на лице, которые представлены на рисунке, на протяжение 1,5 лет, лечение косметическими средствами без удовлетворительного эффекта. Каков Ваш диагноз:

Розацеа
Акне
Себорея
Псориаз
250. Девушка 18 лет больна неделю. Вначале появилось первое большое пятно, затем остальные, преимущественно на туловище. Субъективных ощущений нет. Поставьте диагноз:

Плоский лишай
Розовый лишай
Красный лишай
Вторичный сифилис

251. Чем клинически представляется папилломавирусная инфекция?

Широкие кондиломы
Остроконечные кондиломы
Лентикулярные папулы
Чесоточные ходы

252. Phlebotomus papatasi – какую болезнь его укус сейчас возможно передает человеку:

Мигрирующий миаз
Лейшманиоз
ВИЧ инфекцию
Ветряную оспу

253. С какого первичного элемента начинает развиваться клиническая картина этого лейшманиоза:

Узел
Бугорок
Пузырек
Папула

254. Псориатическое поражение всего кожного покрова. Как называется такая разновидность псориаза:

Распространенный псориаз
Псориатическая эритродермия
Инверсный псориаз
Экссудативный псориаз

255. Сколько слоев выделяют в эпидермисе тыльной поверхности кисти?

5
4
10
3

256. Какие из перечисленных элементов сыпи могут разрешаться с образованием рубца?

Папула
Бугорок
Эрозия
Волдырь

257. Какому морфологическому элементу сыпи соответствует следующее определение: уплотнение кожи, возникающее чаще в результате слияния узелков и длительного расчесывания; проявляется чрезмерным усилением кожного рисунка?

Атрофия
Лихенификация
Корка
Рубец

258. Какому патоморфологическому процессу соответствует следующее определение: «наличие в клетках рогового слоя ядер, отсутствующих в норме»?

Гиперкератоз
Паракератоз
Акантоз

Спонгиоз

259. При каком заболевании основным патоморфологическим процессов является акантолиз?

Острая экзема
Вульгарная пузырчатка
Простой герпес
Опоясывающий лишай

260. Какие клетки НЕ встречаются в эпидермисе:

Клетки Лангерганса
Фибробласты
Кератиноциты
Меланоциты

261. Какие слои различают в дерме:

Блестящий
Сосочковый
Базальный
Зернистый

262. Какой вид дермографизма наблюдается в здоровой коже:

Белый
Красный
Смешанный
Отечный

263.Что воспринимают тельца Фатера – Пачини и Гольджи – Маццони:

Боль
Глубокое давление
Тепло
Холод

264. Какие участки кожи НЕ относятся к себорейным:

Кожа волосистой части головы
Кожа стоп
Кожа заушной области
Кожа груди

265. Какие клинические проявления соответствуют картине истинного полиморфизма:

Бугорок, язва, корка, рубец
Пятно, волдырь, пузырь
Узел, язва, рубец
Пузырек, эрозия, корка

266. Для каких заболеваний характерен гранулез:

Фурункулез
Красный плоский лишай
Истинная экзема
Ихтиоз

267. Какие вещества могут входить в мазевую основу:

Вода
Ланолин
Спирт
Древесный уголь

268. Какое вещество в большом количестве содержится в кератиноцитах:

Гиалуроновая кислота
Кератин
Меланин
Элеидин

269. Какие функции НЕ реализует кожа:

Защитная
Пищеварительная
Дыхательная
Терморегуляторная

270. Какие морфологические элементы относятся к инфильтративным:

Эрозия
Узел
Везикула
Пузырь

271. Какие морфологические элементы относятся к полостным:

Папула
Пузырек
Узелок
Волдырь

272. Какие вторичные морфологические элементы, возникающие не вследствие инволюции первичных морфологических элементов, а самостоятельно:

Эрозия
Вегетация
Корка
Пигментация

273. Для каких элементов сыпи характерно ослабление или исчезновение окраски при витропрессии:

Экхимозы
Воспалительные пятна
Петехии
Гиперпигментные пятна

274. Какие лекарственные формы применяют при острых воспалительных процессах с явлениями мокнутия?

Мази, пасты
Примочки, влажные повязки
Пудры, болтушки
Лаки, пластыри

275. Результатом каких процессов становится образование волдыря:

Инфильтрация дермы
Расширение сосудов
Акантоз
Гиперкератоз

276. Какие первичные морфологические элементы относятся к полостным:

Узел
Пузырь
Бугорок
Волдырь

277. Из каких компонентов состоит дерма:

Из кератиноцитов
Из сосудов и нервов
Из адипоцитов
Из меланоцитов

278. За какой период времени происходит полное обновление клеток эпидермиса:

Более 30 дней
26-28 дней
20-25 дней
10-16 дней

279. Какие клетки НЕ осуществляют иммунологическую функцию кожи:

Т-лимфоциты
Меланоциты
Клетки Лангерганса
Тучные клетки

280. Какие клетки относятся к основным в дерме:

Кератиноциты

Фибробласты и фиброциты
Меланоциты
Клетки Лангерганса

281. Какое определение соответствует понятию «дискератоз»:

Снижение митотической активности клеток эпидермиса
Преждевременное и неполноценное ороговение кератиноцитов
Истончение шиповидного слоя
Утолщение всех слоев кожи

282. Какой элемент относится к первичным бесполостным:

Пузырь
Волдырь
Корка
Пустула

283. Какое осложнение может возникать в результате длительного наружного применения глюкокортикостероидных средств:

Гиперпигментация кожи
Атрофия кожи
Гиперкератоз
Шелушение

284. Какие стадии различают в цикле роста волоса:

Анаген, телоген
Анаген, катаген, телоген
Анаген
Телоген, катаген

285. При описании локального статуса кожного заболевания учитывают следующие параметры высыпаний:

Сезонность появления
Размер
Возраст появления
Семейная предрасположенность

286. Какие возбудители кожных и венерических заболеваний НЕВОЗМОЖНО обнаружить с помощью микроскопического исследования:

Патогенные грибы
Вирусы
Клещ демодекс
Чесоточный клещ

287. Какие разновидности гнойничков Вы знаете:

Папулы

Фликтена
Эрозированная
Вегетирующая

288. Обменная функция кожи НЕ включает:

Дыхательную
Терморегулирующую
Секреторную
Резорбционную

289. К иммунокомпетентным клеткам кожи относятся:

Эпителиоциты
Клетки Лангерганса
Адипоциты (жировые клетки)
Себоциты

290. Эфемерным морфологическим элементом является:

Пузырь
Волдырь
Узел
Пятно

291. Назовите первичные морфологические элементы при пузырчатке:

Гнойничок
Пузырек
Бугорок
Папула

292. Белый дермографизм встречается при:

Экземе
Атопическом дерматите
Псориазе
Красном плоском лишае

293. Пузыри являются первичным морфологическим элементом при:

Псориазе
Пузырчатке
Красном плоском лишае
Склеродермии

294. При каких заболеваниях кожи в клинической картине можно увидеть корки:

Псориаз
Атопический дерматит
Склеродермия
Красный плоский лишай

295. Какие нежелательные явления может вызвать системная кортикостероидная терапия:

Понижение уровня глюкозы в крови
Стероидный диабет
Гипопигментация кожи
Понижение артериального давления

296. В дерматологической практике применяют следующие методы фототерапии:

Криотерапия
Узкополосная УФБ-терапия 308 нм с использованием эксимерного лазера
Озонотерапия
Плазмотерапия

297. В лечении каких заболеваний применяют фотохимиотерпию:

Актинический кератоз
Псориаз
Розацеа
Красная волчанка

298. Искусственные пятна образуются в результате:

Повялении воспалительных элементов на коже
Отложения в коже красящих веществ (частиц пыли, угля)
Отложения в коже пигмента
Нарушения проницаемости сосудистых стенок

299. В результате эволюции пузыря может образоваться:

Язва
Эрозия
Склероз
Рубец

300. О каком заболевании можно подумать при локализации бляшек и чешуек на коже волосистой части головы:

Себорейный дерматит
Псориаз
Красная волчанка
Трихофития

301. Какие морфологические элементы составляют клиническую картину псориаза:

Папулы и пустулы
Папулы и бляшки
Папулы и волдыри
Папулы и бугорки

302. Какие морфологические элементы представлены в клинической картине атопического дерматита:

Язвы
Лихенификация
Узлы
Склероз

303. Лихенификация образуется в результате:

Разрастания соединительной ткани
Длительного расчесывания
Высыхания отделяемого мокнущей поверхности
Нарушения целостности кожи

304. Рубцы НЕ бывают:
Нормотрофические
Вульгарные
Келоидные
Атрофические

305. Перечислите средства для лечения вульгарного сикоза

Антимикотики
Антибиотики
Противовирусные
Системные глюкокортикостероиды

306. Какие клинические проявления шанкриформной пиодермии помогают отличить ее от твердого шанкра:

Язвенный дефект цвета сырого мяса
Инфильтрат в основании язвы, выходящий за ее пределы
Локализация на половых органах
Скудное серозное отделяемое на поверхности язвы

307. Развитию гидраденита способствуют:

Пожилой и детский возраст
Повышенная потливость
Грибковая инфекция
Семейная предрасположенность

308. Показания для назначения системных антибиотиков при одиночном фурункуле:

Единичный элемент
Нарушение общего состояния (лихорадка, недомогание)
Локализация на гениталиях
Наличие сахарного диабета

309. С какими заболеваниями дифференцируют эпидемическую пузырчатку новорожденных:

Истинной пузырчаткой
Врожденным эпидермолизом
Буллезным импетиго
Аллергическим дерматитом

310. Контагиозными пиодермиями являются:

Карбункул
Вульгарное импетиго
Фурункул
Гидраденит

311. Целлюлит – это:

Глубокая стафилодермия
Глубокая стрептодермия с поражением кожи и подкожно-жировой клетчатки
Поверхностная стрептодермия
Поверхностная стафилодермия

312. Наиболее эффективным методом лечения постскабиозной лимфоплазии является:

20% эмульсия бензилбензоата
Внутриочаговое введение пролонгированных глюкокортикостероидов
Спрей Спрегаль
Торические препараты, содержащие серу

313. Новежская чесотка – это

Чесотка чистоплотных
Корковая чесотка
Постскабиозная лимфоплазия
Зерновая чесотка

314. Какие лекарственные препараты чаще всего вызывают лекарственную токсикодермию:

Антигистаминные препараты
Антибиотики
Системные кортикостероидные препараты
Топические кортикостероидные препараты

315. Какие заболевания могут осложняться пиодермией?

Псориаз
Атопический дерматит
Склеродермия
Красный плоский лишай

316. Наиболее часто пиодермии вызывают:

Микобактерии
Стафилококки
Пневмококки

Лейшмании

317. Причинами развития пиодермии НЕ могут быть:

Повреждение эпидермиса
Нормальное состояние кожных покровов
Изменение pH водно-липидной мантии
Перегревание

318. Укажите, какие хронические заболевания НЕ могут приводить к развитию пиодермии:

Эндокринопатии
Заболевания мочеполовой системы
Заболевания крови
Нарушения витаминного баланса

319. К поверхностным стафилодермиям относятся:

Вульгарная эктима
Сикоз вульгарный
Паронихия
Вульгарное импетиго

320. К поверхностным стрептодермиям относятся:

Фурункул
Заеда стрептококковая
Эпидемическая пузырчатка новорожденных
Курбункул

321. Укажите глубокие формы стафилодермии:

Рожа
Фурункул
Целлюлит
Импетиго

322. Какие осложнения развиваются при локализации фурункулов на голове и шее:

Сахарный диабет
Менингит
Нефрит
Панкреатит

323. Укажите глубокие формы стрептодермий:

Шанкриформная пиодермия
Целлюлит
Фолликулит рубцующийся
Рожа

324. Какие терапевтические назначения целесообразны для больных фурункулезом:

Противогрибковые препараты
Витамины группы В
Глюкокортикостероиды
Цитостатики
325. Стрептококковые фликтены приурочены к:

Потовым железам
Складкам кожи
Волосяным фолликулам
Сальным железам

326. Назначение антибиотиков нецелесообразно при:

Глубоких пиодермия
Остиофолликулитах
Рецидивирующих пиодермиях
Абсцессах

327. Разновидностями стрептококковых пиодермий являются:

Курбункул
Поверхностный панариций
Фолликулит
Гидраденит

328. Эндогенные факторы, благоприятствующие развитию пиодермий:

Влажный климат
Иммунодефицит
Ношение тесной одежды
Низкий уровень гигиены

329. Стрептостафилодермии чаще встречаются у больных:

Рассеянным склерозом
Сахарным диабетом
Сифилисом
Псориазом

330. Глубокая форма стрептодермии - это:

Буллезное импетиго
Эктима вульгарная
Заеда
Околоногтевая фликтена

331. Для местного лечения пиодермий используют:

Кератолитическаие средства
Анилиновые красители
Болтушки
Кортикостероидные мази

332. В развитии пиодермий НЕ имеют значение:

Длительное перегревание
Употребление большого количества белковой пищи
Длительное переохлаждение
Микротравмы

333. Эпидемическая пузырчатка новорожденных - это:

Поверхностная стрептодермия
Поверхностная стафилодермия
Глубокая стрептодермия
Стрептостафилодермия

334. Стрептококковое импетиго чаще локализуется на:

Гениталиях
Кистях
Нижних конечностях
Волосистой части головы

335. Целлюлит это:

Поверхностная стрептостафилодермия
Глубокая стрептодермия
Глубокая стафилодермия
Поверхностная стафилодермия

336. Возбудителями целлюлита чаще являются:

Синегнойная палочка
Стрептококк группы А
Гонококк
Стафилококк aureus

337. Клиническая картина целлюлита характеризуется:

Лихорадкой
Болезненностью при пальпации в очагах поражения
Общим недомоганием
Зудом

338. Для рожистого воспаления НЕ характерно:

Лихорадка
Расположение высыпаний по ходу нервов
Болезненность
Эритема с неровными очертаниями («языки пламени»)

339. Возбудителем хронической язвенно-некротической пиодермии является:

Синегнойная палочка

Стафилококк
Пневмококк
Пневмококк

340. Дифференциальный диагноз при вульгарном импетиго проводят с:

Атопическим дерматитом
Простым герпесом
Псориазом
Розацеа

341. Какие исследования необходимо провести при резистентном фурункулезе?

Псориатическая триада
Исследование на антитела к ВИЧ
Исследование на патогенные грибы
Гистологическое исследование

342. Дифференциальный диагноз вульгарной эктимы проводят с:

Псориаз
Вторичными сифилидами
Пруриго
Экземой

343. К аричинас развития шанкриформной пиодермии НЕ относят:

Алкоголизм
Психические заболевания
ВИЧ-инфекция
Авитаминоз

344. Системные антибиотики при пиодермии НЕ назначаются при:

Рецидивирующем характере заболевания
Единичном элементе при локализации на конечностях
Хроническом течении заболевания
Наличии общих явлений

345. При каких формах пиодермий целесообразно назначение глюкокортикостероидов и цитостатиков:

Фурункул
Язвенно-вегетирующая пиодермия
Карбункул
Вульгарная эктима

346. Назовите физиотерапевтические методы, используемые в комплексной терапии пиодермий:

Парафиновые аппликации
УФО

Магнитотерапия
Криотерапия

347. Перечислите средства для лечения гидраденита:

Системные глюкокортикостероиды
Антибиотики
Цитостатики
Противогрибковые средства

348. Гидраденит сопровождается:

Отсутствием болезненности
Повышением температуры тела
Высыпаниями по ходу нервов
Поражением слизистых

349. Дифференциальный диагноз гидраденита проводят с:

Вульгарным сикозом
Фурункулом
Псориазом
Эритразмой

350. Какие пиодермии следует дифференцировать с сифилисом:

Гидраденит
Шанкриформная пиодермия
Фурункл
Рожа

351. Женщина 48 лет обратилась к врачу с жалобами на сильный озноб, повышение температуры тела до 39 градусов, болезненность в области левой голени. Из анамнеза выяснилось, что накануне посещала баню. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет, грибковое поражение кожи стоп. При осмотре: левая голень резко отечна, гиперемирована по типу «языков пламени», выражена болезненность. Отмечается увеличение паховых лимфоузлов. Диагноз:

Тромбофлебит
Рожистое воспаление
Целлюлит
Экзема

352. Мужчина 25 лет обратился к врачу с жалобами на появление болезненного очага поражения в области подбородка, повышение температуры тела до 37,8°. Из анамнеза: 4 дня назад во время бритья поранил кожу подбородка. Не обратил на это внимание. Постепенно стал отмечать появление уплотнения, гиперемии, отечности, болезненности в месте травмы. При осмотре: в области подбородка имеется инфильтрат размером до 2,5 см в диаметре, красно-синюшного цвета, с конусовидным выпячиванием в центре, с пустулой на поверхности. Субъективно: сильная болезненность, общее недомогание, головная боль. В анализе крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ. Диагноз:

Вульгарный сикоз
Фурункул
Карбункул
Абсцесс

353. На прием к врачу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на появление высыпаний у ребенка на коже лица, кистей. Высыпания появились 3 дня назад. Из анамнеза: ребенок посещает детский сад. В группе у детей имеются подобные высыпания. При осмотре: на коже лица и кистей имеются красные пятна размером до 0,5 см в диаметре, с плоскими тонкостенными пузырями на поверхности некоторых пятен с мутноватым содержимым и венчиком гиперемии по периферии. На местах вскрывшихся пузырей ярко-розовые эрозии, некоторые из которых покрыты светло-желтыми тонкими корочками. Диагноз:

Сухая стрептодермия
Импетиго стрептококковое
Везикулопустулез
Стрептодермия острая диффузная

354. Женщина 30 лет обратилась к врачу с жалобами на появление болезненности в правой подмышечной области, которая появилась 7 дней назад после бритья подмышечной впадины, повышение температуры тела до 38, общее недомогание, слабость, ограничение движения. При осмотре: в правой подмышечной области имеются узлы багрово-синюшного цвета, конической формы, плотной консистенции, спаянные с окружающими тканями. Субъективно: выражена болезненность и ограничение движения. В ан.крови лейкоцитоз, повышение СОЭ. Диагноз:

Абсцесс
Гидраденит
Эктима вульгарная
Карбункул

355. Укажите первичные морфологические элементы, НЕхарактерные для экземы?

Эритема

Бугорок
Везикула
Атрофия

356. Для клинической картины экземы характерно:

Мономофность сыпи
Эволюционный полиморфизи сыпи
Наличие только первичных элементов
Наличие только вторичных элементов

357. Назовите физиопроцедуры, назначаемые больным экземой
Общие ванны
Иглорефлексотерапия
Плазмотерапия

Лазеротерпия

358. Для профессиональной экземы характерно:
Наличие высыпаний по ходу нервов
Ремиссия во время отпуска
Связь с психотравмами
Поливалентная сенсибилизация

359. Назовите клинические формы экземы

Экссудативная
Истинная
Диспластическая
Псориатическая

360. Назовите клинические признаки, не характерные для истинной экземы:

Упорное течение с частыми рецидивами
Четкие границы очагов
Обострение после стрессовых ситуаций
Сильный зуд

361. Какие признаки НЕ характерны для дисгидротической экземы?

Частое присоединение бактериальной инфекции
Высыпания по ходу нервов
Симметричность
Упорное течение

362. В стадии шелушения и корок в наружной терапии экземы используют:

Присыпки
Мази и кремы
Пасты
Растворы для примочек

363. В патогенезе экземы роль НЕ играют:

Иммунный дисбаланс
Бактериальные антигены
Психоэмоциональные факторы
Генетическая предрасположенность

364. Патогномоничными для экземы высыпными элементами являются:

Пустулы
Микровезикулы
Чешуйки
Волдыри

365. Для микробной экземы НЕ характерно:

Симметричность
Географические очертания
Четкие границы
Локализация вокруг ран, трофических и язв

366. Разновидностями истинной экземы являются:

Нуммулярная
Пруригинозная
Варикозная
Псориазиформная

367. Назовите стадию экзематозного процесса, отсутствующую при себорейной экземе:

Эритематозная
Везикулёзно-мокнущая
Папулёзная
Сквамозная

368. Назовите клинические разновидности микробной экземы:

Истинная
Микотическая
Тилотическая
Дисгидротическая

369. На приеме у дерматолога пациентка 65 лет, у которой после использования косметического крема на коже лица появились эритема и отечность, сопровождающая легким зудом и жжением. Данная клиническая картина характерна для:

Микробной экземы
Аллергического дерматита
Простого дерматита
Токсидермиия

370. К вам обратилась больная 24 лет, по профессии - медицинская сестра, с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей и предплечий. По ее наблюдениям, высыпания появляются всякий раз после того, как ей приходится готовить раствор фурациллина. После прекращения контакта с этим препаратом сыпь и зуд быстро исчезают. При осмотре на коже кистей и предплечий– разлитая гиперемия и отечность. Субъективно: зуд, и жжение. О каком заболевании можно думать?

Атопический дерматит
Аллергический дерматит
Истинная экзема
Простой дерматит

371. По поводу ангины больному был назначен доксициклин, который он неоднократно принимал ранее. На второй день лечения явления ангины стали разрешаться, общее состояние нормализовалось, температура снизилась, однако на коже появилась обильная сыпь в виде розовых пятен, сопровождающаяся жжением. Появление сыпи можно рассматривать как проявление:

Аллергического контактного дерматита
Медикаментозной токсикодермии
Истинной острой экземы
Острой крапивницы.

372 . Укажите лечебные мероприятия, применяемые при медикаментозной токсидермии от перорального приема антибиотика:

Динамическое наблюдение
Прекращение приема медикамента
Противогрибковые средства
Противовирусные средства

373. При развитии аллергического контактного дерматита необходимо:

Назначить противогрибковые средства
Прекратить использование прежних моющих и косметических средств
Назначить курс криотерапии
Назанчить антибиотикик

374. Причинами развития контактного аллергического дерматита могут быть:

Высокие температуры
Металлы
Низкие температуры
Ультрафиолет

375. Простой дерматит может развиться вследствие:
Косметических процедур
УФ-лучей
Контакта со стиральным порошком
Использования декоративной косметики

376. Назовите факторы, которые чаще всего вызывают аллергический контактный дерматит:

УФ-лучи
Косметические средства
Пищевые продукты
Высокие температуры

377. Клинические проявления токсикодермий характеризуются разнообразными высыпаниями, за исключением:

Папул
Бугорков
Узлов
Волдырей

378. Назовите лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие токсико-аллергические реакции:
ГКС

НПВС
Цитостатики
Биологическая терапия

379. Фиксированная эритема − это медикаментозная токсидермия, обусловленная приемом:

Антибиотиков
Сульфаниламидов
Витаминов группы В
Оральных контрацептивов

380. Для постановки диагноза какой формы экземы обязательно проводится кожно-аллергическое тестирование:

Микробной
Профессиональной
Истинной
Дисгидротической

381. У больного 36 лет после сильного нервного переживания на тыле кистей появились участки покраснения и отечности с последующим образованием на этом фоне мелких воспалительных узелков, пузырьков, эрозий с обильным выделением серозной жидкости. Процесс сопровождается сильным зудом. О каком заболевании можно думать?

Аллергическом дерматите
Истинной экземе
Простом дерматите
Микробной экземе

382. К облигатными раздражителям, вызывающим дерматиты относятся:

Металлы
Механические
Инфекционные
Косметические средства

383. Назовите нехарактерные для аллергического контактного дерматита признаки:

Воспаление кожи выходит за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя
Четкие границы, очагов поражения
Возникает при повторном контакте с раздражителем
Наличие временного интервала между первым контактом с аллергеном и развитием кожных проявлений.

384. Простой контактный дерматит характеризуется следующими признаками:

Четким границам
Образованием волдырей
Локализацией в местах контакта с раздражителем
Выраженностью воспаления в зависимости от силы раздражителя

385. Для истинной экземы патогноманичными симптомами являются:

Четкие границы очагов поражения
Мокнущие эрозии – «серозные колодцы»
Мономорфность сыпи
Образование рубцов

386. Назовите симптомы, не характерные для клинической картины микробной экземы:

Четкие границы
Географические очертания
Локализация вокруг трофических и пиококковых язв
Импетигинозные корки

387. Для себорейной экземы НЕхарактерными признаками являются:

Локализация в зонах с усиленным салоотделением
Мокнутие
Шелушение жирными чешуйками
Розовато-желтый оттенок высыпаний

388. Для профессиональной экземы НЕ характерно:

Поражение кистей
Рецидивы во время отпуска
Симметричность
Быстрый регресс при назначении терапии

389. Симптомами не, характерными для дисгидротической экземы являются:

локализация высыпаний на ладонях и подошвах
ассиметричность
везикулы с плотными покрышками
Образовавание пузырьков и эрозий

390. При хронической экземе вне обострения назначают:

примочки
кремы и мази
пасты
аэрозоли

391. При простом остром дерматите выделяют следующие стадии:

Прогрессирующая
эритематозная
мокнущая
инфильтративная

392. Какие лекарственные препараты НЕ назначают при острой экземе?

антигистаминные
противогрибковые

диуретики
витамин С

393. При обострении экземы в стадии мокнутия назначают:

парафиновые аппликации
наружные ГКС
окклюзионные повязки с редуцирующими мазям
пластыри
394. Какие наружные средств НЕцелесообразно назначать при микробной экземе:

комбинированные ГКС-средства
противогрибковые
анилиновые красители
кремы и мази с антибиотиками

395. Развитию онихомикоза способствует:

Полноценное питание
Ношение тесной обуви
Высокий уровень гигиены
Психические расстройства

396. Отличие поражения ногтевых пластинок при руброфитии:
Поражается ноготь I пальца стоп
Поражаются все ногти стоп
Поражаются ногти I и V пальцев стоп
Поражаются ногти IV и V пальцев стоп

397. При гипертрофическом типе онихомикоза наблюдается:
Истончение ногетвой пластинки
утолщение ногтевой пластинки
разрушение и истончение ногтя
отслойка ногтевой пластинки от ложа

398. При атрофическом типе онихомикоза наблюдается:
утолщение ногтевой пластинки
разрушение и истончение ногтя
ногти становятся тусклыми, желтовато-серого цвета
нормальная форма и толщина ногтя

399. При нормотрофическом типе онихомикоза наблюдается:
утолщение ногтевой пластинки
нормальная форма и толщина ногтя
ногти становятся тусклыми, желтовато-серого цвета
разрушение и истончение ногтя

400. Отличие поражения ногтевых пластинок при эпидермофитии:
Поражаются все ногти стоп
Поражаются ногти I и V пальцев стоп
Поражаются ногти IV и V пальцев стоп
Поражаются ногти I и III пальцев стоп

401. Возбудителем руброфитии гладкой кожи является :
Trichophyton violaceum
Trichophyton rubrum
Trichophyton tonsurans
Microsporum ferrugineum

402. Возбудителем трихофитии гладкой кожи является:
Trichophyton rubrum
Trichophyton violaceum
Microsporum ferrugineum
Microsporum canis

403. Возбудителем микроспории гладкой кожи является:
Trichophyton rubrum
Microsporum canis
Trichophyton violaceum
Trichophyton tonsurans

404. Инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи вызвана:

Trichophyton rubrum
Trichophyton verrucosum
Trichophyton violaceum
Trichophyton tonsurans

405. Укажите, какими путями осуществляется заражение микроспорией:
Воздушно-капельным
От человека
Через одежду и постель
От насекомых

406. К группе трихомикозов относятся:

Отрубевидный лишай
Микроспория
Эритразма
Кандидоз

407. Назовите условно-патогенные возбудители микозов:

Трихофитоны
Питироспорумы
Эпидермофитоны
Микроспорумы

408. Перечислите клинические формы руброфитии стоп:

Псориазиформная
Сквамозно-гиперкератотическая
Атрофическая
Эритродермическая

409.Перечислите возбудители патогенной группы (микопатогены), наиболее часто встречающиеся в практике врача миколога:

Дрожжеподобные
Микроспорумы
Актиномицеты
Коринебактерии

410. Назовите признаки (анатомо-физиологические особенности), НЕхарактерные для дерматофитов:

Выраженная аэробность
Коморбидность с пиококками
Наличие хитина в клеточной оболочке
Способность усваивать кератин

411. Укажите *экзо*генные факторы риска, способствующие внедрению и развитию патогенных грибов:

Длительное пребывание на солнце
Климатические условия (жаркий, влажный климат)
Воздействие нефтепродуктов на кожные покровы
Влияние пыльцы растений

412. Укажите эндогенные факторы риска развития микозов:

Глистная инвазия
Иммунодефицитные состояния
Психопатии
Семейная предрасположенность

413. Какие из перечисленных препаратов НЕ могут оказывать иммуносупрессивное действие на организм и способствовать развитию микозов:

Антибиотики
Антигистамины
Цитостатики
Кортикостероиды

414. При поверхностных микозах поражаются:

Нервная ткань
Кожа
Мышечная ткань
Подкожно-жировая клетчатка

415. Назовите места редко поражающиеся при микозах:

Кожа и ногти кистей / стоп
Лицо
Паховая область и половые органы

Туловище

416. В клиническую классификацию микозов (1976 г.) НЕ входят:

Малассезиозы
ВИЧ-ассоциированные микозы
Дерматофитии
Кандидозы

417. Дерматофитии это:

Хромомикоз
Эпидермофития
Эритразма
Актиномикоз

418. Перечислите заболевания, входящие в группу трихомикозов:

Споротрихоз
Трихофития
Актиномикоз
Эритразма

419. Какой из перечисленных возбудителей вызывает разноцветный лишай:

Epidermophyton flocossum
Malassesia furfur
Candida albicans
Trichophyton rubrum

420. Используйте методы диагностики разноцветного лишая:

Биопсия очага поражения
Проба Бальцера
Мазки-отпечатки на акантолитические клетки
Псориатическая триада

421. Назовите клинические признаки, не характерные для разноцветного лишая:

Пятна цвета «кофе с молоком»
Явления атрофии в очагах поражения
Отрубевидное шелушение
Явления псевдолейкодермы

422. Из перечисленных назовите признаки, НЕ характерные для дерматофитий:

Кератофильность
Локализация по ходу нервов
Контагиозность
Возрастная зависимость

423. Перечислите клинические типы микотических ониходистрофий:

Псориазиформный
Гипертрофический
Подногтевой
Линейный

424. Для клинической картины эпидермофитии стоп характерно:

Поражение многих ногтевых пластин стоп
Начало процесса в складке между 3-м и 4-м пальцами стопы
Вовлечение в процесс одновременно обеих стоп
Начало микотического процесса с кистей

425. При лечении микозов показано применение:

Антибиотиков
Итраконазола
Кортикостероидов
Иглорефлексотерапии

426. Назначение системных антимикотиков показано при:
Вторичных пиодермиях
Локализации микозов на волосистой части головы
Ладонно-подошвенных формах псориаза
Актиномикозе

427. Тербинафин (ламизил) относится к препаратам:
Антибактериальным
Фунгистатикам
Системным кортикостероидам
Пробиотикам

428. Перечислите факторы, НЕспособствующие развитию кандидоза кожи и слизистых оболочек:

Сахарный диабет
Склеродермия
Длительный приём антибиотиков
Ожирение

429. Укажите клинические формы поверхностного кандидоза:

Кандидоз волосистой части головы
Кандидоз складок кожи
Кандидоз ладоней и подошв
Кандидоз лица

430. При кандидозных поражениях НЕ вовлекаются:
Углы рта
Волосистая часть головы
Слизистая языка
Головка пениса

431. В лечении кандидоза применяют:
Антиандрогены (оральные контрацептивы)
Флуконазол
Препараты группы имидазола (трихопол)
Кортикостероидные гормоны

432. С целью предотвращения заражения микозами назовите меры личной профилактики:

Использование чужих средств личной гигиены
Использование только своей одежды и обуви
Проведение онкопоиска
Игнорирование симптомов

433. Назовите клинические признаки, характерные для микроспории волосистой части:

Интенсивный зуд
Десквамация (шелушение)
Мокнутие
Образование узлов

434. Дифференциальный диагноз микроспории проводят с заболеваниями:
Атопический дерматит
Трихофитией
Пиодермией
Отрубевидным лишаем
435. К псевдомикозам относятся:
Споротрихоз
Эритразма
Фавус
Кандидоз

436. Дифференциальный диагноз отрубевидного (разноцветного) лишая НЕ проводят со следующми заболеваниями:

Розовым лишаем Жибера
Розацеа
Вторичным сифилисом
Витилиго

437. Назовите микоз, который встречается наиболее часто при поражении стоп:
Эпидермофития
Руброфития
Микроспория
Актиномикоз

438. Эритразма наиболее часто локализуется:
В межпальцевых складках
В паховых складках
В углах рта
В ушных раковинах

439. В лечении кандидоза (в случае неудачной наружной терапии) применяют:
Тербинафин (ламизил)
Итраконазол (орунгал)
Нуклеозиды
Римфапицин

440. У пациента на подошвах наблюдается муковидное шелушение, преимущественно по ходу кожных борозд, образуя «утрированный» рисунок изменённой кожи (см. фото I). Все ногти стоп серовато-жёлтого цвета, утолщены и частично разрушены. На других участках кожа не изменена. О каком заболевании может идти речь в данном случае?

Псориаз
Руброфития
Актиномикоз
Эпидермофития

441. Пациентка в возрасте 63 лет страдает сахарным диабетом средней тяжести. При осмотре выявляются заеды углов рта и губ (см. фото III). В глубине складок - розово-красные трещины, имеющие четкие границы. Субъективно: небольшое жжение, болезненность. Для какого заболевания характерна данная клиническая картина?

Вульгарная пузырчатка
Кандидозная заеда
Импетиго
Красный плоский лишай

442. У 6-летнего ребенка, посещающего подготовительную группу детского сада, выявлена микроспория волосистой части головы и гладкой кожи области лба. Назовите препарат для лечения ребенка:

Нистатин
Гризеофульвин
Ацикловир
Бетаметазон

443. 27-летний молодой человек после сомнительного полового акта в течение 10-ти дней принимал Цифран по 1 таблетке (250 мг) четыре раза в день. На фоне приёма препарата головка пениса стала красной, блестящей, появились дефекты в виде нитевидных эрозий, создающих кольцевидный рисунок. Процесс сопровождается зудом и жжением. Ваш вероятный диагноз? Какие факторы способствовали развитию процесса?

Урогенитальный хламидиоз
Кандидоз
Трихомонадный баланит
Заражение в процессе полового акта

444. Какие первичные морфологические элементы встречаются при классическом красном плоском лишае:

Пузыри
Папулы
Бугорки

Водыри

445. Какая атипичная форма не характерна для красного плоского лишая:

Веррукозная
Некротическая
Кольцевидная
Эрозивно-язвенная

446. Какая локализация не характерна для красного плоского лишая:

Передняя поверхность голеней
Боковые поверхности шеи
Пояснично-крестцовая область
Слизистая оболочка полости рта

447. Красный плоский лишай относится к:

Воспалительным мономорфным дерматозам
Микозам гладкой кожи
Вирусным дерматозам
Онкологическим заболеваниям кожи

448. Синдром Гриншпана-Потекаева - это:

Красный плоский лишай + псориаз +артрит
Красный плоский лишай +сахарный диабет + гипертоническая болезнь
Красный плоский лишай + сахарный диабет + гипотиреоз
Красный плоский лишай + сахарный диабет + гипертиреоз

449. Какая из атипичных форм красного плоского лишая характерна для синдрома Гриншпана – Потекаева:

Пемфигоидная
Эрозивно-язвенная
Атрофическая
Бородавчатая (веррукозная)

450. Какой препарат не используется в лечении красного плоского лишая:

Плаквенил (хинолины)
Кетоконазол (антимикотики)
Преднизолон (глюкокортикостероиды)
Неотигазон (ретиноиды)

451. Розовый лишай – заболевание:
Высококонтагиозное, рецидивирующее
Неконтагиозное, не рецидивирующее
Особо опасная инфекция кожи
Микотическая инфекция

452. Характерная локализация высыпаний при розовом лишае:

На лице
Туловище (по линиям Лангера)
На стопах
На слизистой оболочке полости рта

453. Какое осложнение характерно для розового лишая:

Некротизация
Экзематизация
Малигнизация
Индурация
454. С какого образования дебютирует розовый лишай Жибера:

С папулы
С «материнской бляшки»
С волдыря
С «дежурной» бляшки

455. На приём к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина, 31 года, с жалобами на высыпания в области разгибательных поверхностей предплечий и голеней, без субъективных ощущений. При осмотре выявлены инфильтрированные бляшки, покрытые сухими чешуйками. Ваш диагноз:

Розовый лишай
Псориаз
Разноцветный лишай
Экзема

456. Разновидностями пустулёзного псориаза являются:
Псориатическая эритродермия
Псориаз ладоней и подошв Барбера
Псориаз себорейный
Псориаз каплевидный

457.Какие патоморфологические изменения наиболее характерны для прогрессирующей стадии псориаза:

Акантоз
Микроабсцессы Мунро
Папилломатоз
Паракератоз

458. Какой препарат наиболее показан в лечении псориатического артрита:

Циклоспорин А
Метотрексат
Азатиоприн
Неотигазон

459. Какой метод терапии противопоказан при лечении летней формы псориаза:

Терапия ретиноидами
ПУВА-терапия
Бальнеотерапия
Терапия иммунобиологическими препаратами

460. Что из нижеперечисленного характерно для псориаза в стадии ремиссии:

Милиарные папулы
«Дежурные» бляшки
Интенсивный зуд
Экскориации

461. Какая локализация псориаза в наибольшей степени снижает индекс качества жизни больного:

Голени
Волосистая часть головы
Пояснично-крестцовая область
Живот

462. Что является определяющим при выборе средств для наружной терапии псориаза:

Стоимость препарата
Стадия и форма псориаза
Активная рекламная компания
Желание пациента

463.В местной терапии псориаза применяются все действующие вещества, кроме:
Салициловой кислоты
Кетоконазола
Нафталана
Бетаметазон

464. Псориатическая эритродермия НЕ возникает в результате:
Самолечения
Применения низких концентраций кератолитиков
Применения в прогрессирующей стадии редуцирующих средств
Избыточной инсоляции и передозировки УФ-лучей

465. При псориазе чаще встречаются следующие коморбидные состояния:

Почечная недостаточность
Сахарный диабет
Рассеянный склероз
Гипотериоз

466. Какие феномены и симптомы характерны для псориаза?
Симптом Никольского
Феномен «кровяной росы»
Симптом Ядассона
Симптом Бенье-Мещерского

467. Псориатическую эритродермию необходимо дифференцировать с:

Синдромом Лайелла
Лимфомой кожи
Атопическим дерматитом
Красным плоским лишаем

468. Патогенетически обоснованными в лечении псориаза являются следующие препараты:

Антибиотики
Иммунобиологические препараты
Антимикотики
Противовирусные

469. Для типичных высыпаний при красном плоском лишае характерно:
Шелушение жирными чешуйками
Сиреневатый оттенок
Периферический рост
Положительный симптом Никольского

470. В патогенезе псориаза роли НЕ играет:
Девиации цитокинового профиля
Поливалентной сенсибилизации
Нарушению дифференцировки кератиноцитов
Наличию триггерных факторов

471. Ладонно-подошвенный псориаз необходимо отличать от:
Простого дерматита
Папулезных сифилидов
Аллергического дерматита
Вульгарной пузырчатки

472. Среди провоцирующих факторов в развитии красного плоского лишая можно выделить:

Профессиональные вредности
Наследственные
Сахарный диабет
Псориаз в семейном анамнезе

473. К атипичным формам розового лишая НЕ относятся:

Буллезная
Псориазиформная
Везикулезная
Гемморагическая

474. Обострению розового лишая НЕ способствуют:
Ношение тесной и грубой одежды
Злоупотребление экстрактивных веществ (кофе, шоколад и др.)
Водные процедуры
Местное лечение дегтем и серой

475. Какая локализация не характерна для розового лишая?
Туловище
Волосистая часть головы
Конечности
Шея

476. При поражении слизистой оболочки полости при красном плоском лишае высыпания имеют:

Ярко-розовый цвет
Сетчатый характер
Восковидный блеск
Пупковидное вдавление

477. Для бляшек при веррукозной форме красного плоского лишая характерно:
Насыщенно красный цвет
Локализация на передней поверхности голеней
Выраженное шелушение
Образование пузырей

478. Сетка Уикхема при красном плоском лишае появляется в результате:
Гиперкератоза
Очагового гранулеза
Вакуольной дистрофии
Спонгиоза

479. Себорейный псориаз имеет следующие клинические признаки:
Локализация на груди и в межлопаточной области
Наличие «псориатической короны»
Пустулезные элементы
Локализация на ладонях и подошвах

480. Для прогрессирующей стадии псориаза характерно:
Отсутствие периферического роста
Ободок Пильнова
Синюшный оттенок высыпаний
Регресс высыпаний

481. Каплевидный псориаз развивается часто после:
Чрезмерной инсоляции
Ангины
Употребления в пищу большого количества цитрусовых
Травмирования кожных покровов

482. Феномен Кебнера – это:
Появление на крупных бляшках сероватых точек и полосок при смазывании маслом
Появление новых папул на месте травмирования кожи
Появление точечного кровотечения в месте поскабливания
Поражение ногтей в виде точечных углублений

483. С какими заболеваниями дифференцируют красный плоский лишай?
Чесоткой

Токсикодермией
Атопичсекий дерматит
Склеродермия

484. Укажите вирус, вызывающий орофациальный герпес:
ВПГ - 2
ВПГ - 1
Вирус Varicella Zoster
ВПЧ - 2, 3

485. Какие из ниже перечисленных вирусных заболеваний кожи НЕ имеют вирусную этиологию?

Остроконечные кондиломы
Псориаз
Вульгарные бородавки
Генитальный герпес

486. Резервуаром вируса простого герпеса у человека являются:

Слезные железы
Ганглий тройничного нерва
Коньюнктива
Сальные железы

487. Причинами реактивации герпетической инфекции могут служить:

Глистные инвазии
Переохлаждение
Повышение АД
Болезнь Крона

488. Укажите клинические формы первичного простого герпеса 1 типа:

Генитальный герпес
Лабиальный герпес
Опоясывающий герпес
Рецидивирующий генитальный герпес

489. Укажите вирусные заболевания, передающиеся половым путем:
Опоясывающий герпес
Остроконечные кондиломы
Подошвенные бородавки
Плоские бородавки

490. Какие морфологические элементы, характерны для простого герпеса:
Волдыри, узлы
Везикулы, эрозии, корки
Папулы, лихенификация
Чешуйки, пятна

491. Возникновению остроконечных кондилом НЕ могут способствовать:

Несоблюдение правил личной гигиены
Артериальная гипертензия
Выделения из гениталий
Иммунодефицитные состояния

492. Излюбленная локализация контагиозного моллюска у детей:
Туловище
Тыльная поверхность кистей
Волосистая часть головы
Внутренняя поверхность бедер

493. Клинические проявления НЕ характерные для опоясывающего герпеса:
Высыпания по ходу нервных волокон
Отсутствие боли
Сгруппированные пузырьки с напряженной покрышкой
Лихорадка, слабость, головная боль

494. Какие формы опоясывающего герпеса относятся к атипичным:
Элефантиазоподобная
Буллезная
Склеродермоподобная
Рецидивирующая

495. Укажите клинические формы простого герпеса:
Буллезная
Зостериформная
Псориазиформная
Токсикодермическая

496. Для герпетического гингивостоматита НЕ характерны следующие признаки:
Встречается от 1 до 3 лет
Образование язвенных дефектов
Повышение температуры
Гиперемия и отек слизистых оболочек щек, нёба, губ

497. Вирусами вызываются:
Красный плоский лишай
Герпес
Псориаз
Атопический дерматит

498. Для опоясывающего герпеса характерно:
Псориазиформные высыпания
Боли по ходу нервных стволов
Диффузные высыпания
Расположение высыпаний по линиям Лангера

499. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать простой герпес:

Третичный сифилис
Опоясывающий герпес
Контагиозный моллюск

Псориаз

500. Остроконечные кондиломы следует дифференцировать с:
Вульгарной пузырчаткой
Широкими кондиломами
Плоскими бородавками
Красным плоским лишаем

501. Для контагиозного моллюска первичным элементом является:

Узел
Узелок
Вегетация
Пятно

502. Герпетиформная экзема Капоши возникает у больных, страдающих:

Псориазом
Атопическим дерматитом
Истинной акантолитической пузырчаткой
Розовым лишаем

503. Вирус герпеса может поражать все, кроме:

Кожу
Лимфатическую систему
Слизистые оболочки
Центральную нервную систему

504. Простой герпес необходимо дифференцировать с:

Псориазом
Стрептококковым импетиго
Листовидной пузырчаткой
Красным плоским лишаем

505.Больная, 36 лет, обратилась с жалобами на регулярное, совпадающее с месячными, появление сыпи на коже ягодиц. Высыпания сопровождаются легким зудом. Они существуют около недели и самостоятельно исчезают. При осмотре - на коже ягодиц сгруппированные пузырьковые высыпания на отечном гиперемированном фоне. Сформулируйте диагноз:

Аллергический дерматит
Простой герпес
Герпетиформный дерматит Дюринга
Опоясывающий герпес

506. Какие клинические признаки характеры для типичной формы опоясывающего герпеса:

Некроз
Эритема
Пузыри
Расположение высыпаний по линиям Лангера

507. Какой вирус приводит к возникновению вульгарных бородавок:
ВПЧ 1, 4
ВПЧ 2, 3
ВПЧ 6
ВПЧ 11, 16

508. Сколько длится инкубационный период при первичном герпесе:

2 недели
1-8 дней
1 месяц
1.5 месяца

509. Различают следующие атипичные формы простого герпеса:

Псориазиформная
Геморрагическая
Буллезная
Лентикулярная

510. Больной 18 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на коже кистей. При осмотре на тыльной поверхности кистей отмечаются множественные, четко отграниченные, плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи полушаровидные невоспалительные узелки грязно-серого цвета, с желтоватым оттенком, около 5 мм в диаметре, с неровной шероховатой поверхностью. Поставьте диагноз:

Плоские бородавки
Вульгарные бородавки
Омозолелости
Веррукозная форма КПЛ

511. У больной 15 лет, страдающей атопическим дерматитом, повысилась температура тела до 39,2˚ С, резко ухудшилось общее состояние. На фоне очагов атопического дерматита на лице и в локтевых сгибах появились множественные пузырьки, часть из которых носит вариолиформный характер. Центральная зона некоторых везикул некротизируется, образуя геморрагические корки. Дерматологом по месту жительства выставлен диагноз герпетическая экзема Капоши. Какие препараты следует назначить в данном случае:

Системные антимикотики
Синтетические нуклеозиды
ПУВА – терапия
Системные глюкокортикостероиды

512. Какие диагностические методы лишние для подтверждения диагноза простого герпеса:

Цитологический метод
Микроскопия в темном поле
ПЦР диагностика
Иммуногистохимический метод

513. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз простого герпеса:

Истинная акантолитическая пузырчатка
Герпетиформный дерматит Дюринга
Псориаз
Истинная экзема

514. Какой вирус вызывает генитальный герпес:
ВПГ 1
ВПГ 2
Molluscum contagiosum virus
ВПЧ 5, 10

515. Каким путем происходит передача опоясывающего герпеса:
Алиментарным
Воздушно-капельным
Трансмиссивным
Половым

516. Мази, обладающие противовирусным действием:
Дерматоловая
Оксолиновая
Висмутовая
Салициловая

517. Какие гистологические признаки НЕ характерны для простого герпеса:

Внутриэпидермальные везикулы
Спонгиоз
Баллонирующая дегенерация клеток шиповатого слоя
Многоядерные клетки с эозинофильными включениями

518. Что необходимо назначить больному простым герпесом:
Мазь Элоком
Мазь Ацикловир
Серно-салицил-резорциновая паста
Крем Ламизил

519. Какой вирус является причиной возникновения опоясывающего герпеса:
ВПЧ 2, 3
Virus varicella zoster
ВПГ 1
ВПГ 2

520. Сколько составляет длительность профилактического лечения частых рецидивов простого герпеса:

Неделя
4-6 месяцев
2 недели
1 месяц

521. Укажите излюбленную локализацию вульгарных бородавок:

Волосистая часть головы
Пальцы рук
Коленные суставы
Лицо

522. Какие методы применяют для лечения остроконечных кондилом:
Системные глюкокортикоиды
Лазерная деструкция
Цитостатики
Противогрибковые

523. Каким путем происходит передача вируса контагиозного моллюска:
Воздушно-капельным
Контактно-бытовым
Половым
Гематогенным

524. Какой первичный элемент характерен для клинической картины контагиозного моллюсква:

Везикула
Папула
Вегетация
Лихенификация

525. Какое лечение необходимо провести ребенку, больному контагиозном моллюском:

Гормональная терапия
Изоляция от здоровых детей
УЗИ внутренних органов
Антибиотиотерапия

526. Что НЕ относится к предрасполагающим факторам возникновения опоясывающего герпеса:

Переохлаждение
Наличие микоза стоп
Болезни крови
Прием иммуносупрессивных препаратов

527. Что из нижеперечисленного НЕ относится к клиническим проявлениям опоясывающего герпеса:

Локализация высыпаний по ходу нервных волокон
Локализация по линиям Лангера
Продромальные явления
Невралгические боли

528. Что НЕ относится к осложнениям опоясывающего герпеса:
Постгерпетические невралгии
Нарушение водно-электролитного баланса

Вторичная пиодермия
Менингоэнцефалит

529. Что относится к патоморфологическим изменениям при опоясывающем герпесе:

Акантолиз
Внутриэпидермальные везикулы
Неравномерный акантоз
Гиперкератоз

530. Укажите методы диагностики НЕ применяемые для постановки диагноза опоясывающего герпеса:
Реакция прямой иммунофлюоресценции с моноклональными антителами
РИБТ
Выделение вируса в культуре клеток
Гистологическое исследование биоптата

531. Какие препараты могут применяются в профилактических целях при простом герпесе:

Тербинафин
Интерферон
Метотрексат
Азатиоприн

532. При каких состояниях НЕвозможно возникновение рецидива опоясывающего герпеса:

Приём цитостатиков
Наличие микоза стоп
Приём антибиотиков
Приём иммуносупрессоров

533. Основные клинические признаки вульгарных бородавок:
Розовато - красноватый цвет
Полушаровидная форма
Полигональные очертания
Наличие положительного симптома Никольского

534. В патогенезе вульгарных угрей значения НЕ имеет:
Гиперпродукция кожного сала
Паралитическое расширение мелких сосудов
Абсолютная или относительная гиперандрогения
Активность Propionibacterium acnes

535. Клиническими разновидностями акне являются все нижеперечисленные, кроме:

Медикаментозные акне
Себорейные акне
Юношеские акне
Поздние акне у женщин

536. Розацеа характеризуется всем перечисленным, кроме:
Пустул

Комедонов
Локализации на лице
Телеангиэктазии

537. Для себорейного дерматита характерны признаки:
Везикул и пузырей
Шелушения жирными чешуйками в очагах эритемы
Лихенификации и лихеноидных полигональных папул
Поражения локтевых и подколенных складок, ладоней

538. Розацеа следует дифференцировать с:
Псориазом
Дискоидной красной волчанкой
Склеродермией
Красным плоским лишаем

539. Выделяют следующие разновидности розацеа:
Псориаиформная
Папулопустулезная розацеа
Сквамозно-гиперкератотическая
Зостериформная

540. В терапии розацеа используют:
Бетаметазон
Доксициклин
Дипроспан
Преднизолон

541. В терапии тяжелых форм акне применяют:
Бетаметазон
Изотретиноин
Метронидазол
Иммуномодуляторы

542. В патогенезе розацеа имеют значение следующие факторы, кроме:
Ангионевротических расстройств
Непереносимости глютена
Заболеваний желудочно-кишечного тракта
Эндокринопатий

543. Вместной терапии акне целесообразно использование всех нижеперечисленных средств, кроме:

Местных ретиноидов
Местных стероидов
Бензоила пероксида
Салициловой кислоты

544. К врачу обратилась женщина 54 лет с жалобами на высыпания на коже лица, которые впервые появились около года назад и через некоторое время самостоятельно разрешились. Через полгода осенью после длительной инсоляции во время пребывания на даче отметила появление нарастающего стойкого покраснения кожи лица, а затем сыпи. Из анамнеза: с

детства легко и быстро краснела. Менопауза в течение 2-х лет. При осмотре: высыпания представлены застойно-синюшной эритемой с большим количеством телеангиэктазий, которые локализуются только на коже лица, преимущественно в области щек, носа и подбородка, где кроме того имеются довольно многочисленные плоские лентикулярные папулы и единичные нефолликулярные пустулы. Субъективно: легкий зуд.

Дискоидная волчанка
Розацеа
Акне
Импетиго вульгарное

545. К вам обратился мужчина 27 лет с жалобами на покраснение кожи лица, которое появилось 2 года назад. Из анамнеза: самостоятельно пользовался различными кортикостероидными кремами и мазями, в том числе фторокортом, флуцинаром, целестодермом В и др. Отмечает положительный эффект от проводимой терапии, однако любая попытка отказаться от стероидной мази приводит к ухудшению кожного заболевания, при этом наблюдается значительное усиление покраснения кожи лица, отек, появление чувства жжения. Считает, что единственно возможным способом поддержания достойного эстетического вида кожи являются кортикостероидные средства. Последнее время использует дермовейт. При осмотре: кожа щёк, носа застойно гиперемирована с большим количеством синюшных телеангиэктазий. Субъективно: лёгкий зуд, чувство стягивания кожи, жжение.

Дискоидная волчанка
Розацеа
Периоральный дерматит
Акне

546. Какие подтипы розацеа выделяют:

Сквамозно-гиперкератотическая
Инфильтративно-гипертрофическая
Некротическая
Гиперкератотическая

547. Обратилась девушка 27 лет с жалобами на высыпания на коже лица, которые впервые появились в возрасте 15 лет. Лечилась у дерматологов с диагнозом себорея, применяла различные косметические средствами для проблемной кожи лица с временным эффектом. Из семейного анамнеза: у матери кожа лица жирная, пористая. При осмотре: кожа лица тонкая, на ощупь жирная, шероховатая, имеет желтоватый оттенок за счет нежных прозрачных чешуек в Т-образной зоне и на висках. На носу, подбородке, в межбровье – многочисленные закупоренные комедонами устья волосяных фолликулов, в области щек закрытые комедоны – милиумы, мелкие папулы и пустулы, единичные рубчики, пигментированные пятна. Немногочисленные подобные высыпания имеются в верхней части груди спины. Субъективных ощущений нет. Какие факторы могли способствовать длительному и упорному течению болезни?

Наличие перенесенных детских инфекционных болезней
Патология эндокринной системы
Психические заболевания
Болезненность в суставах

548. Субъективно офтальморозацеа НЕ характеризуется:

Зудом
Нарушением зрения
Жжением
Болезненностью

549. У молодого человека 17 лет на фоне повышенной сальности кожи лица, верхней трети спины и груди, где видны многочисленные комедоны, периодически появляются гнойнички и узелки, не сопровождающиеся существенными субъективными ощущениями. Ваш диагноз:

Розацеа, пустулезная стадия
Вульгарные угри
Фурункулез
Вторичный сифилис

550. Больной 17 лет предъявляет жалобы на высыпания на лице, спине. Субъективные ощущения отсутствуют. Сопутствующие заболевания отрицает. В анамнезе у отца в переходном возрасте была угревая болезнь. Считает себя больным с 13 лет, когда без видимой причины появились множественные мелкие высыпания на лице. Постепенно процесс принял более распространенный характер. Из опроса больного выяснено, что он злоупотребляет шоколадными конфетами и булочками. Лечился амбулаторно, применял клерасил, спиртовые лосьоны, с незначительным эффектом. При осмотре на коже лица и спины наблюдаются множественные поверхностные элементы сыпи, имеют конусовидную форму, многие пронизаны волосом в центральной части, где просвечивает гнойное содержимое, диаметр их составляет 1-5 мм. На месте бывших элементов не остается стойких изменений кожи. Дайте определение первичному морфологическому элементу сыпи.

Фликтена
Фолликулярная пустула
Пузырек
Эктима

551. Для наружной терапии стероидной розацеа рекомендуется использовать все, кроме:

Метронидазол
Элоком
Скинорен
Розамет

552. Укажите какая локализация сыпи характерна для розацеа?
На коже лица и волосистой части головы
Исключительно на коже лица
На коже лица и верхней части груди и спины
В складках кожи

553. Развитию себорейного дерматита НЕ способствуют:
Наследственная предрасположенность
Наличие микоза стоп
Нарушение равновесия между эстро- и андрогенными гормонами
Повышенная экскреция кожного сала

554. Наиболее выражены проявления себорейного дерматита на участках кожного покрова:

Гениталий
Лица
Верхних конечностей
Нижних конечностей

555. Дифференциальный диагноз себорейного дерматита проводят с:
Атопическим дерматитом
Микозом гладкой кожи
Красным плоским лишаем
Склеродермией

556. Какие физиотерапевтические процедуры НЕ эффективны в лечении розацеа:

Дермабразия (шлифование)
ПУВА-терапия
Диатермокоагуляция
Лазеродеструкция сосудов
Криотерапия жидким азотом

557. По характеру элементов выделяют угри:
Медикаментозные
Конглобатные
Детские
Псориазиформные

558. При легкой степени тяжести угревой болезни используют:
Системные антибиотики
Топические антибиотики
Изотретиноин
Бетаметазон

559. При тяжелых формах акне, а также в случае неэффективности лечения используют системные ретиноиды (изотретиноин), которые обычно назначают на срок:

2-3 недели
6-12 месяцев
3-4 недели
3-4 месяца

560. В местной терапии вульгарных угрей используют:
Целестодерм В с гарамицином
Базирон АС
Адвантан
Ламизил

561. Какова профилактика рецидивов розацеа:
Длительные занятия физической нагрузкой
Фотозащитные средства с максимальным индексом фотозащиты
Курортное лечение на Черноморском побережье Крыма
Использование спиртсодержащих наружных средств

562. Укажите побочные эффекты длительного лечения кортикостероидами:
Дисплазия
Телеангиэктазии
Лихенификация
Экскориации

563. Клиническая картина розацеа включает следующие признаки:
Очаги фолликулярного гиперкератоза
Эритема с множественными телеангиэктазиями
Расположение высыпаний по линиям Лангера
Рубцевание

564. В лечении вульгарных угрей используют все процедуры, кроме:
Пилинга
ПУВА-терапии
Механической чистки
Криомассажа жидким азотом

565. Укажите типичный возраст появления вульгарных угрей:
Пожилой
Юношеский
Зрелый
Младший школьный

566. Акне представляет собой:
Гнойное воспаление эккринной потовой железы
Гнойное воспаление сальной железы
Гнойное воспаление устья волосяного фолликула
Гнойное воспаление всего волосяного фолликула

567. В патогенезе вульгарных угрей существенное значение имеют все факторы, кроме:

Микробной обсемененности
Паралитического расширения мелких сосудов
Изменения количества кожного сала
Изменения качества сала

568. К тяжелым осложнениям вульгарных угрей относятся все, кроме:
Келоидных рубцов
Гипертрихоза
Психоэмоциональных расстройств
Длительного рецидивирующего течения, резистентного к терапии

569. К клиническим признакам вульгарных угрей НЕ относятся:
Наличие комедонов
Атрофия кожи
Локализация на лице, спине, груди
Эволюционный полиморфизм высыпаний

570. Развитию и тяжелому течению себореи НЕ способствуют:
Наследственная предрасположенность

Наличие микоза стоп
Эндокринопатии
Употребление в пищу большого количества экстрактивных веществ и углеводов

571. В лечении себорейного дерматита применяют:
Противовирусные средства
Системные антимикотические средства
Системные глюкокортикостероиды
Дипроспан

572. Какие из нижеперечисленных средств НЕ могут вызвать появление медикаментозных угрей:
Препараты брома
Ретиноиды
Анаболические стероидные гормоны
Противосудорожные препараты

573. К традиционным средствам терапии розацеа относят:
Кальципотриол
Метронидазол
Дайвобет
Дипроспан

574. Периоральным дерматитом чаще страдают:
Женщины в возрасте 40-60 лет
Женщины в возрасте 20-30 лет
Дети, первый год жизни
Женщины после 60 лет

575. Нередко при розацеа выявляется:
Дрожжеподобные грибы Pityrosporum ovale
Клещ Demodex folliculorum
Клещ Sarcoptes scabiei
Пузатый клещ зерновой чесотки

576. Выберите заболевания (одно или несколько), где провоцирующим фактором является злоупотребление стероидными мазями:

Масляные угри
Периоральный дерматит
Атерома
Атопический дерматит

577. Среди провоцирующих факторов в развитии периорального дерматита важную роль играет использование:

Наружных антимикотикотических средств
Фторированных топических ГКС
Наружных ретиноидов
Местных противовирусных препаратов

578. Развитию периорального дерматита НЕ способствуют:

Стресс
Наличие микоза стоп
Патология ЖКТ
Эндокринная патология

579. Клиническая картина периорального дерматита представлена:
Комедонами
Гиперемией кожи
Фолликулярными пустулами
Пузырьками

580. Среди субъективных ощущений, сопровождающих периоральный дерматит, НЕ отмечают:

Резкое жжение
Боль
Горение
Зуд

581. Дифференциальный диагноз периорального дерматита проводится со следующими заболеваниями:

Псориаз
Розацеа
Красный плоский лишай
Склеродермия

582. Лечение периорального дерматита включает в себя:
Кортикостероидные мази
Докисциклин
Дипроспан
Ацикловир

583. Наиболее эффективно патогенетическое лечение периорального дерматита:
Дипросаликом
Метронидазолом
Азелаиновой кислотой
Дифферином

584. При истинной акантолитической пузырчатке триггерными факторами НЕ могут быть:

Стресс
Глюкокортикостероиды
Пищевые продукты, содержащие в своем составе группу тиола или танины
Длительный контакт с различными химическими веществами

585. Клиническими формами истинной акантолитической пузырчатки являются:

Псориазиформная
Листовидная
Герпетиформная
Эритродермическая

586. Типичным для вульгарной пузырчатки является следующий первичный морфологический элемент:

Узелок
Напряженный мелкий пузырь
Напряженный крупный пузырь
Папула

587. Больная, 45 лет, обратилась с жалобами на появление мелких напряженных пузырей и эрозий. Субъективные ощущения отсутствуют. Больна в течение трех недель. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре - на неизмененной коже спины, грудной клетки, верхних конечностей выявляются мелкие напряженные пузыри, эрозии с ярко-розовым дном, резкими границами, некоторые покрыты корочками. При потягивании эпидермиса в сторону неизмененной кожи наблюдается отслойка эпидермиса. Укажите предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

588. При вульгарной пузырчатке в процессе клинической эволюции элементов возникают следующие вторичные морфологические элементы:

Язва
Корка
Рубец
Атрофия

589. Первичный морфологический элемент кожи при дебюте вульгарной пузырчатки располагается

По краю рубца
На неизмененной коже
На поверхности бляшки
На фоне эритемы

590. При дебюте вульгарной пузырчатке пузыри и эрозии могут иметь следующую локализацию

Стопы
Слизистая оболочка гениталий
Кисти
Нижние конечности

591. При истинной акантолитической пузырчатке поражение слизистой оболочки полости рта сопровождается следующими субъективными ощущениями:

Жжением
Болезненностью
Зудом

Парестезиями

592. Клинические проявления вегетирующей пузырчатки на коже изначально локализуются

На тыльной поверхности кистей
Вокруг естественных отверстий
На волосистой части головы
На стопах

593. При вегетирующей пузырчатке типа Аллопо первичным морфологическим элементом сыпи является:

Везикула
Пустула
Бугорок
Воспалительное пятно

594. Больной с предположительными диагнозами истинная акантолитическая пузырчатка, буллезный пемфигоид Левера при проведении реакции прямой иммунофлюоресценции была выявлена фиксация IgG в межклеточной субстанции преимущественно в шиповатом слое эпидермиса, незначительное количество – в базальном. Укажите диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

595. Паранеопластическая пузырчатка развивается у больных, страдающих следующей патологией:

Диабет
Лимфопролиферативные заболевания крови
Болезнь Крона
Синдром Шегрена

596. Больной Б., 50 лет, обратился с жалобами на высыпания, локализующиеся преимущественно на коже лица, волосистой части головы, грудной клетки, спины, рук. Субъективно: боль в области высыпаний. Болен около месяца. При осмотре: сыпи представлена преимущественно обширными эрозиями, покрытыми корками и чешуйками. На видимо неизмененной коже единичные вялые пузыри до 1,5 см в диаметре и мелкие напряженные с прозрачным или гнойным содержимым. При обследовании больного диагноз истинной акантолитической пузырчатки был подтвержден, выявлена опухоль легкого с метастазами во внутригрудные лимфоузлы. Назовите клиническую разновидность истинной акантолитической пузырчатки у данного больного.

Вульгарная
Паранеопластическая
Вегетирующая
Листовидная

597. Какие феномены и симптомы характерны для истинной акантолитической пузырчатки:

Сетка Уикхема
Симптом «груши»
Феномен «кровяной росы»
Симптом Бенье-Мещерского

598. В основе феномена Никольского лежит:

Гранулез
Акантолиз
Паракератоз
Акантоз

599. При цитологическом исследовании акантолитические клетки обнаруживают при:

Герпетиформном дерматите Дюринга
Истинной акантолитической пузырчатке
Сифилитической пузырчатке
Экземе

600. Для подтверждения диагноза истинной акантолитической пузырчатки необходимо провести следующее лабораторное исследование:

РИБТ
Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам
Исследование содержимого пузыря на эозинофилы

601. Основным патогистологическим признаком истинной акантолитической пузырчатки является:

Спонгиоз
Акантолиз
Акантоз
Гиперкератоз

602. При патогистологическом исследовании биоптата кожи при вульгарной пузырчатке пузырь выявляют:

На уровне базальной мембраны эпидермиса
Над базальным слоем эпидермиса
Под роговым слоем эпидермиса
В средних отделах дермы

603. При постановке реакции прямой иммунофлюоресценции при истинной акантолитической пузырчатке иммуноглобулины (Ig) определяют:

В базальной мембране эпидермиса
В межклеточных мостиках шиповатого слоя эпидермиса
В виде гранул на верхушке сосочков дермы
В мембране сосудов дермы

604. Наиболее эффективным препарат для лечения истинной акантолитической пузырчатки является:

Эритромицин
Преднизолон
Бисептол
Рифампицин

605. Основными клиническими проявлениями буллезного пемфигоида Левера являются:

Локализация сыпи на лице, груди, межлопаточной области
Отрицательный симптом Никольского
Вялые пузыри, расположенные на видимо здоровой коже
Положительный симптом Никольского

606. Больная М., 65 лет, обратилась с жалобами на крупные напряженные пузыри и эрозии, расположенными на фоне эритемы. Субъективно: болезненность в области эрозий. При осмотре: локализация сыпи по всему кожному покрову. На фоне эритемы – крупные и мелкие напряженные пузыри до 5 см в диаметре, с прозрачным содержимым; эрозии с резкими границами, ярко-розовым дном. Феномен Никольского отрицательный. При обследовании у больной была выявлена фиксация IgG и С3 компонента комплемента в области базальной мембраны. Поставьте диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес

607. Укажите патогномоничный уровень фиксации аутоантител при буллезном пемфигоиде Левера:

Фиксация IgG в межклеточном пространстве шиповатого слоя эпидермиса;
Фиксация IgG в базальной мембране эпидермиса;
Фиксация IgM в стенках сосудов дермы
Фиксация IgG и IgA в сосочках дермы

608. Для подтверждения диагноза буллезного пемфигоида Левера необходимо провести следующее лабораторное исследование:
Цитологическое исследование мазков-отпечаток
Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам
Цитологическое исследование содержимого пузыря для выявления эозинофилов

609. Пузырь при буллезном пемфигоиде Левера образуется за счет:

акантолиза шиповатого слоя эпидермиса;
аутоиммунного процесса в зоне между базальноклеточной плазматической мембраной и базальной пластинкой;
паппиллярных микроабсцессов;
плотного инфильтрата из эозинофилов в сосочковом слое дермы

610. Больной К., 70 лет, обратился с жалобами на пузырные высыпания по всему кожному покрову. Субъективно: болезненность в области высыпаний. Считает себя больным в течение месяца. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь представлена крупными и мелкими пузырями, с напряженной покрышкой, и эрозиями, расположенными на эритематозном фоне. При проведении реакции прямой иммунофлюоресценции были выявлена фиксация IgG, представленная на фотографии. Поставьте диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Истинная акантолитическая пузырчатка
Опоясывающий герпес

611. Больной С., 75лет, обратился с жалобами на пузырные высыпания по всему кожному покрову. Субъективно: болезненность в области высыпаний. Считает себя больным в течение месяца. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь представлена крупными и мелкими пузырями, с напряженной покрышкой, и эрозиями, расположенными на эритематозном фоне. Гистологические изменения представлены на фото. Поставьте предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Истинная акантолитическая пузырчатка
Опоясывающий герпес

612. Наиболее эффективным препарат для лечения буллезного пемфигоида Левера является:

Эритромицин
Преднизолон
Бисептол
Делагил

613. При буллезном пемфигоиде Левера триггерными факторами могут быть:
Лекарственные препараты
Злокачественные новообразования
Стресс
Пищевые продукты, содержащие в своем составе группу тиола или танины

614. При герпетиформным дерматитом Дюринга триггерными факторами НЕ могут быть:

Лекарственные препараты, содержащие йод
Наличие микоза стоп
Инсоляция
Пищевые продукты, содержащие в своем составе йод (рыба, морепродукты)

615. Пузырь при герпетиформным дерматитом Дюринга образуется за счет:

акантолиза в шиповатом слоя эпидермиса
фиксации иммунных комплексов на верхушках сосочков дермы
аутоиммунного процесса в зоне между базальноклеточной плазматической мембраной и базальной пластинкой
паппиллярных микроабсцессов

616. Для подтверждения диагноза герпетиформного дерматита Дюринга необходимо провести следующее лабораторное исследование:

Цитологическое исследование мазков-отпечаток
Гистологическое исследование биоптата кожи
РИБТ
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам

617. При обследовании больных герпетиформным дерматитом Дюринга НЕ выявляются:

субэпидермально расположенные пузыри, преимущественно в сосочках дермы
отрицательная проба Ядассона
фиксация иммуноглобулинов класса А в сосочковом слое дермы
повышение содержания эозинофилов в пузырной жидкости
положительная проба Ядассона.

618. Герпетиформный дерматит Дюринга характеризуют:

Расположением высыпания по линиям Лангера
мелкие напряженные пузыри и папулы, расположенные на неизмененном фоне
папуло-везикулы
положительный феномен Никольского

619. Больная С., 72 лет, обратилась с жалобами на распространенные высыпания, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь полиморфна. Представлена папулами, пузырьками, расположенными как на фоне эритемы, так и на видимо неизмененной коже. Вторичные элементы сыпи представлены эрозиями, корочками, чешуйками. Феномен Никольского отрицательный. При обследовании выявлена глютеновая энтеропатия. Гистологические: пузырь в сосочках дермы, заполненный эозинофилами (фото). Поставьте диагноз.
Истинная акантолитическая пузырчатка
Герпетиформный дерматит Дюринга
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

620. Больная Н., 68 лет, обратилась с жалобами на распространенные высыпания, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь полиморфна. Представлена папулами, пузырьками, расположенными как на фоне эритемы, так и на видимо неизмененной коже. Вторичные элементы сыпи представлены эрозиями, корочками, чешуйками. Феномен Никольского отрицательный. При обследовании выявлена глютеновая энтеропатия. Поставьте предположительный диагноз.

Истинная акантолитическая пузырчатка
Герпетиформный дерматит Дюринга
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

621. При лечении герпетиформного дерматита Дюринга применяют:

Системные антибактериальные препараты
Сульфоновые препараты

Ацикловир
Препараты хинолинового ряда

622. К сульфоновым препаратам относят:

Клиндамицин
Дапсон
Метипред
Ацикловир

623. Цианоз губ и ногтевых фаланг во время приема дапсона является признаком:

агранулоцитоза;
образования метгемоглобина;
лейкопении;
периферической нейропатии

624. Больная Р., 50 лет, обратилась с жалобами на высыпания на слизистой оболочке полости рта, сопровождающиеся болезненностью. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре: на слизистой оболочке полости рта (твердом небе, внутренняя поверхность щек, десны) множественные мелкие эрозии. Дно эрозий ярко-красного цвета, по периферии видны обрывки эпидермиса, некоторые покрыты белым налетом. Язык покрыт бело-желтым налетом. Ваш предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Вульгарная пузырчатка
Вегетирующая пузырчатка
Буллезный пемфигоид Левера

625. Больная К., 35 лет, обратилась с жалобами на высыпания на коже верхней половины туловища, волосистой части головы и слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ, сопровождающиеся болезненностью. Больна около трех месяцев. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре – сыпь представлена эрозиями, дно ярко-розового цвета, по периферии – обрывки эпидермиса. Некоторые элементы покрыты корками, пропитанными серозным и серозно-гнойным экссудатом. Ваша тактика обследования больной.

РИБТ
Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам
Цитологическое исследование содержимого пузыря

626. Больной Г., 58 лет, обратился с жалобами на высыпания на слизистой оболочке полости рта. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков были обнаружены крупные шаровидные клетки. Определите их название.

N. gonorrhoeae
Пласты крупных акантолитических клеток Тцанка
Candida albicans
Пласты мелких опухолевых клеток

627. Больная М., 68 лет, предъявляет жалобы на появление пузырей как на эритематозном, так и на неизмененном фоне. Субъективные ощущения отсутствуют. Считает себя больной

три месяца. При осмотре – крупные и мелкие напряженные пузыри с серозным содержимым, обширные эрозии, некоторые покрыты корками, пропитанными серозным экссудатом. Слизистые оболочки свободны от высыпаний. Феномен Никольского отрицательный. Поставьте предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес

628. При потягивании пинцетом за обрывки эпидермиса по периферии эрозии можно вызвать отслойку видимо неизмененной кожи, расположенной около эрозии. Данный феномен носит название:

Феномен Бальцера
Феномен Никольского
Феномен Кебнера
Феномен кровяной росы

629. Больной Б., 70 лет, предъявляет жалобы на распространенные высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся болезненностью. Начало заболевания ни с чем не связывает. За последние полгода потерял 15 кг веса. При осмотре – генерализованная сыпь представлена крупными напряженными пузырями, расположенными преимущественно на эритематозном фоне; множественными эрозиями. Предположительный диагноз: буллезный пемфигоид Левера паранеопластического генеза. Ваша тактика для подтверждения диагноза.

Цитологическое исследование мазков-отпечаток на акантолитические клетки
Гистологическое исследование биоптата кожи
Цитологическое исследование содержимого пузыря
РИБТ

630. При лечении истинной акантолитической пузырчатки возможно развитие следующих осложенений:

Метгемоглобинемия
Синдром Иценко-Кушинга
Аллергическая реакция
Головная боль

631. При обследовании больных с предположительным диагнозом герпетиформный дерматит Дюринга информативным является следующее исследование:

Исследование дермографизма
Проба Ядассона
Дерматоскопия
Витропрессия

632. Больная К., 70 лет, получала лечение в КВД по месту жительства в течение полугода с диагнозом красная волчанка без эффекта. При осмотре – на коже лица и верхнего плечевого пояса - бляшки, покрытые чешуйко-корками. Ваш предположительный диагноз.

Эритематоз
Себорейная пузырчатка
Себорея
Псориаз

633. Больной Г., 55 лет, поступил с жалобами на распространенные высыпания на слизистой оболочке полости рта, красной каймы губ, кожи туловища и верхних конечностей. Болен около месяца. Начало заболевания ни с чем не связывает. Сопутствующие заболевания отрицает, лекарственные препараты не употребляет. Сыпь представлена обширными эрозиями, покрытыми толстыми корками, пропитанными серозно-гнойным и геморрагическим экссудатом. На коже туловища на видимо неизмененной коже выявляются единичные мелкие напряженные пузыри. Поставьте диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Буллезная форма токсидермии
Буллезный пемфигоид Левера

634. Назовите цикл развития чесоточного клеща от яйца до взрослой особи:

3-5 дней
14-21 день
2 месяца
5-12 дней

635. Какой признак чесотки является патогномоничным:

Экскориации, кровянистые корочки
Чесоточные ходы
Проявления пиогенной инфекции
Аллергические реакции организма

636. Что является основной жалобой больного чесоткой?

Наличие пятнистых высыпаний на коже туловища
Сухость кожи ладоней
Появление на коже тонких прямых беловатых линий, длиной 5-7 мм
Утолщение кожи сгибательных поверхностей лучезапястных суставов
Сухость кожи ладоней

637. Назовите типичное расположение чесоточных ходов:

Волосистая часть головы
Межпальцевые складки рук
Полость рта
Наружные слуховые проходы

638. В каких случаях чесотки отмечаются высыпания на волосистой части головы, лица, шеи, в межлопаточной области?

У взрослых пациентов с жирной себореей

У детей
У взрослых пациентов с сухой себореей
У больных с розацеа

639. Назовите признаки норвежской чесотки:

Появление узлов
Массивные серовато-грязные сухие корки
Расположение высыпаний по линиям Лангера
Поражение ногтей

640. Какую функцию в развитии чесотки выполняют так называемые «вентиляционные шахты»:

Способствуют уменьшению гиперкератоза
Являются выходом для личинок чесоточного клеща
Являются выходом для самца чесоточного клеща
Уменьшают сухость кожи

641. Чем обусловлена клиническая картина так называемой «чесотки без ходов»:

Заражение яйцами чесоточного клеща
Заражение личинками чесоточного клеща
Развитие норвежской чесотки
Длительно протекающие хронические заболевания кожи

642. Какие растворы применяются при лечении чесотки по методу Демьяновича:

10% водно-мыльная эмульсия бензилбензоата
6% раствор соляной кислоты
20% водно-мыльная эмульсия бензилбензоата
1% раствор тербизила в форме спрея

643. Обработка больного чесоткой проводится:

Только в пораженных местах
Всего кожного покрова за исключением головы
В пораженных местах + ладони и подошвы
Всего кожного покрова

644. При лечении распространенной постскабиозной лимфоплазии назначают:

Системную антибиотикотерапию
Внутримышечное или внутриочаговое введение глюкокортикостероидов
Системная антибиотикотерапия и антигистаминные средства
Препараты хинолинового ряда
Антимикотические средства

645. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз чесотки:

Псориаз
Педикулез

Лейшманиоз
Красный плоский лишай

646. Лабораторная диагностика чесотки –это:

Обнаружение антител к чесоточному клещу
Дерматоскопия
Обнаружение акантолитических клеток в отделяемом из пузырьков
Обнаружение кокковой флоры

647. Постскабиозная лимфоплазия –это:

Разрастание соединительной ткани в месте внедрения чесоточного клеща
Реактивная гиперплазия лимфоидной ткани в месте внедрения возбудителя
Развитие язвенного дефекта
Наличие плотной гнойно-кровянистой корки

648. Продолжительность жизни самки клеща:

14-21 день
2 месяца
6 месяцев
10-12 дней

649. Укажите особенности клинической картины чесотки у детей:

Наличие множественных волдырей
Типичные высыпания на лице, волосистой части головы, ладонях и подошвах
Отсутствие зуда и экскориаций
Мокнутие

650. Что является входными воротами для пиогенной инфекции при чесотке:

Везикулезные высыпания
Экскориации
Чесоточные ходы
«Вентиляционные шахты»

651. Норвежская чесотка встречается у лиц:

Проживающих в скандинавских странах
С сенильной деменцией
С микозом стоп
С псориазом

652. Какая клиническая форма чесотки развивается в результате контакта с больным норвежской чесоткой:

Норвежская чесотка
Обычная форма заболевания
Реактивная гиперплазия лимфоидной ткани
Хроническая рецидивирующая чесотка

653. Назовите основные теории патогенеза красной волчанки:

Повышенная способность клеток к размножению
Нейроэндокринные расстройства
Врожденные структурные дефекты капилляров кожи
Наличие микотической инфекции

654. Какие препараты провоцируют развитие лекарственной формы красной волчанки:

Препараты хинолинового ряда
Противосудорожные средства
Противовирусные препараты
Ацикловир

655. Какие заболевания относятся к клиническим формам красной волчанки:

Болезнь Жибера
Глубокая волчанка Капоши-Ирганга
Лишай Видаля
Болезнь Лайма

656. Какие клинические проявления НЕ характерны для дискоидной формы красной волчанки:

Атрофия кожи
Симптом Никольского
Симптом «дамского каблучка»
Фолликулярный гиперкератоз

657. Для какой формы красной волчанки характерно наличие в клинической картине резко отграниченных плотно-эластических, болезненных узлов в подкожной жировой клетчатке:

Хроническая диссеминированная красная волчанка
Глубокая красная волчанка Капоши-Ирганга
Центробежная эритема Биетта
Дискоидная красная волчанка

658. Какие клинические проявления характерны для центробежной эритемы Биетта:

Атрофия
Эритема
Узлы
Наличие узлов в подкожной жировой клетчатке

659. Какие препараты применяются для лечения кожной формы красной волчанки:

Противовирусные
Системные глюкокортикостероиды
Антибиотики пенициллинового ряда
Антимикотики

660. Какие из перечисленных заболеваний относятся к склеродермии:

Герпетиформная экзема Капоши
Атрофодермия Пазини-Пьерини
Центробежная эритема Биетта
Герпетиформный дерматит Дюринга

661. Наиболее часто встречающаяся локализация высыпаний при склероатрофическом лихене:

Кожа ладоней и подошв
Атрофическое поражение слизистой оболочки половых органов
Кожа лица, волосистой части головы
Сгибательные поверхности крупных суставов

662. Твердый шанкр может локализоваться на любом участке кожи и слизистых, но реже всего он встречается на:

Внутреннем листке крайней плоти
Стенках влагалища
Шейке матки
Головке полового члена

663. Первичный период сифилиса начинается с:

Внедрения бледной трепонемы в организм
Появления твердого шанкра
Позитивации КСР
Регионарного лимфаденита

664. Укажите атипичные формы твердого шанкра:

Гангренозный шанкр
Шанкр-панариций
Карликовый шанк
Шанкр-отпечаток

665. Какой препарат применяют для очищения поверхности твердого шанкра перед исследованием на бледную трепонему?

2% раствор борной кислоты
0,9% раствор хлорида натрия
0,02% раствор фурацилина
Раствор хлоргексидина
10% раствор хлорида натрия

666. Укажите признаки, характерные для неосложненного твердого шанкра:

Гнойное отделяемое

Плотно-эластический инфильтрат в основании
Подрытые края
Полициклические очертания

667. Первичный период сифилиса заканчивается с:

Развитием полиаденита
Появлением розеолезной сыпи
Рубцеванием твердого шанкра
Позитивацией РИБТ

668. При первичном сифилисе бледная трепонема может быть обнаружена:

В спинномозговой жидкости
В пунктате из регионарного лимфатического узла
В слюне
В моче

669. Твердый шанкр – это:

Везикула
Язва
Бугорок
Пятно

670. Для типичного твердого шанкра не характерны:

Правильные округлые или овальные очертания
Болезненность
Гладкое, блестящее дно
Блюдцеобразная форма

671. Для обнаружения бледных трепонем применяется:

Окраска метиленовым синим
Исследование нативных препаратов в темном поле
Серебрение по Морозову
Окраска по Романовскому-Гимзе
Культивирование на питательных средах

672. В первичном периоде сиифлиса остаются отрицательными:

1. КСР
2. РИБТ
3. РПГА
4. РИФ

673. Эритематозная сифилитическая ангина характеризуется:

Болезненностью
Безболезненностью
Яркой гиперемией

Наличием гнойных пробок

674. Из высыпаний вторичного сифилиса заразными являются:

Розеола туловища
Широкие кондиломы вокруг ануса
Лейкодерма шеи
Роговые папулы ладоней и подошв

675. Для вторичного свежего сифилиса характерны:

Алопеция, папулы ладоней и подошв
Остатки твердого шанкра, обильная розеола
Эритематозная ангина, широкие кондиломы
Лейкодерма, необильная розеола

676.Вторичный период сифилиса начинается с :

Появления твердого шанкра
Появление генерализованных высыпаний
Появления регионарного лимфаденита
Исчезновения твердого шанкра

677. Вторичный период сифилиса начинается от момента заражения в среднем через:

Одну-две недели
Два-три месяца
Пять-шесть месяцев
Один год

678. Для сифилитической эритематозной ангины характерно:

Разлитая ярко-красная эритема
застойная эритема с четкими границами
Резкая болезненность
Гнойные пробки

679. Сифилитическая осиплость голоса обусловлена:

Пятнистым сифилидом
Папулезным сифилидом
Пустулезным сифилидом
Пигментным сифилидом

680. Окончанием вторичного периода сифилиса является:

Исчезновение розеолы
Появление бугорков
Исчезновение папул
Исчезновение полиаденита

681. Вторичный период сифилиса в среднем длится:

Две-четыре недели
Два-четыре года
Две-четыре декады
Два-четыре десятилетия

682. Розеола вторичного свежего сифилиса характеризуется:

Крупными размерами
Беспорядочным расположением
Тенденцией к группировке
Небольшим количеством высыпаний

683. К клиническим проявлениям суперинфекции при третичном сифилисе относятся:

“Целующийся” шанкр
Гумма голени и генитальный твердый шанкр
Бугорки и гуммы
Шанкры-отпечатки

684. К третичным сифилидам относят:

Широкие кондиломы
Гумма твердого неба
Мелкоочаговое облысение
Папулы ладоней и подошв

685. Для сифилитических гумм характерно:

Мягковатая консистенция
Плотно-эластическая консистенция
Вскрытие с последующим образованием корок
Подрытые края

686 Клинические проявления третичного сифилиса характеризуются следующими признаками:

Обильная розеолезная сыпь туловища
Мозаичные рубцы
Мелкоочаговое облысение
Лейкодерма

687. При третичном сифилисе чаще встречается:

Орхит
Мезаортит
Нефросклероз
Гепатит

688. Сифилитическая гумма является:

Невоспалительным узлом
Инфекционной гранулемой
Папулезным инфильтратом
Доброкачественным новообразованием

689. Бугорки и гуммы характерны для:

Вторичного сифилиса
Третичного сифилиса
Первичного сифилиса
Раннего скрытого сифилиса

690. Исходом сгруппированного бугоркового сифилида является:

Гипопигментация
Мозаичный рубец
Келоидный рубец
Гиперпигментация

691. В клинической картине третичного сифилиса наблюдаются:

Алопеция
Бугорки
Лейкодерма
Папулы
Пустулы

692. Сифилитический бугорок является:

Папулезным доброкачественным образованием
Инфекционной гранулемой
Отеком сосочкового слоя дермы
Специфическим васкулитом

693 Отрицатнльный КСР в третичном периоде сифилиса встречается у:

50% больных
30% больных
10% больных
100% больных

694. К сифилидам третичного периода относятся:

Папулы
Бугорки
Лейкодерма
Пузыри

695. К дюрантным антибиотикам для лечения сифилиса относят:

Сумамед
Бициллин-3
Таривид
Роцефин

696. В начале лечения больного с диагнозом сифилитического аортита, осложненного аневризмой аорты, можно применить следующие препараты:

Пенициллин
Доксициклин
Ретарпен
Бициллин-3

697. К специфическим препаратам, применяемым для лечения больных сифилисом, относятся:

Пирогенные препараты
Цефалоспорины
Витамины
Иммуномодуляторы

698. Трепонемоцидным действием обладают следующие препараты:

Препараты висмута
Антибиотики тетрациклинового ряда
Препараты йода
Препараты ртути

699. Превентивное лечение пациенту, имевшему половой контакт с больной сифилисом женщиной, назначается, если после контакта прошло:

3 месяца
1-2 недели
Более 2 месяцев
6 месяцев

700. Какова тактика ведения пациента - мужчины, 35 лет, обратившегося на прием к дерматовенерологу в связи с тем, что 2 недели назад у него был половой контакт с женщиной, больной вторичным рецидивным сифилисом. При тщательном осмотре специфических высыпаний на коже и слизистых оболочках не обнаружено. Комплекс серологических реакций отрицателен.

Проводить клинико-серологический контроль за пациентом в течение 2-х месяцев
Провести превентивное лечение
Оставить без наблюдения
Провести лечение по схемам вторичного рецидивного сифилиса

701. Чаще при лечении пенициллинами встречается осложнение:

Эмболия легкого
Анафилактический шок
Нефропатия

Полиневриты

702. Индивидуальная профилактика венерических болезней наиболее эффективна, если она проведена после полового контакта не позднее, чем через:

12 часов
2 часа
24 часов
6 часов

702. Особенностью лечения поздних форм сифилиса является:

Применение в начале лечения иммуномодуляторов
Применение в начале лечения таблетированных антибиотиков резерва
Применение только тетрациклиновых антибиотиков
Применение только дюрантных антибиотиков

703. Время исчезновения бледной трепонемы с поверхности сифилидов при лечении пенициллином составляет:

3 часа
10 часов
24 часа
25-70 часов

704. В случае непереносимости препаратов пенициллина назначают лечение:

Препаратами висмута
Сумамедом
Пирогеналом
Ретарпеном

705. Трепонемоцидной концентрацией антибиотика в сыворотке крови является:

0,01 ЕД/мл
0,03 ЕД/мл
Менее 0,03 ЕД/мл
0,005 ЕД/мл

706. Частота введения больному сифилисом бензилпенициллина по 400 тыс. ЕД, для поддержания его трепонемоцидной концентрации в сыворотке крови составляет

Каждые 12 часов
Каждые 3 часа
Каждые 6 часов
Каждые 8 часов

707. Для лечения сифилиса не применяется антибиотик:

Роцефин
Авелокс
Тетрациклин

Ретарпен

708. Трепонемоцидным действием обладают :

Препараты висмута
Препараты пенициллина
Препараты мышьяка
Препараты йода

709. Дюрантные препараты пенициллина (ретарпен, экстенциллин) применяются во всех следующих случаях, кроме:

Превентивного лечения
Лечения нейросифилиса
Лечения первичного сифилиса
Профилактического лечения

710. Превентивное лечение – это:

Лечение в случае непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда
Лечение пациента, находившегося в контакте с больным сифилисом, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев
Лечение беременных женщин, больных сифилисом
Лечение поздних форм сифилиса

711. К Вам на прием обратился пациент 26 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся резями во время мочеиспускания, появившиеся через 6 дней после случайного полового контакта. При микроскопическом исследовании отделяемого с окраской по Граму и метиленовым синим на фоне значительного лейкоцитоза обнаружены внутриклеточные диплококки и жгутиковые простейшие. Ваш диагноз:

Гонорейный уретрит
Смешанный трихомонадно-гонорейный уретрит
Трихомонадный уретрит
Урогенитальный хламидиоз

712. При лечении данного пациента могут быть применены следующие варианты лечения:
Сначала лечение гонореи, затем трихомониаза
Сначала лечение трихомониаза, затем гонореи
Лечение только гонореи
Сочетание системной терапии и физиотерапевтического лечения

713. После окончания этиотропной терапии пациента тактика врача заключается в следующем:

Взятие мазков из уретры и при получении отрицательного результата снятие с учета
Проведение контрольного исследования после провокации, и в случае отсутствия инфекций окончание наблюдения больного
Назначение профилактического лечения других возможных ИППП
Дальнейшее наблюдение пациента с контрольным обследованием через месяц для исключения прочих ИППП

714. Возбудителями 2-й генерации, передаваемым преимущественно половым путем, 2-й генерации относятся:

Гонококк
Хламидии
Трихомонада
Вирус простого герпеса

715.Диагнозу гонорейного уретрита соответствует следующие утверждения:

Эта инфекция поражает только мужчин
В клинической картине преобладают обильные гнойные выделения из уретры и боли при мочеиспускании
При лечении эффективны препараты из группы имидазола
Диагноз выставляется на основании клиники и не требует лабораторного подтверждения

716. При лечении смешанного гонорейно-хламидийного уретрита наиболее эффективны

Роцефин
Авелокс
Доксициклин
Эритромицин

717. При проведении контрольного обследования больного после лечения уретрита наиболее эффективным видом провокации является:

Химическая
Комбинированная
Механическая
Биологическая

718. В случае доказанности у пациента трихомонадной природы уретрита лечение можно проводить следующими препаратами:

Тетрациклином
Орнидазолом
Нистатином
Ацикловиром

719. Возбудитель гонореи – гонококк – относится:

К парным коккам грам-положительным
К парным коккам грам-отрицательным
Коккобациллам грам-отрицательным
Коккобациллам грам-вариабельным

720. Больному острым гонорейным орхоэпидидимитом необходимо провести следующие исследования:

Исследование секрета простаты

Исследование отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
Клинический анализ мочи
Двухстаканную пробу мочи

721. При острой и подострой формах неосложненной гонореи показано лечение:

Гоновакциной
Антибиотиками
Трихополом
Пирогеналом

722. Укажите правильную тактику лечения торпидных и хронических форм гонорейной инфекции:

Иммунотерапевтические, антигистаминные препараты
Местное лечение
Антибактериальные препараты, местное лечение
Иммунотерапевтические препараты, местное лечение

723. Наиболее частой причиной ауторецидивов гонореи является ассоциация гонококков с:

Хламидиями
Трихомонадами
Уреаплазмами
Гарднереллами

724. Наиболее благоприятными для развития гонококков являются слизистые оболочки, выстланные:

Цилиндрическим эпителием
Многослойным плоским неороговевающим эпителием
Многослойным плоским ороговевающим эпителием
Кубическим эпителием

725. Детям, больным хронической гонореей, можно вводить гоновакцину начиная с возраста:

2 года
1 год
3 года
4 года

726.С целью диагностики урогенитального хламидиоза у женщин исследуется соскоб со слизистой оболочки:

Уретры и заднего свода влагалища
Уретры, цервикального канала и прямой кишки
Уретры и цервикального канала
Цервикального канала и прямой кишки

727. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин исследуется:

Соскоб слизистой оболочки прямой кишки
Соскоб слизистой оболочки уретры
Соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки
Соскоб слизистой носоглотки

728. Наиболее информативными методами лабораторной диагностики гонореи и трихомониаза являются:

Иммунофлюоресценция.
Световая микроскопия с окраской метиленовым синим или по Грамму
Полимеразная цепная реакция
Серологические тесты

729. Среди перечисленных укажите разновидность твердого шанкра:

Индуративный отек
Эрозивный шанкр Фолькмана
Шанкр-панариций
Шанкр-амигдалид

730. Начало вторичного периода сифилиса в первую очередь знаменуется:

Заживлением твердого шанкра
Первыми генерализованными высыпаниями
Эритематозной ангиной
Продромальными явлениями

731. Среди перечисленных отметьте признаки, не характерные для твердого шанкра:

Плотноэластический инфильтрат в основании эрозии
Полициклические очертания
Безболезненность
Устойчивость к местной терапии

732 Назовите наиболее редкую локализацию твердого шанкра:

Язык
Стенки влагалища
Внутренний листок крайней плоти
Шейка матки

733. Окончанием второго периода сифилиса знаменует:

Исчезновение розеолы
Появление бугорков
исчезновение полиаденита
Заживление твердого шанкра

734. Первичный серопозитивный период сифилиса начинается с:

Появление твердого шанкра
Позитивации КСР
Появления генерализованных высыпаний.
Позитивации РИФ

735. В клинику поступил больной с жалобами на высыпание на головке полового члена. При осмотре: на головке полового члена имеется безболезненная язва размером до 1,5 см в диаметре без островоспалительных явлений, правильных округлых очертаний, с четкими границами, приподнятая над окружающими здоровыми тканями. Дно язвы гладкое, блестящее, мясо-красного цвета; края пологие (блюдцеобразные); скудное серозное отделяемое; в основании - «хрящевидный» плотноэластический инфильтрат. Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон примерно до 1 см в диаметре. Укажите клинический диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Вторичный сифилис
Третичный сифилис

736. Твердый шанкр может локализоваться на любом участке кожи и слизистых, но реже всего он встречается на:

Внутреннем листке крайней плоти
Стенках влагалища
Шейке матки
Лобке

737. Дерматовенерологом осмотрен мужчина, 22 лет. При осмотре: на внутреннем листке крайней плоти и на головке полового члена выявлены множественные (7) безболезненные язвы размерами от 4 мм до 1 см в диаметре правильных округлых очертаний с валикообразными краями, дном мясо-красного цвета, хрящевидным инфильтратом в основании. Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Укажите клинический диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Шанкриформная пиодермия
Вторичный сифилис

738. Для клинической картины первичного сифилиса характерно:

Папулы ладоней и подошв
Регионарный лимфаденит
Эритематозная ангина, рубцующийся твердый шанкр
Лабиринтная глухота

739. Первичный период сифилиса начинается с:

Внедрения бледной трепонемы в организм
Появления твердого шанкра
Позитивации КСР

Регионарного лимфаденита

740. Укажите осложнения твердого шанкра:
Гангренозный шанкр
Фагеденизм
Шанкр-панариций
Индуративный отек

741. На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 19 лет. Жалобы на наличие безболезненной язвы. При осмотре: на внутренней поверхности нижней губы слева расположена язва диаметром 0,7 см, имеющая четкие округлые очертания, приподнятые края, дно красного цвета с небольшим белесоватым налетом. При пальпации в основании определяется хрящевидное уплотнение, не выходящее за пределы язвы, болезненность отсутствует. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 2 см, имеют плотноэластическую консистенцию, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. При исследовании положительная микрореакция на сифилис (4+). Укажите клинический диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Вторичный сифилис
Третичный сифилис

742. На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 19 лет. Жалобы на наличие безболезненных язв на нижней губе и на большой половой губе справа. При осмотре: на внутренней поверхности нижней губы слева и на гребне большой половой губы справа расположены 2 язвы диаметром 0,7 см и 1,0 см соответственно, имеющие четкие округлые очертания, приподнятые края, дно красного цвета с небольшим белесоватым налетом. При пальпации в основании обоих элементов определяется хрящевидное уплотнение, не выходящее за пределы язв, болезненность отсутствует. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 2 см, имеют плотноэластическую консистенцию, безболезненные, не спаянные между собой. Укажите какая разновидность твердого шанкра указана в описании?

Последовательные
Биполярный
Шанкр-отпечаток
Гигантский

743. На приеме у дерматолога женщина 25 лет, жалобы на высыпания на гениталиях. При осмотре: на внутренней поверхности малых половых губ имеются 4 симметрично расположенные, округлые, безболезненные эрозии диаметром около 1 см с ярко-красным лакированным дном. В их основании определяется плотноэластический инфильтрат. Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. Укажите предположительный диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Шанкриформная пиодермия
Вторичный сифилис

744. К разновидностям типичного твердого шанкра не относятся:

Гигантский шанкр
Шанкр-панариций
Экстрагенитальный шанкр
Биполярный шанкр

745. Какой препарат применяют для очищения поверхности твердого шанкра перед исследованием на бледную трепонему?

2% раствор борной кислоты
0,9% раствор хлорида натрия
0,02% раствор фурацилина
10% раствор хлорида натрия

746. На прием к дерматологу обратился мужчина, 25 лет, с жалобами на наличие язвы на половом члене. Считает себя больным 3 недели. Заболевание развилось после случайной половой связи в командировке около 2-х месяцев назад. Объективно: на внутренней поверхности крайней плоти располагается безболезненная округлая язва до 1,0 см в диаметре, с поднятыми краями и мясо-красным дном. В основании пальпируется хрящевидный инфильтрат. Паховые лимфатические узлы имеют размеры 0,7х0,7 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. Укажите предположительный клинический диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Шанкриформная пиодермия
Вторичный сифилис

747. Укажите признаки, характерные для неосложненного твердого шанкра:

Болезненность
Блюдцеобразные края
Подрытые края
Полициклические очертания

748. Первичный период сифилиса заканчивается с:

Развитием полиаденита
Появлением розеолезной сыпи
Рубцеванием твердого шанкра
Позитивацией РИБТ

749. При первичном сифилисе бледная трепонема может быть обнаружена:

В спинномозговой жидкости
При исследовании в темном поле тканевого сока шанкра
В сперме
В слюне

750. Твердый шанкр следует дифференцировать с всеми заболеваниями кроме:

Плоскоклеточным раком

Красным плоским лишаем
Простым герпесом
Шанкроидом

751. Какой признак не относятся к осложнениям твердого шанкра?

Баланит
Лихенификация
Фагеденизация
Гангренизация

752. Каким морфологическим элементом представлен твердый шанкр:

Везикула
Язва
Бугорок
Пятно

753. Больная, 23 лет. Обратилась к оториноларингологу по поводу неприятных ощущений в горле. Объективно: миндалина слева увеличена, слегка гиперемирована, «лакуны» отсутствуют, островоспалительных явлений нет. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены до размеров фасоли, плотноэластической консистенции, имеют овоидную форму, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, при пальпации слегка пружинят. Температура тела нормальная. Субъективно без особенностей. В течение недели улучшения не наступило. В анамнезе – интимные связи с малознакомыми мужчинами. О каком заболевании идет речь?

Катаральная ангина
Шанкр-амигдалит
Эритематозная сифилитическая ангина
Фолликулярная ангина

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

Твердый шанкр
Сифилитическая ангина
Отрицательный комплекс серологических реакций (КСР)
Лимфангит

755. Для типичного твердого шанкра не характерны:

Правильные округлые или овальные очертания
Обильное серозное отделяемое
Гладкое, блестящее дно
Безболезненность

756. На приём к врачу-дерматологу обратился мужчина 32 лет, у которого несколько дней назад появилась сыпь на туловище без субъективных ощущений. При осмотре на коже туловища обильная, беспорядочно расположенная, мелкая, розеолёзная сыпь и многочисленные лентикулярные папулы розового цвета, с чёткими границами, округлых очертаний. В заголовочной борозде полового члена — эпителизирующаяся эрозия с

пластинчатым инфильтратом в основании. Раньше больной ничем не болел и не лечился. 3 месяца назад была случайная половая связь с малознакомой женщиной. Укажите наиболее вероятный клинический диагноз?

Розовый лишай Жильбера
Вторичный сифилис
Разноцветный лишай
Первичный сифилис

757. К разновидностям типичного твердого шанкра относятся все кроме:

Щелевидный шанкр
Шанкр-панариций
Карликовый шанкр
Шанкр-отпечаток

758. Для обнаружения бледных трепонем применяется:

Окраска метиленовым синим
Исследование нативных препаратов в темном поле
Серебрение по Морозову
Культивирование на питательных средах

760. Какие из перечисленных проявлений не относятся к осложнениям твердого шанкра:

Фимоз
Вульвовагинит
Индуративный отек
Баланопостит
Фагеденизм

761. Для типичного твердого шанкра характерно:

Обильное серозное отделяемое
Экстрагенитальная локализация
Полициклические очертания
Болезненность

762. В первичном периоде сифилиса остаются отрицательными:
КСР
РИБТ
РПГА
РИФ

763. К врачу дерматологк обратилась женщина 30 лет, у которой 4 дня назад на коже туловища и конечностей появилась сыпь. Из анамнеза удалось выяснить, что в течение полутора месяцев у неё на языке существует «язвочка», которая субъективно никак её не беспокоит. Общее состояние больной хорошее, температура 36,6о С. При осмотре на туловище и руках обнаружены многочисленные, беспорядочно расположенные папулы, округлых очертаний, диаметром до 0,7 см. Консистенция папул плотноэластическая, окраска синюшно-красная с буроватым оттенком. Поверхность свежих папул гладкая, старые

папулы покрыты тонкими чешуйками. Субъективные ощущения отсутствуют. Укажите наиболее вероятный клинический диагноз?

Каплевидный псориаз
Вторичный сифилис
Контагиозный моллюск
Первичный сифилис

764. Регионарный лимфаденит при первичном сифилисе характеризуется следующими клиническими признаками кроме:

Лимфоузлы подвижны
Лимфоузлы спаяны между собой
Кожа над лимфоузлами не изменена
Лимфоузлы плотной консистенции

765. Клиническая картина первичного периода сифилиса характеризуется следующими признаками кроме:

Твердым шанкром
Розеолезной сыпью на туловище
Регионарным лимфаденитом
Специфический полиаденит

766. Для подтверждения диагноза первичного сиифлиса применяются все методики кроме:

Комплекс серологических реакций (КСР)
Исследование спинномозговой жидкости
Исследование тканевой жидкости эрозивно-язвенных поражений на бледную трепонему
Исследование пунктата регионарных лимфоузлов на бледную трепонему

767. Укажите атипичную форму твердого шанкра:
Гигантский шанкр
Индуративный отек
Гангренозный шанкр
“Целующийся” шанкр

768. Следующие нижеперечисленные признаки характерны для типичного твердого шанкра:

Полициклические очертания
Скудное серозное отделяемое
Подрытые края
Дно эрозии или язвы заполнено гнойно-невротическими массами

769. У больных первичным сифилисом не бывает:

Шанкра-панариция
Алопеции
Регионарного лимфаденита
Индуративного отека

770. На приём к врачу-дерматологу обратился мужчина 23 лет, с жалобами на сыпь не сопровождающуюся субъективными ощущениями. При осмотре на боковых поверхностях туловища – обильная, пятнистая, беспорядочно расположенная сыпь. Пятна округлых очертаний величиной от чечевицы до ногтя мизинца. Поверхность пятен гладкая, шелушения нет. При осмотре слизистых полости рта – эритематозная ангина. На кожной складке слева от ануса — линейная, безболезненная эрозия эрозия. Самочувствие больного удовлетворительное, по органам патологии не выявлено. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад имел гомосексуальный контакт с малознакомым партнером. Укажите наиболее вероятный клинический диагноз?

Каплевидный псориаз
Вторичный сифилис
Контагиозный моллюск
Первичный сифилис

771. Для регионарного сифилитического лимфаденита характерны:

Болезненность лимфоузлов
Плотно-эластическая консистенция лимфоузлов
“Деревянистая” консистенция лимфоузлов
Воспаление кожи над лимфоузлами

772. Для исключения или подтверждения диагноза первичного сифилиса применяют все кроме:
Комплекс серологических реакций
Посев крови на бледную трепонему
Исследование пунктата регионарных лимфоузлов на бледную трепонему
Исследование тканевой жидкости эрозивно-язвенных поражений на бледную трепонему

773 .Укажите заболевание, с которыми не следует проводить дифференциальный диагноз папулезного сифилида:

Псориаз
Розовый лишай
Остроконечные кондиломы
Красный плоский лишай
Геморрой

774. У женщины, 26 лет, на боковых и задней поверхностях шеи— гипохромные пятна, округлые, расположенные в виде кружева и не имеющие тенденцию к слиянию. Пятна не шелушатся, воспалительные явления отсутствуют. Проба с 5% спиртовым раствором йода - отрицательная. Больная отме¬чает, что в последнее время у нее поредели волосы в области висков. При обследовании соматической патологии не обнаружено. О каком заболевании можно думать в первую очередь?

Отрубевидный лишай
Вторичный сифилис
Третичный сифилис
Розовый лишай

775. На коже у больных вторичным сифилисом могут встречаться следующие высыпания кроме:

Сосудистые воспалительные пятна
Сосудистые невоспалительные пятна
Пигментные пятна
Папулы
Пустулы

776. Укажите заболевание, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз пустулезного сифилида:

Красный плоский лишай
Вульгарная эктима
Розовый лишай Жильбера
Вульгарная пузырчатка

777. Для высыпаний при вторичном сифилисе характерно:

Наличие островоспалительных явлений
Самопроизвольное исчезновение
Фиолетовый оттенок высыпаний
Болезненность

778. На прием к дерматовенерологу обратился больной, 37 лет, с жалобами на неприятные ощущения в области заднего прохода в течение последних 2 недель. Лечение марганцевыми ванночками, которые больной применял самостоятельно, эффекта не дало. При осмотре: в перианальной области имеются гипертрофические папулы с влажной, местами мацерированной поверхностью. Кроме этого, обнаружены папулы на ладонях и подошвах, мелкоочаговое облысение на голове и слабо выраженный полиаденит. О каком заболевании можно думать в первую очередь?
Остроконечные кондиломы
Вторичный сифилис
Первичный сифилис
Геморрой

779. Эритематозная сифилитическая ангина характеризуется:

Болезненностью
Резкими границами
Яркой гиперемией
Отсутствием островоспалительных явлений
Наличием гнойных пробок

780. О возможном наличии у больного вторичного рецидивного сифилиса свидетельствуют все ниже перечисленное, кроме:

Осиплость голоса
Остатки твердого шанкра
Лейкодерма
Широкие кондиломы

781. Из высыпаний вторичного сифилиса заразными являются:

Сифилитическая алопеция
Широкие кондиломы вокруг ануса
Лейкодерма шеи
Роговые папулы ладоней и подошв

782. С какими заболеваниями следует дифференцировать сифилитическую розеолу:

Псориазом
Розовым лишаем
Микроспорией
Герпетиформным дерматитом Дюринга

783. Для вторичного свежего сифилиса характерны:

Алопеция, папулы ладоней и подошв
Остатки твердого шанкра, обильная розеола
Лейкодерма, необильная розеола
Папулы ладоней и подошв, широкие кондиломы.

784. Папулезные высыпания при вторичном сифилисе бывают:

Акнеформные
Вегетирующие
Угревидные
Отечные

785. Сифилиды при вторичном сифилисе имеют следующие признаки кроме:

В элементах отсутствуют признаки острого воспаления
Высыпания сопровождаются субъективными ощущениями
Высыпаниям свойствен конформизм
Возможно самопроизвольное исчезновение высыпаний

786. Папулезные высыпания при вторичном сифилисе имеют следующие разновидности кроме:

Лентикулярные
Импетигинозные
Себорейные
Широкие кондиломы

787. Пустулезные высыпания при вторичном сифилисе имеют следующие разновидности кроме:

Оспенновидные
Сифилитическая гумма
Сифилитическая рупия
Сифилитическая эктима

788. Вторичный период сифилиса начинается с:

Появления твердого шанкра
Появление генерализованных высыпаний
Появления регионарного лимфаденита
Исчезновения твердого шанкра

789. При вторичном сифилисе могут поражаться следующие внутренние органы и системы кроме:

Костно-суставная система
Эндокринная система
Нервная система
Печень

790. Вторичный период сифилиса начинается от момента заражения в среднем через:

Одну-две недели
Два-три месяца
Один год
Два-четыре года

791. К клиническим симптомам вторичного свежего сифилиса относятся все кроме:

Обильная розеола
Лейкодерма
Выраженный регионарный лимфаденит
Полиаденит

792 К клиническим симптомам вторичного рецидивного сифилиса относятся

Лифаденит
Алопеция
Твердый шанкр
Лимфангит

793. К проявлениям вторичного сифилиса относятся:

Бугорковый сифилид
Пятнистый сифилид
Гуммозный сифилид
Фагеденизм

794. Для сифилитической эритематозной ангины характерно:

Разлитая ярко-красная эритема
Застойная эритема с четкими границами
Резкая болезненность
Болезненность

795. Сифилитическая осиплость голоса обусловлена:

Бугорковым сифилидом

Папулезным сифилидом
Пустулезным сифилидом
Пигментным сифилидом

796. К клиническим симптомам первичного сифилиса относятся

Розеола
Регионарный лимфангит
Полиаденит
Алопеция

797. Окончанием вторичного периода сифилиса является:

Исчезновение розеолы
Появление бугорков
Исчезновение папул
Исчезновение полиаденита

798. Вторичный период сифилиса в среднем длится:

Две-четыре декады
Два-четыре года
Два-четыре месяца
Два-четыре десятилетия

799. Розеола вторичного свежего сифилиса характеризуется:

Крупными размерами
Обилием высыпаний
Насыщенным медным цветом
Небольшим количеством высыпаний

800. Розеола вторичного рецидивного сифилиса характеризуется:

Мелкими размерами
Крупными размерами
Наличие у больного отцветающего твердого шанкра
Обильные высыпания.

801. У больного с язвенным дефектом на головке полового члена при исследовании тканевого сока язвы в темном поле микроскопа обнаружены спиралевидные микроорганизмы с 10-14 завитками, обладающие подвижностью, совершающие 4 основных вида движений: поступательное, вращательное, сгибательное и волнообразное. Плохо окрашиваются анилиновыми красителями в розовый цвет. Какой микроорганизм обнаружен в тканевом соке язвы?

Па́лочка Ха́нсена
Treponema pallidum pallidum
Treponema pallidum endemicum
Treponema pallidum pertenue

802. Клинические проявления третичного сифилиса характеризуются следующими признаками:

Мелкоочаговое облысение
Сгруппированные бугорки
Сифилитический насморк
Обильная розеолезная сыпь туловища

803. Третичный период сифилиса развивается:

На 1-году заболевания;
На 3-4-м году заболевания;
На 5-м году заболевания;
На 10-м году заболевания:
На 20-м году заболевания

804. Третичный сифилис продолжается:

2 месяца;
Неопределенно долго;
5 лет;
5-10 лет

805. При подозрении на третичный сифилис, пациенту необходимо провести исследования на трепонемные и нетрепонемные тесты:

Лимфы;
Спинномозговой жидкости;
Смывов с кожных покровов;
Кала

806. Какой рубец образуется после разрешения бугоркового сифилида:
Штампованный
Мозаичный;
Звездчатый;
Мостовидный;

807. С какими заболеваниями следует дифференцировать бугорковый сифилид:

Псориазом;
Папулонекротическим туберкулёзом;
Контагиозным молюском;
Туберкулезной волчанкой

808. Какой морфологический элемент представляет собой гумма:

Узелок
Узел;
Бугорок;
Эктима;

809. Профилактическое лечение проводят:

Медработникам венерологических стационаров
Беременным, болевшим сифилисом, но не снятым с учета.
Женщинам занимающихся коммерческим сексом;
Наркоманам

810. Пробное лечение проводят:

При первичном серонегативном сифилисе
При позднем активном сифилисе с отрицательными сероreакциями;
В инкубационном периоде сифилиса
При повторном заражении сифилисом

811. Абсолютными противопоказаниями для назначения антибиотиков пенициллинового ряда являются:

Атопическийц дерматит
Анафилактический шок на пенициллин в анамнезе
Бронхиальная астма;
Истинная экзема;

812. Противопоказаниями для проведения лечения антибиотиками пенициллинового ряда являются:

Беременность
Наличие аллергии к этим препаратам
Поллиноз;
Язвенная болезнь желудка;
813. На начало специфического лечения при ранних формах сифилиса возможна реакция:

Бальзера
Герксгеймера-Лукашенко;
Бенье-Мещерского;
Никольского;

814. Какие проявления раннего врожденного сифилиса приводят к образованию рубцов Робинсона-Фурнье:

Сифилитическая пузырчатка
Диффузные инфильтрации Гохзингера
Лабиринтная глухота
Паренхиматозный кератит

815. Для сифилитической пузырчатки характерны клинические признаки, кроме:

Плотный папулезный инфильтрат в основании пузырей
Болезненность пузырей
Полость пузырей заполнена гнойно-серозным содержимым
Безболезненность пузырей

816. Укажите возраст ребенка, у которого может быть диагностирован поздний врожденный сифилис:

6 месяцев
Старше 4 года
12 месяцев
1 год

817. Отметьте положение, противоречащее диагнозу позднего врожденного сифилиса:

Наличие скрытого серопозитивного сифилиса у матери
Большое число бледных трепонем в сифилидах
Положительная РПГА у ребенка
Поздний выкидыш в акушерском анамнезе у матери

818. Укажите признак, характерный для сифилитической пузырчатки:

Болезненность высыпаний
Серозные пузыри с плотно-эластическим инфильтратом в основании
Краевой симптом Никольского у пузырей
Возникновение пузырей в 5 месячном возрасте

819. Отметьте признаки дистрофии зубов, характерных для «зубов Гетчинсона»:

Наличие дополнительного бугорка на больших коренных зубах
Бочкообразная или долотообразная форма резцов
Почкообразный большой коренной зуб
Клык, напоминающий зуб щуки

820. Назовите пути инфицирования при врожденном сифилисе:

Половой
Через пораженную плаценту
Бытовой
При прохождении плода через родовые пути матери

821. Перечислите виды деформаций носа при позднем врожденном сифилисе:

Нос в виде «лорнетки»
«Козлиный или бараний» нос
«Острый» нос
Нос «боксера»

822. Укажите теорию передачи врожденного сифилиса:

Герменативная теория
Плацентарная теория
Относительная теория
Генетическая теория

823. Поздний выкидыш при врожденном сифилисе это:

Самопроизвольное прекращение беременности на 1 месяце
Самопроизвольное прекращение беременности на 5-7 месяце
Самопроизвольное прекращение беременности на 8 месяце
Самопроизвольное прекращение беременности на 9 месяце

824. Преждевременное мертворождение при врожденном сифилисе это:

Самопроизвольное прекращение беременности на 1 месяце
Самопроизвольное прекращение беременности на 8 месяце
Самопроизвольное прекращение беременности на 3 месяце
Самопроизвольное прекращение беременности на 5 месяце

825. Почкообразный зуб Муна при позднем врожденном сифилисе это:

Бочкообразные верхние медиальные резцы
Один бугорок на первом большом коренном зубе
Острый клык, в виде иглы
Пятый добавочный бугорок на больших коренных зубах

826. Щучий зуб Фурнье при позднем врожденном сифилисе -это:

Бочкообразные верхние медиальные резцы
Острый клык в виде иглы
Выемка по свободному краю верхних медиальных резцов
Один бугорок на первом большом коренном зубе

827. Признак Авситидийского при позднем врожденном сифилисе это:

Выдающиеся лобные дуги
Утолщение грудного конца ключицы
Низкий рост волос
Широко расставленные резцы

828. Инфантильный мизинец при позднем врожденном сифилисе это:

Отсутствие мизинца
Очень короткий мизинец
Шестой добавочный мизинец
Деформация ногтей на мизинцах

829. Аксифоидия Кейра при позднем врожденном сифилисе это:

Утолщение грудного конца ключицы
Отсутствие мечевидного отростка
Низкий рост волос
Широко расставленные резцы

830. Диастема Гоше при позднем врожденном сифилисе это:

Бочкообразные верхние медиальные резцы
Широко расставленные резцы
Один бугорок на первом большом коренном зубе

Пятый добавочный бугорок на больших коренных зубах

831. Основными противосифилитическими средствами в лечении врожденного сифилиса являются:

Глюкокортикостероиды
Антибиотики пенициллинового ряда
Противомалярийные препараты
Препараты йода

832. Особенностями течения сифилитической инфекции у больных ВИЧ является:

Безболезненность твердого шанкра
Болезненность твердого шанкра
Мономорфная сыпь вторичного периода
Удлинение течения периодов сифилиса

833. Заподозрить ВИЧ-инфекцию необходимо, если выявляется:

Псориаз
Саркома Капоши у лиц молодого возраста.
Атопический дерматит;
Красный плоский лишай;

834. Возбудитель гонореи:

Chlamydiatrachomatis
Neisseriagonorrhoeae
Treponemapallidum
Mycoplasmagenitalium

835. Структуры, способствующие быстрой фиксации гонококка на поверхности эпителиальных клеток:
Трехслойная оболочка
Протеин II
L-форма гонококка
Нуклеотид

836. Время проникновения гонококка внутрь эпителиальных клеток

1-6 часов
24-48 часов
6-12 часов
более 48 часов

837. Признаки острой гонореи у женщин:

Боли внизу живота
Вагинальные выделения гнойного или слизисто-гнойного характера
Нерегулярные и обильные менструации
Симптомы общей интоксикации

838. Сроки взятия отделяемого уретры:

Сразу после мочеиспускания
Не менее чем через 3-4 часа после мочеиспускания.
Через 30 минут после мочеиспускания
Через 1-2 часа после мочеиспускания.

839. Наиболее эффективны для лечение гонореи:

Иммунные препараты
Фторхинолоны
Глюкоортикостероиды
Пенициллины

840. Контроль излеченности гонококковой инфекции проводится на:

На 14-й день после окончания лечения трехкратная бактериоскопия
На 14-й день после окончания лечения трехкратная бактериоскопия и однократное культуральное исследование.
На 14-й день после окончания лечения однократная бактериоскопия.
На 7-й день после окончания лечения однократная бактериоскопия.

841. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является:

Ассоциация с хламидиями
Ассоциация с трихомонадами
Ассоциация с кандидой
Моноинфекция.

842. Возбудителем трихомониаза является:

Trichomonashominis
Trichomonasvaginalis
Trichomonasintestinalis.
Trichomonaselongata

843. Средняя длительность инкубационного периода при трихомониазе:

5-7 дней
10-12 дней
10-20 дней
20-30 дней

844.Препараты выбора для лечения трихомониаза:

Цефалоспорин
Метранидозол.
Цефексим
Пенициллин.

845. Наиболее частая причина негонококковых уретритов у мужчин и воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин:

Инфицирование трихомонадами
Инфицирование Chlamydiatrachomatis.
Инфицирование Ureaplasmaspp.
Инфицирование Candidaalbicans.

846. Какие серотипы C. trachomatisявляются возбудителями урогенительного хламидиоза:

Серотипы A,B
Серотипы D-K
Серотипы L1-L3
Серотипы N-P.

847. Ретикулярные тельца C.trachomatis необходимы для:

Адаптированы к внеклеточному выживанию
Форма внутриклеточного существования возбудителя.
Мало подвержены действию антибиотиков.
Являются инфекционной формой возбудителя.

848. Длительность цикла развития C.trachomatis:

30-33 часа
48-72 часа.
6-12 часов.
5-7 дней.

849. Инкубационный период хламидийного уретрита составляет:

7-10 дней.
14-21 день.
1-7 дней.
10-14 дней.

850. Диагностика хламидийной инфекции основывается на:

Микроскопическое исследование с окраской по Романовскому-Гимзе.
ПЦР-диагностика.
Прямая иммунофлюорисценция.
Темнопольная микроскопия.

851. К наиболее токсичным металлам относят все, кроме

Мышьяк
Натрий
Ртуть
Таллий

852. К профессиональным стигмам (приметам) не относят

Окрашивание
Пузыри

Омозолелости
Производственные загрязнения

853. К источникам мышьяка не относят

Яды от грызунов
Антибиотики
Растворы для изготовления стекла
Фунгициды

854. Хроническое отравление мышьяком на коже и придатках не сопровождается

эритродермией
Пузырями
себорейным дерматитом,
появлением линии Aldrich — Mees на ногтях

855. К профессиональным инфекционным дерматозам не относят

Эризипелоид
Гангренозную пиодермию
Паравакцинию,
Микозы,

856. Наиболее частыми профессиональными дерматозами являются

Профдерматозы от физических причин
Профдерматозы химической природы
Профдерматозы от биологических причин
Паразитарные дерматозы

857. К первичным облигатным химическим раздражителям не относят

концентрированные кислоты, щелочи
фотодинамики (фурокумариновые)
детергенты,
органические растворители

858. Факультативными первичными раздражителями являются все, кроме

нефтепродукты
концентрированная серная кислота
смолы
фурокумариновые (фотодинамики)

859. Стадии контактного простого дерматита все, кроме

Эритематозная
Папулезная
Буллезная
Эрозивно-некротическая

860. Частые физические факторы профдерматозов все, кроме

Температурные факторы
Trichofiton mentagrophytes
Инсоляция
Ионизирующее излучение

861. Хроническое поражение холодом все перечисленное, кроме

Ознобление (холодовой панникулит)
Буллезный эпидермолиз
Криоглобулинемическая пурпура
Холодовая крапивница

862. Пациент жалуется на высыпания в области подбородка в течение нескольких месяцев, зуд. Связывает с работой пастухом на дальних пастбищах. О каком заболевании вероятно может идти речь?

Псориаз
Паразитарный сикоз
Вульгарный сикоз
Микробная экзема

863. Профилактика профессиональных дерматозов включает

Санитарно-технические мероприятия
Обсервация
Санитарно-гигиенические мероприятия
Индивидуальные меры защиты

864. Профессиональные дерматозы, обусловленные воздействием углеводородов все, кроме

фолликулиты (акне)
буллезное импетиго
токсическая меланодермия
ограниченная кератодермия

865. Какое заболевание связывают с воздействием некоторых фенолов и в производстве смол:

Приобретенный буллезный эпидермолиз
Профессиональное витилиго
Бляшечная скдеродермия
Мастоцитоз

866. Ознобление (холодовой панникулит) чаще бывает у этих специалистов, кроме

строители, охранники
учитель
рыбаки, моряки,
военные (траншейная стопа)

867. Для эпидермоза характерно всё, кроме

выраженная сухость с наличием умеренного шелушения
язвенные дефекты
поверхностные трещины
легкая гиперемия

868. При оценке вибрационной болезни, различают вибрации:

локальные (от ручных инструментов)
Периодические
общие (от станков, оборудования, движущихся машин)
комбинированные (влияние общей и локальной вибрации при виброуплотнении бетона)

869. Какой синдром превалирует при вибрационной болезни?

Синдром Бехчета
Синдром Рейно
Синдром Вегенера,
Синдром Вебера-Крисчена

870. Какая длительность воздействия вибрации позволяет заподозрить вибрационную болезнь:

От 1 месяца
Не менее 3 - 5 лет
От 1 недели
Более полугода

871. Синонимами вибрационной болезни являются все, кроме:

синдром белых пальцев
синдром лучезапястного канала
псевдо-Рейно болезнь,
сосудоспастическая болезнь руки от травм

872. Наиболее частая локализация Эризипелоида

Пальцы стоп
Пальцы кистей рук
Голени
Лицо

873. К особенностям воздействия холода на человека относят-

Период распухания
Скрытый дореактивный период
Период болей
Период пузырей

874. Воздействие на организм низких температур приводит к следующим изменениям, кроме

расстройству кровообращения
появления бугорков
длительному спазму сосудов,
гипоксии и некрозу тканей

875. Скрытый дореактивный период при воздействии холода на человека проявляется во всех признаках, кроме

бледность кожи
появление сухой гангрены
парестезия,
нарушение чувствительности кожи

876. Стадии развития токсической меланодермии, кроме

стадия гиперемии (эритродермии), пигментации
стадия желтухи
стадия фолликулярного гиперкератоза и шелушения
стадия пойкилодермии, псевдоатрофии, телеангиэктазии

877. Диагностика профессиональных дерматозов включает все, кроме

Осмотр больного (клинические проявления, локализация, субъективные ощущения)
Исследование функции надпочечников пациента
Выявление профессиональных вредностей на основании санитарно- гигиенической характеристики рабочего места
Дополнительные методы исследования (аллергические, кожные пробы)

878. Профессиональное заболевание кожи это

комбинированные кожные изменения, не имеющие специфических признаков
заболевания кожи, возникающие исключительно от воздействия факторов производственной среды
рассеянная множественная эритемато-папулезная сыпь, не только на открытых, но и закрытых участках кожи
поражение кожи после пребывания на открытом воздухе, после выхода из шахты

879. Для ложной оспы характерно все, кроме

узелковые высыпания на коже кистей, предплечий
тяжелое септическое состояние
у лиц, контактирующих с больными животными
инкубационный период составляет 4-10 дней

880. Возбудителем коровьей оспы является

Trichofiton verrucosum
Параоспенный вирус семейства Poxviridae
Virus Herpes simplex I
Yersinia pestis

881. От кого может заразиться пациент ложной оспой?

От аквариумных рыбок
От крупного рогатого скота
От волнистых попугайчиков
Собак мелких пород

882. Инкубационный период ложной оспы составляет

До 6 месяцев
4-10 дней
3 недели
От 6 месяцев

883. На мясокомбинате при оценке заболеваемости наиболее часто определялись такие заболевания кожи, кроме

Дерматиты
Инфильтративно-нагноительная трихофития
Экземы,
Эризипелоид

884. При работе с эпоксидными смолами к личным средствам защиты относят все, кроме

спецодежды
использование вытяжных шкафов
специальные перчатками
противопылевые респираторы

885. Алопеция может развиваться при производственной интоксикации всем кроме

Талий
Натрий
Мышьяк,
Золото

886. Гингивиты развиваются при интоксикации металлами, кроме
Свинец
Натрий
Висмут
Ртуть

887. Больная 35 лет работает около 7 лет в цеху, где контактирует с синтетическими моющими средствами, парафиновыми соединениями, кислотами, щелочами. Высыпания на кистях сопровождаются зудом, появились около 3х лет назад и, первые два года регрессировали во время отпуска, но появлялись после выхода на работу. Настоящее обострение наиболее сильное и длительное. На коже кистей, предплечий на фоне гиперемии и отечности имеются обильные мелкие везикулы, очаги мокнутия, серозные корочки, по периферии беловатые чешуйки. Зуд. Какое заболевание можно предположить?

Острый псориаз

Профессиональная экзема
Буллезный дерматоз
Герпетическая экзема Капоши

888. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для постановки диагноза профессиональная экзема?

Проба Ядассона
Кожные аллергопробы
Проба Бальцера
Двухстаканная проба

889. Действием химических факторов на производстве обусловлены все дерматозы, кроме

Аллергический дерматит
Эризипелоид
Экзема кистей
Токсическая меланодермия

890. Профессиональные дерматозы характеризуются

Сезонностью
Возникновением и развитием поражения кожи только под воздействием производственных факторов
Наличием данного дерматоза у родственников
Обострением процесса на фоне рецидива Herpes simplex

891. Профессиональные стигмы отличаются от профессиональных дерматозов тем, что:

Приводят к нетрудоспособности
Не мешают трудовой деятельности, а являются защитной, физиологической, приспособительной реакцией кожи в ответ на воздействие вредных производственных факторов
Свидетельствуют о начале развития патологического процесса
Кожные тесты с производственным аллергеном, как правило, положительны

892. Зоофильная (нагноительная трихофития) как профессиональное заболевание может возникать у таких специалистов, кроме

Зоотехники
Комбайнеры
Доярки,
Скотники

893. Профилактика профессиональных дерматозов включает в себя мероприятия, кроме

Технологические и санитаро-технические
Мероприятия обсервационного характера
Санитарно-гигиенические
Средства индивидуальной защиты кожи

894. Производственные вредности, которые могут быть причинами профессиональных дерматозов, это кроме

Химические
Строительная пыль
Физические
Инфекционные

895. Производственные аллергены – соли тяжелых металлов, кроме

Хром
Вольфрам
Никель
Кобальт

896. Для возникновения профессиональных дерматозов неаллкергического характера (токсическая меланодермия, рентгеновский дерматит и др.) необходимо

от 2х до 3х месяцев
5-10 лет и более
не более 1 года
более полугода

897. Один из наиболее характерных признаков профессиональных дерматозов

Сезонность обострений
Улучшение или полное исчезновение после прекращения контакта с производственным раздражителем
Связь с инсоляцией
Связь с переохлаждением
898. На прием обратился мужчина, 47 лет, художник, с жалобами на высыпания на кистях и зуд, беспокоят более 3х месяцев. Признаки заболевания отметил около 6 лет назад. Во время перерывов в работе с масляными красками высыпания полностью исчезали, однако после возобновления – возникали вновь. Кожа кистей и н\3 предплений гиперемирована, отёчна и шелушится. На пальцах кистей везикуляция и очаги мокнутия. О каком заболевании можно думать?

Псориаз Барбера
Профессиональная экзема
Кератодермия Хакс-Хаузена
Кератодермия Унны-Тоста

899. На приём к врачу обратилась девушка 27 лет, медицинская сестра отделения психиатрии острых состояний, с жалобами на высыпания на кистях, предплечьях и лице, существующие более 2х недель. Работает медсестрой в процедурном кабинете около 8 лет, имеет контакт с аминазином и подобными препаратами. Около 6 лет отмечает периодически высыпания на кистях, которые исчезали при переходе на работу с документами или во время отпуска. На коже кистей, предплечьях очаги гиперемии, отека, с везикуляцией, мокнутием и шелушением по краям. Зуд. Предположите диагноз кожного заболевания.

Острая крапивница

Профессиональная экзема
Атопический дерматит
Дисгидроз

900. Больной В., 30 лет, обратился к дерматологу по месту жительства с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, за исключением лица, волосистой части головы, межлопаточной области. При осмотре кожных покровов на переднебоковых поверхностях туловища, животе, груди, ягодицах, верхних и нижних конечностях, а также на половых органах отмечаются множественные папулы, пузырьки, кровянистые корочки, линейные расчесы. Субъективно беспокоит ночной зуд. Ваш диагноз:

Кожный зуд
Чесотка
Педикулез платяной
Атопический дерматит

901. Больной Б., 35 лет, обратился в КВД по месту жительства с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища и кистей. Считает себя больным около 3х недель, когда после командировки появился зуд, преимущественно в вечернее время, а затем пациент заметил высыпания в межпальцевых складках кистей и на туловище. Самостоятельно ничем не лечился. При осмотре кожи живота, груди высыпания представлены множественными папуловезикулами, экскориациями, покрытыми гнойными и геморрагическими корочками. На коже кистей имеются слегка возвышающиеся линии грязно-серого цвета. Ваш диагноз:

Пруриго
Чесотка
Кожный зуд
Вшивость

902. Укажите нехарактерный для чесотки путь заражения:

Во время детских игр
Через животных
Через вещи и предметы общего пользования
Во время полового акта

903. Укажите характерные для чесотки морфологические элементы:

Пятна и чешуйки
Папулы и везикулы
Бугорки и рубцы
Пузыри и эрозии

904. Высыпания при чесотке не локализуются в области:

Боковых поверхностей пальцев кистей
Лица
Половых органов у мужчин
Молочных желез у женщин

905. Назовите патогномоничный признак чесотки:

«Черные точки» волосистой части головы
Слегка возвышающиеся над уровнем неизмененной кожи прямые или извитые линий беловатого, грязно-серого цвета
Серо-голубые пятна округлых или овальных очертаний, не исчезающие при диаскопии
Белые или сероватые точки и полоски папул, которые при смазывании поверхности водой или маслом становятся заметнее

906. У кого наблюдается чесотка «чистоплотных»:

У пожилых
В возрасте 30-40 лет
У детей
У ВИЧ-инфицированных

907. В клинику обратился мужчина, 23 лет, с жалобами на появление распространенных высыпаний, сопровождающихся сильным ночным зудом. Из анамнеза известно, что с детства страдает атопическим дерматитом. До сих пор употребление цитрусовых у него вызывает зуд и высыпания в локтевых сгибах и подколенных ямках. По роду своей профессиональной деятельности пациент является журналистом, часто бывает в командировках. Появление зуда и высыпаний больной связывает с плохими санитарно-гигиеническими условиями в гостинице по месту последней командировки. При осмотре: в межпальцевых складках кистей, на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов, локтях, бедрах и животе имеются многочисленные папуловезикулезные элементы, величиной до 3-4 мм в диаметре, располагающиеся парами, а также точечные и линейные экскориации, в области локтей − точечные кровянистые корочки. Ваш диагноз:

Атопический дерматит
Чесотка
Пруриго
Токсикодермия

908. Какой симптом характерен для чесотки:

Симптом Никольского
Симптом Арди-Горчакова
Симптом Пинкуса
Симптом Бенье-Мещерского

909. Какой признак чесотки является патогномоничным:

Экскориации, кровянистые и гнойные корочки
Чесоточные ходы с типичной локализацией
Аллергические реакции организма
Утолщение кожи сгибательных поверхностей лучезапястных суставов

910. Ночной зуд характерен для:

Экземы
Чесотки
Токсикодермии
Атопического дерматита

91. Чем обусловлена клиническая картина так называемой «чесотки без ходов»:

Заражение происходит яйцами чесоточного клеща
Заражение происходит личинками чесоточного клеща
Отсутствие зуда
Множественные высыпания

912. Цикл развития чесоточного клеща от яйца до взрослой особи составляет:

3-4 дня
Около 2х недель
Около 2х месяцев
20-40 дней

913. Длительность жизни клещей в коже составляет:

3-4 дня
Около 2х месяцев
20-40 дней
Около 2х недель

914. Для неосложненной чесотки характерен следующий признак:

Инфильтрация в очагах поражения
Чесоточные ходы
Сгибательная лихенификация
Болезненность кожных покровов

915. Какую функцию в развитии чесотки выполняют так называемые «вентиляционные шахты»:

Способствуют уменьшению гиперкератоза
Уменьшают сухость кожи
Обеспечивают доступ воздуха к отложенным яйцам
Являются выходом для самца чесоточного клеща

916. Какое утверждение в отношении норвежской чесотки неверно:

Кожный процесс создает картину сплошного рогового панциря
Представляет географическую разновидность обычной чесотки
Высыпания локализуются в области кистей, стоп, ушных раковин, волосистой части головы, лица, шеи, разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей
Очень контагиозная форма, у контактных лиц развивается типичная чесотка

917. Какое утверждение в отношении норвежской чесотки неверно:

Развивается на фоне тяжелого иммунодефицита
В основе патогенеза лежит реактивная гиперплазия лимфоидной ткани на внедрение чесоточного клеща
У лиц с психическими заболеваниями
Зуд слабый или полностью отсутствует

918. Причина отсутствия чесоточных ходов на лице у взрослых:

Соблюдение гигиенических процедур
Закупорка «вентиляционных пор» чесоточных ходов кожным салом, что приводит к гибели клеща
Усиленная васкуляризация кожи лица
Влияние климатических факторов на открытые участки кожного покров

919. Для чесотки у детей грудного возраста характерны все признаки, кроме:

Экссудативного характера сыпи (отечные папулы, волдыри, эритема с инфильтрацией)
Отсутствия высыпаний на ладонях и подошвах
Поражения лица, шеи, волосистой части головы
Поражения ногтевых пластинок

920. В клинику обратился молодой человек с жалобами сильно зудящие, плотные на ощупь высыпания в области живота, ягодиц и мошонки. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной лечился по поводу чесотки 20% эмульсией бензилбензоата. Однако, после окончания лечения зуд продолжал сохраняться, а через месяц в местах первых высыпаний появились уплотнения. Лечился по рекомендации дерматолога кортикостероидными мазями без эффекта. При осмотре: на коже вышеуказанных областей отмечаются папулы округлых очертаний, синюшно-розового цвета, размером до 1 см в диаметре, с гладкой поверхностью, плотной консистенции, сопровождающиеся мучительным зудом. Ваш предположительный диагноз:

Узловатая почесуха
Постскабиозная лимфоплазия
Папулезные сифилиды
Педикулез

921. Что является входными воротами для пиогенной инфекции при чесотке:

Чесоточные ходы
Экскориации
«Вентиляционные шахты»
Волосяные фолликулы

922. В каком слое кожи самка клеща прокладывает чесоточный ход:

В шиповатом
В роговом
В зернистом
В блестящем

923. Какой эпидемиологический критерий не характерен для типичной чесотки:

Наличие заболевания у контактных лиц (в семье, коллективе)
Контакт с больным животным
Случаи самостоятельного лечения противочесоточными препаратами
Отсутствие эффекта от проведенного ранее лечения антигистаминными, десенсибилизирующими средствами, глюкокортикостероидными мазями

924. Какой лабораторный метод не требуется проводить больному чесоткой для подтверждения клинического диагноза:

Микроскопическое исследование нативного препарата
Определение IgE в сыворотке крови
Метод прокрашивания анилиновыми красителями
Дерматоскопия

925. Для чесотки, вызванной паразитами животных, не характерно:

Локализация высыпаний соответствует тем участкам кожи, к которым прикасались больные животные
Множество чесоточных ходов
Устранение источника заражения в большинстве случаев способствует самоизлечению
Инкубационный период длится всего несколько часов

926. С каким дерматозом нет необходимости проводить дифференциальную диагностику чесотки:

Кожный зуд
Розовый лишай
Пруриго
Атопический дерматит

927. Укажите неверный принцип обработки больных чесоткой:

В вечернее время
Ежедневная смена нательного и постельного белья
Обработка всего кожного покрова, за исключением головы
Скабициды нужно втирать голыми руками

928. В качестве местной терапии неосложненной чесотки используют все, кроме:

20% эмульсия бензилбензоата
2% салициловая мазь
33% серная мазь
Аэрозоль «Спрегаль»

929. В качестве лечения постскабиозной лимфоплазии все, кроме:

Топические глюкокортикостероиды под окклюзию
Антибиотики широкого спектра действия
Внутриочаговое введение системных глюкокортикостероидов
Фонофорез

930. Какое утверждение в отношении профилактики чесотки неверно:

Ранняя диагностика и активное выявление больных чесоткой при профилактических осмотрах, обращении в поликлиники или госпитализации в лечебно-профилактические учреждения любого профиля
При выявлении случая заболевания в соматическом отделении требуется срочный перевод пациента в специализированное дерматологическое отделение (стационар)

Одновременное лечение всех находившихся в контакте с больным лиц
Своевременная тщательная дезинфекция одежды, нательного и постельного белья

931. Обработка по методу Демьяновича включает в себя одно из нижеперечисленных средств:

10% эмульсия бензилбензоата
60% раствор тиосульфата натрия
20% эмульсия бензилбензоата
1% раствор ламизила в форме спрея

932. Симптом Арди-Горчакова — это:

Кровянистые корочки и импетигинозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец
Гнойные и кровянистые корочки в области локтевых суставов
Обнаружение чесоточного хода в виде легкого полосовидного возвышения при пальпации
Экскориации вследствие расчесов

933. В клинику обратился молодой мужчина с жалобами на наличие зудящих высыпаний в области лобка, которые появились через несколько дней после полового акта. При осмотре: на коже в области лобка определяются серовато-бурые точки у корня волос, мелкие, беловатые, очень плотные узелки, а также серо-голубые пятна округлых очертаний, диаметром до 1 см. Ваш диагноз:

Чесотка
Лобковый педикулез
Герпес генитальный
Контагиозный моллюск

934. Что не характерно для платяного педикулеза:

Множественные высыпания
Ночной зуд
Поражение участков кожи, тесно соприкасающиеся с одеждой
Папулы на местах укусов

935. Патогномоничный признак фтириаза:

Слегка возвышающиеся над уровнем неизмененной кожи прямые или извитые линий беловатого, грязно-серого цвета
Серо-голубые пятна округлых или овальных очертаний, не исчезающие при диаскопии
«Черные точки» волос
Гиперпигментация по типу меланодермии (кожа грязно-серого цвета)

936. Для клинической картины головного педикулеза характерно все, кроме:

Плотные папулы в результате укуса
Отсутствие зуда
Кровянистые и «медовые» корки
Образование колтунов

937. Основной клинический признак головного педикулеза:

Блефарит, конъюнктивит
Зуд, экскориации на волосистой части головы, неприятный запах
Выпадение волос
Шелушение волосистой части головы

938. Какое осложнение наиболее часто встречается у больных педикулезом:

Дерматозойный бред
Вторичная пиодермия
Крапивница
Гиперпигментация

939. Какой лабораторный метод можно провести больному вшивостью для подтверждения клинического диагноза:

Гистологическое исследование
Дерматоскопия
Метод прокрашивания анилиновыми красителями
Метод скотч-проб

940. Какое свечение дают живые гниды при осмотре под лампой Вуда:

Зеленое
Жемчужно-белое
Коралловое
Желтое

941. Всем больным с лобковым педикулезом показано обследование на все заболевания, кроме:

ВИЧ
Разноцветный лишай
Сифилис
Инфекции, передающиеся половым путем

942. С каким дерматозом нет необходимости проводить дифференциальную диагностику вшивости:

Кожный зуд
Розовый лишай
Чесотка
Флеботодермия

943. К общим принципам терапии педикулеза не относят:

Необходима повторная обработка через 7-10 дней
Обработка в вечернее время суток
Дезинсекция белья, одежды, помещения
Вычесывание гребнем вшей и гнид

944. В настоящее время для борьбы с педикулезом используют:

Растительное масло
Перметрин
Керосин
Уксусная кислота

945. Какое утверждение в отношении принципов лечения головного педикулеза верно:

Сбривание волос и тщательное мытье
Мытье специальными противопедикулезными средствами, вычесывание вшей и гнид частым гребешком
Изоляция больного в дерматологическое отделение
Обязательное ношение головных уборов, ежедневное вычесывание паразитов и гнид

946. В лечении педикулеза, осложненном вторичной пиодермией, применяют:

Антибиотики
Системные глюкокортикостероиды
Анилиновые красители
Антибактериальные мази

947. Фтириазом можно заразиться:

При посещении бани
При половом контакте
При посещении бассейна
В парикмахерских

948. Важным для диагноза анамнестическим критерием у больного педикулезом является:

Зуд, усиливающийся к ночи
Визуальный осмотр не только больного, но и его одежды
Аллергические заболевания кожи
Улучшение кожного процесса летом и ухудшение зимой

949. У ребенка 8 лет отмечается зуд в области волосистой части головы после отдыха в детском лагере. При осмотре: поражение преимущественно затылочной и височной областей, высыпания представлены множественными экскориациями, папулами, пустулами, корочками. Ваш диагноз:

Чесотка
Головной педикулез
Пиодермия
Экзема

950. В клинику обратился больной с жалобами на зуд в области волосистой части головы. Из анамнеза известно, что пациент проживает в общежитии. При осмотре отмечаются многочисленные папулезные элементы, расчесы, пустулы, кровянистые корочки, у основания волос – серовато-белые гниды. Какое лечение не показано для данного пациента:

Анилиновые красители на пустулы

Преднизолон
Перметрин
Антигистаминные препараты

951. Примочки показаны при:

лихенификации
остром воспалении с мокнутьем
шелушении
зуде

952. В состав взбалтываемых смесей могут входить:

вода
окись цинка
вазелин
йод

953. В мазевую основу входят:

спирт
вазелин
вода
глицерин

954. В мазевую основу не входит:

вазелин
древесный уголь
свиное сало
ланолин

954. Антибиотики могут применяться при следующий дерматологических заболеваниях

Псориаз
Пиодермии
Микоз стоп
Красный плоский лишай

955. Биологическим эффектом системных глюкокортикостероидов является

Антибактериальный
Иммуносупрессивный
Противовирусный
Антимикотический

956. Какой препарат является химерным IgG-моноклональным антителом к ФНО-а?

Этанерцепт
Инфликсимаб
Устекинумаб
Секукинумаб

957. Осложнением препаратов хинолинового ряда может быть

Хронический гастрит
Ретинопатия
Артериальная гипертензия
Протеинурия

958. Витамин А используют для общей и местной терапии в случае

Микоза
Псориаза
Вирусной инфекции
Склеродермии

959. Препаратом выбора для лечения тяжелых форм акне является

Доксициклин
Изотретиноин
Метронидазол
Преднизолон

960. Ацитретин применяется в основном для лечения

Акне
Псориаза
Розацеа
Атопический дерматит

961. На мокнущую поверхность можно наносить

Кремы
Примочки
Мази
Пасты

962. Выберите жидкую лекарственную форму, получающуюся при растворении твердых и жидких веществ в воде
Присыпка
Раствор
Болтушка
Крем

963. Выберите средство, состоящее из смеси жировых или жироподобных веществ

Паста
Мазь
Крем
Пудра

964. Мелкодисперсные порошкообразные вещества, находящиеся во взвешенном состоянии в смеси воды и глицерина либо в растительном или минеральном масле это -

Раствор
Болтушка
Паста
Крем

965. Выберите лекарственную форму, представляющую собой водный раствор желатина (или крахмала) и глицерина?

Паста
Гель
Раствор
Шампунь

966.Клиническими формами псориаза являются:

Гипертрофическая
Интертригинозная
Веррукозная
Кольцевидная

967. В течении псориаза выделяют стадии:

Группировки высыпаний
Стабилизации (стационарная)
Эпителизации
Рубцевания

968. В прогрессирующей стадии может быть:

Симптом Бальзера
Симптом Кебнера
Симптом Хачатуряна
Симптом Никольского
969. Псориатическая триада включает:

Симптом «яблочного желе»
Симптом «терминальной пленки»
Симптом «дамского каблучка
Симптом «груши»

970. Для стационарной стадии характерно:

Периферический рост папул
Шелушение по всей поверхности папул
Появление новых папул
Гиперемический ободок по периферии папул

971. Симптом Кебнера – это:

Аллергическая реакция
Изоморфная реакци

Гиперергическая реакция
Холинергическая реакция

972. Каплевидный псориаз чаще всего развивается после:

Стресса
Перенесенной ангины
Приема β-блокаторов
Травмирования кожи

973. Кроме кожи, при псориазе поражаются:

Волосы
Ногти
Глаза
Кости

974. Вульгарный псориаз характеризуется наличием:

Бляшек с фолликулярным гиперкератозом по периферии
Папул и бляшек с серебристо-белыми чешуйками
Эритематозных очагов с отрубевидным шелушением
Папул с полигональными очертаниями

975. Какой клинической формы не бывает при псориазе?

Экссудативной
Гипертрофической
Ладонно-подошвенной
Эритродермической
976. В прогрессирующей стадии вульгарного псориаза отмечается:

Отсутствие периферического роста высыпаний
Периферический рост высыпаний
Псевдоатрофический ободок Воронова
Регионарный лимфаденит

977. Для экссудативной формы псориаза характерным признаком является наличие:

Корок
Чешуе-корок
Чешуек
Экскориаций

978. Что не встречается при генерализованном пустулезном псориазе?

Лихорадка
Зуд
Стерильные пустулы
Недомогание

979. Какие суставы поражаются в первую очередь при псориатическом артрите?

Коленные
Дистальные межфаланговые кистей и стоп
Тазобедренные
Голеностопные

980. Гистологическая картина псориаза включает следующие признаки, кроме:

Паракератоза
Микроабсцессов Потрие
Гиперкератоза
Микроабсцессов Мунро

981. При псориатическом поражении ногтей может отмечаться все, кроме:

Подногтевого гиперкератоза
Борозд Бо
Симптома «масляного пятна»
Симптома «наперстка»

982. При лечении псориаза применяют следующие методы фототерапии, кроме:

Фотохимиотерапии
Фотодинамической терапии
Узкополосной УФБ-терапии 311 нм
Широкополосной УФБ-терапии
983. При рефрактерном псориазе наиболее эффективными являются:

Системные глюкокортикостероидные препараты
Генно-инженерные биологические препараты
Широкополосная УФБ-терапия
Аналоги витамина Д3

984. В прогрессирующей стадии применяют:

5% салициловую мазь
1-2% салициловую мазь
10% метилурациловую мазь
2% серно-дегтярную мазь

985. К базисным системным препаратам для лечения средне-тяжелого псориаза относят:

Хинолиновые препараты
Цитостатики
Глюкокортикостероиды
Витамины

986. При прогрессировании псориаза рекомендовано соблюдать следующие рекомендации, кроме:

Не подвергать кожу механическим травмам
Очищать кожу от чешуек скрабами и жесткими мочалками

Ограничить легкоусвояемые углеводы и жирную пищу
Исключить раздражающие местные процедуры

987. При местном лечении псориаза применяют следующие комбинированные препараты, кроме:

Дипросалик
Целестодерм с гарамицином
Элоком С
Дайвобет

988. Какой препарат при местном лечении псориаза регулирует рост и дифференцировку клеток?

Ингибитор кальциневрина (протопик)
Аналог витамина Д3 (дайвонекс)
Глюкокортикостероид (дипросалик)
Препарат с пиритионом цинка (скин-кап)

989. Какие побочные эффекты могут возникнуть при лечении псориаза метотрексатом?

Лейкоцитоз
Повышение уровня печеночных трансаминаз
Тромбоцитоз
Повышение СОЭ

990. В клинику кожных болезней поступил пациент 49 лет с распространенными высыпаниями, сопровождающимися общим недомоганием, повышением температуры тела до 38, ознобом. Из анамнеза удалось выяснить, что сначала появились высыпания на туловище, увеличивающиеся по периферии, а после длительного пребывания на солнце в течение нескольких дней процесс быстро прогрессировал. В последние 10 лет периодически появлялись шелушащиеся бляшки на волосистой части головы, проходящие после использования лосьона дипросалик. При осмотре: поражение кожных покровов более 90%, кожа ярко-красного цвета, отечная, инфильтрированная, горячая на ощупь, покрыта крупными и среднепластинчатыми легко отпадающими чешуйками.
Поставьте диагноз:

Эритродермия экзематозная
Эритродермия псориатическая
Эритродермия токсическая
Эритродермическая форма грибовидного микоза

991. Назовите ключевой цитокин в развитии вульгарного псориаза:

ИЛ-1β
ИЛ-17
ИЛ-6
ИЛ-8

992. В развитии пустулезного псориаза ведущая роль принадлежит:

Дентритным клеткам

ИЛ-36
Интерферону-альфа
ИЛ-4

993. При лечении псориаза генно-инженерными биологическими препаратами абсолютным противопоказанием является:

Язвенная болезнь 12-п. кишки
Туберкулез
Бронхиальная астма
Псориатический артрит

994. В современную классификацию псориаза не входит:

Аннулярный псориаз
Рефрактерный псориаз
Инверсный псориаз
Экссудативный псориаз
995. Развитию экссудативной формы псориаза особенно способствует:

Работа в горячем цеху
Ожирение
Наличие хронического фарингита
Употребление экстрактивной пищи

996. В гистологической картине псориаза одним из основных признаков является:

Спонгиоз
Акантоз
Вакуольная дистрофия
Гранулез

997. Акантоз – это:

Наличие в клетках рогового слоя ядер
Увеличение и утолщение числа рядов шиповатого слоя
Чрезмерное утолщение рогового слоя
Потеря связи между клетками эпидермиса

998. Как часто можно проводить в год курсы ПУВА-терапии?

Не чаще 3 раз
Не чаще 2 раз
Ни разу (можно 1 раз в 2 года)
Постоянно

999. 46-летняя женщина обратилась ко врачу с жалобами на повышенную утомляемость, боли в суставах, сыпь и гематурию. При физикальном обследовании у пациентки выявлена эритематозная сыпь в виде бабочки на щеках, носу. Лабораторное обследование выявило высокоположительные антинуклеарные, анти-двухцепочечные ДНК и анти-Sm аутоантитела. У нее также определяется низкий уровень комплемента. Ваш предполагаемый диагноз?

дерматомиозит
системная красная волчанка
системная склеродермия
себорейная экзема

1000. У пациента с предположительным диагнозом дискоидная красная волчанка, была проведена диагностическая биопсия. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаруживается:

эпидермис имеет вид множества близко расположенных друг к другу грушевидных выростов, в кератиноцитах содержатся крупные цитоплазматические включения
атрофия мальпигиева слоя, вакуольная дегенерация базальноо слоя, выраженный гиперкератоз с роговыми пробками в волосяных фолликулах
в коже выявляют инфекционные гранулемы из эпителиоидных клеток, окруженные валом из лимфоцитов, характерно наличие гигантских клетов Пирогова-Лангханса, казеозного некроза
серозное воспаление преимущественно сосочкого слоя дермы и очаговый спонгиоз шиповатого слоя эпидермиса

1001. Среди перечисленных, выберите клиническую форму кожной красной волчанки:

кольцевидная форма
дискоидная форма
линейная форма
пигментная форма

1002. Укажите наиболее распространенную форму кожной красной волчанки:

центробежная эритема Биетта
дискоидная
глубокая КВ Капоши-Ирганга
диссеминированная форма

1003. Что из нижеперечисленного является лучшим скрининговым тестом для диагностики СКВ?

антитела к цитоплазматическому антигену SS-A(RO)
флуоресцентный тест на ANA
тест на антифосфолипидные антитела
уровень комплемента в сыворотке крови

1004. Статистически, _____% всех случаев подострой кожной красной волчанки (ККВ) вызваны лекарственными препаратами.

10%
30%
60%
80%

1005. 38-летний мужчина проходит обследование в связи с 18-месячной историей хронической кожной красной волчанки. У него имеются поражения на лице и коже головы. Он пользуется солнцезащитным кремом, иногда забывает нанести его перед уходом на

работу. Он также лечится местными кортикостероидами, недавно начал принимать гидроксихлорохин. Несмотря на 4 месяца терапии, новые поражения продолжают развиваться, а старые поражения не заживают. Он признает, что выкуривает 2 пачки сигарет в день и злоупотребляет алкоголем. У него гипертония и гиперлипидемия. Помимо местных кортикостероидов и гидроксихлорохина, в настоящее время он принимает амлодипин, гидрохлоротиазид, симвастатин и поливитамины. При физикальном осмотре выявлены множественные эритематозные поражения на лице и несколько на волосистой части головы, что соответствует диагнозу дискоидной красной волчанки. Что из нижеперечисленного является обязательным шагом в лечении кожного заболевания этого пациента?

назначить метотрексат
рекомендовать отказ от курения
прекратить прием амлодипина
прекратить прием гидрохлоротиазида

1006. Характерная для красной волчанки сыпь в форме бабочки появляется:

на груди или спине
на носу и щеках
тазовая область
между лопатками

1007. Что из перечисленного ниже является сопутствующим заболеванием, которое повышает риск заболеваемости и смертности у пациентов с СКВ?

воспалительное заболевание кишечника
остеопороз
фибрилляция предсердий
беременность

1008. Какие из следующих кожных проявлений СКВ включены в диагностические критерии ACR?

алопеция
сыпь на скулах: фиксированная эритема, с тенденцией к распространению на носогубную зону
сетчатое ливедо
феномен Рейно

1009. Лечение СКВ зависит от тяжести заболевания и его проявлений. Однако какая группа препаратов из перечисленных ниже относится к 1-ой линии терапии СКВ?

Нестероидные противовоспалительные препараты
Системные ГКС
Препараты ИФН
Биологическая терапия

1010. Синдром Роуэлла при СКВ включает в себя:

уртикарный ангиит
диссеминированные отечные эритематозные пятна по типу МЭЭ
усиленное ороговение кожи ладоней и подошв

ониходистрофия

1011. 53-летняя женщина с заболеванием щитовидной железы в анамнезе пришла на прием к врачу по поводу слабости. Она сообщила, что каждое утро чувствует слабость, ей трудно подниматься по лестнице и расчесывать волосы. Она также с трудом встает со стула. Физикальный осмотр выявил снижение силы, особенно в плечах. У нее также наблюдается интенсивная сиреневая периорбитальная сыпь и солнечный ожог на щеках. Укажите предполагаемый диагноз?

системноая красноая волчанка
дерматомиозит
системноая склеродермия,
склередема взрослых Бушке

1012. Симптом Готтрона это:

попытки удаления чешуек с поверхности эритематозного очага сопровождаются болезненностью
эритематозные папулы, возвышающиеся над межфаланговыми суставами кистей и шелушащиеся узелки над межфаланговыми суставами стоп.
при трении на коже, которая кажется здоровой, происходит легкое отторжение верхних слоев эпидермиса
мелкоточечные углубления с фолликулярным гиперкератозом в области наружного слухового прохода

1013. «Симптом шали» это:

при повреждении или раздражении кожи на месте травмы появляются свежие высыпания
часто зудящая, симметричная, сливная, макулярная фиолетовая эритема, поражающая кожу на разгибательных поверхностях пальцев, кистей и предплечий; кожу плеч, дельтовидных областей, задней поверхности лопаток и шеи;
феномен точечного кровотечения
бледные и холодные пятна ангиоспастического характера на коже кистей

1014. Гелиотропная сыпь это:

папулы на слизистой оболочке языка
лиловые периорбитальные кожные высыпания на верхних веках и пространстве между верхним веком и бровью (симптом «лиловых очков», который часто может сочетаться с периорбитальным отеком)
гиперемия и умеренная инфильтрация подошв с шелушением и трещинами
ничего из вышеперечисленного

1015. Выберите правильные характеристики, соответствующие сосудистой («васкулитной») бабочке при красной волчанке:

очаги дискоидного типа в средней зоне лица
нестойкое пульсирующее разлитое покраснение с цианотичным оттенком, усиливающееся при волнении, инсоляции, воздействии жара, мороза, ветра
стойкие эритематозно-отечные пятна, иногда с легким шелушением на поверхности

насыщенно-красная разлитая плотная отечная эритема кожи лица, особенно век, иногда с пузырями и эрозиями на поверхности

1016. На прием к врачу обратилась женщина 45 лет с жалобами на уплотнение кожи живота, которое появилось месяц назад на месте травмы. Самостоятельно проводила массаж, смазывания персиковым кремом - без эффекта. Страдает гипертиреозом, хроническим тонзиллитом, вегетососудистой дистонией. При осмотре: на коже живота справа определяется очаг поражения около 6 см в диаметре с желтовато - восковидной блестящей поверхностью, по периферии окаймленный фиолетовым венчиком, плотный на ощупь (складку в очаге собрать не удается). Субъективные ощущения отсутствуют. Ваш предположительный диагноз?

линейная форма склеродермии
очаговая склеродермия, бляшечная форма
идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини
системная склеродермия

1017. Больная 39 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, лихорадку, боли в мышцах и суставах. Из анамнеза известно, что в период второй беременности была слабоположительная реакция Вассермана. После родов появились полиартралгии, эритема на лице, субфебрилитет. При поступлении: на лице эритема в «зоне бабочки», эритематозные очаги в верхней части спины и груди. СОЭ - 55 мм/час; протеинурия. Ваш предполагаемый диагноз?

Псориаз
Системная красная волчанка
Системная склеродермия
Дерматомиозит

1018. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

реактивной гиперемией кожи пальцев кистей
"побелением" пальцев кистей и стоп за счет спазма сосудов
цианозом дистальных отделов конечностей
парастезиями по всей руке, ноге

1019. Для CREST-синдрома характерно все перечисленное, кроме:

кальциноз и феномен Рейно
узловатая эритема
эзофагит
телеангиэктазии

1020. Какой препарат из группы генно-инженерных биологических препаратов используется для лечения тяжелых форм как системной красной волчанки так и системной склеродермии?

инфликсимаб (ремикейд)
ритуксимаб (мабтера)
этанерцепт (энбрел)
адалимумаб (хумира)

1021. Больная 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на зябкость пальцев кистей, бледность кожи кистей при выходе на холод, поперхивание при глотании твердой пищи. Больна около 2-х лет, когда после стресса впервые заметила бледность кожи пальцев на холоде и зябкость кистей и стоп. Через несколько месяцев появились чувство стягивания в области кожи лица и отек кистей, общая слабость, быстрая утомляемость, незначительная одышка на вдохе при подъеме на второй этаж., сухое покашливание. Объективно: вес сохранен. Кожные покровы диффузно гиперпигментированы с усилением в области спины (участок диаметром 5х6 см). Лимфатические узлы не увеличены. Лицо амимично. Складки лба отсутствуют, кожа лба и щек в складку не собирается. Со стороны внутренних органов – небольшое ослабление дыхания и крепитация над нижними отделами легких. Кожа кистей цианотична, кисти отечны. Отек носит плотный характер. Сгибание кистей в кулак – 75%. Ваш предположительный диагноз?

ревматоидный артрит
дебют системной склеродермии
СКВ
дерматомиозит

1022. Какая группа пациентов наиболее подвержена склеродермии?

Молодые мужчины в возрасте от 15 до 35 лет
Женщины в возрасте от 30 до 50 лет
Мужчины в возрасте от 30 до 50 лет
Молодые женщины в возрасте от 15 до 35 лет

1023. Какое из этих утверждений об уровне С-реактивного белка (CRB) при системной склеродермии (СС) является точным?

Повышение уровня CRB чаще встречается у женщин, чем у мужчин с СС
Стойкое повышение уровня CRB связано с более тяжелым фенотипом заболевания
Повышение уровня CRB не связано с СС
Повышение уровня CRB не коррелирует с активностью заболевания

1024. 50-летняя женщина обратилась на прием к дерматологу с жалобами на периодическое посинение пальцев, в особенности на холоде. Субъективно ощущает стягивание кожи на лице и руках, что затрудняет сжатие пальцев в кулак. Она также отмечает, что в последнее время у нее усилился рефлюкс-эзофагит. В анамнезе у нее аутоиммунное заболевание щитовидной железы и алопеция ареата. Физикальный осмотр выявляет склеродактилию, плотную, огрубевшую кожу и ограниченную подвижность пальцев. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

выявление антител к нативной ДНК
обнаружение антинуклеарного фактора и антицентромерных АТ
результаты лабораторных исследований неспецифичны
исследование системы комплемента

1025. Женщина 45 лет обратилась к врачу с отекшими пальцами, болями в суставах и сухим кашлем. По ее словам, это началось год назад и до сих пор не улучшилось. В анамнезе у нее витилиго и первичный билиарный холангит. При физикальном обследовании выявлена натянутая, блестящая кожа на лице и руках, склеродактилия и сухие хрипы в легких. На левой щеке также есть телеангиэктазии. Выберите группу препаратов, НЕ назначаемых при предполагаемом заболевании:

антифиброзные препараты
НПВП
системные ГКС
цитостатики

1026. К клиническим вариантам ограниченной склеродермии относят:

гипертрофическая
бляшечная
атрофическая
гиперкератотическая

1027. На прием к дерматологу обратилась больная 32 лет с жалобами на высыпания на коже лица. Из анамнеза известно, что высыпания на коже лица появились месяц назад после длительного пребывания на солнце. Лечилась самостоятельно. Применяла различные кремы, мази, но эффекта от лечения не было. При осмотре кожный процесс локализуется на коже переносицы и щек «в виде бабочки». Высыпания представлены инфильтрированными эритематозными бляшками, покрытыми плотно сидящими роговыми чешуйками. Удаление чешуек сопровождается болезненностью. На обратной стороне чешуек обнаруживаются характерные шипики. Укажите, какой симптом описывается в задаче?

симптом Никольского
симптом Бенье-Мещерского
симптом Асбо-Хансена
симптом Хачатуряна

1028. На прием к врачу обратился больной 29 лет, с жалобами на появившиеся очаги на коже лица, груди и губ. В этих местах больной отмечает чувство покалывания, похолодание, напряженность кожи. Из анамнеза известно, что заболевание связывает с тем, что на роботе часто переохлаждается и часто болеет ангиной и ОРЗ. Месяц спустя появилось округлое пятно синюшно-красного цвета на коже груди, а затем на лице. Кожа в очагах поражения была отечной, тестоватой консистенции. Через несколько недель кожа в очагах поражения приобрела деревянистую плотность, цвет стал бледно-синюшным, не лечился. В детстве перенес скарлатину. Сопутствующая патология-состоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы, у ЛОР-врача по поводу хронического тонзиллита. При осмотре на коже лица и груди сформированы очаги, по форме напоминающие удар сабли, гладкие, блестящие, плотной консистенции. Цвет восковидно-желтый, по периферии имеется сиреневый венчик. При пальпации выявляется деревянистое затвердение кожи, она плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складки, рисунок её сглажен, волосы в очагах отсутствуют. Отмечается ригидность и уплотнение кожи и красной каймы губ. Чем характеризуется гистологическая картина предполагаемого заболевания на стадии склероза?

отсутствие воспалительных явлений, гомогенизированные, гиалинизированные пучки коллагеновых волокон
в дерме наблюдается отек коллагеновых волокон, воспалительная реакция с периваскулярным или диффузным инфильтратом, состоящим в основном из лимфоцитов с примесью плазмоцитов, гистиоцитов и небольшого количество эозинофилов
редукция капиллярной сети, отложение мембраноатакующего комплекса на капиллярах и вдоль дермально-эпидермального соединения;

изменения эпидермиса в виде гиперкератоза, усиливающегося в области устьев волосяных фолликулов и потовых желез, атрофия, вакуольная дегенерация базального слоя, утолщение базальной мембраны; в дерме отмечается отек и расширение сосудов сосочкового слоя, образование преимущественно лимфоцитарных инфильтратов вокруг сосудов и придатков кожи, базофильная дегенерация коллагена

1029. На прием к дерматологу обратился пациент 65 лет с жалобами на зудящие высыпания в области голеней. При осмотре на переднебоковых поверхностях голеней симметрично располагаются очаги неправильных очертаний с гиперкератотической поверхностью, по периферии которых наблюдаются единичные мелкие полигональные папулы фиолетово-красного цвета с восковидным блеском при боковом освещении. Какая форма красного плоского лишая описана выше?

пигментная форма
гипертрофическая форма
атрофическая форма
остроконечная форма

1030. У больного 32 лет на коже верхних конечностей наблюдаются мелкие (1-2 мм в диаметре) остроконечные папулезные элементы насыщенного синюшно-красного цвета, связанные с фолликулярным аппаратом, чередующиеся с полигональными плоскими папулами фиолетово-красного цвета с западением в центре и восковидным блеском при боковом освещении. Какая форма красного плоского лишая описана выше?

гипертрофическая форма
остроконечная форма
пигментая форма
линейная форма

1031. На консультацию к дерматологу обратилась больная Н. 27 лет, с жалобами на пятна коричневого цвета в местах повышенной инсоляции на коже лица и шеи, сопровождающиеся выраженным зудом. При дерматоскопии определяется сетка Уикхема. Какая форма красного плоского лишая описана выше?

эритематозная форма
пигментная форма
атрофическая форма
линейная форма

1032. В клинику поступил пациент с высыпаниями, локализованными на запястьях, внутренней поверхности предплечий, сопровождающиеся выраженным зудом, высыпания представлены полигональными пурпурными папулами, что может быть обнаружено при гистологическом исследовании биопсийного материала?

субэпидермальный пузырь
гранулез
папилломатоз
вакуольная дистрофия

1033. Мужчина 65 лет обратился на консультацию к дерматологу с жалобами на высыпания пурпурного цвета на сгибательных поверхностях запястий, сопровождающиеся зудом. При осмотре очаги представлены плоскими, полигональными папулами. Была проведена

диагностическая биопсия, подтвердился диагноз красный плоский лишай. Какие из дополнительных лабораторных исследований следует провести?

ОАК
показатели функции печени
СОЭ
ОАМ

1034. Что из перечисленного ниже является терапией первой линии для лечения локализованного красного плоского лишая?

иммунносупрессивная терапия
местные ГКС
системные ретиноиды
фототерапия

1035. Красный плоский лишай чаще всего рефрактерен к лечению в случае локализации:

волосистая часть головы
вульвовагинальная область
запястья
ногти

1036. У 49-летней женщины с хроническим гепатитом С появились зудящие высыпания на предплечьях, голенях и слизистой оболочке полости рта. При осмотре на коже обнаруживаются множественные полигональные фиолетовые папулы. На слизистой оболочке рта виден кружевной сетчатый узор. Каков предположительный диагноз?

псориаз
красный плоский лишай
розовый лишай
узловатое пруриго

1037. С какими заболеваниями может ассоциироваться красный плоский лишай?

ревматоидный артрит
язвенный колит, витилиго
псориаз
все перечисленное

1038. С каким заболеванием гепато-билиарной системы чаще всего ассоциируется красный плоский лишай?

дисфункция сфинктера Одди
первичный-билиарный цирроз
дискинезия желчевыводящих путей
эхинококкоз печени

1039. Для синдрома Гриншпана-Потекаева характерно:

фолликулярная форма КПЛ, рубцовая алопеция в области головы и нерубцовая алопеция в области подмышечных впадин и лобка

эрозивная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта, сахарный диабет и артериальной гипертензией
перекрестный-синдром со склероатрофическим лихеном
перекрестный-синдром с красной волчанкой

1040. Для синдрома Грэхема-Литтла-Пиккарди-Лассауэра характерно:

эрозивная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта, сахарный диабет и артериальной гипертензией
фолликулярная форма КПЛ, рубцовая алопеция в области головы и нерубцовая алопеция в области подмышечных впадин и лобка
перекрестный-синдром со склероатрофическим лихеном
перекрестный-синдром с красной волчанкой

1041. Выберите признак, характерный для высыпаний при красном плоском лишае:

отрубевидное шелушение
плоские папулы полигональной формы
везикулы
эфемерность высыпаний

1042. У пациента с предположительным диагнозом красный плоский лишай, была проведена диагностическая биопсия. При гистологическом исследовании биопсийного материала при красном плоском лишае, обнаруживается:

акантолиз
гипергранулез
паракератоз
вакуольная дистрофия

1043. Что можно увидеть при исследовании биопсийного материала пациента с подтвержденным диагнозом красный плоский лишай?

периваскулярный инфильтрат с примесью нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов
гранулез, полосовидный инфильтрат, пилообразная форма эпидермально-дермального соединения
акантоз, папилломатоз, гиперкератоз, паракератоз, лимфогистиоцитарный воспалительный инфильтрат
внутриэпидермальный пузырь, картина «надгробных камней» в базальном слое эпидермиса

1044. Что является первой линией терапии красного плоского лишая?

ароматические ретиноиды
ГКС-препараты
иммуносупрессанты
биологические препараты

1045. Среди перечисленных, выберите атипичные формы красного плоского лишая:

бляшечная форма
эрозивно-язвенная форма
каплевидная форма

ограниченная форма

1046. Какова частота поражения слизистой оболочки при красном плоском лишае?

менее 5%
25-30%
50-80%
более 80%

1047. Поражаются ли ногти при красном плоском лишае, если да, чем характеризуется поражение ногтей?

нет, не поражаются
да, продольные борозды, углубления, участки помутнения, продольного расщепления, истончения, частичное или полное разрушение
да, точечные углубления, симптом «наперстка», подногтевой гиперкератоз, онихогрифоз
да, эритематозно-сквамозные или везикуло-пустулёзные высыпания на концевых фалангах пальцев, ониходистрофия и остеолиз концевых фаланг

1048. Какая клиническая форма характерна для поражения слизистых оболочек при красном плоском лишае?

эритематозная форма
эрозивно-язвенная форма
атрофическая форма
полосовидная форма

1049. С каким заболеванием чаще всего проводится дифф. диагностика КПЛ?

лейшманиоз
псориаз
буллезный пемфигоид Левера
экзема

1050. С какой целью при лечении КПЛ используют противомалярийные средства?

малая стоимость
противомалярийные средства оказывают противовоспалительное, иммунносупрессорное, фотосенсибилизирующее действие
доступность
отсутствие побочных эффектов

1051. Выберите характерные особенности КПЛ при проведении дифф. диагностики с псориазом?

симптом наперстка
сетка Уикхема
периферический рост
феномен Кебнера

1052. Чем может осложниться поражение слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае?

кандидоз
плоскоклеточный рак
деминерализация эмали
все перечисленное

1053. Отметьте типичную локализацию поражений при красном плоском лишае:

преимущественно кисти, стопы
передняя поверхность предплечий, голени, область крестца, половых органов
разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей, волосистая часть головы
передняя и боковая поверхность туловища, конечности, располагаясь продольно вдоль линий натяжения кожи Лангера

1054. Выберите характерные признаки папулы при красном плоском лишае:

отсутствие субъективных ощущений
выраженный зуд, полигональные очертания
склонность к периферическому росту
наличие венчика гиперемии

1055. Выберите факторы, предрасполагающие к развитию КПЛ:

генетически детерминированные заболевания
стресс, вирус гепатита С, хроническая инфекция, нейроэндокринные заболевания
гиподинамия, дислипидемия
ничего из перечисленного

1056. Каким первичным морфологическим элементом представлена клиническая картина красного плоского лишая?

бугорок
папула
пузырь
волдырь

1057. Каков риск малигнизации красного плоского лишая на слизистых оболочках?

12-25%
менее 12%
25-50%
более 50 %

1058. В местной терапии красного плоского лишая используют:

примочки с борной кислотой
мази с кортикостероидами
водные взбалтываемые взвеси
растворы анилиновых красителей

1059. Красный плоский лишай чаще поражает

мужчин
женщин
одинаковая распространенность
мужчин в 2 раза чаще, чем женщин

1060. У пациента с диагнозом красный плоский лишай в местах травматизации кожи появляются новые высыпания, данный признак носит название:

Феномен Ауспитца
феномен Кебнера
Симптом Никольского
Признак Дарье-Унны

1061. Изоморфная реакция Кебнера характерна для:

экземы
красного плоского лишая
красной волчанки
атопического дерматита

1062. Типичным для вульгарной пузырчатки является следующий первичный морфологический элемент:

Узелок
Напряженный мелкий пузырь
Напряженный крупный пузырь
Пузырек

1063. Первичный морфологический элемент кожи при дебюте вульгарной пузырчатки располагается

По краю рубца
На неизмененной коже
На фоне эритемы
На поверхности папулы

1064. При истинной акантолитической пузырчатке поражение слизистой оболочки полости рта сопровождается следующими субъективными ощущениями:

Жжением
Болезненностью
Зудом
Парестезиями

1065. Паранеопластическая пузырчатка развивается у больных, страдающих следующей патологией:

Сахарный диабет
Рак внутренних органов
Болезнь Крона
Синдром Шегрена

1066. Больной, 49 лет, с предположительными диагнозами истинная акантолитическая пузырчатка, буллезный пемфигоид Левера. При проведении реакции прямой иммунофлюоресценции была выявлена фиксация IgG в межклеточной субстанции преимущественно в шиповатом слое эпидермиса, незначительное количество – в базальном. Укажите диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

1067. Больная, 50 лет, обратилась с жалобами на появление мелких напряженных пузырей и эрозий. Субъективные ощущения отсутствуют. Больна в течение двух недель. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре - на неизмененной коже спины, грудной клетки, верхних конечностей выявляются мелкие напряженные пузыри с прозрачным содержимым; эрозии с ярко-розовым дном, резкими границами, некоторые покрыты корочками. При потягивании эпидермиса в сторону неизмененной кожи наблюдается отслойка эпидермиса. Укажите предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Буллезный пемфигоид Левера
Опоясывающий герпес

1068. Больной Б., 50 лет, обратился с жалобами на высыпания, локализующиеся преимущественно на коже лица, волосистой части головы, грудной клетки, спины, рук. Субъективно: боль в области высыпаний. Болен около месяца. При осмотре: сыпи представлена преимущественно обширными эрозиями, покрытыми корками и чешуйками. На видимо неизмененной коже единичные вялые пузыри до 1,5 см в диаметре и мелкие напряженные с прозрачным или гнойным содержимым. При обследовании больного диагноз истинной акантолитической пузырчатки был подтвержден, выявлена опухоль легкого с метастазами во внутригрудные лимфоузлы. Назовите клиническую разновидность истинной акантолитической пузырчатки у данного больного.

Вульгарная
Паранеопластическая
Себорейная
Листовидная

1069. Клинико-диагностический симптом, характерный для истинной акантолитической пузырчатки:

Реакция Пирке
Феномен Никольского
Проба Бальзера
Проба Ядассона

1070. В основе феномена Никольского лежит:

Гранулез
Акантолиз
Паракератоз

Акантоз

1071. При цитологическом исследовании акантолитические клетки обнаруживают при следующем заболевании:

Герпетиформном дерматите Дюринга
Истинной акантолитической пузырчатке
Буллезном пемфигоиде Левера
Экземе

1072. Основным патогистологическим признаком истинной акантолитической пузырчатки является:
Спонгиоз
Акантолиз
Акантоз
Паракератоз

1073. При патогистологическом исследовании биоптата кожи при вульгарной пузырчатке пузырь выявляют:

На уровне базальной мембраны эпидермиса
Над базальным слоем эпидермиса
В сосочках дермы
В средних отделах дермы

1074. При постановке реакции прямой иммунофлюоресценции при истинной акантолитической пузырчатке иммуноглобулины (Ig) определяют:

к базальной мембране эпидермиса
в межклеточной склеивающей субстанции шиповатого слоя эпидермиса
в виде гранул на верхушке сосочков дермы
к мембране сосудов дермы

1075. Наиболее эффективным препаратом для лечения истинной акантолитической пузырчатки является:

Антибиотики цефалоспоринового ряда
Системные глюкокортикоиды
Полусинтетическое производное природного рифамицина
Препараты хинолинового ряда

1076. Основными клиническими проявлениями буллезного пемфигоида Левера являются:

вялые пузыри, расположенные на видимо здоровой коже
крупные напряженные пузыри, расположенные на фоне эритемы
положительный симптом Никольского
локализация сыпи на слизистой оболочке полости рта

1077. Больная М., 65 лет, обратилась с жалобами на крупные напряженные пузыри и эрозии, расположенными на фоне эритемы. Субъективно: болезненность в области эрозий. При осмотре: локализация сыпи по всему кожному покрову. На фоне эритемы –

крупные и мелкие напряженные пузыри до 5 см в диаметре, с прозрачным содержимым; эрозии с резкими границами, ярко-розовым дном. Феномен Никольского отрицательный. При обследовании у больной была выявлена фиксация IgG и С3 компонента комплемента в области базальной мембраны. Поставьте диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Опоясывающий герпес
Истинная акантолитическая пузырчатка

1078. При постановке реакции прямой иммунофлюоресценции при буллезном пемфигоиде Левера выявляется:

фиксация IgG в межклеточном пространстве шиповатого слоя эпидермиса
фиксация IgG в базальной мембране эпидермиса;
фиксация IgG и IgA в сосочках дермы;
фиксация IgM в стенках сосудов дермы.

1079. “Золотым стандартом” для подтверждения диагноза аутоиммунных буллезных дерматозов следующее лабораторное исследование:

Цитологическое исследование мазков-отпечатков
Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции для выявления уровня фиксации IgG
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам
Цитологическое исследование содержимого пузыря

1080. Пузырь при буллезном пемфигоиде Левера образуется за счет:

папиллярных микроабсцессов;
фиксации иммунных комплексов вдоль базальной мембраны;
фиксации иммунных комплексов на верхушках сосочков дермы
акантолиза в шиповатом слое эпидермиса;

1081. Больной К., 75 лет, обратился с жалобами на пузырные высыпания по всему кожному покрову. Субъективно: болезненность в области высыпаний. Считает себя больным в течение месяца. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь представлена крупными и мелкими пузырями, с напряженной покрышкой, и эрозиями, расположенными на эритематозном фоне. При проведении реакции прямой иммунофлюоресценции были выявлена фиксация IgG вдоль базальной мембраны. Поставьте диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Опоясывающий герпес
Истинная акантолитическая пузырчатка

1082. Больной С., 70лет, обратился с жалобами на пузырные высыпания по всему кожному покрову. Субъективно: болезненность в области высыпаний. Считает себя больным в течение месяца. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь представлена крупными и мелкими пузырями, с напряженной покрышкой, и эрозиями, расположенными на эритематозном фоне. Гистологические изменения представлены субэпидермальными

пузырями, редкими, умеренной плотности инфильтратами в дерме, состоящими преимущественно из лимфоцитов и лейкоцитов. Поставьте предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Экзема
Истинная акантолитическая пузырчатка

1083. При буллезном пемфигоиде Левера триггерными факторами могут быть:

Лекарственные препараты с SH-группой в химической формуле
Злокачественные новообразования
Пищевые продукты, содержащие в своем составе группу тиола или танины
Инсоляция

1084. Пузырь при герпетиформном дерматите Дюринга образуется в результате:

акантолиза в шиповатом слоя эпидермиса;
фиксации иммунных комплексов на верхушках сосочков дермы;
аутоиммунного процесса в зоне между базальноклеточной плазматической мембраной и базальной пластинкой
папиллярных микроабсцессов;

1085. При постановке реакции прямой иммунофлюоресценции герпетиформном дерматите Дюринга выявляется:

фиксация IgG в базальной мембране эпидермиса;
зернистая фиксация IgA в сосочках дермы;
фиксация IgM в стенках сосудов дермы
фиксация IgG в межклеточном пространстве шиповатого слоя эпидермиса;

1086. Герпетиформный дерматит Дюринга характеризуют:

очаги лихенификации
сгруппированные напряженные мелкие пузыри, папулы, расположенные как на отечном и гиперемированном фоне, так и на неизмененном фоне;
бугорки и фиксированные рубчики;
папуло-везикулы

1087. Больная С., 65 лет, обратилась с жалобами на распространенные высыпания, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь полиморфна: представлена папулами, пузырьками, расположенными как на фоне эритемы, так и на видимо неизмененной коже. Вторичные элементы сыпи представлены эрозиями, корочками, чешуйками. Феномен Никольского отрицательный. Сопутствующая патология: глютеновая энтеропатия. При гистологическом исследовании выявляется пузырь в сосочках дермы, заполненный эозинофилами. Поставьте диагноз.

Истинная акантолитическая пузырчатка
Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Многоформная экссудативная эритема

1088. Больная Н., 68 лет, обратилась с жалобами на распространенные высыпания, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь полиморфна. Представлена папулами, пузырьками, расположенными как на фоне эритемы, так и на видимо неизмененной коже. Вторичные элементы сыпи представлены эрозиями, корочками, чешуйками. Феномен Никольского отрицательный. При обследовании выявлена глютеновая энтеропатия. При проведении реакции прямой иммунофлюоресценции выявлена зернистая фиксация IgA в сосочках дермы. Поставьте предположительный диагноз.

Буллезный пемфигоид Левера
Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Буллезная форма токсидермии

1089. При лечении герпетиформного дерматита Дюринга наиболее эффективными являются:

Системные антибактериальные препараты
Сульфоновые препараты
Препараты хинолинового ряда
Антигистаминные препараты

1090. Цианоз губ и ногтевых фаланг во время приема дапсона является признаком:

агранулоцитоза;
образования метгемоглобина;
периферической нейропатии;
лейкопении.

1091. Больная Р., 50 лет, обратилась с жалобами на высыпания на слизистой оболочке полости рта, сопровождающиеся болезненностью. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре: на слизистой оболочке полости рта (твердом небе, внутренняя поверхность щек, десны) множественные мелкие эрозии. Дно эрозий ярко-красного цвета, по периферии видны обрывки эпидермиса, некоторые покрыты белым налетом. Язык покрыт бело-желтым налетом. Ваш предположительный диагноз.

Листовидная пузырчатка
Вульгарная пузырчатка
Буллезный пемфигоид Левера
Герпетиформный дерматит Дюринга

1092. При истинной акантолитической пузырчатке потягивании пинцетом за обрывки эпидермиса по периферии эрозии можно вызвать отслойку видимо неизмененной кожи, расположенной около эрозии. Данный феномен носит название:

Феномен Бальцера
Феномен Никольского
Феномен Кебнера
Феномен кровяной росы

1093. При обследовании больных с предположительным диагнозом герпетиформный дерматит Дюринга информативным является следующее исследование:

Исследование с помощью люминесцентной лампы Вуда
Проба Ядассона
Дерматоскопия
Витропрессия

1094. Для подтверждения диагноза истинная акантолитическая пузырчатка наряду с реакцией прямой иммунофлюоресценции проводят:

Пробу Ядассона
Иммуноферментный анализ
Исследование с помощью люминесцентной лампы Вуда
Дерматоскопию

1095. При истинной акантолитической пузырчатке с помощью иммуноферментного анализа выявляют:

циркулирующие антитела IgG к BPAG1 или BPAG2
циркулирующие антитела IgG к ДСГ3 или ДСГ3 и ДСГ1
циркулирующие антитела IgG к ламинину гамма-1
циркулирующие антитела IgG к коллагену 7 типа

1096. При буллезном пемфигоиде Левера с помощью иммуноферментного анализа выявляют:

циркулирующие антитела IgG к ДСГ3 или ДСГ3 и ДСГ1
циркулирующие антитела IgG к BPAG1 или BPAG2
циркулирующие антитела IgG к ламинину гамма-1
циркулирующие антитела IgG к коллагену 7 типа

1097. Больной, 50 лет, обратился в клинику с жалобами на возникновение распространенных высыпаний, на месте которых после разрешения остаются рубчики. Высыпания были представлены инфильтрированными, бесполостными, возвышающимися над уровнем кожи элементами желтоватого цвета, мягкой консистенции, полушаровидной формы, округлых очертаний. Была произведена биопсия одного из первичных элементов. Гистологически высыпания представляли собой инфекционную гранулему. Назовите первичный элемент:

Узелок
Бугорок
Волдырь
Узел

1098. Больная, 20 лет, предъявляет жалобы на зудящие высыпания, возвышающиеся над окружающей кожей, розового цвета, рассеянные на коже туловища, которые существуют в течение нескольких часов, самопроизвольно исчезают и появляются вновь. Больна 2 дня. Дайте определение морфологическому элементу.

Узелок
Волдырь
Бугорок
Узел

1099. Мономорфная сыпь представлена:

Несколькими видами вторичных элементов
Одним видом первичных элементов
Первичными и вторичными элементами
Несколькими видами первичных элементов

1100. Лихенификация характеризуется всем перечисленным, кроме

Уплотнения кожи
Образования эрозий
Усиления кожного рисунка
Утолщения кожи

1101. В амбулаторию клиники обратился с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания связывает с приемом нестероидного противовоспалительного препарата в связи с головной болью, МИГ 100. Сыпь представлена первичными морфологическими элементами диаметром до 0,5 см, ярко-красного цвета с четкими границами, округлых очертаний, гладкой поверхностью. Назовите первичный элемент:

пустула
папула
волдырь
бугорок

1102. В амбулаторию клиники обратился больной с жалобами на появление ярко-розовых, отечных элементов, сопровождающихся зудом. Через 2-3 часа после появления элементы бесследно регрессируют. Назовите элемент:

Узелок
Волдырь
Бугорок
Узел

1103. Лихенификация формируется в результате:

Механического повреждения кожи
Длительного расчесывания
Вскрытия пузырей
Заживления эрозий

1104. Веснушки являются пятнами:

Воспалительными
Пигментными
Геморрагическими
Телеангиэктазиями

1105. В амбулаторию обратился больной сахарным диабетом, 56 лет, с жалобами на болезненные конусовидные инфильтраты, проникающе глубоко в кожу, при вскрытии

которых выделяется большое количество гнойно-некротических масс в виде стержня. Процесс заканчивается рубцеванием. Назовите мофологический элемент сыпи:

Бугорок
Узел
Папула
Волдырь

1106. К полостному первичному элементу относят:

Бугорок
Пузырек
Папула
Волдырь

1107. Небольшое, резко отграниченное, плотное, слегка возвышающееся над поверхностью окружающей кожи, бесполостное образование. Назовите мофологический элемент сыпи:

Бугорок
Папула
Узел
Волдырь

1108. Вследствие вскрытия пузырька первоначально формируется:

Лихенификация
Эрозия
Рубец
Атрофия

1109. Язва – это:

Дефект кожи в пределах эпидермиса
Глубокий дефект кожи, достигающий дермы, подкожной жировой клетчатки
Изменение кожи, связанное с массивной инфильтрацией ее сосочкового слоя
Результат разрастания сосочкового слоя дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя

1110. Укажите клиническое отличие бугорка от папулы:

Мягкая консистенция
Изъязвление с исходом в рубец
Плоская форма
Неправильные очертания

1111. Укажите клиническое отличие волдыря от папулы:

Мягкая консистенция
Эфемерность
Плоская форма
Изъязвление с исходом в рубец

1112. Волдырь возникает вследствие:

Спонгиоза
Ограниченного островоспалительного отека сосочкового слоя кожи с одновременным расширением капилляров
Акантолиза
Отложения продуктов обмена

1113. Эрозии предшествует следующий морфологический элемент:

Бугорок
Пузырек
Папула
.Волдырь

1114. Поверхностная не фолликулярная пустула называется

Эктима
Фликтена
Петехия
Экхимоза

1115. Пациентка, 50 лет, обратилась в клинику с жалобами на стойкое расширение сосудов кожи лица. Выберите определение этих изменений

Эктимы
Телеангиэктазии
Петехии
Экхимозы

1116. Сосудистые невоспалительные пятна характеризуются тем, что

при надавливании на кожу предметным стеклом (витропрессии) эти пятна исчезают, а затем появляются вновь
при надавливании на кожу предметным стеклом (витропрессии) эти пятна не исчезают
при надавливании на кожу предметным стеклом (витропрессии) на месте пятен появляются петехии
при надавливании на кожу предметным стеклом (витропрессии) на месте пятен появляются телеангиэктазии

1117. Узелки, достигающие больших размеров, называются бляшками

Очагами лихенификации
Бляшками
Петехиями
Экхимозами

1118. В амбулаторию клиники обратилась женщина, 35 лет, с жалобами на высыпания на коже сгибательные поверхности предплечий. Субъективно беспокоит зуд. При осмотре на коже сгибательные поверхности предплечий выявляется мономорфная сыпь размером от 1-2 до 5 мм в диаметре, плоской формы, блестящая при боковом освещении, полигональных очертаний, розово-синюшного цвета с фиолетовым оттенком, с пупковидным вдавлением в

центре. При гистологическом исследовании выявлялся гранулез и полосовидный субэпидермальный лимфоидный инфильтрат. Назовите первичный элемент:

Бугорок
Папула
Пузырек
Волдырь

1119. У пациентки, 24 лет, на коже кистей возникли высыпания диаметром - от 5 мм до 1 см, неправильных очертаний, молочно-белого цвета. Кожа в очагах поражения (кроме нарушения окраски) внешне не изменена, без признаков атрофии и шелушения. Субъективные ощущения отсутствуют. Определите первичный морфологический элемент кожи:

Бугорок
Пятно
Папула
Волдырь

1120. Пациент, 25 лет, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания ярко-розового цвета, диаметром от1 см до 2 см, округлых очертаний, с четкими границами, покрытых серебристо-белыми чешуйками чешуйками. Шелушение выражено особенно в центральной части высыпаний, а по периферии отмечается гиперемическая кайма. Определите первичный морфологический элемент кожи:

Бугорок
Бляшка
Пятно
Волдырь

1121. На прием к дерматологу обратилась больная Н., 23 года, с жалобами на не инфильтрированные высыпания на коже лица в области переносицы и щек овальных очертаний, розово-красного цвета, в центре очагов высыпания - единичные сухие серовато-белые чешуйки, плотно сидящие на поверхности очагов. При насильственном удалении чешуек отмечается болезненность, на их нижней поверхности - шипообразные выступы. Определите первичный морфологический элемент кожи:

Бугорок
Пятно
Бляшка
Волдырь

1122. Мужчина, 45 лет, наблюдается в туберкулезном диспансере по месту жительства. Обратился к дерматологу по поводу мелких, около 5 мм в диаметре высыпаний, локализующихся преимущественно на коже разгибательных поверхностях верхних конечностей, полушаровидной формы, красноватого цвета с синюшным оттенком, плотной консистенции. В центральной части некоторых высыпаний наблюдается некроз, на месте которого возникают мелкие язвочки с последующим образованием “штампованных” рубчиков. При гистологическом исследовании биоптата кожи были обнаружены гранулемы из эпителиоидных клеток, окруженных лимфоцитами, в центре гранулем – казеозный некроз. В инфильтрате выявляются единичные клетки Лангханса. Определите первичный морфологический элемент кожи:

Бляшка
Бугорок
Пятно
Волдырь

1123. У пациента, 30 лет, с диагнозом экзема наблюдалось обострение заболевания, покрышки пузырьков, расположенных на эритематозном фоне ладоней, в процессе развития заболевания пропитались серозным отделяемым пузырьков, в результате чего образовались:

очаги лихенификации
корочки
чешуйки
экскориации

1124. Укажите вторичные элементы сыпи

Бляшка
Эксориация
Пятно
Волдырь

1125. Укажите первичный элемент сыпи

Лихенификация
Папула
Чешуйка
Экскориация

1126. У пациентки с розацеа наблюдается стойкое расширение сосудов на коже лица, подобные сосуды называют

Экхимозами
Телеангиэктазиями
Гемангиомами
Геморрагическими пятнами

1127. В клинику кожных болезней обратилась пациентка с глубоким дефектом кожи, достигающим дермы, на подбородке. При опросе врач выяснил, что данный дефект кожи вызван самой пациенткой: после стресса у нее появилась маленькая пустула на подбородке; пациентка выдавила ее. Однако у больной появилось ощущение, что под кожей осталось гнойное отделяемое, которой она пыталась самостоятельно удалить чайной ложкой. Назовите элемент, который наблюдался на подбородке пациентки:

Эрозия
Язва
Лихенификация
Телеангиэктазия

1128. Пациент 45 лет обратился в клинику кожных болезней с жалобами на появление сгруппированных сосочковых разрастаний, напоминающих по внешнему виду цветную капусту, в подмышечной и паховой области. При проведении реакции прямой

иммунофлюоресценции была выявлена фиксация IgG в межклеточной субстанции преимущественно в шиповатом слое эпидермиса, иммуноферментный анализ выявил циркулирующие антитела IgG к ДСГ3 или ДСГ3 и ДСГ1. Назовите морфологический элемент кожи, возникший у больного.

Язва
Вегетация
Лихенификация
Папула

1129. Укажите механизм образования внутриэпидермального пузыря:

Вакуольная дистрофия
Акантолиз
Спонгиоз
Экзоцитоз

1130. Гиперкератоз это:

Нарушение связи между клетками шиповатого слоя
Утолщение рогового слоя эпидермиса

Утолщение зернистого слоя эпидермиса
Увеличение рядности клеток шиповатого слоя

1131. В эпидермисе преобладают

Лимфоциты
Кератиноциты
Меланоциты
Эозинофилы

1132. При гистологическом исследовании кожи пациента с язвенно-некротическим ангиитом выявили «ядерную пыль». Данное определение характеризует

дегрануляцию тучных клеток
явление лейкоцитоклазии
разрушение эозинофилов
гранулематозный процесс

1133. Ангиоматоз - это

утолщение сосудистой стенки
пролиферация сосудов
разрушение сосудистой стенки
пропитывание сосудистой стенки воспалительным инфильтратом

1134. В дерматологическую клинику обратился больной с жалобами на высыпания, локализующиеся на коже стопы. При осмотре сыпь представлена бляшками диаметром 1-5 см, плоской формы, с резкими границами, округлых очертаний, плотноэластической консистенцией, синюшно-буроватой окраски, с гладкой поверхностью. Гистологически в дерме выявлен ангиоматоз, веретенообразные опухолевые клетки в виде тяжей и пучков;

инфильтрат, содержащий лимфоциты и плазматические клетки, а также макрофаги, нагруженные гемосидерином. Поставьте диагноз на основании результатов гистологического исследования:

Красный плоский лишай
Саркома Капоши
Псориаз
Экзема

1135. Спонгиоз – это

деструкция клеток базального слоя
межклеточный отек в шиповатом слое
скопление клеток инфильтрата в эпидермисе
потеря связи между эпидермальными клетками в результате фиксации аутоантител

1136. Дискератоз – это

увеличение рядности клеток шиповатого и зернистого слоев с удлинением эпидермальных отростков
нарушение физиологического процесса ороговения эпидермальных клеток
чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса
пролиферация сосочков дермы

1137. При красном плоском лишае появление “сетки Уикхема” связано с

гиперкератозом
гранулезом
акантозом
акантолизом

1138. Чешуйки образуются в результате

акантоза
гиперкератоза
паракератоза
папилломатоза

1139. При псориазе наблюдается паракератоз и гиперкератоз, которые клинически проявляются при поскабливании в виде феномена

псориатической пленки
стеаринового пятна
кровяной росы
Никольского

1140. При дисгидротической экземе пузырьки возникают преимущественно в результате

спонгиоза
экзоцитоза
акантоза
акантолиза

1141. Гистологически при красном плоском лишае выявляется

явление лейкокластического васкулита
лимфоидный полосовидный инфильтрат
микроабсцессы Потрие
эозинофильный инфильтрат

1142. Назовите морфологическую основу бугорка:

Периваскулярная инфильтрация
Инфекционная гранулема
Вакуольная дистрофия
Акантоз

1143. Гистологически экзоцитоз характеризуется

утратой связи между эпидермисом и дермой в области базальной мембраны
проникновением клеток дермального инфильтрата в эпидермис
нарушением процесса ороговения, в результате чего в клетках рогового слоя сохраняются ядра
4.небольшими скоплениями клеток в эпидермисе

1144. Для псориаза характерны микроабсцессы Мунро, состоящие из:

лимфоцитов
лейкоцитов
эозинофилов
тучных клеток

1145. Микроабсцессы Мунро формируются

в дерме
в эпидермисе
в подкожно-жировой клетчатке
в мышцах

1146. При псориазе гистологически выявляется папилломатоз, который характеризуется

изменением цвета соединительной ткани при окраске толуидиновым синим
пролиферацией сосочков дермы
утолщением зернистого слоя
утолщением и увеличением числа рядов клеток шиповатого слоя с удлинением эпидермальных отростков, проникающих глубоко в кожу

1147. При красной волчанке одним из гистологических признаков является

паракератоз
вакуольная дистрофия клеток базального слоя
гранулез
полосовидный лимфоидный инфильтрат

1148. Симптом “дамского” каблучка при красной волчанке связан с

вакуольная дистрофия клеток базального слоя
фолликулярным гиперкератозом
мукоидной дистрофией коллагеновых волокон
атрофией эпидермиса

1149. Для выявления метахромазии, характеризующей изменение соединительной ткани при красной волчанке, желательно провести дополнительную окраску
гематоксилин-эозином
толуидиновым синим
суданом 3
по методу Грама-Вейгерта

1150. При очаговой склеродермии гистологически выявляется

вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпидермиса
уплотнение и склероз коллагеновых волокон
паракератоз
гранулез

1151. При очаговой склеродермии в эпидермисе гистологически выявляется

акантоз
атрофия
акантолиз
паракератоз

1152. Паракератоз возникает в результате

межклеточного отека в шиповатом слое
нарушения процесса ороговения
небольших скоплений клеток инфильтрата в эпидермисе
утолщение и увеличение числа рядов шиповатого и зернистого слоев с удлинением эпидермальных отростков

1153. При туберкулезе кожи регресс бугорков приводит к образованию рубчиков в результате гистологических особенностей в виде формирования

гранулем из эпителиоидных клеток без казеозного некроза
гранулем из эпителиоидных клеток с лимфоидным инфильтратом по периферии и казеозным некрозом
микроабсцессов в дерме, содержащих большое количество нейтрофильных гранулоцитов, лимфоцитов и плазмоцитов
лейкокластического васкулита

1154. Феномен “кровяной росы” при псориазе связан с гистологическими изменениями в виде

папилломатоза, акантоза, акантолиза
папилломатоза, акантоза, ангиоматоза
ангиоматоза, микроабсцессов Мунро

гиперкератоза, паракератоза

1155. При красной волчанке одним из важных гистологических признаков является изменение эпидермиса в виде

паракератоза
атрофии
акантоза
акантолиза

1156. При красной волчанке одним из важных гистологических признаков является следующее изменение в дерме

нейтрофильный инфильтрат, пропитывающий стенку сосудов
лимфоидный инфильтрат с тенденцией к расположению вокруг придатков кожи
инфильтрат с преобладанием эозинофилов, образующих скопления в сосочках дермы
полиморфный инфильтрат с диффузным экзоцитозом клеток в эпидермис

1157. При гистологическом выявлении инфильтрата, состоящего преимущественно из нейтрофилов, следует назначить терапию для лечения заболевания из группы

болезней соединительной ткани
пиодермий
аутоиммунных буллезных дерматозов
вирусных дерматозов

1158. К аномалии стержня волос по типу перелома относится:

Монилетрикс
Трихоптилоз
Узловатый трихорексис
Pili torti

1159. К аномалии стержня волос по типу сужения относится:

Трихоптилоз
Монилетрикс
Pili torti
Шерстеподобные волосы

1160. К аномалии стержня волос по типу перелома относится:

Узловатый трихорексис
Трихошизис
Pili torti
Шерстеподобные волосы

1161. К аномалии стержня волос по типу сужения относится:

Узловатый трихорексис
Конические волосы/ Tapered hairs
Pili torti

Шерстеподобные волосы

1162. К аномалии стержня волос по типу «узловатой структуры» относится:

Метельчатые волосы/Broom hairs
Перипиллярные муфты/Hair casts
Метельчатые волокна/Broom fibers
Пламевидные волосы/Flame hairs

1163. К аномалии стержня волос по типу сужения относится:

Z-образные (зигзагообразные) волосы/Z-liairs (zigzag liairs)
Волосы в форме восклицательного знака
Перекрученные волосы/Pili torti
Шерстеподобные волосы Woolly hairs

1164. Укажите особенности «желтых точек» при андрогенной алопеции:

Крупные
Заполнены преимущественно себумом
Напоминают 3D мыльные пузыри
Темно-желтые или желто-коричневые

1165. Укажите особенности «желтых точек» при Подрывающем фолликулите:

Заполнены преимущественно себумом
Напоминают 3D мыльные пузыри
Размер: от небольшого до среднего
Темно-желтые или желто-коричневые

1166. Какой тип сосудов наиболее характерен для трихоскопии псориаза волосистой части головы:

Сосуды в виде запятой
Гломерулярные (скрученные) сосуды
Змеевидные сосуды
Перифолликулярные концентрические сосуды

1167. Какой тип сосудов наиболее характерен для трихоскопии дискоидной красной волчанки:

Гломерулярные (скрученные) сосуды
Толстые древовидные сосуды
Сосуды в виде запятой
Перифолликулярные концентрические сосуды

1168. Наиболее характерный признак при трихокопии гнездной алопеции:

Змеевидные сосуды
Черные точки
Заполненные себумом желтые точки
Трихоптилоз

1169. Для активной фазы гнездной алопеции при трихоскопии характерно:

Вертикально отрастающие волосы
Черные точки
Волосы колечком
Веллусные волосы

1170. Для активной фазы гнездной алопеции при трихоскопии характерно:

Вертикально отрастающие волосы
Волосы в форме восклицательного знака
Волосы колечком
Веллусные волосы

1171. Для активной фазы гнездной алопеции при трихоскопии характерно:

Вертикально отрастающие волосы
Сломанные волосы
Волосы колечком
Веллусные волосы

1172. Наиболее характерный признак при трихокопии гнездной алопеции:

Змеевидные сосуды
Волосы в виде восклицательного знака
Заполненные себумом желтые точки
Трихоптилоз

1173. Для трихоскопической картины диффузной телогеновой алопеции и андрогенетической алопеции характерно:

Неоднородность диаметров волос
Пустующие волосяные фолликулы, в том числе желтые точки
Одиночный пилосебационный юнит
Веллусные волосы

1174. При трихоскопические особенности классического фолликулярного плоского лишая может наблюдаться:

Неоднородность диаметров волос
Перифолликулярное шелушение
Истонченные волосы
Одиночный пилосебационный юнит

1175. При трихоскопические особенности классического фолликулярного плоского лишая может наблюдаться:

Волосы в форме восклицательного знака
Фиолетовые зоны
Вертикально отрастающие волосы
Волосы колечком

1176. Для трихоскопической картины какого заболевания наиболее характерны белые точки:

Гнездная алопеция
Красный плоский лишай
Андрогенетическая алопеция
Диффузное телогеновое выпадение волос

1177. Дерматоскопический признак не характере для андрогенетической алопеции:

Анихотрихоз
Черные точки
Фокальная атрихия
Перипилярные желтые точки

1178. Для трихоскопической картины трихотилломании наиболее характерным признаком является:

Фолликулярные пробки
Скрученные волос
Белые точки
«Медовые соты»

1179. Дерматоскопический признак не характере для очаговой алопеции:

Желтые точки
Анихотрихоз
Дистрофические волосы
Кадаверизированные волосы

1180. Стержень волоса на 78% состоит из:

Воды
Белка
Липидов
Пигмента

1181. Стержень волоса на 6% состоит из:

Белка
Липидов
Воды
Пигмента

1182. Стержень волоса на 15% состоит из:

Липидов
Воды
Белка
Пигмента

1183. Стержень волоса на 1% состоит из:

Воды
Пигмента
Липидов
Белка

1184. Симптоматический зуд кожи не наблюдается при …

Сахарном диабете
Красной волчанке
Глистной инвазии
Лейкозах

1185. Диагнозу «атопический дерматит» может противоречить:

Указание на начало заболевания в детстве
Развитие везикуляции в очагах поражения
Улучшения в летнее время
Наличие лихенификации в локтевых и подколенных сгибах

1186. При постановки диагноза строфулюса первостепенную роль играет:

Контакт со стиральным порошком
Детский возраст
Нервные факторы
Памперсы

1187. С каким диагнозом нет нужды дифференцировать хроническую крапивницу?

Укусами насекомых
Экземой
Токсидермией
Дерматитом Дюринга

1188. Какой элемент сыпи не встречается в клинической картины атопического дерматита взрослых?

Экскориация
Узел
Эритема
Лихенификация

1189. Какой элемент сыпи наиболее характерен для клинической картины пруриго взрослых?

Папула
Экскориация
Волдырь
Пустула

1190. Каким действием не обладает кортикостероидная мазь?

Вазоконстрикторным
Дезодорирующим

Противозудным
Противовоспалительным

1191. Какое утверждение неверно в отношении антигистаминных препаратов?

Являются Н1 блокаторами
Являют Н3 блокаторами
Являются Н2 блокаторами
Оказывают противозудное действие

1192. Обострения атопического дерматита не ассоциируются с:

Сезонностью
Знаком Зодиака
Погрешностями в диете
Наследственностью

1194. Какое утверждение противоречит общепринятым представлениям о зудящих дерматозах?

Кожный зуд может быть как нозологией, так и симптомом
Крапивница характеризуется полиморфизмом высыпаний
Строфулюс – это детская почесуха
Экзема не относится к нейродерматозам

1195. Что не является целью наружная терапия при атопическом дерматите?

Противозудное действие
Полное избавление от заболевания
Барьерстабилизирующее действие
Противовоспалительное действие
1196. Какие изменения лабораторных параметров не характерны для больных атопическим дерматитом?

Повышенный уровень сывороточных IgE антител
Выявление акантолитических клеток
Эозинофилия крови
Повышение цитокинов 2-го типа

1197 Отметьте нетипичную локализацию высыпаний при атопическом дерматите у взрослых:

Лицо
Ягодицы
Шея
Локтевые сгибы

1198. Какой обычно дермографизм в норме?

Белый
Красный

Смешанный
Отсутствует

1199. Каков обычно исход волдыря?

Эрозия
Исчезает бесследно
Пятно
Корка

1200. Волдырь образуется в результате:

Акантоза
Острого отека сосочков дермы
Акантолиза
Спронгиоза

1201. Больной обратился с жалобами на зудящие высыпания, рассеянные на верхних конечностях и коже туловища, розового цвета размером 5-7 мм, самопроизвольно исчезающие через 2-3 часа, и появляющиеся вновь. Назовите элемент сыпи.

Везикула
Волдырь
Бугорок
Пустула

1202. Для лихенификации не характерно:

Утолщение кожи
Образование бугорков
Уплотнение кожи
Усиление кожного рисунка

1203. Лихенификация образуется в результате:

Слияния бугорков
Длительного расчесывания
Вскрытия пузырей
Заживления эрозий

1204. Как называется первичный морфологический элемент при крапивнице:

Пятно
Волдырь
Бугорок
Папула

1205. Больной К., 35 лет, болен около месяца, высыпания рецидивируют, то появляясь, то исчезая бесследно, беспокоит зуд, иногда жжение. Ваш предположительный диагноз:

Экзема
Острая крапивница
Хроническая спонтанная крапивница
Атопический дерматит

1206. У пациентки торая беременность 5 мес, протекает без патологии, уртикарные высыпания появились 2 месяца назад, носят стойкий характер, сопровождаясь зудом, из-за чего сон нарушен. При первой беременности было тоже самое. Ваш возможный диагноз:

Острая крапивница
Уртикарный васкулит
Уртикарно папулезный дерматит беременных
Токсикоз беременных

1207. Больная проснулась сегодня утром с уплотненной отекшей верхней губой, испытывает чувство жжения и покалывания в очаге поражения. Со слов больной это уже третий случай за последние две недели, с каждым разом становясь все более выраженным. Ваш предположительный диагноз:

Осложнение после обкалывания ботоксом
Отек Квинке
Рецидивирующий герпес
Фиксированная эритема

1208. Эти изменения появились у больного три часа назад, беспокоят жжения и зуд, Вы выставили диагноз острая крапивница, ангиоотек. Ваша тактика первой линии терапии:

Наружные ингибиторы кальциневрина
Антигистамины второго поколения
Наружный кортикостероиды
Фототерапия лучами спектра В

1209. Девушка 15 лет, больна с детства, обострения частые, обычно в межсезонье, беспокоит сухость кожи, воспаление в локтевых сгибах, постоянный часто мучительный зуд, упорный к антигистаминовой терапии. Выберите подходящие диагнозы:

Ограниченный нейродермит
Атопический дерматит
Хроническая экзема
Экссудативный диатез

1210. Больная П., 25 лет, диагноз Атопический дерматит, тяжелой степени. Выберите терапевтические мероприятия из предложенных:

Хлористый кальций внутривенно
Циклоспорин А
Антигистамины второго поколения
Антигистамины первого поколения

1211. Для какого забоелвания характерна локализация очагов лихенификации в подколенных ямках:

Экзема сгибов
Атопический дерматит
Псориаз
Эпидермофития складок

1212. На рисунке белый дермографизм. Вопрос: при каком кожном заболевани типично наличие белого дермографизма:

Пруриго взрослых
Атопический дерматит
Псориаз
Герпетиформный дерматит Дюринга

1213. Для какого кожного заболевания характерны очаги лихенификации в локтевых сгибах:

Лишай золотушных
Атопический дерматит
Чешуйчатый лишай
Отрубевидный лишай

1214. После отпуска в Тунисе спустя три месяца у больного появились язвы. После лечения антибиотиками по месту жительства эффекта не наступило. Какие из предложенных диагнозов клинически наиболее вероятны:

Лепроматозная лепра
Кожный лейшманиоз
Глубокий микоз
Сифилис

1215. Больная К., 22 года. После возвращения из отпуска и стрессовой ситуации на работе две недели назад заметила появление и исчезновение высыпания по всему телу приступообразного характера с частотой в 2-3 дня, сопровождающиеся зудом и жжением. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала успокаивающие средства без видимого эффекта. Ваш предположительный диагноз:

Нейродермит
Острая крапивница
Токсидермия
Васкулит

1216. Мужчина 43 лет после мытья рук в лунке для подледного лова по возвращении домой заметил изображенные на фотографии изменения на коже кистей, сопровождающиеся онемением и покалыванием. Обратился к Вам за помощью. Ваш диагноз:

Обморожение
Холодовая крапивница
«Рыбий» дерматит
Холодовая экзема

1217. Как называется появление линейных волыдрей при механическом раздражении кожи:

Смешанный дермографизм
Дермографическая крапивница
Крапивница от давления
Тактильная крапивница

1218. Ребенку 1,5 года. Периодически появляются зудящие эритематозно-сквамозные очаги преимущественно на лице, иногда на коже голеней и плеч. При соблюдении гипоаллергенной диеты наступает частичное улучшение. Мать страдает бронхиальной астмой. Выберите наиболее вероятный диагноз:

Пищевая аллергия
Атопический дерматит
Аллергический дерматит
Экссудативный диатез

1219. Phlebotomus papatasi – какую болезнь его укус сейчас возможно передает человеку:

Болезнь Лайма
Лейшманиоз
ВИЧ инфекцию
Ветряную оспу

1220. С какого первичного элемента начинает развиваться клиническая картина элейшманиоз:

Пузырек
Бугорок
Папула
Пустула

1221. Белый дермографизм встречается при:

Псориазе
Атопическом дерматите
Красном плоском лишае
Розацеа

1222. Какой элемент характерен для атопического дерматита:

Язвы
Лихенификация
Пузырьки
Склероз

1223. Лихенификация образуется в результате:

Разрастания соединительной ткани

Слияния узелков хронического воспаления
Высыхания отделяемого мокнущей поверхности
Нарушения целостности кожи.

1224. Герпетиформная экзема Капоши обычно возникает у больных, страдающих:

Псориазом
Атопическим дерматитом
Истинной акантолитической пузырчаткой
Рецидивирующим герпесом

1225. Какого диагноза крапивницы не бывает?

Острой
Подострой
Хронической
Гигантской

1226. Что относится к первой линии терапии при хронической спонтанной крапивнице?

Антигистамины первого поколения
Антигистамины второго поколения
Антигистамины третьего поколения
Циклоспорин А

1227. Что из наружных средств может назначаться всем больным атопическим дерматитом?

Глюкокортикоиды
Увлажняющие средства
Ингибиторы кальцийневрина
Подсушивающие средства

1228. Атопический дерматит это:

Аллергическое заболевание
Иммуновоспалительное заболевание
Прогредиентное заболевание
Вирусное заболевание

1229. Выберите правильный ответ про высыпания при диагнозе кожный зуд.

Папулы
Экскориации
Пузырьки
Эритема

1230. Какой основной первичный элемент в составе сыпи при детской крапивнице?

Волдырь

Серопапула
Папула
Бугорок

1231. Выберите коморбидную пару.

Крапивница и сифилис
Атопический дерматит и астма
Гонорея и хламидиоз
Пруриго и пиодермия

1232. Какая болезнь входит в группу зудящих дерматозов?

Чесотка
Пруриго
Экзема
Красный плоский лишай

1233. Какой основной первичный элемент сыпи при лепре?

Папула
Бугорок
Бляшка
Пустула

1234. Современная терапия больного лепрой включает:

Клофазимин
Полихимиотерапия
Диаминодифенисульфон
Рифампицин

1235. Какой международный индекс применяется для оценки тяжести клинической картины атопического дерматита?

PASI
SCORAD
DLQI
FRCP

1236.Укажите нетипичную локализацию кожной сыпи при атопическом дерматите.

Лицо
Волосистая часть головы
Подколенные ямки
Тыл кистей

1237. Что такое гигантская крапивница?

Уртикарные высыпания, покрывающие больше 75% тела
Ангионевротический отек

Уртикарные высыпания, покрывающие больше 95% тела
Крупные уртикарные бляшки

1238. Преобладающие клетки эпидермиса

Меланоциты
Кератиноциты
Клетки Лангерганса
Фибробласты

1239. Базальном слое кроме базальных кератиноцитов также присутсвуют

Макрофаги
Меланоциты
Тучные клетки
Фибробласты

1240. Назовите правильный порядок слоев эпидермиса , начиная с нижнего

Базальный, зернистый, блестящий, шиповатый, роговой
Базальный, шиповатый, зернистый, блестящий, роговой
Шиповатый, сетчатый, сосочковый, базальный, блестящий
Роговой, зернистый, базальный,. Шиповатый

1241. Какой из слоев эпидермиса присутсвует только на ладонях и подошвах

Базальный
Блестящий
Роговой
Шиповатый

1242. Кератиноциты рогового слоя

Имеют протоплазматические отростки с десмосомами
Безъядерные содержат большое количество кератина
Содержат большое количество кератогиалина
С овальными гиперхромными ядрами

1243. Дерма состоит из

сосочкового слоя и подкожной клетчатки
сосочкового и сетчатого слоев
Базальной мембраны и сетчатого слоя
Базального, сосочкового и сетчатого слоя

1244. Ткань сетчатого слоя дермы в основном представлена

Сосудами и нервными волокнами
Коллагеновыми и эластическими волокнами
Гладкомышечными клетками
Адипоцитами

1245. К придатками кожи относят

Подкожно-жировую клетчатку
Волосы
Кровеносные и лимфатические сосуды
Нервные волокна

1246. Большое количество эккринных потовых желез встречается на

Красной кайме губ
Ладонях и подошвах
Головке полового члена
Внутреннем листке крайней плоти

1247. Максимальная митотическая активность клеток эпидермиса происходит в слое эпидермиса

Шиповатом
Базальном
Роговом
Блестящем

1248. При обширных повреждениях кожи митозы встречаются в слое эпидермиса

Роговом
Шиповатом
Зернистом
Блестящем

1249. Тельца Одланда присутствуют в цитоплазме клеток слоя

Зернистого
Шиповатый
Базального
Рогового

1250. Основной белок кератиноцитов рогового слоя

Ретикулин
Кератин
Эластин
Коллаген

1251. Структура отделяющая эпидермис от дермы

Гиподерма
Базальная мембрана
Шиповатый слой
Блестящий слой

1252. Дерма состоит из

5 слоев и базальной мембраны
Волокон, основного вещества, немногочисленных клеток
Адипоцитов и коллагеновых волокон

Меланоцитов, клеток Лангерганса

1253. Терминальные артериолы и венулы питающие эпидермис находятся в

Эпидермисе
Сосочковом слое дермы
Гиподерме
Сетчатом слое дермы

1254. Где не встречаются сальные железы

Веки
Ладони и подошвы
Волосистая часть головы
Крайняя плоть

1255. По строению сальные железы относятся к

Простые трубчатые
Простые альвеолярные
Простые клубочковые
Сложные трубчатые

1256. По типу секреции сальные железы относятся к

Эккриновым
Голокриновым
Микроапокриновым
Макроапокриновым

1257. По строению потовые железы относятся к

Простые клубочковые
Простые трубчатые
Простые альвеолярные
Сложные альвеолярные

1258. В эпидермисе различают все слои, кроме

Базального
Сетчатого
Шиповатого
Зернистого

1259. В волосе различают все перечисленные структуры, кроме

Стержня
Стекловидного вещества
Корень
Матрикс

1260. Правильный порядок строения кожи

Эпидермис, гиподерма, дерма
Эпидермис, дерма, гиподерма
Дерма, эпидермис, гиподерма
Гиподерма, дерма, эпидермис

1261. Меланин, придающий цвет волосам образуется в клетках

Стержня
Луковицы
Волосяного фолликула
Наружного корневого влагалища

1262. Клетки образующие пигмент кожи

Клетки Меркеля
Меланоциты
Клетки Лангерганса
Кератиноциты

1263. Стволовые клетки для кератиноцитов расположены в

Блестящем слое
Базальном
Роговом слое
Зернистом

1264. В базальном слое эпидермиса Все определения верны, кроме

Клетки связаны между собой при помощи десмосом
Содержит артериолы и венулы
Есть меланоциты
Состоит из одного ряда клеток цилиндрической формы

1265. В каком процессе участвуют потовые железы

Удалении органических веществ
Охлаждении организма
Окислении минеральных веществ
Накоплении органических веществ

1266. Глубокое артериальное сплетение кожи находится
В эпидермисе
На границы ПЖК и собственно дермы
В подкожно-жировой клетчатке
В сосочковом слое дермы

1267. Значительная часть сетчатого слоя дермы представлена

Сосудами
Пучками коллагеновых и эластических волокон
Кератиноцитами
Лейкоцитами и лимфоцитами

1268. Где расположены сальные железы

В эпидермисе
В дерме и подкожной жировой клетчатке
В дерме
В подкожной жировой клетчатке

1269. Эпидермис представлен

Переходным эпителием
Многослойным плоским ороговевающим эпителий
Многослойный плоский неороговевающий эпителий
Многорядный призматический эпителий

1270. В тонкой коже отсутствует слой

Роговой
Блестящий
Зернистый
Шиповатый

1271. Отросчатые клетки в эпидермисе, содержащие меланосомы называются

Кератиноциты
Меланоциты
Клетки Меркеля
Корнеоциты

1272. Клетки сальной железы называются

Сероциты
Себоциты
Мукоциты
Меланоциты

1272. Защитную функцию кожи реализуют

Роговой слой
Все слои кожи
Собственно дерма
Подкожно-жировая клетчака

1273. Защитная функция кожи в дерме осуществляется посредством

Обильной капиллярной сети
Коллагеновых и эластических волокон
Выраженного рогового слоя
Амортизирующей функции жирового слоя

1274. От воздействия химического агента кожу защищает

Кератиноциты

Протеиновый барьер
Роговой слой
Потовые железы

1275. За счет чего реализуется защитная от ультрафиолетового излучения функция кожи

Клеток Меркеля
Наличия в ней меланина и его увеличении от УФО
Утолщения жирового слоя
Теплообменной функции

1276. К иммунокомпетентным клеткам кожи относятся

Меланоциты
Клетки Лангерганса
Адипоциты
Себоциты

1277. Наиболее важная роль в реализации защитных механизмов кожи принадлежит

ПЖК
Эпидермису
Сосочковому слою дермы
Роговому слою

1278. Ультрафиолет спектра В является причиной

Перегревания
Солнечных ожогов
Повышенной функции сальных желез
Повышенного потоотделения

1279. Способность кожи противостоять микробной инвазии снижается при

Воздействии УФО спектра А
Травматизации кожи
Повышение температуры окружающей среды
Понижение температуры окружающей среды

1280. Механорецепторы в коже воспринимают

Боль
Прикосновение
Изменение температуры
Зуд

1281. За восприятия боли и зуда ответственны

Тельца Руффини
Ноцицепторы
Тельца Мейснера
Терморецепторы

1282. Температура свыше 45С воспринимается

Тепловыми рецепторами
Ноцицепторами
Рецепторами Меркеля
Все ответы верны

1283. Порогом восприятия боли от тепла является температура

40С
45С
60С
37С

1284. Наиболее эффективным путем отдачи тепла с поверхности кожи является

Повышение выработки кожного сала
Испарение выделяемого пота
Уменьшению локального кровотока
Сужение сосудов кожи

1285. Функция, не свойственная кожи

Обменная
Зрительная
Дыхательная
Экскреторная

1286. Функции сальных желез

Отвечают за терморегуляцию
Обеспечивают смазку кожи
Уничтожают бактерии
Охлаждают кожу

1287. Какие раздражители воспринимают рецепторы кожи

Вкусовые
Тепловые
Звуковые
Обонятельные

1288. К функциям кожи относят все, кроме

Синтез витаминов
Двигательная
Защитная
Иммунная

1289. Липидный барьер легко преодолевают

Водорастворимые соединения
Жирорастворимые соединения

Коллаген
Гиалуроновая кислота

1290. К особенностям дыхательной функции кожи относят

Кислород не способен поглощаться через кожу
Через кожу поглощается около 1% от общего поглощения кислорода организмом
Через кожу поглощается 25% от общего поглощения кислорода организмом
Через кожу поглощается 10% от общего поглощения кислорода организмом

1291. Площадь кожного покрова взрослого человека около

0.6-1.0 м2
1.5 – 2 м2
2.5 – 3.5 м2
1 м2

1292. Что воспринимают тельца Фатера _ Пачини и Гольджи – Маццони

Чувство тепла
Чувство глубокого давления
Чувство холода
Боль

1293. Что воспринимают клубочки Краузе

Боль
Чувство холода
Чувство глубокого давления
Чувство тепла

1294. Защитные свойства кожи от микроорганизмов осуществляется всем, кроме

Потоотделения
Щелочной реакции
Слущивания эпителия
Кислой реакции

1295. При помощи чего из кожи удаляются соль, вода и мочевина

рецепторов
потовых желез
волосяного фолликула
сальных желез

1296. Функции кожи все, кроме

Терморегуляция
Двигательная
Механическая защита
Иннервация кожи

1297. Для эккринных потовых желез характерно то, что они

Выделяют вязкий белковый секрет
Принимают активное участие в терморегуляции
Выделяют жидкий щелочной секрет
Становятся активными в период полового созревания

1298. Основными составляющими гидролипидной мантии кожи являются

Исключительно кожное сало
Кожное сало и пот
Исключительно пот
Секрет слюнных желез

1299. С какой функцией кожи связана ее чувствительность?

Выделительной
Защитной
Терморегуляторной
Секреторной

1300. Какова функция пигмента кожи меланина?

Антибактериальная
Поглощает ультрафиолетовое излучение
Придает эластичность коже
Теплопродукция

1301. К вирусным заболеваниям относится все кроме:

Узелки доильщик
Пузырчатка новорожденных
Экзема Капоши
Контагиозный моллюск

1302. Какое заболевание не относится к вирусным болезням:

Болезнь «кошачьих царапин»
Герпетиформный дерматит Дюринга
Герпетиформная экзема Капоши
Опоясывающий герпес

1303. Вирус, вызывающий опоясывающий герпес:

Коксовирус
Вирус ветряной оспы
Вирус простого герпеса типа 1
Вирус простого герпеса типа 2

1304. Для клинической картины простого герпеса наиболее характерными элементами сыпи являются:

Гнойнички, язвы, гнойные корки
Пузырьки, эрозии, серозные корки
Узелки, чешуйки, гиперпигментация
Бугорки, язвы, геморрагические корки

1305. На прием к дерматологу обратился пациент с жалобами на болезненные эрозии на половом члене. В анамнезе выявлено частое появление подобных высыпаний в течение года. При осмотре: на головке полового члена сгруппированные пузырьки полициклических очертаний, на отечном основании, мягком при пальпации. Наиболее вероятный диагноз:

Шанкриформная пиодермия
Рецидивирующий герпес
Первичный герпес
Первичный сифилис

1306. Какая форма не характерна для опоясывающего герпеса:
Геморрагическая
Рецидивирующая
Буллезная
Ганнренозная

1307. Для опоясывающего герпеса не характерно:

Поражение ЦНС
Поражение детей
Болевой синдром
Геморрагически-некротические проявления

1308. Что не характерно для простого герпеса:

Наличие “предвестников”
Связь рецидивов с приёмом сульфаниламидов
Сгруппированость везикул
Склонность к рецидивированию

1309. Больная, 36 лет, обратилась с жалобами на регулярное, совпадающее с месячными, появление сыпи на коже ягодиц. Высыпания сопровождаются легким зудом. Они существуют около недели и самостоятельно исчезают. При осмотре – на коже ягодиц сгруппированные пузырьковые высыпания на отечном гиперемированном фоне.

Первичный сифилис
Простой герпес
Вульгарная пузырчатка
Опоясывающий герпес

1310. К атипичным формам простого герпеса не относятся:

Отечная
Веррукозная
Рупиоидная
Эрозивно-язвенная

1311. Что из перечисленного не верно в отношении вируса простого герпеса

ДНК – содержащий вирус
РНК-содержащий вирус
Короткий цикл репродукции
Высокая тропность к клеткам эпителия и нервной системы

1312. К атипичным формам простого герпеса не относятся:

Геморрагическую форму
Ожоговая форма
Геморрагически-некротическая форма
Абортивная форма

1313. Кто выделил вирус простого герпеса

B.Lipschutz
W.Gruter
T. Morton
И.И. Мечников

1314. Для герпетиформной экземы Капоши не является типичным:

Диссеминированное поражение кожи и слизистых
Отсутствие предшествующих дерматозов
Тяжелое общее состояние
Поражение детей

1315. Абортивную форму простого герпеса поможет диагностировать:

РПГА
ПЦР-тест
Световая микроскопия
Реакция преципитации

1316. Укажите неэффективный препарат для купирования рецидива простого герпеса:

Ацикловир
Трихопол
Завиракс
Бетаметазон

1317. Пациент с жалобами на появление высыпаний, сопровождающихся зудом. При осмотре - в области угла рта справа на эритематозном, отёчном фоне сгруппированные мелкие пузырьки, наполненные серозным содержимым, и мелкие эрозии. О каком диагнозе следует думать в первую очередь:

Первичный сифилис
Простой герпес
Вульгарная пузырчатка
Опоясывающий герпес

1318. Эффективный метод лечения контагиозного моллюска:

5% салициловая мазь
Механическое удаление
Крем Тридерм
Мазь Зовиракс

1319. Для лечения больных простым герпесом не применяют:
Интерферон
Кортикостероиды
Ацикловир
Специфическая герпетическая поливакцина

1320. Баллонирующая дегенерация характерна для:

Экземы
Простого герпеса
Витилиго
Онихомикоза

1321. Субъективное ощущение, наиболее характерное для опоясывающего герпеса:

Зуд
Жжение
Чувство стягивания кожи
Болевой синдром

1322. К клиническим формам опоясывающего герпеса относятся все перечисленные, кроме:

Буллезной
Уртикарной
Генерализованной
Гангренозной

1323. Для опоясывающего герпеса характерны все перечисленные признаки, кроме

Резкой болезненности
Диссеминации высыпания по всему туловищу
Нарушения общего состояния
Отсутствия рецидивов

1324. Больным часто рецидивирующим простым герпесом в ремиссии назначается:

Антибиотики
Герпетическая вакцина
Аутогемотерапия
Противовирусные мази

1325. Маркером каких системных заболеваний может быть язвенная форма простого герпеса:

Артериальной гипертонии
Инфекция ВИЧ на стадии СПИДа

Метаболического синдрома
Глистной инвазии

1326. Больным рецидивирующим герпесом в фазу обострения назначается все перечисленное, кроме

Интерферона
Поливалентной герпетической вакцины
Противовирусных препаратов
Иммуноглобулина

1327. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится:

Интерфероном
Поливалентной герпетической вакциной
Пирогеналом
Иммуноглобулином

1328. При «per os» применении ацикловира следует:

Придерживаться монотерапии
Обеспечить адекватную гидратацию
Сочетать с другими противовирусными средствами
Соблюдать пастельный режим

1329. Какой разновидности бородавок не существует:

Плоские
Псориазиформные
Подошвенные
Остроконечные

1330. Ребенок 9 лет, на коже лица, шеи и тыльной поверхности кистей появились множественные округлые и овальные невоспалительные папулы с гладкой поверхностью, цвет их практически не отличается от цвета здоровой кожи. Величина колеблется от 1 до 3 мм. Субъективно без особенностей. Наиболее вероятный диагноз:

Атопический дерматит
Бородавки
Контагиозный моллюск
Строфулюс

1331. Рецидивы опоясывающего герпеса могут быть маркером:

Артериальной гипертонии
Инфекция ВИЧ на стадии СПИДа
Метаболического синдрома
Глистной инвазии

1332. Остроконечные кондиломы следует в первую очередь дифференцировать с:

Веррукозной формой красного плоского лишая
Широкими кондиломами

Генитальным герпесом
Плоские бородавки

1333. Преимущественно половым путем передается:

Синдром Ханта
Остроконечные кондиломы
Подошвенный бородавки
Контагиозный моллюск

1334. У ребенка, 5 лет, страдающего атопическим дерматитом, повысилась температура тела до 39,2˚ С, резко ухудшилось общее состояние. На фоне очагов атопического дерматита на лице и в локтевых сгибах появились множественные пузырьки, часть из которых носит вариолиформный характер. Центральная зона некоторых везикул некротизируется, образуя геморрагические корки.

Пузырчатка новорожденных
Герпетиформная экзема Капоши
Герпетиформный дерматит Дюринга
Болезнь «кошачьих царапин»

1335. Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является:

Противорецидивное действие
Ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение
Санировать очаг вирусной инфекции
Достичь иммунотерапевтического эффекта

1336. Какой стадии нет в развитии рецидива простого герпеса:

Предвестников
Шелушения
Везикулезная
Эрозивная

1337.К эффективными методам вторичной профилактики рецидивов простого герпеса относится:

Аутогемотерапия
Герпетическая поливакцина
Инъекции антибиотиков
Витаминотерапия

1338. Какие из перечисленных симптомов не характерны для опоясывающего герпеса:

Пузырьковые высыпания
Симптом Никольского
Суруппированость элементов
Боли по ходу нервных стволов

1339. Поливалентная герпетическая вакцина назначается больным:

Простым герпесом в остром периоде

Рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии
Простым герпесом в период обратного развития высыпаний
Во всех перечисленных случаях

1340. Для простого герпеса характерны все перечисленные признаки, кроме:

Эритемы
Пузырей
Отека
Группы пузырьков

1341. Пациент, 65 лет, обратился на прием с жалобами на появления сыпи на левой половине грудной клетки и боли в этой области. Заболевание началось с болевых ощущений в левой половине груди 6 дней назад. Боли постепенно усиливались, а два дня назад появилась сыпь. При осмотре по ходу межреберных нервов располагаются обильные высыпания в виде множества тесно прилегающих друг к другу везикул на отечно-гиперемированном фоне.

Буллезный пемфигоид
Опоясывающий герпес
Простой герпес
Вульгарная пузырчатка

1342. Какие морфологические элементы характерны для простого герпеса:

Узелки, чешуйки
Пузырьки, эрозии, корки
Узелки, волдыри
Гнойнички, язвы

1343. Клинические проявления опоясывающего лишая:

Безболезненность
Пузырьки на эритематозном фоне
Ночной зуд
Уртикарная сыпь

1344. Назовите первичный морфологический элемент при контагиозном моллюске:

Бугорок
Папула
Пузырек
Волдырь

1345. Противовирусным эффектом обладает мази:

Серная
Завиракс
Ихтиоловая
Тридерм

1346. Пациент, 25 лет, обратился с жалобами на слегка болезненные эрозии в заголовочной борозде полового члена. Подобные изменения появлялись и в прошлом с интервалами в 1-2

месяца. Они самостоятельно разрешались в течение 7-10 дней. При осмотре заголовочной борозды полового члена отмечаются эрозии с фестончатыми очертаниями, на слегка отечном фоне. Паховые лимфатические узлы справа несколько увеличены и болезненны. Поставьте диагноз.

Сифилис
Простой герпес
Вульгарная пузырчатка
Опоясывающий герпес

1347. Какой лабораторный показатель является наиболее важным при коррекции дозы ацикловира:

СОЭ
Клиренс креатинина
Уровень эритроцитов и гемоглобина
Концентрация IgG

1348. Основной фактор, способствующий появлению подошвенных бородавок:

Применение антибиотиков
Травматические повреждения
Гипергидроз
Микоз стоп

1349. Больная 26 лет, при осмотре в области преддверия влагалища и заднего прохода имеются массивные дольчатые образования, представляющие собой множественные сосочковые разрастания. Поверхность их мацерирована, имеет розово-белесоватый цвет, местами эрозирована. Укажите наиболее вероятный клинический диагноз:

Ввегетирующая пузырчатка
Остроконечные кондиломы
Шанкриформная пиодермия
Веррукозная форма красного плоского лишая

1350. Противовирусные препараты наиболее эффективна в следующих случаях:

При назначении их в комплексе с другими препаратами
При назначении их в первые часы (дни) заболевания
При длительном применении
При сочетании разных лекарственных форм

1351. Вирус опясывающего герпеса является одновременно возбудителем:

Парагриппа
Ветряной оспы
Мономуклеоза
Краснухи

1352. При остроконечных кондиломах наиболее эффективным способом лечения является:

Криотерапия
Диатермокоагуляция

Противовирусные мази
Иссечение

1353. При контагиозном моллюске у ребенка следует провести следующие мероприятия:

Гормональная терапия
Изоляция от здоровых детей
УЗИ внутренних органов
Антибиотиотерапия

1354. Пути заражения остроконечными кондиломами:

Трансфузионный
Половой
Воздушно-капельный
Трансплацентарный

1355. Остроконечные кондиломы небходимо дифференцировать с:

Простым герпесом
Широкими кондиломм
Кандидозом складок
Эпителиомой

1356. У больного, 13 лет, на тыльной поверхности кистей имеются множественные, четко отграниченные, плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи полушаровидные невоспалительные узелки грязно-серого цвета, с желтоватым оттенком, около 5 мм в диаметре, с неровной шероховатой поверхностью. Наиболее вероятный клинический диагноз:

Герпес
Бородавки
Красный плоский лишай
Контагиозный моллюск

1357. К абортивным формам простого герпеса не относится:

Зудящая
Геморрагическая
Эритематозная
Папулезная

1358. Первичное инфицирование вирусом простого герпесам происходит в возрасте:

В возрасте до 5ти лет
В возрасте до 3х лет
В возрасте до 10ти лет
В возрасте до 18ти лет

1359. Первичным морфологическим элементом, характерным для простого герпеса является:

Пузырь

Пузырек
Волдырь
Все перечисленное

1360. Укажите продолжительность заболевания при острой крапивнице:

Менее 2 недель
Менее 6 недель
Менее 4 недель
Менее 8 недель

1361. Укажите продолжительность заболевания при хронической спонтанной крапивнице:

Более 2 недель
Более 6 недель
Более 4 недель
Более 8 недель

1362. Укажите медиатор/медиаторы, участвующий в патогенезе наследственных ангиоотеков:

Серотонин
Брадикинин
Ацетилхолин
Все выше перечисленное

1363. Выберите препарат выбора для пациента с холодовой крапивницей, потерявшего сознание при купании в водоеме

Дупилумаб
Адреналин
Дапсон
Даназол

1364. Укажите первичный морфологический элемент высыпаний при крапивнице:

Папула
Волдырь
Везикула
Бугорок

1365. Препараты первой линии терапии для лечения хронической крапивницы:

Препараты цинка
Неседативные антигистаминные препараты
Ингибиторы кальциневрина
Топические кортикостероиды

1366. Аллергический дерматит возникает при воздействии:

высоких температур
стиральных порошков

концентрированных кислот и щелочей
низких температур

1367. Простой контактный дерматит может возникнуть на воздействие:

стиральных порошков
кислот, щелочей
косметических средств
продуктов питания

1368. Проявление аллергического дерматита:

язвы
эритема
узлы
бугорки

1369. Проявление простого контактного дерматита:

вегетации
пузыри
папулы
волдыри

1370. Простой контактный дерматит возникает через:

несколько дней
несколько минут
несколько недель
месяц

1371 Аллергический дерматит возникает через:

несколько минут
несколько дней
несколько часов
через месяц

1372. При развитии аллергического контактного дерматита кистей от стирального порошка необходимо:

обрабатывать настойкой календулы
прекратить пользование стиральным порошком
использовать латексные перчатки
наносить салициловую мазь

1373. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

Щелочи

Моющие средства
Кислоты
Борщевик

1374. Причинами развития простого дерматита являются:

Декоративная косметика
Механическое трение
Стиральный порошок
Продукты питания

1375. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

УФ-лучи
Тени для век
Щелочь
Низкая температура

1376. Для аллергического контактного дерматита характерны следующие признаки:

Выраженность воспаления кожи зависит от концентрации раздражителя
Воспаление кожи выходит за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя
Возникает при первичном контакте с раздражителем
Четкие границы, очагов поражения

1377. Простой контактный дерматит характеризуется следующими признаками:

Нечеткими границами
Выраженностью воспаления в зависимости от силы раздражителя
Воспаление кожи выходит за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя
Образованием волдырей

1378. Для истинной экземы характерны следующие клинические признаки:

Четкие границы очагов поражения
Мокнущие эрозии – «серозные колодцы»
Асимметричность
Мономорфность сыпи

1379. Назовите признаки, не характерные для микробной экземы:

Асимметричность
Географические очертания
Четкие границы
Локализация вокруг трофических и пиококковых язв

1380. Для себорейной экземы не характерно:

Мокнутие
Слабо инфильтрированные бляшки.
Локализация в зонах с усиленным салоотделением
Шелушение жирными чешуйками

1382. Для профессиональной экземы НЕхарактерным клиническим признаком является:

Поражение кистей
Рецидивы во время отпуска
Симметричность
Быстрый регресс при назначении терапии

1383. Назовите патогномоничные патогистологические признаки экземы:

Субэпидермальные пузыри
Спонгиоз
Акантолиз
Гранулез

1384. Назовите признаки, характерные для дисгидротической экземы:

ассиметричность
локализация высыпаний на ладонях и подошвах
везикулы с вялыми покрышками
локализация высыпаний в локтевых и подколенных ямках

1385. Системную кортикостероидную терапию при экземе назначают в случаях:

присоединении грибковой инфекции
резистентности к обычной терапии
наличия кожных заболеваний у близких родственников в анамнезе
присоединения вторичной инфекции.

1386. При хронической экземе вне обострения НЕ назначают:

теплые ванночки
примочки
пасты
окклюзионные повязки с редуцирующими мазями

1387. Укажите первичные морфологические элементы, характерные для экземы?

Бугорок
Везикула
Узел
Волдырь

1388. Для клинической картины экземы характерно:

Мономофность сыпи
Истинный полиморфизм сыпи
Наличие только первичных элементов

Наличие только вторичных элементов

1389. Назовите физиопроцедуры, назначаемые больным экземой

Общие ванны
Фонофорез с гидрокортизоном
ПУВА-ванны
Лазеротерапия

1390. Назовите клинические признаки, НЕ характерные для истинной экземы:

Упорное течение с частыми рецидивами
Четкие границы очагов
Обострение после стрессовых ситуаций
Сильный зуд

1391. В стадии шелушения и корок в наружной терапии экземы используют:
Присыпки
Мази и кремы
Пасты
Растворы для примочек

1392. Патогномоничными для экземы высыпными элементами являются:

Пустулы
Микровезикулы
Чешуйки
Волдыри.

1393. Для микробной экземы НЕ характерно:

Симметричность
Географические очертания
Четкие границы
Локализация вокруг ран, трофических и язв

1394. Разновидностями истинной экземы НЕявляются:

Пруригинозная
Нуммулярная
Дисгидротическая
Тилотическая

1395. Назовите стадию экзематозного процесса, отсутствующую при себорейной экземе:
Эритематозная
Везикулёзно-мокнущая
Папулёзная
Корковая

1396. Назовите клинические разновидности микробной экземы:

Тилотическая
Нуммурярная
Истинная
Дисгидротическая

1397. На приеме у дерматолога пациентка 65 лет, у которой после использования косметического крема на коже лица появились эритема и отечность, сопровождающая легким зудом и жжением. Данная клиническая картина характерна для:

Микробной экземы
Аллергического дерматита
Простого дерматита
Токсидермиия

1398. К вам обратилась больная 24 лет, по профессии - медицинская сестра, с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей и предплечий. По ее наблюдениям, высыпания появляются всякий раз после того, как ей приходится готовить раствор фурациллина. После прекращения контакта с этим препаратом сыпь и зуд быстро исчезают. При осмотре на коже кистей и предплечий– разлитая гиперемия и отечность. Субъективно: зуд, и жжение. О каком заболевании можно думать?

Истинная экзема
Аллергический дерматит
Простой дерматит
Медикаментозная токсикодермия

1399. Простой дерматит может развиться вследствие:

Косметических процедур
УФ-лучей
Контакта со стиральным порошком
Использования декоративной косметики

1400. Назовите факторы, которые НЕ вызывают аллергический контактный дерматит:

Косметические средства
Пищевые продукты
Моющие средства
Бижутерия

1401 . Для постановки диагноза какой формы экземы обязательно проводится кожно-аллергическое тестирование:

Микробной
Профессиональной
Себорейной
Истинной

1402. У больного 36 лет после сильного нервного переживания на тыле кистей

появились участки покраснения и отечности с последующим образованием на этом фоне мелких воспалительных узелков, пузырьков, эрозий с обильным выделением серозной жидкости. Процесс сопровождается сильным зудом. О каком заболевании можно думать?

Аллергическом дерматите
Истинной экземе
Простом дерматите
Микробной экземе

1403. К облигатными раздражителям, вызывающим дерматиты, НЕ относятся:

Механические
Инфекционные
Физические
Химические

1404. Простой контактный дерматит характеризуется следующими признаками:

Четким границам
Образованием волдырей
Локализацией в местах контакта с раздражителем
Выраженностью воспаления в зависимости от силы раздражителя

1405. Для истинной экземы патогноманичными симптомами НЕ являются:

Симметричность
Мономорфность сыпи
Зуд
Мокнущие эрозии – «серозные колодцы»

1406. Назовите симптом, НЕ характерный для клинической картины микробной экземы:

Четкие границы
Симметричность
Локализация вокруг трофических и пиококковых язв
Импетигинозные корки

1407. Симптомы, характерные для дисгидротической экземы являются:

ассиметричность
локализация высыпаний на ладонях и подошвах
везикулы с плотными покрышками
локализация высыпаний в локтевых и подколенных ямках

1408. При хронической экземе вне обострения НЕ назначают:

кремы и мази
примочки
окклюзионные повязки с редуцирующими мазями
тепловые физиопроцедуры.

1409. При простом остром дерматите не существует стадии:

эритематозная
инфильтративная
везикуло-буллезная
некротически-язвенная

1410. При обострении экземы в стадии мокнутия назначают:

парафиновые аппликации
примочки
окклюзионные повязки с редуцирующими мазям
болтушки

1411. Для истинной экземы характерно:

Быстро вскрывающиеся пузыри на слизистой оболочке рта
Наличие микровезикул, «серозных колодцев», мокнутия
Лихенификация в области локтевых и коленных сгибов
Парно расположенные узелки и везикулы

1412. К вариантам клинического течения экземы НЕ относят:

Острый
Скрытый
Подострый
Хронический

1413. Выберите наружную лекарственную форму для лечения острой экземы:

Мазевая повязка
Примочка
Паста
Болтушка

1414 Укажите признак, характерный для истинной экземы:

Начинается с формирования пустул
Нечеткие границы очагов поражения, поливалентная сенсибилизация
Заболевание возникает в результате профессиональной деятельности
Поражаются ушные раковины, волосистая часть головы

1415. Укажите дермографизм, характерный для экземы:

Белый
Красный
Уртикарный
Все вышеперечисленное

1416. Первичные элементы при истинной экземе:

бугорки
везикулы
пятна
папулы

1417. В основе экземы лежат патогистологические изменения:

паракератоз
спонгиоз
акантолизис
вегетация

1418. Для лечения микробной экземы применяют:

витамины
кортикостероидные кремы с антибиотиком
цитостатики
противогрибковые препараты

1419. Себорейная экзема локализуется на:

животе
голове и верхней части туловища
ягодицах
ладонях

1420. Основоной клинический признак хронической экземы:

отек кожи
лихенизация
мокнутие
везикулы

1421. Экзему следует дифференцировать с:

красным плоским лишаем
аллергическим контактным дерматитом
псориазом
герпесом

1422. Профессиональная экзема локализуется на:

коже груди
открытых участках кожи
коже спины
ногах

1423. Для наружного лечения больного хронической экземой наиболее адекватно применение:

болтушки
мази

примочки
пасты

1424. Формирование пузырька при экземе обусловлено:

гиперкератозом
спонгиозом
акантозом
акантолизом

1425. Клиническая разновидность экземы:

типичная
истинная
вульгарная
экссудативно-гиперемическая

1426. Излюбленной локализацией микробной экземы является область:

волосистой части головы
вокруг трофических язв
вокруг суставов
по ходу крупных нервно-сосудистых пучков

1427. Эволюционный полиморфизм сыпи характерен для:

псориаза
экземы
красного плоского лишая
многоформной экссудативной эритемы

1428. Для лечения профессиональной экземы необходимо:

назначение антибиотиков
устранение контакта с производственными аллергенами
назначение цитостатиков
назначение диеты

1429. Простой контактный дерматит вызывают:

лаки
кислоты и щелочи
краски
стиральный порошок

1430. Отличительной особенностью нормотрофического типа онихомикоза является

утолщение ногтевой пластинки
нормальная форма и толщина ногтя, изменение окраски ногтя
отслоение ногтя с проксимального края
истончение ногтя

1431. К какому роду грибов относится возбудитель руброфитии гладкой кожи?

Fusarium spp.
Trichophyton spp.
Candida spp.
Penicillium spp.

1432. Отличительной особенностью поражения ногтевых пластин при эпидермофитии является:

Поражение всех ногтей
Поражение ногтевых пластин I и V пальцев стоп
Поражение ногтевых пластин II и IVпальцев стоп
Поражение ногтевых пластин II и III пальцев стоп

1433. Назовите возбудителя трихофитии волосистой части головы

Candida tropicalis
Trichophyton tonsurans
Microsporum ferrugineum
Fusarium spp.

1434. Назовите возбудителя микроспории гладкой кожи

Trichophyton rubrum
Microsporum canis
Trichophyton tonsurans
Aspergillus niger

1435. Назовите клиническую форму трихофитии волосистой части головы

Стертая
Инфильтративно-нагноительная
Сквамозно-гиперкератотическая
Интертригинозная

1436. Какой вид грибов является условно-патогенным?

Epidermophyton flocossum
Malassesia furfur
Trichophyton tonsurans
Microsporum canis

1437. Назовите метод диагностики разноцветного лишая:

Бактериологический посев
Проба Бальцера
Проба Ромберга
Биопсия очага поражения

1438. Назовите возбудителя разноцветного лишая

Trichophyton rubrum
Malassesia furfur
Microsporum canis
Candida albicans

1439. Что такое дерматофитии?

Гнойничковые заболевания кожи
Грибковые заболевания кожи
Вирусные заболевания кожи
Аутоиммунные заболевания кожи

1440. Назовите путь заражения микроспорией?
При контакте с кошками
Воздушно-капельный
Половой
При контакте с насекомыми

1441. Какая группа препаратов может способствовать развитию и прогрессированию микоза?

Антигистаминные
Цитостатики
Диуретики
Витамины

1442. При поверхностных микозах поражаются:

Мышцы
Волосы
Головной мозг
Печень

1443. Онихомикозом называют поражения

Волос
Ногтей
Гиподермы
Кожи

1444. Какой клинический тип онихомикоза характеризуется утолщением ногтевой пластины

Нормотрофический
Гипертрофический
Атрофический
Онихолитический

1445. Какое заболевание относится к псевдомикозам?

Микроспория

Эритразма
Трихофития
Отрубевидный лишай

1446. При кандидозных поражениях в процесс не вовлекаются

Углы рта
Волосы
Слизистая языка
Головка полового члена

1447. Отличительной особенностью поражения ногтевых пластин при руброфитии является:

Поражение ногтя I пальца стоп
Поражение всех ногтей стоп
Поражение ногтей I и V пальцев стоп
Поражение ногтей IV и V пальцев стоп

1448. Дифференциальный диагноз микроспории волосистой части головы проводят с

Отрубевидным лишаем
Очаговой алопецией
Пиодермией
Кандидозом

1449. Какой противогрибковый препарат чаще всего используется для лечения кандидоза?

Тербинафин
Флуконазол
Валацикловир
Римфапицин

1450. Какой первичный морфологический элемент наиболее часто обнаруживается при микозе гладкой кожи:

Волдырь
Пятно
Папула
Узел

1451. Какой вторичный морфологический элемент наиболее часто обнаруживается при микозе гладкой кожи

Эрозия
Шелушение
Язва
Лихенификация

1452. Какой клинической формы микоза стоп не существует?

Стертая
Нормотрофическая

Сквамозно-гиперкератотическая
Интертригинозная

1453. При интертригинозной форме микоза стоп поражаются:

Ногтевые пластины
Межпальцевые складки
Пальцы
Свод стопы

1454. Чем характеризуется сквамозно-гиперкератотическая форма микоза стоп?

Появлением сгруппированных пузырьков с толстой покрышкой и прозрачным содержимым
Утолщением рогового слоя, появлением омозолелостей и трещин, шелушением
Поражением межпальцевых складок в виде мацерированных и эрозивных очагов с резкими границами и узкой бахромкой отслоившегося белесоватого эпидермиса
Появлением красноватых лентикулярных папул, плотноэластической консистенции на фоне застойной эритемы

1455. Чем характеризуется интертригинозная форма микоза стоп?

Утолщением рогового слоя, появлением омозолелостей и трещин, шелушением
Поражением межпальцевых складок в виде мацерированных и эрозивных очагов с резкими границами и узкой бахромкой отслоившегося белесоватого эпидермиса
Появлением сгруппированных пузырьков с толстой покрышкой и прозрачным содержимым
Появлением красноватых лентикулярных папул, плотноэластической консистенции на фоне застойной эритемы

1456. Чем характеризуется дисгидротическая форма микоза стоп?

Утолщением рогового слоя, появлением омозолелостей и трещин, шелушением
Появлением сгруппированных пузырьков с толстой покрышкой и прозрачным содержимым
Поражением межпальцевых складок в виде мацерированных и эрозивных очагов с резкими границами и узкой бахромкой отслоившегося белесоватого эпидермиса
Наблюдаются четко очерченные эритематозные очаги, ярко-красного цвета, в пределах которых наблюдаются

1457. Чем характеризуется стертая форма микоза стоп?

Утолщением рогового слоя, появлением омозолелостей и трещин, шелушением
Проявляется в виде незначительного шелушения между пальцами и на коже подошв
Появлением сгруппированных пузырьков с толстой покрышкой и прозрачным содержимым
Поражением межпальцевых складок в виде мацерированных и эрозивных очагов с резкими границами и узкой бахромкой отслоившегося белесоватого эпидермиса

1458. Какой микроорганизм вызывает паховую эпидермофитию?

Malassezia furfur

Epidermophyton floccosum
Trichophyton violaceum
Candida albicans

1459. Назовите клинический признак, не характерный для руброфитии

Эритематозно-сквамозный очаг
В центре очага – явления атрофии
Четкие границы поражения
На поверхности очага – мелкие чешуйки

1460. Назовите клинический признак, не характерный для разноцветного лишая

Пятна цвета «кофе с молоком»
Зуд
Отрубевидное шелушение
Локализация высыпаний на коже зоны декольте

1461. Какое заболевание не относится к дерматофитиям?

Руброфития
Кандидоз
Трихофития
Микроспория

1462. Назовите типичную локализацию разноцветного лишая

Нижние конечности
Плечи
Волосистая часть головы
Ягодичная складка

1463. Инфильтративно-нагноительная форма трихофитии характеризуется:

появлением милиарных папул, розового цвета, плотной консистенции
появлением плоских инфильтративных бляшек с резкими границами, округлых очертаний, покрытые чешуйками и фолликулярными пустулами
светло-розовыми шелушащимися пятнами без четких границ, которые достаточно быстро приобретают светло-коричневый или бурый цвет
появлением однокамерных пузырьков с дряблой покрышкой и серозно-гнойным содержимым

1464. Какая питательная среда используется для культивирования грибов?

Мясо-пептонный агар
Сабуро
Вильсона-Блера
Мак-Конки

1465. Какое свечение в лучах лампы Вуда имеет микроспория?

Желтое
Зеленое

Белое
Кораллово-красное

1466. Какое свечение в лучах лампы Вуда имеет эритразма?

Желтое
Кораллово-красное
Белое
Розовое

1467. Какое свечение в лучах лампы Вуда имеет разноцветный лишай?

Белое
Тускло- желтое
Розовое
Кораллово-красное

1468. Серологические методы используются для диагностики:

Руброфитии
Глубоких и инвазивных микозов
Микроспории
Эритразмы

1469. При каком заболевании наблюдается положительная проба Бальцера?

Кандидоз
Разноцветный лишай
Руброфития
Микроспория

1470. Какой вид микроскопии используется для диагностики микоза гладкой кожи?

Темнопольная микроскопия
Прямая микроскопия
Микроскопия с окрашиванием по методу Циля-Нильсена
Рентгеновская микроскопия

1471. Назовите признак, не характерный для дерматофитий:

Кератофильность
Поражение внутренних органов
Контагиозность
Возрастная зависимость

1472. При лечении микозов показано применение

Антибиотиков
Итраконазола
Кортикостероидов
Иглорефлексотерапии

1473. Какой триггерный фактор не относится к риску развития микозов?

Иммунодефицитные состояния
Психопатии
Сахарный диабет
Потливость

1474. Прием каких препаратов может спровоцировать развитие кандидоза?

Ингибиторы АПФ
Цитостатики
Антигистаминные
НПВС

1475. Для чего необходимо проведение культурального исследования при микозах?

Для изучения ответной реакции тканей
Для выделения и идентификации возбудителя, определения чувствительности к антимикотикам
Для обнаружения морфологических элементов гриба – мицелий/псевдомицелий/спор/конидий
Для определения наличия антител и антигенов

1476. Тербинафин относится к препаратам:

Антибактериальным
Противогрибковым
Системным кортикостероидам
Пробиотикам

1477. Назначение системных антимикотиков показано при:

Пиодермиях
Онихомикозах
Красной волчанке
Актиномикозе

1478. Какой препарат используется для лечения микоза гладкой кожи?

Амоксициллин
Итраконазол
Цефтриаксон
Дезлоратадин

1479. Какой препарат не используется для лечения микозов?

Тербинафин
Доксициклин
Итраконазол
Кетоконазол

1480. Назовите клинический признак, не характерный для микроспории волосистой части головы:

Зеленоватое свечение в лучах лампы Вуда
Интенсивный зуд
Шелушение
Обломанные волосы

1481. При эритразме применяют

Антимикотики
Антибиотики
Глюкокортикостероиды
Противопротозойные препараты

1482. Дифференциальный диагноз микоза стоп проводят со следующими заболеваниями, кроме

Лладонно-подошвенного псориаза
Розового лишая
Дисгидротической экземы
Опрелости

1483. Дифференциальный диагноз микоза гладкой кожи проводят со следующими заболеваниями, кроме

Нуммулярной экземы
Дерматографической крапивницы
Псориаза
Вульгарного сикоза

1484. Дифференциальный диагноз дерматофитии крупных складок проводят со следующими заболеваниями, кроме

Эритразмы
Розацеа
Псориаза
Кандидоза

1485. Дифференциальный диагноз микроспории проводят со следующими заболеваниями, кроме

Трихофитии
Гагренозной пиодермией
Псориаза
Очаговой алопеции

1486. Актиномикоз относится к

Грибковым заболеваниям
Бактериальным заболеваниям
Врожденным метаболическим заболеваниям

Аутоиммунным заболеваниям

1487. Дифференциальный диагноз разноцветного лишая проводят со следующими заболеваниями, кроме

Розового лишая
Псориаза
Вторичных форм сифилиса
Витилиго

1488. Что такое онихолизис?

Утолщение ногтевой пластины
Отслоение ногтевой пластины с дистального края
Отслоение ногтевой пластины с проксимального края
Истончение ногтевых пластин

1489. При каком заболевании чаще всего встречается симптом точечных углублений на поверхности ногтя?

Экзема
Псориаз
Крапивница
Болезнь Дарье

1490. Что такое онихорексис?

Продольное расщепление ногтя
Поперечное расщепление ногтевой пластины
Отслоение ногтевой пластины с проксимального края
Отслоение ногтевой пластины с дистального края

1491. Что такое подногтевой гиперкератоз?

Поперечное расщепление ногтевой пластины
Избыточное развитие кератотической зоны ногтевого ложа
Продольное расщепление ногтя
Отслоение ногтевой пластины с проксимального края

1492. При каком заболевании наблюдается симптом масляного пятна в ногтевой пластине?

Склеродермия
Псориаз
Красная волчанка
Розовый лишай

1493. Что такое онихоматрикома?

Злокачественная опухоль матрицы ногтя
Доброкачественная опухоль матрицы ногтя
Патологическое ороговение матрицы ногтя
Расщепление ногтевой пластины в поперечном направлении

1494. Какое заболевание часто встречается у пациентов с ногтями Терри ?

Легких
Печени
Костей
Селезенки

1495. Какой возбудитель чаще всего встречается при острой паронихии?

Грибы
Бактерии
Вирусы
Простейшие

1496. Какого вида истинной лейконихии не бывает?

полосовидная
диагональная
тотальная
субтотальная

1497. Что такое меланонихия?

Появление белых пятнышек в ногтевой пластине
Полосовидная пигментация ногтевой пластины
Отслоение ногтя
Поверхностный дефект ногтя

1498. Что такое линии Бо-Рейля

Продольные линии
Поперечные борозды
Расщепление ногтя с проксимальной области
Появление розовой линии в ногте

1499. При каком заболевании часто поражаются ногти?

Вульгарная пузырчатка
Псориаз
каплевидный гипомеланоз
Идиопатическая крапивница

1500. Где быстрее растут ногти?

Стопа
Кисть
1ые пальцы стопы
5ые пальцы стопы

1501. Базалиома кожи чаще всего локализуется на коже:

спины
лица
конечностей
туловища

1502. Провоцирующим фактором для развития базалиомы преимущественно являются:

продукты переработки нефти
УФ-излучение
продукты переработки каменного угля
красители

1503. К группе повышенного риска в отношении базалиомы не относят лиц :

с темной кожей и карими глазами
имеющих пигментную крапивницу
с белой кожей и голубыми глазами
с болезнью Педжета

1504. Чаще базалиома метастазирует в:

легкие
регионарные лимфатические узлы
печень
костную систему

1505. Наиболее информативный метод диагностики базалиомы:

УЗИ
морфологическое исследование
иммунологический
ответ на пробное лечение

1506. Клиническое течение базалиомы:

быстрое
длительное
с региональными метастазами
с отдаленными метастазами

1507. Для базалиомы характерно:

лимфогенное метастазирование
местно-деструирующий рост
гематогенное метастазирование
преимущественная локализация на коже конечностей

1508. Результаты лечения при базалиоме не зависят от:

стадии процесса
длительности заболевания

гистологической структуры
глубины инвазии опухоли

1509. Клинические формы базалиомы:

папулезная
узловая
пойкилодермическая
фолликулотропная

1510. Самая частая немеланомная опухоль кожи:

болезнь Педжета
базалиома
порокератоз
плоскоклеточный рак кожи

1511. Базальноклеточный рак кожи составляет

20%
70%
40%
90%

1512. Частота локализации базалиомы на коже лица составляет

50-55%
94-97%
60-70%
на коже лица встречается редко

1513. Наиболее высокие показатели заболеваемости раком кожи отмечены

среди лиц негроидной расы
среди лиц белого населения Африки и Австралии
среди лиц монголоидной расы
в северных широтах

1514. У пациента на коже имеется язвочка, не заживающая более 2-х месяцев, несмотря на проводимое местное мазевое лечение. Какова ваша тактика:

сделать криодеструкцию
эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием
провести физиотерапию
назначить аппликации имиквимода

1515. Какая из опухолей кожи метастазирует реже других?

рак из придатков кожи
базальноклеточный рак
плоскоклеточный неороговевающий рак
меланома

1516. К возникновению рака кожи предрасполагают следующие факторы, кроме:

рентгеновские излучения
частые водные процедуры
ультрафиолетовые лучи
контакт с продуктами переработки нефти

1517. Дифференциальный диагноз рака кожи необходимо проводить со следующими заболеваниями, кроме

дискоидная красная волчанка
атопический дерматит
туберкулез кожи
грибковым поражением кожи

1518. Наиболее эффективным неинвазивным методом исследования опухолей кожи является

конфокальная микрокопия
дерматоскопия
цитология
биопсия

1519. Для постановки дерматоскопического диагноза базалиомы необходимо обнаружение одного из следующих признаков:

бело-голубая вуаль
наличие патологических сосудов преимущественно древовидного, ветвящегося типа
пигментные глобулы
линейные сосуды

1520. Для постановки дерматоскопического диагноза базалиомы необходимо обнаружение одного из следующих признаков:

периферический валик
изъязвление, не связанное с травматизацией
папилломатозные разрастания на поверхности
комедоноподобные структуры

1521. Для постановки дерматоскопического диагноза базалиомы необходимо обнаружение одного из следующих признаков:

периферический валик
крупные серо-синие овоидные гнезда
папилломатозные разрастания на поверхности
линейные сосуды

1522. Для постановки дерматоскопического диагноза базалиомы необходимо обнаружение одного из следующих признаков:

бело-голубая вуаль
структуры в форме велосипедного колеса или кленового листа

комедоноподобные структуры
линейные сосуды

1523. Согласно международной патоморфологической классификации опухолей кожи ВОЗ (WHO, 2006) не выделяют следующую форму базалиомы:

поверхностная
фолликулотропная
узловая (солидная)
инфильтративная

1524. Фиброэпителиома Пинкуса является формой:

плоскоклеточного рака кожи
базалиомы
меланомы
пигментного невуса

1525. Древовидные сосуды — неравномерно ветвящиеся ярко-красного цвета сосуды большого диаметра, расположенные на поверхности опухоли – характерны для:

меланомы
базалиомы
плоскоклеточного рака кожи
болезни Педжета

1526. Серо-голубые овоидные структуры не встречаются при какой форме базалиомы?

узловой
поверхностной
пигментной
склеродермоподобной

1527. Рисунок по типу «кленового листа» может встречаться при:

меланоме
базалиоме
пигментном невусе
себорейном кератозе

1528. При дерматоскопической картине новообразований на коже крыла носа выявлено: древовидные сосуды, множественные участки эрозирования или изъязвления малого размера, покрытые оранжево-красными и темно-коричневыми корочками, бесструктурные области от белесовато-розового до красного цвета, хризалиды и коричневого или серого цвета пигментные структуры. Предположительный диагноз и форма?

лентиго-меланома
базалиома, поверхностная форма
актинический кератоз
базалиома, узловая форма

1529. Дерматоскопическая картина представлена ярко-красными древовидными сосудами крупного диаметра, пронизывающими всю поверхность опухоли. Ваш диагноз?

порокератоз
базалиома
актинический кератоз
контагиозный моллюск

1530. Дерматоскопически отмечаются древовидные и периферически расположенные точечные (или клубочковые) сосуды, хризалиды, изъязвление с геморрагической корочкой на поверхности темно-коричневого или оранжево-красного цвета и милиумподобные кисты при какой опухоли кожи?

кератоакантома
фиброэпителиома Пинкуса
себорейный кератоз
меланома

1531. На сегодняшний день основным превентивным мероприятием для базалиомы считается:

прием витаминных комплексов
защита от ультрафиолетового излучения
избегать приема алкоголя
исключить курение

1532. Наиболее частым дерматоскопическим признаком базалиомы кожи являются:

овоидные гнезда
древовидные сосуды
шпилькообразные сосуды
линейные сосуды

1533. Какие сосудистые структуры преобладают при дерматоскопии базалиомы:

извитые
древовидные
линейные
телеангиэктазии

1534. При каком типе локализации возможен акральный невус?

Волосистая часть головы
Кисти и стопы
Красная кайма губ
Половые органы

1535. К доброкачественным сосудистым опухолям можно отнести:

Ангиокератомы
Гемангиому
Лимфангиому

Фиброэпителиому

1536. К доброкачественным немеланоцитарным опухолям относится:

Акантома
Себорейная кератома
Лихенойдный кератоз
Дерматофиброма

1537. Скопление меланоцитов на границе дерма-эпидермис характерно для

Пограничного невуса
Интрадермального невуса
Смешанного невуса
Гемангиомы

1538. Облигатным предраковым состоянием кожи является:

Голубой невус
Болезнь Боуэна
Кожный рог
Актинический кератоз

1539. Для какого образования характерна «Структура радуги»

Меланома
Сосудистая гемангиома
Актинический кератоз
Голубой невус

1540. Тип узора «Жемчужное ожирелье» характерно для
Себорейной кератомы
Светлоклеточная акантома
Голубого невуса
Смешанного невуса

1541. Дерматоскопическая картина фолликулов по типу «Черных точек» характерна для

Псориаз
Гнездной алопеции
Себорейная кератома
Рубцовая алопеция

1542. Дерматоскопическим признаком себорейной кератомы

Глобулы
Структуры по типу хризолид
Атипичная пигментная сеть
Черные точки

1543. Какое заболевание не относится к предракам

Базалиома
Кожный рог
Кератома
Дерматофиброма

1544. Дерматоскопический паттерн «лакуна» встречается при

Кератоакантоме
Гемангиоме
Меланоме
Фиброэпителиоме

1545. Дерматоскопическими признаками себорейной кератомы является все кроме

Четкие раницы
Негативная сеть
Милиумоподобные кисты
Булыжная поверхность

1546. Признаки себорейной кератомы все кроме

Псевдосеть
Глобулы
Поверхность по типу мозговых извилин
Структуры по типу хризолид

1547. сосудистым паттерном является все кроме:
Клубочки
Псевдосеть
Запятые
Нити жемчуга

1548. Пигментные образования, залегающие в дерме имеют цвет

Черный
Серый
Светло-коричневый
Желтый

1549. Множественные точечные сосуды по типу «нитей жемчуга» характерны для:

Гемангиомы
Светлоклеточной акантомы
Темноклеточной акантомы
ангиокератомы

1550. Равномерная серая зернистая пигментация соответствует

Меланоме
Лихенойдному кератоза
Порокератозу
Дерматофиброме

1551. Наиболее частая модель строения врожденного меланоцитарного невуса

Ассиметричная
Сетчатая
Гомогенная
Лучистая

1552. Для дерматоскопической картины себорейной кератомы наиболее характерно рисутствие:

Древовидные сосуды
Шпилькаобразные сосуды
Глобулярные сосуды
Точечные сосуд

1553. Однородная бесструктурная сине-голубая пигментация характерна для

Невуса Шпиц
Голубого невуса
Невуса Рида
Меланомы

1554. Для дерматоскопической картина себорейной кератомы наиболее характерны

Древообразно ветвящиеся сосуды
Сосуды в виде шпильки
Сосуды в виде глобу
Сосуды в виде точек

1555. Для дерматоскопической картины себорейной кератомы характерны

Бесструктурные зоны
Мозговидные структуры
Полосы
Структуры по типу гнезд

1556. Изменение волос по типу восклицательного знакак наиболее характерно для

Андрогенетической алопеции
Гнездной алопеции
Микоза волосистой части головы
Трихотилломании

1557. При дерматоскопии базалиомы определяются сосудистые структуры

Клубочки
Древообразно ветвящиеся сосуды
Красные лакуны
Участки в форме кленового листа

1558. При поражении верхнего слоя дермы пигментные новообразования имеют цвет

Желтовато-бежевый
Серый
Сине-голубой
Черный

1559. При поражение средних слоев дермы пигментные новообразования имеют цвет

Желтовато-бежевый
Сине-голубой
Серый
Черный

1560. Признаки меланоцитарных новообразований

Сосуды
Глобулы (типичные и атипичные)
Листовидные структуры
Структуры по типу «пальцев»
1561. Признаки меланоцитарных новообразований

Древовидные сосуды
Негативная сеть
Листовидные структуры
Структуры по типу хризалид

1562. Признаки меланоцитарных новообразований

Сине-красные лакуны
Параллельные полосы (ладони, подошвы, слизистые оболочки)
Структуры по типу колес со спицами
Древовидные сосуды

1563. Пигментные образования в эпидермисе при дерматоскопии имеют цвет

Желтовато-бежевый
Черный
Серый
Сине-голубой

1564. Роговой слой эпидермиса при дерматоскопии имеет

Белый цвет
Желтовато-бежевый цвет
Сине-голубой цвет
Цвет загара

1565. Рубцовая ткань при дерматоскопии имеет цвет

Желтовато-бежевый
белый
красный

черный

1566. Перечислите дерматоскопические признаки меланомы ногтевых структур

равномерно пигментированные полоски
асимметрия цвета и строения
равномерно пигментированные пятна
негативная сеть

1567. Причины появления меланонихии?

дефицит меланоцитов
увеличение количества или активация меланоцитов
фототип пациента
стресс

1568. Дерматоскопические признаки кровоизлияния в подногтевую пластинку

расположено в основании ногтя
ограниченное округлое пятно с четкими границами
не меняется с ростом ногтя
не связано с травмой

1569. Какие группы лекарственных препаратов могут вызвать развитие диффузной меланонихии?

седативные растительные препараты
сульфаниламиды
наружные противогрибковые препараты
системные противогрибковые препараты

1570. Какие факторы указывают на риск наличия подногтевой меланомы?

травма ногтя
внезапное появление потемнения и быстрое распространение
беременность
СПИД

1571. Какие экзогенные факторы могут вызвать меланонихию?

низкая температура
бактерии
вирусы
солнце

1572. Что такое положительный симптом Хатчинсона?

равномерно пигментированные полоски
переход пигментации от матрицы в перионихий
неравномерно пигментированные полоски
пигментация подушек пальца

1573. На что указывает положительный признак Хатчинсона?

на регресс меланомы
на прогрессирование меланомы
на другое заболевание
на гематому

1574. Продольная меланонихия может встречаться при каких заболеваниях?

гипертоническая болезнь
системная волчанка
анемия
цирроз печени

1575. Дерматоскопические признаки меланомы ногтя

типичная пигментная сеть
участки красноватой и серой и черной окраски
симметричные продольные линии
глобулы

1576. Тактика при наличии множественных полосок различной ширины и степени окраски ногтя

наблюдение
биопсия
исключение приема медикаментов
консультация других специалистов

1577. Какая функция не свойственна коже человека:

резорбция
мимикрия
терморегуляция
орган чувств

1578 Прочную связь между клетками эпидермиса обеспечивают:

коллагеновые волокна
десмосомы и церамиды
эластические волокна
аргирофильные волокна

1579. Наибольшее число волос находится в состоянии:

катагена
анагена
телогена
раннего анагена

1580. Какие гормоны усиливают рост волоса на макушке волосистой части головы:

андрогены
эстрогены
гормоны щитовидной железы
АКТГ

1581. Максимальное выпадение волос приходится на:

зиму
осень
весну
лето

1582. Чем обусловлен черный цвет комедона:

экзогенным загрязнением
окислением кожного сала
эумеланином
феомеланином

1583. Какие гормоны стимулируют выделение кожного сала:

АКТГ
тестостерон, прогестерон
тироксин
глюкокортикоиды

1584. Ежедневная потеря волос с волосистой части головы у человека составляет:

около 200
около 100
около 1000
около 300

1585. К основным признакам возрастных изменений тканей лица не относят:

статические морщины
мимические морщины
избытки кожи
снижение тургора кожи

1586. При каких состояниях противопоказана вапоризация:

себорейный дерматит
купероз
угревая болезнь
снижение тургора кожи

1587. При каких состояниях показана вапоризация:

люпоидный дерматоз
угревая болезнь
укупероз
дерматомиозит

1588. Основным компонентом роговой чешуйки является:

гиалуроновая кислота
кератин
эластин
липиды

1589. Количество слоев эпидермиса:

4
5
3
6

1590. Какие клетки не относят к эпидермису:

эпителиоциты
фибробласты
меланоциты
клетки Меркеля

1591. Клетки среднего рогового слоя соединены между собой:

тонофилламентами
церамидами
десмосомами
гликозаминогликанами

1592 Ядра отсутствуют в:

клетках шиповатого слоя
корнеоцитах
базальных эпителиоцитах
фибробластах

1593. Коллаген какого типа преобладает в коже взрослого человека?

IV
I
V
III

1594. От какого пигмента не зависит нормальный цвет кожи:
билирубина

гемосидерин
оксигемоглобина
меланина

1595. Тургор кожи зависит от количества в дерме

клеточных элементов
волокнистых структур
количества потовых желез
количества сальных желез

1596. С возрастом во всех слоях кожи преобладают явления:

десквамации
атрофии
отека
пролиферации

1597. Что относится к натуральным увлажняющим факторам?

пидермальные липиды
аминокислоты после распада филлагрина
молочная кислота
мочевина

1598. Какая кожа наиболее предрасположена к образованию морщин?

комбинированная
сухая
мужская
жирная

1599. Какие вещества удерживают воду на уровне дермы?

ретикулин
гликозаминогликаны
гиалуронидаза
коллаген

1600. Какие клетки кожи синтезируют коллаген?

клетки Лангерганса
дермальные фибробласты
гистиоциты
базальные эпителиоциты

1601. Какие клетки кожи синтезируют гиалуроновую кислоту?
клетки Лангерганса
дермальные фибробласты
гистиоциты
базальные эпителиоциты

1602. Какие клетки кожи синтезируют эластин?

клетки Лангерганса
дермальные фибробласты
гистиоциты
базальные эпителиоциты

1603. Процесс обновления эпидермиса повторяется в среднем за:

12 дней
28 дней
45 дней
10 дней

1604. Чувствительная иннервация лица осуществляется ветвями:

лицевого нерва
тройничного нерва
затылочного нерва
околоушного нерва

1605. Лицевая артерия не участвует в кровоснабжении области

верхней губы
височной области
нижней губы
носа

1606. Поверхностная височная вена проходит

между мышечными волокнами височной мышцы
под кожей
между поверхностной и глубокой фасциями височной мышцы;
между мышечными волокнами височной мышцы

1607. Двигательная активность мимических мышц лица обусловлена иннервацией:

ушным нервом
ветвями лицевого нерва
нижнеглазничным нервом
верхней веткой тройничного нерва

1608. В мимическом движении «удивления» участвует:

круговая мышца глаза
лобное брюшко затылочно-лобной мышцы
малая скуловая мышца
мышца гордецов

1609. В образовании гингивальной улыбки участвует:

большая скуловая мышца
мышца поднимающая верхнюю губу и крыло носа
мышца опускающая нижнюю губу
круговая мышца рта

1610. Ростковой зоной ногтевых пластинок является:

ложе ногтя
матрикс ногтя
эпонихий
корень ногтя

1611. Стержень волоса состоит из следующих слоёв:

наружной оболочки и мозгового вещества
кутикулы, коркового и мозгового вещества
слоя Генле, Гексле и кутикулы
мозгового вещества

1612. Эпидермальные липиды входят в состав:

подкожно – жировой клетчатки
рогового и блестящего слоя
шиповатого слоя
себума

1613. Клетка подкожно-жировой клетчатки называется:

кератиноцит
адипоцит
меланоцит
себоцит

1614. Болевые нервные окончания находятся:

в подкожно – жировой клетчатке
распределены среди всех слоев эпидермиса
в базальном слое эпидермиса
в ретикулярной дерме
1615. Путь проникновения различных веществ и микроорганизмов через кожу:

через потовые железы
межклеточный
через сальные железы
трансклеточный

1616. В дерме присутствуют все волокна, кроме:

аргирофильных
гиалиновых
нервных
коллагеновых

1617. Тактильные нервные окончания находятся:

в подкожно-жировой клетчатке;
во всех соях
эпидермально – дермально
в дерме

1618. Анатомическое образование, относящееся к коже:

эписпадия;
эпидермис
эпикриз
эпифиз

1619. Апокриновые потовые железы присутствуют везде, кроме:

молочные железы
ладони и подошв
волосистая часть головы
подмышечные впадины

1620. Сальные железы имеют:

сетчатое строение
альвеолярное строение
альвеолярно-трубчатое строение
трубчатое строение

1621. Сальные железы имеют:

лобная
нижняя челюсть
слезная
скуловая

1622. Коллаген расщепляется:

эластазой;
коллагеназой
уперокидисмутазой
гиалуронидазой

1623. К слоям эпидермиса относится все, кроме:

шиповатого
сосочкового
базального;
блестящего

1624. Сальные железы располагаются по всему кожному покрову, за исключением:

шиповатого
сосочкового
базального
блестящего

1625. Эккриновые потовые железы отличаются от апокриновых:

типом секреции
правильно все перечисленное
количеством
локализацией

1626. Артериальные сосуды кожи образуют все, кроме:

субдермальную сеть
артериолы и капилляры эпидермиса
артериолы и капилляры сосочков дермы
артериальную подсосочковую сеть

1627. К ветвям лицевого нерва не относится:

скуловая
затылочная
нижнечелюстная
височная

1628. Упругость кожи не определяется

коллагеновыми волокнами
мышечными волокнами
активностью металлопротеиназ
эластиновыми волокнами

1629. Укажите верное утверждение: Матрикс – это:

рецепторный аппарат
межклеточное вещество
опасная зона лица
подвижный сегмент черепа

1630. Гиалуроновая кислота является составляющей всего, кроме:

спинномозговой жидкости
эпидермального липидного барьера
тканей хряща
слюны

1631. Компонентами матрикса дермы являются все, кроме:

гиалуроновая кислота
кератин
эластиновые волокна

коллагеновые волокна

1632. Коллаген по своей природе:

углевод
белок
гликозаминогликан
липид

1633. Основная функция меланоцита:

выработка кератина
выработка пигмента меланина
участие в терморегуляции
распознавание антигенов

1634. Выберете правильное утверждение:

зернистый слой отличается высокой митотической активностью
ростковым слоем называют базальный слой
клетки рогового слоя эпидермиса содержат ядра
базальный слой эпидермиса состоит только из клеток Лангерганса

1635. Наибольшее количество витамина Е содержит:

печень трески
масло пшеничных и кукурузных зародышей
молоко
сливочное масло

1636. Вапоризация показана при:

купероз
жирная, пористая кожа
пониженный тургор кожи
себорейный дерматит

1637. Сколько стадий выделяют в клиническом развитии воспалительного процесса?

альтерация, пролиферация, дегенерация, агрегация, регенерация
экссудация, альтерация, пролиферация
агрегация, пролиферация, дегенерация, регенерация
альтерация, дегенерация

1638. Себум является секретом:

потовых желез
сальных желез
вилочковой железы;
бартолиновых желез

1639. На поверхности кожи:

кислая среда
слабокислая среда
нейтральная среда;
слабощелочная среда

1640. Гидролипидный барьер кожи обусловлен:

выделениями потовых желез
себумом, потом и эпидермальными липидами
выделениями сальных желез
толщиной рогового слоя

1641. Время полного обновления волоса составляет:

10 дней
160– 180дней
200 – 250 дней
500-600 дней

1642. Холодовые рецепторы иннервируют:

подкожно – жировую клетчатку
эпидермис
дерму
мышечные структуры кожи

1643. Меланиновый пигмент синтезируется:

клетками Меркеля
меланоцитами
клетками Гренстейна
кератиноцитами

1644. Деление клеток происходит:

в зернистом слое
в базальном слое
в блестящем слое
в роговом слое

1645. Процесс десквамации это:

деление клеток
естественное отшелушивание клеток эпидермиса в слое Ранвье
механическое удаление роговых чешуек
разделение клеток по различному состоянию

1646. Причиной гиперкератоза кожи не является:

облучение УФ
гипофункция сальной железы

наследственность
гиперфункция сальной железы

1647. Какая кожа склонна к раннему появлению морщин:

жирная
сухая
IV фототип
I фототип

1648. Для сухой кожи не характерно:

появление сосудистой сеточки
наличие акне
преждевременное старение
раздражение и шелушение

1649. Гиперкератоз – это:

острый отек сосочков дермы
утолщение рогового слоя
утолщение шиповатого слоя
нарушение связи между клетками шиповатого слоя

1650. В каком возрасте наблюдается наибольшая интенсивность цвета веснушек (эфелидов):

3 – 5 лет
15 – 17 лет
30 – 35 лет
10 – 12 лет

1651. Подкожно-жировая клетчатка не обеспечивает:

водоотталкивающие свойства кожи
иммунологические свойства кожи
депонирующие свойства кожи
амортизационные свойства кожи

1652. Тепловых рецепторов больше всего в:

дерме
эпидермисе и дерме
мышечных структурах кожи;
подкожно – жировой клетчатке

1653. Выберете подвижные кости черепа:

височная
нижняя челюсть
лобная
скуловая

1654. В образовании свода черепа не участвует:

лобная кость;
скуловая кость
затылочная кость
теменная кость

1655. Эпидермис это –

однослойный призматический эпителий
многослойный плоский, ороговевающий эпителий
цилиндрический эпителий
неороговевающий многослойныйэпителий

1656. Выберете правильное утверждение:
зернистый слой отличается высокой митотической активностью;
ростковым слоем называют базальный слой
среди клеток блестящего слоя расположены меланоциты
базальный слой эпидермиса содержит клетки Лангерганса

1657. Процесс дифференцировки это:

деление клеток
процесс разделение клеток по различному состоянию
механическое удаление роговых чешуек
естественное отшелушивание клеток эпидермиса

1658. Основная функция гистиоцита:

выработка кератина
распознование антигенов
выработка пигмента меланина
притягивание и связывание воды

1659. Меланин образуется из бесцветной аминокислоты:

треонина
тирозина
метионина
триптофана

1660. К придаткам кожи не относятся :

ногти;
слизистые оболочки
потовые железы
волосы

1661. Как называются неустойчивые молекулы с высокой реактивностью, приводящие к серьезным клеточным изменениям:

аминокислоты

свободные радикалы
липиды
фосфолипиды

1662. При диагностике состояния кожи не учитывают:

функциональной активности сальных желез
кислотно-щелочного баланса желудка
возраста
степени оволосения

1663. Диагностическая классификация кожи не включает:

сухую
жирную
степени оволосения
комбинированную

1664. Какая кожа склонна к раннему появлению эфелид:

III фототип
I фототип
IV фототип
II фототип

1665. Характерные признаки сухой кожи все, кроме:

появление сосудистой сеточки
акне
раздражение и шелушение
раннее появление морщин

1666. Площадь кожи человека в среднем:

150-200 м кв
1,5-2 м кв
150-200 микрон
15000-20000 м кв

1667. Кожа – это:

секреторный орган
покровный орган
проприоцептивный орган
мезенхимальный орган

1668. Кожа развивается из:

эктодермального и энтодермального зародышевых листков
эктодермального и мезодермального зародышевых листков
только из эктодермального слоя
энтодермального и мезодермального зародышевых листков

1669. Закладка придатков кожи эмбриона происходит:

на 1-м месяце
на 3-4 месяце внутриутробного развития
на 7-8 месяце
на стадии гаструлы
1670. Площадь ладони человека составляет:

2% поверхности тела
1% поверхности тела
10% поверхности тела
9% поверхности тела

1671. Площадь поверхности кожи головы занимает:

10% поверхности тела
9% от всей поверхности;
90% поверхности тела
18% от всей поверхности

1672. При расчёте площади пораженной поверхности используют правило:

«пятёрок»
«девяток»
«троек»
«шестёрок»

1673. Основная функция эпителиоцита:

синтез коллагена
синтез кератина
синтез каротина
синтез меланина;

1674. Количество меланоцитов в базальном слое примерно:

5 на 10 эпидермоцитов
1 на 10 эпидермоцитов
2 на 10 эпидермоцитов
1 на 100 эпидермоцитов

1675. Меланоциты эпидермиса передают меланин посредством:

пиноцитоза
экзоцитоза
эндоцитоза
диффузии

1676. Дермо-эпидермальное соединение (ДЭС) выполняет:

пиноцитоза

гидрофобно-лимфотропную функцию
терморегуляторную функцию
фотозащитную и экскреторную функцию
1677. Эпидермально-пролиферативную единицу составляет:

эпидермоциты и клетки Гренстейна
эпидермоциты с клетками Лангерганса
истиоциты с меланоцитами;
япидермоциты с меланоцитами

1678. Гранулы Одланда-кератиносомы максимально содержатся в:

блестящем слое
шиповатом слое
зернистом слое
роговом слое

1679. Мальпигиев слой это:

совокупность сосочкового и зернистого слоя;
ядросодержащий слой (базальный, шиповатый и зернистый)
меланоцитарно-папилярный слой
роговой и герминативный слой

1680. Слой Ранвье это:

ядросодержащий слой (базальный, шиповатый, зернистый)
наружный роговой слой
нижний роговой и блестящий слои
роговой и герминативный слой

1681. Клетки Меркеля содержат:

меланин
нейромедиаторы и эндорфины;
лизосомальные ферменты
кератогиалин;

1682. Клетки Гренстейна эпидермиса

В-лимфотропные свойства
Т-лимфотропные свойства
нейромедиаторные свойства
меланосомы

1683. Плеоморфизм (разнообразие формы клетки) наиболее свойственно для:

блестящего слоя
зернистого слоя
шиповатого слоя
рогового слоя
1684 Для наружной терапии угревой болезни применяют:

гликолиевую кислоту
азелаиновую кислоту
коевую кислоту
гиалуроновую кислоту

1685. Основными антибиотиками при лечении угрей представлены:

цефалоспорины
тетрациклины
пенициллины
макролиды

1686. Расположение угрей у женщин вокруг рта и на подбородке может указывать на патологию:

тимуса
яичников
гипофиза
щитовидной железы

1686. Неумеренное употребление косметики, содержащей жиры, может стать причиной:

аллергии
угревой болезни
пиодермий
экземы

1687. Косметические средства с пометкой «non-comedogenic» следует использовать прежде всего для пациентов страдающих:

экземой
себореей
пиодермией
аллергическими реакциями

1688. Основная роль в развитии воспаления при угревой болезни принадлежит:

Staphylococcus epidermidis
Cutibacterium acne
Staphylococcus hominis
Pytirosporum

1689. Укажите правильное утверждение: «Болезнь стюардесс» - это:

периоральный дерматит
периоральный дерматит
диффузный нейродермит
розацеа

1690. Себум является секретом:

вилочковой железы
сальных желез
бартолиновых желез
аппокриновых желез

1691. Вульгарные угри возникают чаще всего в:

8-10 лет
13 – 17 лет
30 – 35 лет
25-30 лет

1692. Консультация какого специалиста необходима при диагностировании сально-железистого невуса:

психиатра
онколога
иммунолога
косметолога

1693. Для лечения и профилактики акне используют все, кроме:

азелоиновой кислоты
минерального масла
бензоилпероксида
салициловой кислоты

1694. Маски косметические накладывают:

только на жирную кожу
на любую
только на нормальную кожу
только на сухую кожу

1695. Основными разновидностями бородавок не являются:

ладонные
конические
плоские
обыкновенные

1696. Характерными особенностями течения акне у женщин не является:

преобладание воспалительного компонента;
большее количество комедонов по сравнению с акне подростков
преимущественно вовлекается нижняя треть лица, линия подбородка и шеи
меньшее число комедонов по сравнению с акне подростков

1697. Дополнительно в комплексной терапии угрей не применяют:

противовоспалительную терапию
терапию кортикостероидными местными гормонами при пустулезных высыпаниях

арсонвализацию
пилинги

1698. Для Розацеа не характерно:

эритематозные проявления
только нарушение пигментации
папулезно – пустулезные высыпания
постадийное течение

1699. Причиной развития розацеа является:

андрогения
ангионевроз
генетическая предрасположенность
гиперсекреция сальных желез

1700. Кто может назначать гормональные препараты при нарушении со стороны репродуктивной системы?

адерматолог
гинеколог – эндокринолог
аллерголог – иммунолог
косметолог

1701. Эндокринологическими признаками при постпубертатном акне является все, кроме:

позднее начало mensis
повышенный сахар крови
нерегулярный цикл
гирсутизм;

1702. Скинорен не обладает:

противомикробным эффектом
лифтинговым эффектом
устраняет гиперкератоз
противовоспалительным эффектом

1703. Блестящий слой содержит преимущественно:

меланин, коллаген, фибрин;
эледин, липиды, гликопротеины
тельца Меркеля, дендриты меланоцитов
коллаген, гиалуроновую кислоту, эластин

1704. Чешуйки эпидермиса (кератиноциты) в основном состоят из:

митохондрий, меланина и холестерина
филлагрина, инволюкрина и церамидов;
кератина, картона и каратолина
коллагена, эластина и гликопротеинов

1705. Домашнюю пыль составляют в основном:

силикаты и пыльца растений
чешуйки эпидермиса и растительные волокна
гидроксиаппатит кальция, нити ГК
силикаты, кальцинаты

1706. Натуральный увлажняющий фактор эпидермиса (NMF) это:

несвязанная гиалуроновая кислота
аминокислоты – продукт распада белка филлагрина
термальная вода в упаковке
смесь воды, жиров и сахаров

1707. Величина трансэпидермальной потери воды TEWL указывает на:

влажность атмосферного воздуха
недостаток ацилцерамидов и расслоение межклеточных мембран
повышение уровня мочевины в крови;
изменения почечной фильтрации

1708. Процесс деления и дифференцировки эпителиоцита происходит в среднем каждые:

7 дней
2 недели
2 месяца
2 дня

1709. В дерме выделяют:

базальный и сосочковый
сосочковый и сетчатый слои
зернистый и шиповатый слои
роговой и шиповатый слои
1710. Коллаген 1 типа более характерен для расположения в:

во всех слоях равномерно
сетчатом слое у взрослых
Дермо-Эпидермальном Соеденении
сосочковом слое

1711. Коллаген III типа более характерен для расположения в:

в связках пиломоторных мышц
сосочковом слое
Дермо-Эпидермальном Соеденении
сетчатом слое у взрослых

1712. Крепящие фибриллы Дермо-эпидермального соединения содержат в основном коллаген:

3 типа
7 типа
не содержат, только сфингозин
1 типа

1713. Коферменты участвующие в синтезе коллагена содержат:

серебро и золото
цинк, кремний и железо
таллий и натрий
ртуть и кадмий

1714. Эластиновые волокна дермы определяют в основном:

проницаемость кожи
растяжимость кожи
прозрачность кожи
прочность кожи на разрыв

1715. Ретикулиновые волокна дермы:

составляют основной опорный каркас, прочность кожи
определяют проницаемость кожи
окружают железы, сосуды и волосяные фолликулы
препятствуют проникновению ультрафиолетового излучения

1716. Гиалуроновая кислота в составе матрикса дермы представлят собой:

глобулярный моносахарид
линейный полисахарид
синтетический полиэтилен
сахарный раствор

1717. Рецептор СД44 фибробластов гиаладгерин ответственен за:

синтез меланина
адгезию молекул гиалуроновой кислоты и миграцию клетки
синтез себума
нейро-мышечную передачу

1718. Церамиды рогового слоя это:

моноглицериды и азелаиновая кислота
сфингозин и линолевая кислота
воски и коевая кислота
тригицериды и пальмитиновая кислота

1719. Фермент коллагеназа фибробластов участвует в разрушении:

коллагеновых волокон
дермоэпидермального соединения
гликозаминогликанов

коллатеральных связей

1720. Фибронектин – белок участвующий в создании межклеточных связей. Еще его называют:

«межклеточный мостик»
«молекулярный клей»
«гомозиготный аллель»
«межклеточный матрикс»

1721 Дермальные фибробласты берут своё начало из:

стромальных гистиоцитов
перицитов сосудистой стенки
эозинофильных лейкоцитов
базальных эпителиоцитов

1722. Пролиферация фибробластов регулируется

нервными импульсами
интерлейкинами группы цитокинов
активацией меланина
гормонами гипофиза

1723. Тучные клетки - тканевые базофилы - аналогичны:

В-лимфоцитам
базофильным лейкоцитам
эозинофильным лейкоцитам
базальным эпидермоцитам

1724. Липоциты гиподермы подразделяются на:

перпендикулярные и параллельные
белые и бурые
октогональные и ромбовидные
эозинофильные и базофильные

1725. Пиломоторная мышца (М. поднимающая волос) имеет:

самопроизвольную стимуляцию
рефлекторно-стволовую иннервацию
гормональную стимуляцию
корковую регуляцию

1726. Рецепторные тельца расположены:

только в дермальном слое
распределены во всех слоях эпидермиса, дермы и гиподермы
в эпидермисе и гиподерме
только в эпидермисе

1727. В коже человека из более 5,5 миллиона рецепторов 1 миллион реагирует на:

боль
прикосновение
давление
холод

1728. В коже человека из более 5,5 миллиона рецепторов 4 миллиона реагирует на:

давление
боль
прикосновение
тепло

1729. В коже человека из более 5,5 миллиона рецепторов пол миллиона реагирует на:

боль
тепло
давление
холод

1730. В коже человека из более 5,5 миллиона рецепторов 50 тысяч реагирует на:

прикосновение
холод
боль
тепло

1731 Поверхностная сосудистая сеть дермы имеет:

гормональную стимуляцию
вегетативную иннервацию
рефлекторно-стволовую регуляцию
корковую регуляцию

1732. Свободный край черепицеобразных чешуек кутикулы волоса направлен :

перпендикулярно
к кончику волоса
хаотично
к корню волоса

1733. За прочность волоса наиболее ответственна:

кортекс
кутикула
бальзам «Лошадинная Сила»
медулла

1734. Пигмент меланин волоса у европеоидов преимущественно расположен в :

мозговом веществе

корковом слое
только в луковице
кутикуле

1735. Волос монголоидного (азиатского) типа на поперечном срезе:

плоский – элипсовидный тонкий
круглый толстый
ромбовидный средний
овальный тонкий

1736. Волос европеоидного (кавказского) типа на поперечном срезе:

круглый толстый
овальный тонкий
ромбовидный средний
плоский-элипсовидный тонкий

1737. Волос негроидного (африканского) типа на поперечном срезе:
круглый толстый
плоский-элипсовидный тонкий;
ромбовидный средний
овальный тонкий

1738. Самый прочный (на разрыв) волос представлен у:

кавказца (европеоида)
азиата (монголоида)
индейца майя
африканца (негроида) тутси

1739. Самый слабый (на разрыв) волос представлен у:

азиата (монголоида)
африканца (негроида) тутси
индуса бангалора
кавказца (европеоида)

1740. У рыжеволосых пигмент меланин представлен в виде:

дезоксимеланина
феомеланина
гидроксимеланина
эумеланина

1750. Максимальное количество волосяных фолликулов (около 140тыс.) имеют:

рыжие
блондины
лысые
брюнеты

1751. Наибольшая плотность волосяных фолликулов, а это 1100 штук на квадратный сантиметр наблюдается у:

африканцев
европеоидов-младенцев
лиц страдающих алопецией
азиатов

1752. Пушковый волос представляет собой

толстый, короткий в области ресниц;
тонкий, светлый, покрывает всю кожу кроме ладоней и подошв;
толстый, длинный, покрывает верхнюю часть головы;
тёмный, кучерявый, жесткий
1753. Первичный волосяной покров плода называется:

ланолин
лануго
лунатик
казеозная смазка

1754. Трихоглифика это:

паразитарное заболевание
спиральный наклон роста волос по часовой стрелке на макушке
навязчивое выдергивание собственных волос
изучение отпечатков волос на бумаге

1755. Апокриновые (феромонвыделительные) железы у человека:

расположены в области ладоней и подошв
малочисленны, тяготеют к группировке вокруг естественных отверстий
выделяют чистую воду
многочисленны, равномерно распределены по всей коже

1756. Эккриновые потовые железы у человека:

участвуют в переваривании пищи, расположены на языке;
участвуют в терморегуляции, имеют холинэргическую регуляцию, многочисленны;
расположены на тыле кистей
участвуют в половом поведении, имеют адренергическую иннервацию, малочисленны

1757. Максимальная плотность (400 на кВ см) эккриновых потовых желез у человека:

на тыле кистей и стоп
на ладонной и подошвенной поверхностях кистей и стоп;
вокруг естественных отверстий
на коже спины

1758. У младенцев апокриновые потовые железы:

только на стопах и ладонях
ещё недоразвиты
функционируют после кормления
равномерно распределены по всему телу

1759. Волосы делятся на следующие типы:

прямые, волнистые и курчавые
лануго, пушковый, щетинистые и терминальные
длинные, средние и короткие
блондинистые, рыжие и брюнетистые
1760. «Провал Марконионини» это:

углубления вокруг потовых желез
уменьшение кислотности гидро-липидной мантии в складках кожи
межягодичная складка
ущелье на границе италии и швейцарии

1761. Апокриновые потовые железы:

большей частью расположены на коже ладоней и подошв;
часто расположены над сальной железой волосяного фолликула, гормон зависимы;
не имеют устойчивой привязки к волосу
в основном сконцентрированы на макушке

1762. Комедоны- это:

пустулезные элементы на коже лица
не воспалительные элементы, которые возникают вследствие закупорки протоков сальных желез;
узловато-кистозные элементы
папулезные элементы на коже лица

1763. При узловато-кистозных элементах акне поражается:

папиллярная дерма
все слои кожи
эпидермис и папиллярная дерма
эпидермис

1764. Молниеносные угри преимущественно поражают

женщин в постменопаузе, характеризуется папулезными элементами
мужчин молодого возраста, характеризуются острым течением с подъемом температуры
мужчин в возрасте 40-50 лет характеризуется узловато-кистозными элементами;
женщин в постпубертатном периоде, характеризуется пустулезными элементами

1765. Инверсные угри, синоним -

акне Майорка
суппуративный гидроаденит
розацеа

локальный гипергидроз

1766. Ведущим звеном патогенеза акне является:

стрессы, как причина развития акне;
патологический фолликулярный гиперкератоз с закупоркой устьев сальных желез
некачественное очищение кожи
заболевания желудочно-кишечного тракта

1767. В микробных ассоциациях при акне преобладают:

Clostridii botulinum
Cutibacterium acnes
Candida albicans
Stafphylococcus epidermidis

1768. В составе кожного сала преобладают:

свободные жирные кислоты
триглицериды
Полиненасыщенные жирные кислоты
холестерол

1769. Салооделение подавляют:

гормоны коры надпочечников
эстрогены
андрогены
АКТГ

1770. Повышенная чувствительность детской кожи к ультрафиолетовому облучению обусловлена:

Повышенным количеством клеток Лангерганса
Сниженным количеством меланоцитов
Повышенным количеством адипоцитов
Сниженным количеством кератиноцитов

1771. Слой эпидермиса отсутствующий в коже новорожденных:

Роговой
Зернистый
Базальный
Блестящий

1772. У детей в дермальном слое преобладают клетки:

Гистиоциты
Тучные клетки
Клетки Лангерганса
Меланоциты

1773. Нейтральная pH-реакция у новорожденных приводит к развитию:

Токсикодермия
Кандидоз
Ксероз
Атопический дерматит

1774. Склонность к развитию мацерации у младенцев обусловлена:

Нейтральным pH кожи
Отсутствием церамидов
Несовершенством терморегуляции
Отсутствием щетинистых волос

1775. Максимальная концентрация активных сальных желез на коже у новорожденных локализована в области:

Спины
Лица
Ягодиц
Волосистой части головы

1776. Основной функцией водно-липидной мантии у детей является:

Солнцезащитная
Бактерицидная
Секреторная
Иммунная

1777. Укажите наиболее часто встречающиеся поражения ногтей у детей младшего школьного возраста:

Онихолизис
Симптом «наперстка»
Онихошизис
Симптом «масляного пятна»

1778. Нарушение какой функции кожи у детей провоцирует появление упорного зуда:

Иммунной
Обменной
Рецепторной
Терморегуляционной

1779. Патогномоничным симптомом чесотки грудного возраста является:

Локализация в межпальцевыех складках
Везикуло-папулезные высыпания на ладонях и подошвах
Арди-Горчакова
Генерализованный характер высыпаний

1780. Для лечения неосложненной чесотки у детей возможно применение следующих лекарственных препаратов:

Спрея Неотанин
10% серная мазь
Мазь Акридерм
Метрогил гель

1781. Развитие какого заболевания возможно с началом пубертатного периода?

Псориаз
Гидраденит
Фурункулез
Стрептококковое импетиго

1782. Типичная локализация высыпаний при эпидемической пузырчатке новорожденных:

Ладони/подошвы
Спина
Волосистая часть головы
Складки

1783. Дифференциальная диагностика эпидемической пузырчатки новорожденных проводится с:

Буллезное импетиго
Сифилитическая пузырчатка
Листовидная пузырчатка
Вульгарная пузырчатка

1784. После вскрытия одиночного фурункула у ребенка целесообразно назначение:

УВЧ
Мази Левомеколь
Ихтиоловые лепешки
Глюкокортикостероидной мази

1785. Дерматит, развивающийся при контакте с облигатным раздражителем:
Артифициальный
Искусственный
Солнечный
Простой

1786. Первая помощь при простом контактном дерматите у детей состоит в:

Дезинтоксикационной терапии
Устранение облигатного раздражителя
Системной глюкокортикостероидной терапии
Обработке раствором антисептика

1787. Для купирования мокнутия при аллергическом дерматите у детей используются препараты в форме:

Присыпки
Болтушки
Мази
Крема

1788. Возникновению пелёночного дерматита у детей способствует все кроме:

Травматизации кожи
Частого купания
Присыпки
Редкой смены подгузников

1789. Профилактике пелёночного дерматита способствует все кроме:

Частой смены подгузников
Тугого пеленания
Своевременного очищения и просушивания кожи
Воздушных ванн при смене подгузников

1790. В клинической картине токсикодермий у детей не встречаются:

Везикулы
Бугорки
Пузыри
Эритема

1791. Примером фиксированной токсикодермии у детей является:

Синдром Лайелла
Сульфаниламидная эритема
Синдром Стивенса-Джонсона
Йододерма

1792. Назовите лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие медикаментозную токсикодермию у детей:

Витамины
Нестероидные противовоспалительные
Желчегонные
Гепатопротекторы

1793. Для дифференциальной диагностики проводя клинический осмотр 15-летнего школьника, страдающего отрубевидным (разноцветным) лишаем, необходимо провести:
Дермографию
Пробу Бальцера
Биопсию кожи
Микроскопическое исследование чешуек

1794. Возбудители кандидозов рода Candida относятся к:

Зоофильным грибам рода M.canis

Условно-патогенным грибам
Дерматофитам
Дрожжеподобным грибам Malassezia furfur

1795. Выберите фактор, который способствует развитию микозов у детей:

Преждевременные роды у матери
Иммуносупрессивная терапия
Прием витаминов
Частое мытье

1796. Что не относится к мерам профилактики микроспории (стригущего лишая) для контактных лиц при выявлении заболевания у ребенка, посещающего детский сад:

Обследование всех членов семьи, имевших контакт с больным
Обработка очагов поражения на коже 10% эмульсией бензилбензоата
Ветеринарный надзор за животными (кошки, собаки) на территории детского учреждения
Регулярное обследование детей и обслуживающего персонала в данной группе

1797. Укажите типичный признак папул при красном плоском лишае у детей подросткового возраста:

Восковидный блеск
Пупкообразное вдавление в центре
Отсутствие зуда
Округлые очертания

1798. Какой гистологический признак лежит в основе симптома сетки Уикхема?

Вакуольная дистрофия
Очаговый гранулез
Спонгиоз
Акантолиз

1799. На приеме у врача девочка 14 лет с жалобами на сыпь. Больна 1 неделю. Первое высыпание появилось на туловище в виде крупного пятна. При осмотре на коже туловища и конечностей имеются многочисленные пятна, розово-желтого цвета, с легким шелушением в центре, овальных очертаний, расположенные по линиям Лангера. Выберите из нижеперечисленных наиболее вероятный диагноз:

Микроспория
Розовый лишай
Вульгарный псориаз
Разноцветный лишай

1800. Выберите наиболее часто встречающуюся клиническую форму псориаза у детей:

Экссудативный псориаз
Каплевидный псориаз
Пустулезный псориаз
Псориатическая эритродермия

1801. Перечислите методы лечения острого лихеноидного вариолиформного парапсориаза Муха-Габермана:

Витамины С и группы В
Антибиотики
Системные глюкокортикоиды
НПВС

1802. С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать острый вариолиформный лихеноидный парапсориаз Муха-Габермана у детей?

Псориазом
Ветряной оспой
Розовым лишаем
Токсикодермией

1803. Укажите осложнения, которые не могут возникнуть при наружном применении кортикостероидных препаратов у детей первого года жизни.

Гипертрихоз
Лихенификация
Телеангиэктазии
Атрофия кожи

1804. Для младенческой фазы атопического дерматита не характерно расположение очагов поражения:

На лице
В области ладоней
На задней поверхности шеи
Ягодицы

1805. Укажите наружные средства, не обладающие эффективностью при атопическом дерматите детей первых двух лет жизни:

Мометазона фуроат
Бензилбензоат
Такролимус
Пимекролимус

1806. Укажите ключевой механизм патогенеза атопического дерматита:

Нейрогенный
Генетический
Бактериальный
Вирусный

1807. Укажите морфологические элементы, характерные для обыкновенной крапивницы детей школьного возраста:

Экскориации
Волдыри

Бугорки
Лихенификация

1808. Для каких заболеваний характерен белый дермографизм:

Крапивница
Атопический дерматит
Аллергический дерматит
Истинная экзема

1809. Кожный зуд, как симптом, часто встречается при следующих заболеваниях детей дошкольного возраста:

Гастрит
Сахарный диабет
Ювенильный ревматоидный артрит
Дермтомиозит

1810. Хроническую крапивницу детского возраста нужно дифференцировать с:

Псориазом
Укусами насекомых
пиодермией
Экземой

1811. Какой из перечисленных элементов не характерен для клинической картины детской почесухи?

Серопапула
Пустула
Волдырь
Экскориация

1812. Какие изменения лабораторных параметров характерны для ребенка, больного атопическим дерматитом?

Выявление акантолитических клеток
Повышенный уровень сывороточных IgE антител
Снижения уровня тромбоцитов
Повышение цитокинов 2-го типа

1813. Какие признаки имеют прямое отношение к хроническому зуду

Эрозии
Лихенизация
Папулы
Белый дермографизм

1814. В каком возрасте маловероятен дебют атопического дерматита?

5 лет
40 лет
15 лет

5 месяцев

1815. Какие факторы не способствуют развитию атопического дерматита у детей?

Введение прикорма
Грудное вскармливание
Внутриутробная сенсибилизация плода при употреблении беременной женщиной лекарств
Пищевые аллергены

1816. Укажите признаки не характерные для простого герпеса:

Наличие “предвестников”- зуд или парестезия на месте будущих высыпаний
Отсутствие склонности к рецидивированию
Сгруппированные пузырьки на гиперемированном основании
Хроническое течение дерматоза

1817. Укажите наиболее эффективные препараты для лечения часто рецидивирующего простого герпеса у детей:

Тетрациклин
Валтрекс
Трихопол
Метрогил

1818. К Вам обратился пациент, 15 лет, с жалобами на появление высыпаний, сопровождающихся зудом. При осмотре - в области угла рта справа на эритематозном, отёчном фоне сгруппированные мелкие пузырьки, наполненные серозным содержимым, и мелкие эрозии. Вероятный диагноз:

Первичный сифилис
Простой герпес
Стрептококковое импетиго
Вульгарная пузырчатка

1819. После контакта ребенка младшего возраста с пожилым больным опоясывающим герпесом у ребенка возможно возникновение следующего заболевания:

Плоские бородавки
Ветряная оспа
Корь
Подошвенная бородавка

1820. Укажите заболевание, с которыми необходимо дифференцировать простой герпес у детей:

Псориаз
Опоясывающий герпес
Себорейный дерматит
Розовый лишай

1821. Наиболее тяжелой разновидностью первичного герпеса (нередко с летальным исходом) является:

Первичный герпетический гингивостоматит
Первичный герпес новорожденных
Первичный герпетический вульво-вагинит
Герпетический панариций

1822. Укажите наиболее типичный признак, характерный для контагиозного моллюска:

Гнойничковые высыпания
Мелкие узелки с вдавлением в центре, при сдавливании пинцетом из которых выделятся белая кашицеобразная масса
Полигональные папулы синюшно-розового цвета
Бляшки ярко-розового цвета с крупными сухими чешуйками на поверхности

1823. Укажите лечебно-профилактическое мероприятие при контагиозном моллюске у ребёнка:

Наружное применение глюкокортикоидных мазей
Выдавливание содержимого элементов
Противовирусные препараты
Пенициллинотерапия

1824. Первичный герпес новорожденных не развивается у младенцев:

После рождения от матери с активными проявлениями герпетической инфекции на гениталиях при прохождении родовых путей
После рождения от матери без активных проявлений герпетической инфекции на гениталиях при прохождении родовых путей
В результате постнатального заражения от ухаживающих лиц
Как следствие виремии у матери

1825. Показаниями для изоляции больного ребенка от детского коллектива являются следующий дерматоз:

Вульгарные бородавки
Ветряная оспа
Простой герпес
Подошвенные бородавки

1826. Укажите наиболее эффективный метод лечения вульгарных бородавок у детей:

Аппликации раствора «Солкодерм»
Криодеструкция
Длительное применение мази «Ацикловир»
Длительное применение мази «Зовиракс»

1827. Плоские бородавки наиболее часто встречаются в возрасте:

50-60 лет
6-10 лет
40-50 лет
30-40 лет

1828. Возникновение вирусного дерматоза у подростка является результатом активации вируса, присутствующего в организме в латентном состоянии в следующих случаях:

Контагиозный моллюск
Рецидив простого герпеса
Узелки доильщиц
Вульгарные бородавки

1829. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики рецидивов простого герпеса являются следующие:

Аутогемотерапия
Индукторы интерферона
Диетотерапия
Инъекции антибиотиков

1830. Склероатрофический лихен у детей на гениталиях и перианальной области не может осложниться:

Развитием фимоза у мальчиков
Лимфоплазией
Образованием рубцов и стриктурных изменений
Болезненным мочеиспусканием и дефекацией

1831. Волчаночный синдром новорожденных включает:

Поражение легких
Поражение кожи
Поражение глаз
Поражение селезенки

1832. Какая патология внутренних органов может сопровождать кожные проявления ювенильного дерматомиозита?

Поражение органов зрения
Поражение мышц шеи и верхних конечностей
Сколиоз
Развитие почечной недостаточности

1833. Какая форма склеродермии часто встречаются у детей?

Системная
Бляшечная
Склероатрофический лихен (болезнь белых пятен)
Перекрестная

1834. Назовите особенности течения красной волчанки у детей:

Возможное наличие гнойничковых высыпаний
Развитие волчаночного синдрома новорожденных
Частое развитие острой формы заболевания
Изъязвление высыпаний

1835. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику диффузной склеродермии?

Псориаз
Дерматомиозит
Красный плоский лишай
Токсикодермия

1836. Какая форма заболевания не относится к интегументной красной волчанке?

Диссеминированная
Системная
Центробежная эритема Биетта
Дискоидная

1837. Какие клинические проявления характерны для линейной формы склеродермии у детей?

Атрофический процесс распространяется только на кожу
Локализация высыпаний по длине конечностей или на лбу, напоминая удар саблей
Сиреневато-розовые пятна округлых или овальных очертаний
Выраженный зуд

1838. Выберите, что не является диагностическим критерием ювенильного дерматомиозита?

Прогрессирующая слабость в симметричных отделах проксимальных мышц конечностей
Ксантоматоз кожи
Поражение мышц шеи
Поражение кожи (периорбиальная фиолетово-розовая эритема, папулы Готтрона над суставами)

1839. На приеме девочка 9 лет. При осмотре кожный процесс распространенный, выражены сухость, утолщение кожи, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, наличие крупнопластинчатых темных чешуек. На лице, в суставных сгибах и в подмышечных впадинах кожа не поражена. Фолликулярный гиперкератоз в области плеч. Подчеркнутый кожный рисунок ладоней и подошв. Волосы и ногти истончены. Назовите предположительный диагноз.

Атопический дерматит
Вульгарный ихтиоз
Псориатическая эритродермия
Крустозная чесотка

1840. Что не характерно для нейрофиброматоза II типа?

Подкожные нейрофибромы
Клиническое излечение в пубертатном периоде
Наличие у родственников первой степени родства шванном, менингиом, глиом
Небольшое количество крупных пятен цвета «кофе с молоком»

1841. Какие клинические проявления не характерны для нейрофиброматоза I типа (синдром Реклингхаузена):

Желтовато-коричневые пятна (цвет «кофе с молоком»)
Положительная проба Бальцера
Аксилярные веснушки
Мягкие по консистенции опухоли

1842. На прием обратилась мама с мальчиком 3 месяцев. Болен с рождения, при рождении – «коллоидальный плод». При осмотре кожа производит впечатление ошпаренной, имеются участки отслойки эпидермиса, эрозии, пузыри до 1,5 см в диаметре, с вялой покрышкой. Кожа ладоней и подошв утолщена. Ваш диагноз?

Эпидемическая пузырчатка новорожденных
Эритродермия буллезная ихтиозиформная
Буллезный эпидермолиз
Сифилитическая пузырчатка

1843. На приеме у врача в июне мальчик 11 лет. Болен с детства. На месте трения и различных травм, на коже ягодиц, лопаток, передней поверхности голеней имеются пузыри 0.7-1.5 см, которые появляются при малейшей травме. Страдает гипергидрозом. Слизистые оболочки и ногти не изменены. Симптом Никольского отрицательный. Ваш предположительный диагноз.

Вульгарная пузырчатка
Простая (доброкачественная) форма буллезного эпидермолиза
Эпидермолиз буллезный дистрофический.
Буллезная токсикодермия

1844. Для герпетиформного дерматита Дюринга у детей характерно:

Спонтанное появление пузырей на коже и слизистых
В 75-95% случаев связь с целиакией (глютеновой энтеропатией)
Односторонние высыпания в виде пустул
Развитие заболевания в возрасте 15-18 лет

1845. Для лечения больных ихтиозом применяют:

Лазерная терапия
Ароматические ретиноиды
Антибиотики
Метотрексат

1846. Назовите эффективные методы лечения герпетиформного дерматита Дюринга у детей

НПВС
Безглютеновая диета
Цитостатики

Кортикостероидные гормоны

1847. Клиническая картина первичного периода сифилиса характеризуется следующим признаком:

Длительной лихорадкой
Твердым шанкром
Розеолезной сыпью на туловище
Атралгией

1848. Для типичного твердого шанкра не характерны:

Гладкое, блестящее дно
Болезненность
Блюдцеобразные края
Правильные округлые или овальные очертания

1849. Для типичного твердого шанкра характерно:

Обильное гнойное отделяемое
Правильные округлые или овальные очертания
Розеола
Болезненность

1850. К разновидностям твердого шанкра относится:

Шанкр амигдалит
Экстрагенитальный шанкр
Туберкулезная язва
Базалиома

1851. К разновидностям твердого шанкра относится:

Лепрозная язва
Язвенный шанкр
Язвенная пиодермия
Карбункл

1852. К разновидностям твердого шанкра относится все, кроме:

Язвенный шанкр
Туберкулёзная язва
Гигантский шанкр
Гангренозный шанкр

1853. Твердый шанкр может локализоваться на любом участке кожи и слизистых оболочек, но реже всего он встречается на:

Внутреннем листке крайней плоти
Стенках влагалища
Шейке матки
Головке полового члена

1854. Регионарный лимфаденит при первичном сифилисе характеризуется следующим клиническим признаком:

Лимфатические узлы спаяны с окружающей тканью
Лимфатические узлы безболезненны
Кожа над лимфатическими узлами гиперимирована, инфильтрирована
Лимфатические узлы спаяны между собой

1855. Регионарный лимфаденит при первичном сифилисе характеризуется следующим клиническим признаком:

Лимфатические узлы спаяны с окружающей тканью
Лимфатические узлы подвижны при пальпации
Лимфатические узлы болезненны при пальпации
Лимфатические узлы спаяны между собой

1856. Какого клинического симптома не бывает при первичном сифилисе:

Регионарный лимфаденит
Папулы ладоней и подошв
Полиаденит
Язвенный твердый шанкр

1857. Типичным для вульгарной пузырчатки является следующий первичный морфологический элемент:

Пузырек
Напряженный мелкий пузырь
Напряженный крупный пузырь
Узелок

1858. Первичный морфологический элемент кожи при дебюте вульгарной пузырчатки располагается

По краю рубца
На неизмененной коже
На фоне эритемы
На поверхности папулы

1859. При истинной акантолитической пузырчатке поражение слизистой оболочки полости рта сопровождается следующими субъективными ощущениями:

Жжением
Болезненностью
зудом
перестезиями

1860. Паранеопластическая пузырчатка развивается у больных, страдающих следующей патологией:

Сахарный диабет

Рак внутренних органов
Болезнь Крона
Болезнь Шегрена

1861. Клинико-диагностический симптом, характерные для истинной акантолитической пузырчатки:

Реакция Пирке
Феномен Никольского
Проба Бальзера
Проба Ядассона

1862. В основе феномена Никольского лежит:

Гранулез
Акантолиз
Паракеатоз
Акантоз

1863. При цитологическом исследовании акантолитические клетки обнаруживают при следующем заболевании:

Герпетиформном дерматите Дюринга
Истинной акантолитической пузырчатке
Буллезном пемфигоиде Левера
Экземе

1864. Основным патогистологическим признаком истинной акантолитической пузырчатки является:

Акантоз
Акантолиз
Паракератоз
Спонгиоз

1865. При патогистологическом исследовании биоптата кожи при вульгарной пузырчатке пузырь выявляют:

В сосочках дермы
Над базальным слоем эпидермиса
В средних отделах дермы
На уровне базальной мембраны эпидермиса

1866. При постановке реакции прямой иммунофлюоресценции при истинной акантолитической пузырчатке иммуноглобулины (Ig) определяют:

к базальной мембране эпидермиса
в межклеточной склеивающей субстанции шиповатого слоя эпидермиса
в виде гранул на верхушке сосочков дермы
к мембране сосудов дермы

1867. К вирусным заболеваниям относится все кроме:

Узелки доильщиц
Пузырчатка новорожденных
Экзема Капоши
Контагиозный моллюск

1868. Какое заболевание не относится к вирусным болезням:

Болезнь «кошачьих царапин»
Герпетиформный дерматит Дюринга
Герпетиформная экзема Капоши
Опоясывающий герпес

1867. Вирус, вызывающий опоясывающий герпес:

Коксовирус
Вирус ветряной оспы
Вирус простого герпеса типа 1
Вирус простого герпеса типа 2

1868. Для клинической картины простого герпеса наиболее характерными элементами сыпи являются:

Гнойнички, язвы, гнойные корки
Пузырьки, эрозии, серозные корки
Узелки, чешуйки, гиперпигментация
Бугорки, язвы, геморрагические корки

1869. Какая форма не характерна для опоясывающего герпеса:

Геморрагическая
Рецидивирующая
Буллезная
Ганнренозная

1870. Для опоясывающего герпеса не характерно:

Поражение ЦНС
Поражение детей
Болевой синдром
Геморрагически-некротические проявления

1871. Что не характерно для простого герпеса:

Наличие “предвестников”
Связь рецидивов с приёмом сульфаниламидов
Сгруппированость везикул
Склонность к рецидивированию

1872. К атипичным формам простого герпеса не относятся:

Отечная
Веррукозная
Рупиоидная
Эрозивно-язвенная

1873. Что из перечисленного не верно в отношении вируса простого герпеса

ДНК – содержащий вирус
РНК-содержащий вирус
Короткий цикл репродукции
Высокая тропность к клеткам эпителия и нервной системы

1874. К атипичным формам простого герпеса не относятся:

Геморрагическую форму
Ожоговая форма
Геморрагически-некротическая форма
Абортивная форма

1875. Аллергический дерматит возникает при воздействии:

высоких температур
стиральных порошков
концентрированных кислот и щелочей
низких температур

1876. Простой контактный дерматит может возникнуть на воздействие:

стиральных порошков
кислот, щелочей
косметических средств
продуктов питания

1877. Проявление аллергического дерматита:

язвы
эритема
узлы
бугорки

1878. Проявление простого контактного дерматита:

вегетации
пузыри
папулы
волдыри

1879. Простой контактный дерматит возникает через:

несколько дней
несколько минут
несколько недель

месяц

1880. Аллергический дерматит возникает через:

несколько часов
несколько дней
через месяц
несколько минут

1881. При развитии аллергического контактного дерматита кистей от стирального порошка необходимо:

обрабатывать настойкой календулы
прекратить пользование стиральным порошком
использовать латексные перчатки
наносить салициловую мазь

1882. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

Кислоты
Моющие средства
Борщевик
Щелочи

1883. Причинами развития простого дерматита являются:

Декоративная косметика
Механическое трение
Стиральный порошок
Продукты питания

1884. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

Щелочь
Тени для век
Низкая температура
УФ-лучи

1885. Симптоматический зуд кожи не наблюдается при

Сахарном диабете
Красной волчанке
Глистной инвазии
Лейкозах

1886. Диагнозу «атопический дерматит» может противоречить:

Указание на начало заболевания в детстве
Развитие везикуляции в очагах поражения
Улучшения в летнее время
Наличие лихенификации в локтевых и подколенных сгибах

1887. При постановки диагноза строфулюса первостепенную роль играет:

Контакт со стиральным порошком
Детский возраст
Нервные факторы
Памперсы

1888. С каким диагнозом нет нужды дифференцировать хроническую крапивницу?

Токсидермией
Экземой
Дерматитом Дюринга
Укусами насекомых

1889. Какой элемент сыпи не встречается в клинической картины атопического дерматита взрослых?

Экскориация
Узел
Эритема
Лихенификация

1890. Какой элемент сыпи наиболее характерен для клинической картины пруриго взрослых?

Волдырь
Экскориация
Пустула
Папула

1891. Каким действием не обладает кортикостероидная мазь?

Вазоконстрикторным
Дезодорирующим
Противозудным
Противовоспалительным

1892. Какое утверждение неверно в отношении антигистаминных препаратов?

Являются Н1 блокаторами
Являют Н3 блокаторами
Являются Н2 блокаторами
Оказывают противозудное действие

1893. Обострения атопического дерматита не ассоциируются с:

Погрешностями в диете
Знаком Зодиака
Наследственностью
Сезонностью

1894. Зуд кожи как симптом не характерен для следующего заболевания:

Глистной инвазии
Сахарного диабета
Болезней печени
Опоясывающего герпеса

1895. Укажите продолжительность заболевания при острой крапивнице:

Менее 4 недель
Менее 6 недель
Менее 8 недель
Менее 2 недель

1896. Укажите продолжительность заболевания при хронической спонтанной крапивнице:

Более 4 недель
Более 6 недель
Более 8 недель
Более 2 недель

1897. Назовите возбудителя микроспории гладкой кожи

Trichophyton rubrum
Microsporum canis
Trichophyton tonsurans
Aspergillus niger

1898. Укажите медиатор/медиаторы, участвующий в патогенезе наследственных ангиоотеков:

Ацетилхолин
Брадикинин
Меланин
Серотонин

1899. Назовите метод диагностики разноцветного лишая:

Бактериологический посев
Проба Бальцера
Проба Ромберга
Биопсия очага поражения

1900. Выберите препарат выбора для пациента с холодовой крапивницей, потерявшего сознание при купании в водоеме:

Дупилумаб
Адреналин
Дапсон
Даназол

1901 Какое заболевание относится к псевдомикозам?

Микроспория

Эритразма
Трихофития
Отрубевидный лишай

1902. Укажите первичный морфологический элемент высыпаний при крапивнице:

Папула
Волдырь
Везикула
Бугорок

1903. Препараты первой линии терапии для лечения хронической крапивницы:

Препараты цинка
Неседативные антигистаминные препараты
Ингибиторы кальциневрина
Топические кортикостероиды

1904. При лечении микозов показано применениеиндуцированных крапивниц

Антибиотиков
Итраконазола
Кортикостероидов
Иглорефлексотерапии

1905. Чем может осложниться поражение слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае?

кандидоз
плоскоклеточный рак
деминерализация эмали
лейкоплакия

1906. Отметьте типичную локализацию поражений при красном плоском лишае:

преимущественно кисти, стопы
передняя поверхность предплечий, голени, область крестца, половых органов
разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей, волосистая часть головы
передняя и боковая поверхность туловища, конечности, располагаясь продольно вдоль линий натяжения кожи Лангера

1907. Выберите характерные признаки папулы при красном плоском лишае:

отсутствие субъективных ощущений
выраженный зуд, полигональные очертания
склонность к периферическому росту
наличие венчика гиперемии

1908. Выберите факторы, предрасполагающие к развитию КПЛ:

генетически детерминированные заболевания
стресс, вирус гепатита С, хроническая инфекция, нейроэндокринные заболевания

гиподинамия, дислипидемия
гипертензия

1909. Каким первичным морфологическим элементом представлена клиническая картина красного плоского лишая?

бугорок
папула
пузырь
волдырь

1910. Каков риск малигнизации красного плоского лишая на слизистых оболочках?

12-25%
менее 12%
25-50%
более 50 %

1911. В местной терапии красного плоского лишая используют:

примочки с борной кислотой
мази с кортикостероидами
водные взбалтываемые взвеси
растворы анилиновых красителей

1912. Красный плоский лишай чаще поражает

мужчин
женщин
одинаковая распространенность
мужчин в 2 раза чаще, чем женщин

1913. У пациента с диагнозом красный плоский лишай в местах травматизации кожи появляются новые высыпания, данный признак носит название:

Феномен Ауспитца
феномен Кебнера
Симптом Никольского
Признак Дарье-Унны

1914. Изоморфная реакция Кебнера характерна для:

атопического дерматита
красного плоского лишая
красной волчанки
экземы

1915. Прием каких препаратов может спровоцировать развитие кандидоза?

Ингибиторы АПФ
Цитостатики
НПВС

Антигистаминные

1916. Клиническими формами псориаза являются:

Гипертрофическая
Интертригинозная
Веррукозная
Кольцевидная

1917. В течении псориаза выделяют стадии:

Группировки высыпаний
Стабилизации (стационарная)
Эпителизации
Рубцевания

1918. Какой препарат используется для лечения микоза гладкой кожи?
Амоксициллин
Итраконазол
Цефтриаксон
Дезлоратадин

1919. В прогрессирующей стадии может быть:

Симптом Хачатуряна
Симптом Кебнера
Симптом Никольского
Симптом Бальзера

1920. Псориатическая триада включает:

Симптом «яблочного желе»
Симптом «терминальной пленки»
Симптом «дамского каблучка
Симптом «груши»

1921. Для стационарной стадии характерно:

Появление новых папул
Шелушение по всей поверхности папул
Гиперемический ободок по периферии папул
Периферический рост папул

1922. Симптом Кебнера – это:

Аллергическая реакция
Изоморфная реакция
Гиперергическая реакция
Холинергическая реакция

1923. Каплевидный псориаз чаще всего развивается после:

Приема β-блокаторов
Перенесенной ангины
Травмирования кожи
Стресса

1924. Актиномикоз относится к

Грибковым заболеваниям
Бактериальным заболеваниям
Врожденным метаболическим заболеваниям
Аутоиммунным заболеваниям

1925. Отличительной особенностью нормотрофического типа онихомикоза является

утолщение ногтевой пластинки
нормальная форма и толщина ногтя, изменение окраски ногтя
отслоение ногтя с проксимального края
истончение ногтя

1926. К какому роду грибов относится возбудитель руброфитии гладкой кожи?

Penicillium spp.
Trichophyton spp.
Fusarium spp.
Candida spp.

1927. Отличительной особенностью поражения ногтевых пластин при эпидермофитии является:

Поражение всех ногтей
Поражение ногтевых пластин I и V пальцев стоп
Поражение ногтевых пластин II и III пальцев стоп
Поражение ногтевых пластин II и IVпальцев стоп

1928. Назовите возбудителя трихофитии волосистой части головы

Candida tropicalis
Trichophyton tonsurans
Microsporum ferrugineum
Fusarium spp.

1929. Назовите возбудителя микроспории гладкой кожи

Trichophyton rubrum
Microsporum canis
Trichophyton tonsurans
Aspergillus niger

1930. Назовите клиническую форму трихофитии волосистой части головы

Стертая

Инфильтративно-нагноительная
Сквамозно-гиперкератотическая
Интертригинозная

1931. Какой вид грибов является условно-патогенным?

Epidermophyton flocossum
Malassesia furfur
Microsporum canis
Trichophyton tonsurans

1932. Назовите метод диагностики разноцветного лишая:

Бактериологический посев
Проба Бальцера
Проба Ромберга
Биопсия очага поражения

1933. Назовите возбудителя разноцветного лишая

Trichophyton rubrum
Malassesia furfur
Microsporum canis
Candida albicans

1934. Что такое дерматофитии?

Гнойничковые заболевания кожи
Грибковые заболевания кожи
Вирусные заболевания кожи
Аутоиммунные заболевания кожи

1935. Neisseriagonorrhoeae – это

грамположительная бактерия
грамотрицательный диплококк
энтерококк
спирохета

1936. Микроскопическое исследование гнойного отделяемого для верификации гонококковой инфекции рекомендуется проводить пациентам с

цервицитом
уретритом
фарингитом
поражением аноректальной области

1937. Какой метод диагностики гонококковой инфекции является самым чувствительным?

посев
ПЦР
ИФА

РПГА

1938. Для лечения гонококковой инфекции применяют

доксициклин
цефтриаксон
метронидазол
ацикловир

1939. Через какое время после проведенной терапии гонококковой инфекции необходимо повторное проведение ПЦР-диагностики для установления излеченности?

14 дней
30 дней
21 день
7 дней

1940. Через какое время после проведенной терапии гонококковой инфекции необходимо повторное проведение NASBA-диагностики для установления излеченности?

10 дней
14 дней
3 дня
7 дней

1941. К клиническим проявлениям гонококкового уретрита у женщин относится все, кроме:

гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
эритематозно-сквамозные высыпания в области вульвы
инфильтрация стенок уретры,
слизисто-гнойные или гнойные уретральные выделения

1942. Объективными симптомами гонококковой инфекции у мужчин являются все, кроме:

гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
макуло-папулезные высыпания на коже головки полового члена
инфильтрация стенок уретры
гнойные выделения из уретры

1943. К профилактическим мероприятиям гонококковой инфекции относится все, кроме:

исключение случайных половых контактов
применение антибактериальных препаратов после незащищенного полового контакта
использование средств барьерной контрацепции
обследование и лечение половых партнеров

1944. К атипичным проявлениям твердого шанкра относится все, кроме:

шанкр-амигдалит
экстрагенитальный шанкр

индуративный отек
шанкр-панариций

1945. Назовите сифилиды при третичном сифилисе

папула и розеола
бугорки и гуммы
лейкодерма
пятнистые, папулезные, пустулезные

1946. Назовите клинические проявления сифилиса во вторичном периоде

бугорки
папулезные сифилиды
узлы
унилатеральная эритема

1947. Чем характеризуется симптом «ожерелье Венеры»?

генерализованными высыпаниями на коже и слизистых оболочках в виде папул
появлением гипопигментированных пятен на фоне диффузной гиперпигментации
редкое явление, при котором происходит глубокий распад тканей, выходящий за пределы твердого шанкра
образованием шарообразных пустул с плотным инфильтратом

1948. Что является абсолютным доказательством наличия сифилиса?

положительный анализ ИФА
обнаружение бледной трепонемы при темнопольной микроскопии
положительный RPR-тест
эрозивно-язвенный очаг на коже головки полового члена

1949. Первичный сифилис дифференцируют со следующими заболеваниями, кроме:

фурункула
псориаза
эрозивно-язвенного вульвита
генитального герпеса

1950. Какую чувствительность имеют нетрепонемные тесты при поздних формах сифилиса?

90-100%
менее 50%
80-90%
70-80%

1951. Первой линией выбора лечения сифилиса являются

тетрациклины
пенициллины
цефалоспорины
макролиды

1952. Назовите прямой метод диагностики сифилиса

РПГА
ПЦР
посев на МПА
ИФА

1953. К триаде симптомов первичного сифилиса относится все, кроме:

твердый шанкр
вульвовагинит/баланопостит
регионарный лимфаденит
лимфангит

1954. Chlamydia trachomatis – это:

грам-положительная палочка
грам-отрицательная внутриклеточная бактерия
спирохета
простейшее

1955. К хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта относится все, кроме:

уретрит
эндометрит
цервицит
цистит

1956. Для лечения хламидийной инфекции применяют

метронидазол
доксициклин
ацикловир
цефтриаксон

1957. Какой метод диагностики хламидийной инфекции является самым чувствительным?

ПИФ
NASBA
посев
ИФА

1958. К клиническим проявлениям хламидийного конъюнктивита относится все, кроме:

гиперемия конъюнктивы пораженного глаза
давящая боль в области пораженного глаза
отечность конъюнктивы пораженного глаза
скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза

1959. Объективными симптомами хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта у женщин являются все, кроме:

гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала
болезненность при ходьбе
инфильтрация стенок уретры
слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры

1960. Через какое время после проведенной терапии гонококковой инфекции необходимо повторное проведение ПЦР-диагностики для установления излеченности?

7 дней
30 дней
14 дней
21 день

1961. У какого количества женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания:

10-20%
70-80%
20-40%
90%

1962. Для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов с целью эрадикации C.trachomatis рекомендовано:

левофлоксацин 500 мг 1 раза в стуки течение 7 дней
офлоксацин 400 мг 2 раза в сутки в течение 14-21 дней
доксициклин 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней
азитромицин 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней

1963. К хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта относится все, кроме:

уретрит
орхит
цервицит
вульвовагинит

1964. Возбудителем урогенитального трихомониаза является

Chlamydia trachomatis
Trichomonas vaginalis
Neisseriagonorrhoeae
Mycoplasma genitalium

1965. Какой метод диагностики урогенитального трихомониаза является высокочувствительным?

микроскопия с окраской по Граму
ПЦР
посев на среду Сабуро
ИФА

1966. Trichomonas vaginalis – это:

грамположительная бактерия
жгутиковый простейший одноклеточный паразит
грамотрицательный диплококк
вирус

1967. Для лечения урогенитального трихомониаза применяют

доксициклин
метронидазол
ацикловир
азитромицин

1968. Через какое время после проведенной терапии урогенитального трихомониаза необходимо повторное проведение ПЦР-диагностики для установления излеченности?

14 дней
30 дней
21 день
7 дней

1969. Через какое время после проведенной терапии урогенитального трихомониаза необходимо повторное проведение NASBA-диагностики для установления излеченности?

10 дней
14 дней
3 дня
7 дней

1970. Для лечения урогенитального трихомониаза нижних отделов мочеполовой системы, рекомендовано:

левофлоксацин 500 мг 1 раза в стуки течение 7 дней
тинидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней
доксициклин 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней
азитромицин 1гр однократно

1971. К клиническим проявлениям урогенитального трихомониаза у женщин относится все, кроме:

гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища
папулезная инфильтрация на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки
серо-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом
эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки половых органов, кожи внутренней поверхности бедер

1972. Субъективными симптомами трихомониаза у мужчин являются все, кроме:

серо-желтые, жидкие выделения из уретры;
эритематозно-сквамозные очаги на коже головки полового члена

зуд, жжение в области уретры;
боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку

1973. Какой препарат не используется для лечения урогенитального трихомониаза?

метронидазол
флуконазол
орнидазол
тинидазол

1974. При классическом течении герпетическая инфекция характеризуется появлением:

папул
пузырьков
узлов
волдырей

1975. Генитальный герпес вызывается:

вирусом простого герпеса 1 и 2 типа
вирусом простого герпеса 2 типа
Varicella Zoster
вирусом герпеса 1-4 типов

1976. Редким осложнением аногенитальной герпетической инфекции, обусловленной ВПГ 2 типа, является

гепатит
менингит
цистит
гастрит

1977. Объективными симптомами манифестной (типичной) формы аногенитального герпеса являются все, кроме:

гиперемия и отечность кожных покровов и слизистых оболочек в области поражения
макуло-папулезные высыпания в области поражения
единичные или множественные везикулезные элементы
увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов

1978. Для лечения генитального герпеса применяют:

азитромицин
валацикловир
доксициклин
тинидазол

1979. К атипичным формам аногенитального герпеса относится все, кроме:

эритематозная
псориазиформная
язвенно-некротическая

геморрагическая

1980. Пациентам с тяжелым течением генитального герпеса, сопровождающимся рецидивами более 6 раз в год, в качестве супрессивной терапии рекомендовано применение:

фамцикловир 500 мг 2 раза в сутки
валацикловир 500 мг 1 раз в сутки
ацикловир 200 мг 1 раз в сутки
валацикловир 500 мг 1 раз в сутки через день

1981. Выделяют следующие стадии герпетической инфекции, кроме:

предвестников
пустулезная
эритематозная
везикулезная

1982. При рецидивирующем течении заболевания, в случае низкой эффективности терапии рецидивов в качестве дополнительной терапии применяют:

антибактериальные препараты
интерферон-альфа-2b
флуконазол
метронидазол

1983. Какая инфекция является излечимой?

генитальный герпес
сифилис
ВИЧ-инфекция
Гепатит В

1984. Какая функция не свойственна коже человека:

резорбция
мимикрия
терморегуляция
орган чувств

1985. Прочную связь между клетками эпидермиса обеспечивают:

коллагеновые волокна
десмосомы и церамиды
эластические волокна
аргирофильные волокна

1986. Наибольшее число волос находится в состоянии:

катагена
анагена
телогена
раннего анагена

1987. Какие гормоны усиливают рост волоса на макушке волосистой части головы:

андрогены
эстрогены
гормоны щитовидной железы
АКТГ

1988. Максимальное выпадение волос приходится на:

зиму
осень
весну
лето

1989. Чем обусловлен черный цвет комедона:

экзогенным загрязнением
окислением кожного сала
эумеланином
феомеланином

1990. Какие гормоны стимулируют выделение кожного сала:

АКТГ
тестостерон, прогестерон
тироксин
глюкокортикоиды

1991. Ежедневная потеря волос с волосистой части головы у человека составляет:

около 200
около 100
около 1000
около 300

1992. К основным признакам возрастных изменений тканей лица не относят:

статические морщины
мимические морщины
избытки кожи
снижение тургора кожи

1993. При каких состояниях противопоказана вапоризация:

себорейный дерматит
купероз
угревая болезнь
снижение тургора кожи

1994. При каких состояниях показана вапоризация:

люпоидный дерматоз
угревая болезнь
дерматомиозит
купероз

1995. Основным компонентом роговой чешуйки является:

гиалуроновая кислота
кератин
эластин
липиды

1996. Количество слоев эпидермиса:

4
5
6
3

1997. Какие клетки не относят к эпидермису:

эпителиоциты
фибробласты
меланоциты
клетки Меркеля

1998. Клетки среднего рогового слоя соединены между собой:

тонофилламентами
церамидами
десмосомами
гликозаминогликанами

1999. Ядра отсутствуют в:

клетках шиповатого слоя
корнеоцитах
базальных эпителиоцитах
фибробластах

2000. Коллаген какого типа преобладает в коже взрослого человека?

III
I
IV
V

2001. От какого пигмента не зависит нормальный цвет кожи:

меланина
гемосидерин
билирубина

оксигемоглобина

2002. Тургор кожи зависит от количества в дерме

количества сальных желез
волокнистых структур
клеточных элементов
количества потовых желез

2003. С возрастом во всех слоях кожи преобладают явления:

пролиферации
атрофии
десквамации
отека

2004. Что относится к натуральным увлажняющим факторам?

мочевина
аминокислоты после распада филлагрина
пидермальные липиды
молочная кислота

2005. Какая кожа наиболее предрасположена к образованию морщин?

жирная
сухая
комбинированная
мужская

2006. Какие вещества удерживают воду на уровне дермы?

коллаген
гликозаминогликаны
ретикулин
гиалуронидаза

2007. Какие клетки кожи синтезируют коллаген?

базальные эпителиоциты
дермальные фибробласты
клетки Лангерганса
гистиоциты

2008. Какие клетки кожи синтезируют гиалуроновую кислоту?

базальные эпителиоциты
дермальные фибробласты
клетки Лангерганса
гистиоциты

2009. Какие клетки кожи синтезируют эластин?

базальные эпителиоциты
дермальные фибробласты
клетки Лангерганса
гистиоциты

2010. Процесс обновления эпидермиса повторяется в среднем за:

10 дней
28 дней
12 дней
45 дней

2011. Чувствительная иннервация лица осуществляется ветвями:

околоушного нерва
тройничного нерва
лицевого нерва
затылочного нерва

2012. Лицевая артерия не участвует в кровоснабжении области

носа
височной области
верхней губы
нижней губы

2013. Поверхностная височная вена проходит

между мышечными волокнами височной мышцы
под кожей
между мышечными волокнами височной мышцы
между поверхностной и глубокой фасциями височной мышцы;

2014. Двигательная активность мимических мышц лица обусловлена иннервацией:

верхней веткой тройничного нерва
ветвями лицевого нерва
ушным нервом
нижнеглазничным нервом;

2015. В мимическом движении «удивления» участвует:

мышца гордецов
лобное брюшко затылочно-лобной мышцы
круговая мышца глаза
малая скуловая мышца

2016. В образовании гингивальной улыбки участвует:

круговая мышца рта
мышца поднимающая верхнюю губу и крыло носа

большая скуловая мышца
мышца опускающая нижнюю губу

2017. Ростковой зоной ногтевых пластинок является:

корень ногтя
матрикс ногтя
ложе ногтя
эпонихий

2018. Стержень волоса состоит из следующих слоёв:

мозгового вещества
кутикулы, коркового и мозгового вещества
наружной оболочки и мозгового вещества
слоя Генле, Гексле и кутикулы

2019. Эпидермальные липиды входят в состав:

себума
рогового и блестящего слоя
подкожно – жировой клетчатки
шиповатого слоя

2020. Клетка подкожно-жировой клетчатки называется:

себоцит
адипоцит
кератиноцит
меланоцит

2021. Болевые нервные окончания находятся:

в ретикулярной дерме
распределены среди всех слоев эпидермиса
в подкожно – жировой клетчатке
в базальном слое эпидермиса

2022. Путь проникновения различных веществ и микроорганизмов через кожу:

трансклеточный
межклеточный
через потовые железы
через сальные железы

2023. В дерме присутствуют все волокна, кроме:

коллагеновых
гиалиновых
аргирофильных
нервных

2024. Тактильные нервные окончания находятся:

в дерме
во всех соях
в подкожно-жировой клетчатке;
эпидермально – дермально

2025. Анатомическое образование, относящееся к коже:

эпифиз
эпидермис
эписпадия;
эпикриз

2026. Апокриновые потовые железы присутствуют везде, кроме:

подмышечные впадины
ладони и подошв
молочные железы
волосистая часть головы

2027. Сальные железы имеют:

трубчатое строение
альвеолярное строение
сетчатое строение
альвеолярно-трубчатое строение

2028. Сальные железы имеют:

скуловая
нижняя челюсть
лобная
слезная

2029. Коллаген расщепляется:

гиалуронидазой
коллагеназой
эластазой;
уперокидисмутазой

2030. К слоям эпидермиса относится все, кроме:

блестящего
сосочкового
шиповатого
базального;

2031. Сальные железы располагаются по всему кожному покрову, за исключением:

блестящего

сосочкового
шиповатого
базального

2032. Артериальные сосуды кожи образуют все, кроме:

артериальную подсосочковую сеть
артериолы и капилляры эпидермиса
субдермальную сеть
артериолы и капилляры сосочков дермы

2033. К ветвям лицевого нерва не относится:

височная
затылочная
скуловая
нижнечелюстная

2034. Упругость кожи не определяется

эластиновыми волокнами
мышечными волокнами
коллагеновыми волокнами
активностью металлопротеиназ

2035. Укажите верное утверждение: Матрикс – это:

подвижный сегмент черепа
межклеточное вещество
рецепторный аппарат
опасная зона лица

2036. Гиалуроновая кислота является составляющей всего, кроме:

слюны
эпидермального липидного барьера
спинномозговой жидкости
тканей хряща

2037. Компонентами матрикса дермы являются все, кроме:

коллагеновые волокна
кератин
гиалуроновая кислота
эластиновые волокна

2038. Коллаген по своей природе:

липид
белок
углевод
гликозаминогликан

2039. Основная функция меланоцита:

распознавание антигенов
выработка пигмента меланина
выработка кератина
участие в терморегуляции

2040. Выберете правильное утверждение:

базальный слой эпидермиса состоит только из клеток Лангерганса
ростковым слоем называют базальный слой
зернистый слой отличается высокой митотической активностью
клетки рогового слоя эпидермиса содержат ядра

2041. Наибольшее количество витамина Е содержит:

сливочное масло
масло пшеничных и кукурузных зародышей
печень трески
молоко

2042. Вапоризация показана при:

себорейный дерматит
жирная, пористая кожа
купероз
пониженный тургор кожи

2043. Отсутствуют апокриновые потовые железы:

в подмышечных впадинах
на ладонях и подошвах
в молочных железах
на волосистой части головы

2044. Сколько стадий выделяют в клиническом развитии воспалительного процесса?

альтерация, пролиферация, дегенерация, агрегация, регенерация
экссудация, альтерация, пролиферация
агрегация, пролиферация, дегенерация, регенерация
альтерация, дегенерация

2045. Себум является секретом:

потовых желез
сальных желез
вилочковой железы;
бартолиновых желез

2046. На поверхности кожи:

кислая среда
слабокислая среда
нейтральная среда;
слабощелочная среда

2047. Гидролипидный барьер кожи обусловлен:

выделениями потовых желез
себумом, потом и эпидермальными липидами
выделениями сальных желез
толщиной рогового слоя

2048. Время полного обновления волоса составляет:

10 дней
160– 180дней
200 – 250 дней
500-600 дней

2049. Ретинойдсодержащий препарат выбора для лечения тяжелых форм акне является

Доксициклин
Изотретиноин
Метронидазол
Преднизолон

2050. Комедон формируется в результате

воспаления сальной железы
закупорки сальной железы
акупорки слюнной железы
воспаления потовой железы

2051. Выберите средство, состоящее из смеси жировых или жироподобных веществ

Паста
Мазь
Крем
Пудра

2052. Выберите лекарственную форму, используемую для дезинфекции кожи

Присыпка
Раствор
Болтушка
Крем

2053. Мелкодисперсное порошкообразное вещество, находящиеся во взвешенном состоянии в смеси воды и глицерина либо в растительном или минеральном масле это -

Раствор
Болтушка

Паста
Крем

2054. Уходовое средство, которое используется в комплексе с лекарствами для лечения жирной себорей кожи волосистой части головы

2055. Паста
Шампунь
Раствор
Гель

2056. Стойкое расширение сосудов кожи лица называют

Экхимозами
Телеангиэктазиями
Гемангиомами
Геморрагическими пятнами

2057. Укажите противопоказания для поведения механической чистки кожи:

гиперпигментация
герпес
конглобатные акне
комедогенное акне

2058. При проведении демакияжа используют воду температурой:

ниже 20 °С;
35-37 °С;
20-34 °С;
40° С и выше.

2059. Из перечисленных косметических средств для демакияжа пациенток с сухой кожей предпочтительны:

косметические сливки;
косметическое молочко для сухой кожи;
жидкости для снятия макияжа (чаще безводные);
мицеллярная вода

2060. Укажите эффекты тонизирования кожи:

увлажнение кожи;
улучшение микроциркуляции;
смягчение кожи;
дезинкрустация кожи

2061. Укажите определение термина «броссаж»:

воздействие на кожу отрицательного давления;
метод глубокого очищения кожи с помощью вращающихся щеток;
очищение кожи с помощью различных лосьонов-тоников;

косметологическая процедура, основанная на воздействии на кожу пациента горячего водяного пара.

2062. Укажите противопоказания для проведения броссажа:

чувствительная кожа;
нарушение целостности кожных покровов;
множественные телеангиоэктазии;
жирный тип кожи лица

2063. Укажите показания для проведения вакуумной чистки:

конглобатные угри;
очищение жирной кожи с комедонами;
острые воспалительные процессы на коже;
розацеа.

2064. Дезинкрустация это:

демакияж;
пилинг;
воздействие постоянных токов с целью очищения лица, размягчения комедонов;

2065. Укажите показания для применения скраба:

острые воспалительные процессы на коже
жирная кожа
сухая кожа
увядающая кожа

2066. Укажите осложнения после применения кератолитиков:

зуд
гиперемия
отек
некроз

2067. Укажите до какого слоя кожи возможно проникновение срединного пилинга:

Роговой слой
Базальный слой
Сетчатый слой
Шиповатый слой

2068. Укажите слой эпидермиса в котором возможно деление клеток кератиноцитов

Зернистый слой
Базальный слой
Шиповатый слой
Роговой слой

2069. Поверхностный и срединный пилинг не проводиться в области:

Лба
Век
Тыла кистей
Скул

2070. Меланоциты – крупные отросчатые клетки располагаются в...

Зернистом
Базальном
Шиповатом
Роговом

2071. Белые отростчатые клетки, располагаются преимущественно в шиповатом слое, осуществляют иммунные функции

Кератиноциты
Клетки Лангерганса
Клетки Меркеля
Меланоциты

2072. Современный поверхностный пилинг проводиться с целью:

очищения кожи
ликвидации гиперкератоза
адекватного увлажнения
ликвидации пигментации
2073. Укажите цели очищения кожи

избежать обезжиривания кожи
убрать с поверхности кожи внешнее загрязнение
осуществить дезинфицирующий эффект
устранить морщины

2074. Укажите основные цели применения масок

активизация кровообращения и лимфодренажа
увлажнение кожи
уменьшение «пористости» кожи
создание позитивных ощущений пилинг-эффекта

2075. К показаниям для назначения отбеливающих масок не относится

лентиго
купероз
мелазма
веснушки

2076. К отбеливающим средствам относят ...

гидрохинон

аскорбиновая кислота
гидроксикислоты
липоевая кислота

2077. Какие препараты необходимо использовать после проведения срединного пилинга

противовоспалительные;
фотопротекторы;
противовирусные
антибактериальные

2078. Укажите показания для применения суперповерхностного пилинга

поверхностные невоспалительные акне
гиперсекреция кожного сала
гиперкератоз
мелазма

2079. Элемент поражения при хейлите Манганотти:

Чешуйка
эрозия
рубец
трещина

2080. У 49-летней женщины с хроническим гепатитом С появились зудящие высыпания на предплечьях, голенях и слизистой оболочке полости рта. При осмотре на коже обнаруживаются множественные полигональные фиолетовые папулы. На слизистой оболочке рта виден кружевной сетчатый узор. Каков предположительный диагноз?

псориаз
красный плоский лишай
розовый лишай
узловатое пруриго

2081. Какова частота поражения слизистой оболочки при красном плоском лишае?

менее 5%
25-30%
50-80%
более 80%

2082. Какая клиническая форма характерна для поражения слизистых оболочек при красном плоском лишае?

эритематозная форма
эрозивно-язвенная форма
атрофическая форма
полосовидная форма

2083. Чем может осложниться поражение слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае?

кандидоз
плоскоклеточный рак

деминерализация эмали
все перечисленное

2084. Каков риск малигнизации красного плоского лишая на слизистых оболочках?

12-25%
менее 12%
25-50%
более 50 %

2085. При истинной акантолитической пузырчатке поражение слизистой оболочки полости рта сопровождается следующими субъективными ощущениями:

Жжением
Болезненностью
Зудом
Парестезиями

2086. Больная Р., 50 лет, обратилась с жалобами на высыпания на слизистой оболочке полости рта, сопровождающиеся болезненностью. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре: на слизистой оболочке полости рта (твердом небе, внутренняя поверхность щек, десны) множественные мелкие эрозии. Дно эрозий ярко-красного цвета, по периферии видны обрывки эпидермиса, некоторые покрыты белым налетом. Язык покрыт бело-желтым налетом. Ваш предположительный диагноз.

Листовидная пузырчатка
Вульгарная пузырчатка
Буллезный пемфигоид Левера
Герпетиформный дерматит Дюринга

2087. Красный плоский лишай чаще поражает

мужчин
женщин
одинаковая распространенность
мужчин в 2 раза чаще, чем женщин

2088. У пациента с диагнозом красный плоский лишай в местах травматизации кожи появляются новые высыпания, данный признак носит название:

Феномен Ауспитца
феномен Кебнера
Симптом Никольского
Признак Дарье-Унны

2089. Выберите признак, характерный для высыпаний при красном плоском лишае:

отрубевидное шелушение
плоские папулы полигональной формы
везикулы
эритематозно-сквамозные очаги

2090. Выберите характерные признаки папулы при красном плоском лишае:

отсутствие субъективных ощущений
выраженный зуд, полигональные очертания

склонность к периферическому росту
наличие венчика гиперемии

2091. При красном плоском лишае появление “сетки Уикхема” связано с

гиперкератозом
гранулезом
акантозом
акантолизом

2092. Паранеопластическая пузырчатка развивается у больных, страдающих следующей патологией:

Сахарный диабет
Рак внутренних органов
Болезнь Крона
Синдром Шегрена

2093. Для подтверждения диагноза истинная акантолитическая пузырчатка наряду с реакцией прямой иммунофлюоресценции проводят:

Пробу Ядассона
Иммуноферментный анализ
Исследование с помощью люминесцентной лампы Вуда
Дерматоскопию

2094. Клинико-диагностический симптом, характерный для истинной акантолитической пузырчатки:

Реакция Пирке
Феномен Никольского
Проба Бальзера
Проба Ядассона

2095. В основе феномена Никольского лежит:

Гранулез
Акантолиз
Паракератоз
Акантоз

2096. Основным патогистологическим признаком истинной акантолитической пузырчатки является:

Спонгиоз
Акантолиз
Акантоз
Паракератоз

2097. Типичным для вульгарной пузырчатки является следующий первичный морфологический элемент:

Узелок
Напряженный мелкий пузырь
Пузырек
Напряженный крупный пузырь

2098. Первичный морфологический элемент кожи при дебюте вульгарной пузырчатки располагается

По краю рубца
На неизмененной коже и/или слизистой оболочке полости рта
На фоне эритемы
На поверхности папулы

2099. При патогистологическом исследовании биоптата кожи при вульгарной пузырчатке пузырь выявляют:

На уровне базальной мембраны эпидермиса
Над базальным слоем эпидермиса
В сосочках дермы
В средних отделах дермы

2100. При постановке реакции прямой иммунофлюоресценции при истинной акантолитической пузырчатке иммуноглобулины (IgG) определяют:

к базальной мембране эпидермиса
в межклеточной склеивающей субстанции шиповатого слоя эпидермиса
в виде гранул на верхушке сосочков дермы
к мембране сосудов дермы

2101. При истинной акантолитической пузырчатке при потягивании пинцетом за обрывки эпидермиса по периферии эрозии можно вызвать отслойку видимо неизмененной кожи, расположенной около эрозии. Данный феномен носит название:

Феномен Бальцера
Феномен Никольского
Феномен Кебнера
Феномен кровяной росы

2102. При истинной акантолитической пузырчатке с помощью иммуноферментного анализа выявляют:

циркулирующие антитела IgG к BPAG1 или BPAG2
циркулирующие антитела IgG к ДСГ3 или ДСГ3 и ДСГ1
циркулирующие антитела IgG к ламинину гамма-1
циркулирующие антитела IgG к коллагену 7 типа

2103. Слизистая оболочка полости рта выстлана эпителием:

однослойным плоским,
многослойным плоским частично ороговевающим
многослойным плоским ороговевающим,
однослойным цилиндрическим.

2104. Кандидоз кожи и слизистых вызывает:

Trichophyton rubrum
Candida albicans
Epidermophyton floccosum
Corynebacteria minutissima

2105. Кроме кожи при рубцующемся пемфигоиде поражаются:

кожные складки
слизистая конъюнктивы

волосистая часть головы
ногтевые пластинки

2106. Поверхностный дефект эпителия слизистой оболочки полости рта:

трещина
эрозия
рубец
язва

2107. Вирус, вызывающий опоясывающий герпес:

Коксовирус
Вирус ветряной оспы
Вирус простого герпеса типа 1
Вирус простого герпеса типа 2

2108. Для клинической картины простого герпеса наиболее характерными элементами сыпи являются:

Гнойнички, язвы, гнойные корки
Пузырьки, эрозии
Узелки, чешуйки, гиперпигментация
Бугорки, язвы, геморрагические корки

2109. Что не характерно для простого герпеса:

Наличие “предвестников”
Связь рецидивов с приёмом сульфаниламидов
Сгруппированость везикул
Склонность к рецидивированию

2110. Что из перечисленного не верно в отношении вируса простого герпеса

ДНК – содержащий вирус
РНК-содержащий вирус
Короткий цикл репродукции
Высокая тропность к клеткам эпителия и нервной системы

2111. Абортивную форму простого герпеса поможет диагностировать:

РПГА
ПЦР-тест
Световая микроскопия
Реакция преципитации

2112. Для лечения больных простым герпесом не применяют:

Интерферон
Глюкокортикостероиды
Ацикловир
Специфическая герпетическая поливакцина

2113. Больным часто рецидивирующим простым герпесом в ремиссии назначается:

Антибиотики

Герпетическая вакцина
Аутогемотерапия
Противовирусные мази

2114. Маркером каких системных заболеваний может быть язвенная форма простого герпеса:

Артериальной гипертонии
ВИЧ-инфекция на стадии СПИДа
Метаболического синдрома
Глистной инвазии

2115. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится:

Поливалентной герпетической вакциной
Интерфероном
Пирогеналом
Иммуноглобулином

2116. Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является:

Противорецидивное действие
Ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение
Санировать очаг вирусной инфекции
Достичь иммунотерапевтического эффекта

2117. Какой стадии нет в развитии рецидива простого герпеса:

Предвестников
Шелушения
Везикулезная
Эрозивная

2118. Для простого герпеса характерны все перечисленные признаки, кроме:

Эритемы
Пузырей
Отека
Группы пузырьков

2119. К абортивным формам простого герпеса не относится:

Зудящая
Геморрагическая
Эритематозная
Папулезная

2120. Первичное инфицирование вирусом простого герпеса происходит в возрасте:

В возрасте до 5ти лет
В возрасте до 3х лет
В возрасте до 10ти лет
В возрасте до 18ти лет

2121. Какое злокачественное новообразование развивается при ВИЧ-инфекции в стадии вторичных заболеваний:

2122. Гемангиома
Саркома Капоши
Меланома
Базалиома

2123. Продолжительность инкубационного периода при ВИЧ-инфекции составляет:

1-2 недели
от 4 недель до 3 месяцев
1 месяц
3-4 недели

2124. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции это:

Период активной регенерации ВИЧ
Период от момента заражения до появления реакции организма
Период медленного прогрессирования иммунодефицита
Период активной регрессии ВИЧ

2125. ВТОРИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

папула
эрозия
пузырёк
пятно

2126. Вариантом нормальной анатомии полости рта является:

лейкоплакия
складчатый язык
энантема Бельского-Филатов-Коплика
афты

2127. «Малиновый язык» характерен для заболевании:

Ветряная оспа
Скарлатина
Простой герпес
Корь

2128. Пятна Коплика характеры для заболевания:

краснуха
Корь
Ветряная оспа
Скарлатина

2129. Пятна Коплика появляются при кори в период:

инкубационный
продромальный
выздоровления
при рецидивировании

2130. К ВИЧ-ассоциированным поражениям слизистой полости рта относятся:

красный плоский лишай слизистой полости рта
волосатая лейкоплакия
паранеопластическая пузырчатка
пятна Коплика

2131. К ВИЧ-ассоциированным поражениям слизистой полости рта относятся:

красный плоский лишай слизистой полости рта
саркома Капоши
листовидная пузырчатка
пятная Коплика

2132. Лейкоплакия при ВИЧ-инфекции ассоциирована с репликацией вируса

просто герпеса
Эпштейн-Барр
Herpes zoster
Цитомегаловируса

2133. Спонтанные ремиссии КПЛ слизистой оболочки полости рта отмечаются у

12,5-15,5%
2,8—6,5%
20-30%
90-95%

2134. К вариантам нормального анатомического строения полости рта и красной каймы губ относят все, кроме:

лейкоплакия
гранулы Фордайса
географический язык
Складчатый язык

2135. Симптом Филатова при скарлатине – это:

Увеличение регионарных лимфоузлов
Отсутствие сыпи на коже носогубного треугольника
Яркая гиперемия зева
Сгущение сыпи в местах естественных складок

2136. Первичный сифилис на слизистой оболочке полости рта проявляется как:

папулезный сифилид
твердый шанкр
гумма
пятнистый сифилид

2137. Вторичный сифилис слизистой оболочке полости рта проявляется как:

твердый шанкр
папулезный сифилид
гумма
множественные язвы

2138. К грибковым заболеваниям полости рта относят:

опоясывающий лишай
кандидоз
многоформная экссудативная эритема
лейкоплакия

2139. Кандидоз полости рта развивается на фоне длительного приема:

ферментов
антибиотиков
поливитаминов
нейролептиков

2140. Группы риска развития кандидоза:

подростки
лица, длительное время принимающие цитостатики, кортикостероиды
курильщики
лица, страдающие бронхиальной астмой

2141. Острыми формами кандидоза являются:

атрофическая и гиперпластическая
псевдомембранозная и атрофическая
веррукозная и псевдомембранозная
гиперпластическая и псевдомембранозная

2142. Оптимальная среда для развития грибов Candida:

щелочная
кислая
нейтральная
кислая и нейтральная

2143. Условия проявления патогенности гриба Candida:

травма слизистой оболочки рта
нарушение углеводного обмена
курение
Переохлаждение

2144. Острый псевдомембранозный кандидоз следует дифференцировать с:

острым герпетическим стоматитом
лейкоплакией
Красным плоским лишаем
многоформной экссудативной эритемой

2145. Острый герпетический стоматит следует дифференцировать с:

атопическим хейлитом
аллергическим (медикаментозным) стоматитом
гиперпластическим кандидозом
атрофическим кандидозом

2146. При герпесе в начале заболевания лечебные мероприятия направлены на:

воздействие на анаэробную микрофлору
блокаду вируса в нервных окончаниях
выявление и устранение очагов хронической инфекции
санацию полости рта

2147. Опоясывающий лишай следует дифференцировать с:

глоссалгией
многоформной экссудативной эритемой
гиперпластическим кандидозом
плоской лейкоплакией

2148. Герпангина вызывается вирусом:

Эпштейна-Барр
Коксаки
поксвирусом
простого герпеса

2149. Заболеванием полости рта, сопровождающим ВИЧ-инфекцию, является:

Красный плоский лишай
хронический рецидивирующий герпетический стоматит
хронический рецидивирующий афтозный стоматит
многоформная экссудативная эритема

2150. Язвенно-некротический гингивит Венсана вызывается симбиозом:

стафилококков и пептострептококков
фузобактерий и спирохет
стрептококков и фузобактерий
стрептококков и лактобацилл

2151. Элементы поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:

пятно
язва
афта
эрозия

2152. Тяжелые формы многоформной экссудативной эритемы:

синдром Бехчета
синдром Стивенса-Джонсона
синдром Шегрена
синдром Розенталя

2153. При многоформной экссудативной эритеме элементы поражения на слизистой оболочке представлены:

пятно, папула, пузырь
пятно, папула, волдырь, пузырь, эрозия
эрозия, язва, волдырь, пузырь
пузырь, пузырек, волдырь, эрозия

2154. Вторичный элементы поражения на губах при многоформной экссудативной эритеме:

чешуйка
корка
эрозия
язва

2155. Фактор, провоцирующий многоформную экссудативную эритему:

контакт с инфекционными пациентами
прием лекарственного препарата
инсоляция
заболевание сердечно-сосудистой системы

2156. Многоформную экссудативную эритему дифференцируют с:

лейкоплакией и кандидозом
острым герпетическим стоматитом и вульгарной пузырчаткой
кандидозом и опоясывающим лишаем
кандидозом и хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом

2157. Тяжелая форма рецидивирующего афтозного стоматита:

синдром Шегрена
афтоз Сеттона
синдром Розенталя
синдром Стивенса-Джонсона

2158. Пациенты с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом предъявляют жалобы в первую очередь на:

сухость слизистой полости рта
боль
запах изо рта
обложенность языка

2159. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют с:

острым герпесом
хроническим герпесом
многоформной экссудативной эритемой
вторичным сифилисом

2160. Сосочки языка:

нитевидные и листовидные
нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые
нитевидные и грушевидные
нитевидные, грибовидные, листовидные

2161. В норме ороговевают сосочки языка:

грибовидные
нитевидные
листовидные

желобоватые

2162. Складчатый язык - это:

последствие приема острой пищи
врожденная аномалия развития
результат хронической травмы зубами
осложнение сердечно-сосудистой патологии

2163. Для складчатого языка характерно наличие:

трещин
складок
эрозий
язв

2164. При волосатом языке повышенному ороговению и гипертрофии подвержены сосочки:

грибовидные
нитевидные
листовидные
желобоватые

2165. Линия Клейна разделяет:

красную кайму и периоральную кожу
красную кайму и слизистую оболочку
периоральную кожу и слизистую оболочку
слизистую оболочку и прикрепленную десну

2166. Гландулярный хейлит - это гиперплазия мелких желез:

сальных
слюнных
потовых
слизистых

2167. Болезнь Боуэна относят к:

дерматозам
облигатным предракам
факультативным предракам
вирусным заболеваниям

2168. Факторы, способствующие возникновению хейлита Манганотти:

стресс
инсоляция
бактериальная инфекция
пониженная саливация

2169. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для постановки диагноза профессиональная экзема?

Проба Ядассона
Кожные аллергопробы

Проба Бальцера
Двухстаканная проба

2170. Действием химических факторов на производстве обусловлены все дерматозы, кроме

Аллергический дерматит
Эризипелоид
Экзема кистей
Токсическая меланодермия

2171. Профессиональные дерматозы характеризуются

Сезонностью
Возникновением и развитием поражения кожи только под воздействием производственных факторов
Наличием данного дерматоза у родственников
Обострением процесса на фоне рецидива Herpes simplex

2172. Профессиональные стигмы отличаются от профессиональных дерматозов тем, что:

Приводят к нетрудоспособности
Не мешают трудовой деятельности, а являются защитной, физиологической, приспособительной реакцией кожи в ответ на воздействие вредных производственных факторов
Свидетельствуют о начале развития патологического процесса
Кожные тесты с производственным аллергеном, как правило, положительны

2173. Зоофильная (нагноительная трихофития) как профессиональное заболевание может возникать у таких специалистов, кроме

Зоотехники
Комбайнеры
Доярки,
Скотники

2174. Профилактика профессиональных дерматозов включает в себя мероприятия, кроме

Технологические и санитаро-технические
Мероприятия обсервационного характера
Санитарно-гигиенические
Средства индивидуальной защиты кожи

2175. Производственные вредности, которые могут быть причинами профессиональных дерматозов, это кроме

Химические
Строительная пыль
Физические
Инфекционные

2176. Производственные аллергены – соли тяжелых металлов, кроме

Хром
Вольфрам
Никель
Кобальт

2177. Для возникновения профессиональных дерматозов неаллкергического характера (токсическая меланодермия, рентгеновский дерматит и др.) необходимо

от 2х до 3х месяцев
5-10 лет и более
не более 1 года
более полугода

2178. Один из наиболее характерных признаков профессиональных дерматозов

Сезонность обострений
Улучшение или полное исчезновение после прекращения контакта с производственным раздражителем
Связь с инсоляцией
Связь с переохлаждением

2179. На прием обратился мужчина, 47 лет, художник, с жалобами на высыпания на кистях и зуд, беспокоят более 3х месяцев. Признаки заболевания отметил около 6 лет назад. Во время перерывов в работе с масляными красками высыпания полностью исчезали, однако после возобновления – возникали вновь. Кожа кистей и н\3 предплений гиперемирована, отёчна и шелушится. На пальцах кистей везикуляция и очаги мокнутия. О каком заболевании можно думать?

Псориаз Барбера
Профессиональная экзема
Кератодермия Хакс-Хаузена
Кератодермия Унны-Тоста

2180. На приём к врачу обратилась девушка 27 лет, медицинская сестра отделения психиатрии острых состояний, с жалобами на высыпания на кистях, предплечьях и лице, существующие более 2х недель. Работает медсестрой в процедурном кабинете около 8 лет, имеет контакт с аминазином и подобными препаратами. Около 6 лет отмечает периодически высыпания на кистях, которые исчезали при переходе на работу с документами или во время отпуска. На коже кистей, предплечьях очаги гиперемии, отека, с везикуляцией, мокнутием и шелушением по краям. Зуд. Предположите диагноз кожного заболевания.

Острая крапивница
Профессиональная экзема
Атопический дерматит
Дисгидроз

2181. Больной В., 30 лет, обратился к дерматологу по месту жительства с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, за исключением лица, волосистой части головы, межлопаточной области. При осмотре кожных покровов на переднебоковых поверхностях туловища, животе, груди, ягодицах, верхних и нижних конечностях, а также на половых

органах отмечаются множественные папулы, пузырьки, кровянистые корочки, линейные расчесы. Субъективно беспокоит ночной зуд. Ваш диагноз:

Кожный зуд
Чесотка
Педикулез платяной
Атопический дерматит

2182. Больной Б., 35 лет, обратился в КВД по месту жительства с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища и кистей. Считает себя больным около 3х недель, когда после командировки появился зуд, преимущественно в вечернее время, а затем пациент заметил высыпания в межпальцевых складках кистей и на туловище. Самостоятельно ничем не лечился. При осмотре кожи живота, груди высыпания представлены множественными папуловезикулами, экскориациями, покрытыми гнойными и геморрагическими корочками. На коже кистей имеются слегка возвышающиеся линии грязно-серого цвета. Ваш диагноз:

Пруриго
Чесотка
Кожный зуд
Вшивость

2183. Укажите нехарактерный для чесотки путь заражения:

Во время детских игр
Через животных
Через вещи и предметы общего пользования
Во время полового акта

2184. Укажите характерные для чесотки морфологические элементы:

Пятна и чешуйки
Папулы и везикулы
Бугорки и рубцы
Пузыри и эрозии

2185. Высыпания при чесотке не локализуются в области:

Боковых поверхностей пальцев кистей
Лица
Половых органов у мужчин
Молочных желез у женщин

2186. Назовите патогномоничный признак чесотки:

«Черные точки» волосистой части головы
Слегка возвышающиеся над уровнем неизмененной кожи прямые или извитые линий беловатого, грязно-серого цвета
Серо-голубые пятна округлых или овальных очертаний, не исчезающие при диаскопии
Белые или сероватые точки и полоски папул, которые при смазывании поверхности водой или маслом становятся заметнее

2187. У кого наблюдается чесотка «чистоплотных»:

У пожилых
В возрасте 30-40 лет
У детей
У ВИЧ-инфицированных

2188. В клинику обратился мужчина, 23 лет, с жалобами на появление распространенных высыпаний, сопровождающихся сильным ночным зудом. Из анамнеза известно, что с детства страдает атопическим дерматитом. До сих пор употребление цитрусовых у него вызывает зуд и высыпания в локтевых сгибах и подколенных ямках. По роду своей профессиональной деятельности пациент является журналистом, часто бывает в командировках. Появление зуда и высыпаний больной связывает с плохими санитарно-гигиеническими условиями в гостинице по месту последней командировки. При осмотре: в межпальцевых складках кистей, на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов, локтях, бедрах и животе имеются многочисленные папуловезикулезные элементы, величиной до 3-4 мм в диаметре, располагающиеся парами, а также точечные и линейные экскориации, в области локтей − точечные кровянистые корочки. Ваш диагноз:

Атопический дерматит
Чесотка
Пруриго
Токсикодермия

2189. Какой симптом характерен для чесотки:

Симптом Никольского
Симптом Арди-Горчакова
Симптом Пинкуса
Симптом Бенье-Мещерского

2190. Какой признак чесотки является патогномоничным:

Экскориации, кровянистые и гнойные корочки
Чесоточные ходы с типичной локализацией
Аллергические реакции организма
Утолщение кожи сгибательных поверхностей лучезапястных суставов

2191. Ночной зуд характерен для:

Экземы
Чесотки
Токсикодермии
Атопического дерматита

2192. Чем обусловлена клиническая картина так называемой «чесотки без ходов»:

Заражение происходит яйцами чесоточного клеща
Заражение происходит личинками чесоточного клеща
Отсутствие зуда
Множественные высыпания

2193. Цикл развития чесоточного клеща от яйца до взрослой особи составляет:

3-4 дня
Около 2х недель
Около 2х месяцев
20-40 дней

2194. Длительность жизни клещей в коже составляет:

3-4 дня
Около 2х месяцев
20-40 дней
Около 2х недель

2195. Для неосложненной чесотки характерен следующий признак:

Инфильтрация в очагах поражения
Чесоточные ходы
Сгибательная лихенификация
Болезненность кожных покровов

2196. Какую функцию в развитии чесотки выполняют так называемые «вентиляционные шахты»:

Способствуют уменьшению гиперкератоза
Уменьшают сухость кожи
Обеспечивают доступ воздуха к отложенным яйцам
Являются выходом для самца чесоточного клеща

2197. Какое утверждение в отношении норвежской чесотки неверно:

Кожный процесс создает картину сплошного рогового панциря
Представляет географическую разновидность обычной чесотки
Высыпания локализуются в области кистей, стоп, ушных раковин, волосистой части головы, лица, шеи, разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей
Очень контагиозная форма, у контактных лиц развивается типичная чесотка

2198. Какое утверждение в отношении норвежской чесотки неверно:

Развивается на фоне тяжелого иммунодефицита
В основе патогенеза лежит реактивная гиперплазия лимфоидной ткани на внедрение чесоточного клеща
У лиц с психическими заболеваниями
Зуд слабый или полностью отсутствует

2199. Причина отсутствия чесоточных ходов на лице у взрослых:

Соблюдение гигиенических процедур
Закупорка «вентиляционных пор» чесоточных ходов кожным салом, что приводит к гибели клеща
Усиленная васкуляризация кожи лица
Влияние климатических факторов на открытые участки кожного покров

2200. Для чесотки у детей грудного возраста характерны все признаки, кроме:

Экссудативного характера сыпи (отечные папулы, волдыри, эритема с инфильтрацией)
Отсутствия высыпаний на ладонях и подошвах
Поражения лица, шеи, волосистой части головы
Поражения ногтевых пластинок

2201. В клинику обратился молодой человек с жалобами сильно зудящие, плотные на ощупь высыпания в области живота, ягодиц и мошонки. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной лечился по поводу чесотки 20% эмульсией бензилбензоата. Однако, после окончания лечения зуд продолжал сохраняться, а через месяц в местах первых высыпаний появились уплотнения. Лечился по рекомендации дерматолога кортикостероидными мазями без эффекта. При осмотре: на коже вышеуказанных областей отмечаются папулы округлых очертаний, синюшно-розового цвета, размером до 1 см в диаметре, с гладкой поверхностью, плотной консистенции, сопровождающиеся мучительным зудом. Ваш предположительный диагноз:

Узловатая почесуха
Постскабиозная лимфоплазия
Папулезные сифилиды
Педикулез

2202. Что является входными воротами для пиогенной инфекции при чесотке:

Чесоточные ходы
Экскориации
«Вентиляционные шахты»
Волосяные фолликулы

2203. В каком слое кожи самка клеща прокладывает чесоточный ход:

В шиповатом
В роговом
В зернистом
В блестящем

2204. Какой эпидемиологический критерий не характерен для типичной чесотки:

Наличие заболевания у контактных лиц (в семье, коллективе)
Контакт с больным животным
Случаи самостоятельного лечения противочесоточными препаратами
Отсутствие эффекта от проведенного ранее лечения антигистаминными, десенсибилизирующими средствами, глюкокортикостероидными мазями

2205. Какой лабораторный метод не требуется проводить больному чесоткой для подтверждения клинического диагноза:

Микроскопическое исследование нативного препарата
Определение IgE в сыворотке крови
Метод прокрашивания анилиновыми красителями
Дерматоскопия

2206. Для чесотки, вызванной паразитами животных, не характерно:

Локализация высыпаний соответствует тем участкам кожи, к которым прикасались больные животные
Множество чесоточных ходов
Устранение источника заражения в большинстве случаев способствует самоизлечению
Инкубационный период длится всего несколько часов

2207. С каким дерматозом нет необходимости проводить дифференциальную диагностику чесотки:

Кожный зуд
Розовый лишай
Пруриго
Атопический дерматит

2208. Укажите неверный принцип обработки больных чесоткой:

В вечернее время
Ежедневная смена нательного и постельного белья
Обработка всего кожного покрова, за исключением головы
Скабициды нужно втирать голыми руками

2209. В качестве местной терапии неосложненной чесотки используют все, кроме:

20% эмульсия бензилбензоата
2% салициловая мазь
33% серная мазь
Аэрозоль «Спрегаль»

2210. В качестве лечения постскабиозной лимфоплазии все, кроме:

Топические глюкокортикостероиды под окклюзию
Антибиотики широкого спектра действия
Внутриочаговое введение системных глюкокортикостероидов
Фонофорез

2211. Какое утверждение в отношении профилактики чесотки неверно:

Ранняя диагностика и активное выявление больных чесоткой при профилактических осмотрах, обращении в поликлиники или госпитализации в лечебно-профилактические учреждения любого профиля
При выявлении случая заболевания в соматическом отделении требуется срочный перевод пациента в специализированное дерматологическое отделение (стационар)
Одновременное лечение всех находившихся в контакте с больным лиц
Своевременная тщательная дезинфекция одежды, нательного и постельного белья

2212. Обработка по методу Демьяновича включает в себя одно из нижеперечисленных средств:

10% эмульсия бензилбензоата
60% раствор тиосульфата натрия

20% эмульсия бензилбензоата
1% раствор ламизила в форме спрея

2213. Симптом Арди-Горчакова — это:

Кровянистые корочки и импетигинозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец
Гнойные и кровянистые корочки в области локтевых суставов
Обнаружение чесоточного хода в виде легкого полосовидного возвышения при пальпации
Экскориации вследствие расчесов

2214. В клинику обратился молодой мужчина с жалобами на наличие зудящих высыпаний в области лобка, которые появились через несколько дней после полового акта. При осмотре: на коже в области лобка определяются серовато-бурые точки у корня волос, мелкие, беловатые, очень плотные узелки, а также серо-голубые пятна округлых очертаний, диаметром до 1 см. Ваш диагноз:

Чесотка
Лобковый педикулез
Герпес генитальный
Контагиозный моллюск

2215. Что не характерно для платяного педикулеза:

Множественные высыпания
Ночной зуд
Поражение участков кожи, тесно соприкасающиеся с одеждой
Папулы на местах укусов

2216. Патогномоничный признак фтириаза:

Слегка возвышающиеся над уровнем неизмененной кожи прямые или извитые линий беловатого, грязно-серого цвета
Серо-голубые пятна округлых или овальных очертаний, не исчезающие при диаскопии
«Черные точки» волос
Гиперпигментация по типу меланодермии (кожа грязно-серого цвета)

2217. Для клинической картины головного педикулеза характерно все, кроме:

Плотные папулы в результате укуса
Отсутствие зуда
Кровянистые и «медовые» корки
Образование колтунов

2218. Основной клинический признак головного педикулеза:

Блефарит, конъюнктивит
Зуд, экскориации на волосистой части головы, неприятный запах
Выпадение волос
Шелушение волосистой части головы

2219. Какое осложнение наиболее часто встречается у больных педикулезом:

Дерматозойный бред
Вторичная пиодермия
Крапивница
Гиперпигментация

2220. Какой лабораторный метод можно провести больному вшивостью для подтверждения клинического диагноза:

Гистологическое исследование
Дерматоскопия
Метод прокрашивания анилиновыми красителями
Метод скотч-проб

2221. Какое свечение дают живые гниды при осмотре под лампой Вуда:

Зеленое
Жемчужно-белое
Коралловое
Желтое

2222. Всем больным с лобковым педикулезом показано обследование на все заболевания, кроме:

ВИЧ
Разноцветный лишай
Сифилис
Инфекции, передающиеся половым путем

2223. С каким дерматозом нет необходимости проводить дифференциальную диагностику вшивости:

Кожный зуд
Розовый лишай
Чесотка
Флеботодермия

2224. К общим принципам терапии педикулеза не относят:

Необходима повторная обработка через 7-10 дней
Обработка в вечернее время суток
Дезинсекция белья, одежды, помещения
Вычесывание гребнем вшей и гнид

2225. В настоящее время для борьбы с педикулезом используют:

Растительное масло
Перметрин
Керосин
Уксусная кислота

2226. Какое утверждение в отношении принципов лечения головного педикулеза верно:

Сбривание волос и тщательное мытье
Мытье специальными противопедикулезными средствами, вычесывание вшей и гнид частым гребешком
Изоляция больного в дерматологическое отделение
Обязательное ношение головных уборов, ежедневное вычесывание паразитов и гнид

2227. В лечении педикулеза, осложненном вторичной пиодермией, применяют:

Антибиотики
Системные глюкокортикостероиды
Анилиновые красители
Антибактериальные мази

2228. Фтириазом можно заразиться:

При посещении бани
При половом контакте
При посещении бассейна
В парикмахерских

2229. Важным для диагноза анамнестическим критерием у больного педикулезом является:

Зуд, усиливающийся к ночи
Визуальный осмотр не только больного, но и его одежды
Аллергические заболевания кожи
Улучшение кожного процесса летом и ухудшение зимой

2230. У ребенка 8 лет отмечается зуд в области волосистой части головы после отдыха в детском лагере. При осмотре: поражение преимущественно затылочной и височной областей, высыпания представлены множественными экскориациями, папулами, пустулами, корочками. Ваш диагноз:

Чесотка
Головной педикулез
Пиодермия
Экзема

2231. В клинику обратился больной с жалобами на зуд в области волосистой части головы. Из анамнеза известно, что пациент проживает в общежитии. При осмотре отмечаются многочисленные папулезные элементы, расчесы, пустулы, кровянистые корочки, у основания волос – серовато-белые гниды. Какое лечение не показано для данного пациента:

Анилиновые красители на пустулы
Преднизолон
Перметрин
Антигистаминные препараты

2232. Примочки показаны при:

лихенификации

остром воспалении с мокнутьем
шелушении
зуде

2233. В состав взбалтываемых смесей могут входить:

вода
окись цинка
вазелин
йод

2234. В мазевую основу входят:

спирт
вазелин
вода
глицерин

2235. В мазевую основу не входит:

вазелин
древесный уголь
свиное сало
ланолин

2236. Антибиотики могут применяться при следующий дерматологических заболеваниях

Псориаз
Пиодермии
Микоз стоп
Красный плоский лишай

2237. Биологическим эффектом системных глюкокортикостероидов является

Антибактериальный
Иммуносупрессивный
Противовирусный
Антимикотический

2238. Какой препарат является химерным IgG-моноклональным антителом к ФНО-а?

Этанерцепт
Инфликсимаб
Устекинумаб
Секукинумаб

2239. Осложнением препаратов хинолинового ряда может быть

Хронический гастрит
Ретинопатия
Артериальная гипертензия
Протеинурия

2240. Витамин А используют для общей и местной терапии в случае

Микоза
Псориаза
Вирусной инфекции
Склеродермии

2241. Препаратом выбора для лечения тяжелых форм акне является

Доксициклин
Изотретиноин
Метронидазол
Преднизолон

2242. Ацитретин применяется в основном для лечения

Акне
Псориаза
Розацеа
Атопический дерматит

2243. На мокнущую поверхность можно наносить

Кремы
Примочки
Мази
Пасты

2244. Выберите жидкую лекарственную форму, получающуюся при растворении твердых и жидких веществ в воде
Присыпка
Раствор
Болтушка
Крем

2245. Выберите средство, состоящее из смеси жировых или жироподобных веществ

Паста
Мазь
Крем
Пудра

2246. Мелкодисперсные порошкообразные вещества, находящиеся во взвешенном состоянии в смеси воды и глицерина либо в растительном или минеральном масле это -

Раствор
Болтушка
Паста
Крем

2247. Выберите лекарственную форму, представляющую собой водный раствор желатина (или крахмала) и глицерина?

Паста
Гель
Раствор
Шампунь

2248.Клиническими формами псориаза являются:

Гипертрофическая
Интертригинозная
Веррукозная
Кольцевидная

2249. В течении псориаза выделяют стадии:

Группировки высыпаний
Стабилизации (стационарная)
Эпителизации
Рубцевания

2250. В прогрессирующей стадии может быть:

Симптом Бальзера
Симптом Кебнера
Симптом Хачатуряна
Симптом Никольского

2251. Псориатическая триада включает:

Симптом «яблочного желе»
Симптом «терминальной пленки»
Симптом «дамского каблучка
Симптом «груши»

2252. Для стационарной стадии характерно:

Периферический рост папул
Шелушение по всей поверхности папул
Появление новых папул
Гиперемический ободок по периферии папул

2253. Симптом Кебнера – это:

Аллергическая реакция
Изоморфная реакци
Гиперергическая реакция
Холинергическая реакция

2254. Каплевидный псориаз чаще всего развивается после:

Стресса
Перенесенной ангины
Приема β-блокаторов
Травмирования кожи

2255. Кроме кожи, при псориазе поражаются:

Волосы
Ногти
Глаза
Кости

2256. Вульгарный псориаз характеризуется наличием:

Бляшек с фолликулярным гиперкератозом по периферии
Папул и бляшек с серебристо-белыми чешуйками
Эритематозных очагов с отрубевидным шелушением
Папул с полигональными очертаниями

2257. Какой клинической формы не бывает при псориазе?

Экссудативной
Гипертрофической
Ладонно-подошвенной
Эритродермической

2258. В прогрессирующей стадии вульгарного псориаза отмечается:

Отсутствие периферического роста высыпаний
Периферический рост высыпаний
Псевдоатрофический ободок Воронова
Регионарный лимфаденит

2259. Для экссудативной формы псориаза характерным признаком является наличие:

Корок
Чешуе-корок
Чешуек
Экскориаций

2260. Что не встречается при генерализованном пустулезном псориазе?
Лихорадка
Зуд
Стерильные пустулы
Недомогание

2261. Какие суставы поражаются в первую очередь при псориатическом артрите?

Коленные
Дистальные межфаланговые кистей и стоп
Тазобедренные
Голеностопные

2262. Гистологическая картина псориаза включает следующие признаки, кроме:

Паракератоза
Микроабсцессов Потрие
Гиперкератоза
Микроабсцессов Мунро

2263. При псориатическом поражении ногтей может отмечаться все, кроме:

Подногтевого гиперкератоза
Борозд Бо
Симптома «масляного пятна»
Симптома «наперстка»

2264. При лечении псориаза применяют следующие методы фототерапии, кроме:

Фотохимиотерапии
Фотодинамической терапии
Узкополосной УФБ-терапии 311 нм
Широкополосной УФБ-терапии

2265. При рефрактерном псориазе наиболее эффективными являются:

Системные глюкокортикостероидные препараты
Генно-инженерные биологические препараты
Широкополосная УФБ-терапия
Аналоги витамина Д3

2266. В прогрессирующей стадии применяют:

5% салициловую мазь
1-2% салициловую мазь
10% метилурациловую мазь
2% серно-дегтярную мазь

2267. К базисным системным препаратам для лечения средне-тяжелого псориаза относят:

Хинолиновые препараты
Цитостатики
Глюкокортикостероиды
Витамины

2268. При прогрессировании псориаза рекомендовано соблюдать следующие рекомендации, кроме:

Не подвергать кожу механическим травмам
Очищать кожу от чешуек скрабами и жесткими мочалками
Ограничить легкоусвояемые углеводы и жирную пищу
Исключить раздражающие местные процедуры

2269. При местном лечении псориаза применяют следующие комбинированные препараты, кроме:

Дипросалик
Целестодерм с гарамицином
Элоком С
Дайвобет

2270. Какой препарат при местном лечении псориаза регулирует рост и дифференцировку клеток?

Ингибитор кальциневрина (протопик)
Аналог витамина Д3 (дайвонекс)
Глюкокортикостероид (дипросалик)
Препарат с пиритионом цинка (скин-кап)

2271. Какие побочные эффекты могут возникнуть при лечении псориаза метотрексатом?

Лейкоцитоз
Повышение уровня печеночных трансаминаз
Тромбоцитоз
Повышение СОЭ

2272. В клинику кожных болезней поступил пациент 49 лет с распространенными высыпаниями, сопровождающимися общим недомоганием, повышением температуры тела до 38, ознобом. Из анамнеза удалось выяснить, что сначала появились высыпания на туловище, увеличивающиеся по периферии, а после длительного пребывания на солнце в течение нескольких дней процесс быстро прогрессировал. В последние 10 лет периодически появлялись шелушащиеся бляшки на волосистой части головы, проходящие после использования лосьона дипросалик. При осмотре: поражение кожных покровов более 90%, кожа ярко-красного цвета, отечная, инфильтрированная, горячая на ощупь, покрыта крупными и среднепластинчатыми легко отпадающими чешуйками.
Поставьте диагноз:

Эритродермия экзематозная
Эритродермия псориатическая
Эритродермия токсическая
Эритродермическая форма грибовидного микоза

2273. Назовите ключевой цитокин в развитии вульгарного псориаза:

ИЛ-1β
ИЛ-17
ИЛ-6
ИЛ-8

2274. В развитии пустулезного псориаза ведущая роль принадлежит:

Дентритным клеткам
ИЛ-36
Интерферону-альфа
ИЛ-4

2275. При лечении псориаза генно-инженерными биологическими препаратами абсолютным противопоказанием является:

Язвенная болезнь 12-п. кишки
Туберкулез
Бронхиальная астма
Псориатический артрит

2276. В современную классификацию псориаза не входит:

Аннулярный псориаз
Рефрактерный псориаз
Инверсный псориаз
Экссудативный псориаз

2277. Развитию экссудативной формы псориаза особенно способствует:

Работа в горячем цеху
Ожирение
Наличие хронического фарингита
Употребление экстрактивной пищи

2278. В гистологической картине псориаза одним из основных признаков является:

Спонгиоз
Акантоз
Вакуольная дистрофия
Гранулез

2279. Акантоз – это:

Наличие в клетках рогового слоя ядер
Увеличение и утолщение числа рядов шиповатого слоя
Чрезмерное утолщение рогового слоя
Потеря связи между клетками эпидермиса

2280. Как часто можно проводить в год курсы ПУВА-терапии?

Не чаще 3 раз
Не чаще 2 раз
Ни разу (можно 1 раз в 2 года)
Постоянно

2281. 46-летняя женщина обратилась ко врачу с жалобами на повышенную утомляемость, боли в суставах, сыпь и гематурию. При физикальном обследовании у пациентки выявлена эритематозная сыпь в виде бабочки на щеках, носу. Лабораторное обследование выявило высокоположительные антинуклеарные, анти-двухцепочечные ДНК и анти-Sm аутоантитела. У нее также определяется низкий уровень комплемента. Ваш предполагаемый диагноз?

дерматомиозит
системная красная волчанка

системная склеродермия
себорейная экзема

2282. У пациента с предположительным диагнозом дискоидная красная волчанка, была проведена диагностическая биопсия. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаруживается:

эпидермис имеет вид множества близко расположенных друг к другу грушевидных выростов, в кератиноцитах содержатся крупные цитоплазматические включения
атрофия мальпигиева слоя, вакуольная дегенерация базальноо слоя, выраженный гиперкератоз с роговыми пробками в волосяных фолликулах
в коже выявляют инфекционные гранулемы из эпителиоидных клеток, окруженные валом из лимфоцитов, характерно наличие гигантских клетов Пирогова-Лангханса, казеозного некроза
серозное воспаление преимущественно сосочкого слоя дермы и очаговый спонгиоз шиповатого слоя эпидермиса

2283. Среди перечисленных, выберите клиническую форму кожной красной волчанки:

кольцевидная форма
дискоидная форма
линейная форма
пигментная форма

2284. Укажите наиболее распространенную форму кожной красной волчанки:

центробежная эритема Биетта
дискоидная
глубокая КВ Капоши-Ирганга
диссеминированная форма

2285. Что из нижеперечисленного является лучшим скрининговым тестом для диагностики СКВ?

антитела к цитоплазматическому антигену SS-A(RO)
флуоресцентный тест на ANA
тест на антифосфолипидные антитела
уровень комплемента в сыворотке крови

2286. Статистически, _____% всех случаев подострой кожной красной волчанки (ККВ) вызваны лекарственными препаратами.

10%
30%
60%
80%

2287. 38-летний мужчина проходит обследование в связи с 18-месячной историей хронической кожной красной волчанки. У него имеются поражения на лице и коже головы. Он пользуется солнцезащитным кремом, иногда забывает нанести его перед уходом на работу. Он также лечится местными кортикостероидами, недавно начал принимать гидроксихлорохин. Несмотря на 4 месяца терапии, новые поражения продолжают

развиваться, а старые поражения не заживают. Он признает, что выкуривает 2 пачки сигарет в день и злоупотребляет алкоголем. У него гипертония и гиперлипидемия. Помимо местных кортикостероидов и гидроксихлорохина, в настоящее время он принимает амлодипин, гидрохлоротиазид, симвастатин и поливитамины. При физикальном осмотре выявлены множественные эритематозные поражения на лице и несколько на волосистой части головы, что соответствует диагнозу дискоидной красной волчанки. Что из нижеперечисленного является обязательным шагом в лечении кожного заболевания этого пациента?

назначить метотрексат
рекомендовать отказ от курения
прекратить прием амлодипина
прекратить прием гидрохлоротиазида

2288. Характерная для красной волчанки сыпь в форме бабочки появляется:

на груди или спине
на носу и щеках
тазовая область
между лопатками

2289. Что из перечисленного ниже является сопутствующим заболеванием, которое повышает риск заболеваемости и смертности у пациентов с СКВ?

воспалительное заболевание кишечника
остеопороз
фибрилляция предсердий
беременность

2290. Какие из следующих кожных проявлений СКВ включены в диагностические критерии ACR?

алопеция
сыпь на скулах: фиксированная эритема, с тенденцией к распространению на носогубную зону
сетчатое ливедо
феномен Рейно

2291. Лечение СКВ зависит от тяжести заболевания и его проявлений. Однако какая группа препаратов из перечисленных ниже относится к 1-ой линии терапии СКВ?

Нестероидные противовоспалительные препараты
Системные ГКС
Препараты ИФН
Биологическая терапия

2292. Синдром Роуэлла при СКВ включает в себя:

уртикарный ангиит
диссеминированные отечные эритематозные пятна по типу МЭЭ
усиленное ороговение кожи ладоней и подошв
ониходистрофия

2293. 53-летняя женщина с заболеванием щитовидной железы в анамнезе пришла на прием к врачу по поводу слабости. Она сообщила, что каждое утро чувствует слабость, ей трудно подниматься по лестнице и расчесывать волосы. Она также с трудом встает со стула. Физикальный осмотр выявил снижение силы, особенно в плечах. У нее также наблюдается интенсивная сиреневая периорбитальная сыпь и солнечный ожог на щеках. Укажите предполагаемый диагноз?

системноая красноая волчанка
дерматомиозит
системноая склеродермия,
склередема взрослых Бушке

2294. Симптом Готтрона это:

попытки удаления чешуек с поверхности эритематозного очага сопровождаются болезненностью
эритематозные папулы, возвышающиеся над межфаланговыми суставами кистей и шелушащиеся узелки над межфаланговыми суставами стоп.
при трении на коже, которая кажется здоровой, происходит легкое отторжение верхних слоев эпидермиса
мелкоточечные углубления с фолликулярным гиперкератозом в области наружного слухового прохода

2295. «Симптом шали» это:

при повреждении или раздражении кожи на месте травмы появляются свежие высыпания
часто зудящая, симметричная, сливная, макулярная фиолетовая эритема, поражающая кожу на разгибательных поверхностях пальцев, кистей и предплечий; кожу плеч, дельтовидных областей, задней поверхности лопаток и шеи;
феномен точечного кровотечения
бледные и холодные пятна ангиоспастического характера на коже кистей

2296. Гелиотропная сыпь это:

папулы на слизистой оболочке языка
лиловые периорбитальные кожные высыпания на верхних веках и пространстве между верхним веком и бровью (симптом «лиловых очков», который часто может сочетаться с периорбитальным отеком)
гиперемия и умеренная инфильтрация подошв с шелушением и трещинами
ничего из вышеперечисленного

2297. Выберите правильные характеристики, соответствующие сосудистой («васкулитной») бабочке при красной волчанке:

очаги дискоидного типа в средней зоне лица
нестойкое пульсирующее разлитое покраснение с цианотичным оттенком, усиливающееся при волнении, инсоляции, воздействии жара, мороза, ветра
стойкие эритематозно-отечные пятна, иногда с легким шелушением на поверхности
насыщенно-красная разлитая плотная отечная эритема кожи лица, особенно век, иногда с пузырями и эрозиями на поверхности

2298. На прием к врачу обратилась женщина 45 лет с жалобами на уплотнение кожи живота, которое появилось месяц назад на месте травмы. Самостоятельно проводила массаж, смазывания персиковым кремом - без эффекта. Страдает гипертиреозом, хроническим тонзиллитом, вегетососудистой дистонией. При осмотре: на коже живота справа определяется очаг поражения около 6 см в диаметре с желтовато - восковидной блестящей поверхностью, по периферии окаймленный фиолетовым венчиком, плотный на ощупь (складку в очаге собрать не удается). Субъективные ощущения отсутствуют. Ваш предположительный диагноз?

линейная форма склеродермии
очаговая склеродермия, бляшечная форма
идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини
системная склеродермия

2299. Больная 39 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, лихорадку, боли в мышцах и суставах. Из анамнеза известно, что в период второй беременности была слабоположительная реакция Вассермана. После родов появились полиартралгии, эритема на лице, субфебрилитет. При поступлении: на лице эритема в «зоне бабочки», эритематозные очаги в верхней части спины и груди. СОЭ - 55 мм/час; протеинурия. Ваш предполагаемый диагноз?

Псориаз
Системная красная волчанка
Системная склеродермия
Дерматомиозит

2300. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

реактивной гиперемией кожи пальцев кистей
"побелением" пальцев кистей и стоп за счет спазма сосудов
цианозом дистальных отделов конечностей
парастезиями по всей руке, ноге

2301. Для CREST-синдрома характерно все перечисленное, кроме:

кальциноз и феномен Рейно
узловатая эритема
эзофагит
телеангиэктазии

2302. Какой препарат из группы генно-инженерных биологических препаратов используется для лечения тяжелых форм как системной красной волчанки так и системной склеродермии?

инфликсимаб (ремикейд)
ритуксимаб (мабтера)
этанерцепт (энбрел)
адалимумаб (хумира)

2303. Больная 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на зябкость пальцев кистей, бледность кожи кистей при выходе на холод, поперхивание при глотании твердой пищи. Больна около 2-х лет, когда после стресса впервые заметила бледность кожи пальцев на холоде и зябкость кистей и стоп. Через несколько месяцев появились чувство стягивания в области кожи лица и

отек кистей, общая слабость, быстрая утомляемость, незначительная одышка на вдохе при подъеме на второй этаж., сухое покашливание. Объективно: вес сохранен. Кожные покровы диффузно гиперпигментированы с усилением в области спины (участок диаметром 5х6 см). Лимфатические узлы не увеличены. Лицо амимично. Складки лба отсутствуют, кожа лба и щек в складку не собирается. Со стороны внутренних органов – небольшое ослабление дыхания и крепитация над нижними отделами легких. Кожа кистей цианотична, кисти отечны. Отек носит плотный характер. Сгибание кистей в кулак – 75%. Ваш предположительный диагноз?

ревматоидный артрит
дебют системной склеродермии
СКВ
дерматомиозит

2304. Какая группа пациентов наиболее подвержена склеродермии?

Молодые мужчины в возрасте от 15 до 35 лет
Женщины в возрасте от 30 до 50 лет
Мужчины в возрасте от 30 до 50 лет
Молодые женщины в возрасте от 15 до 35 лет

2305. Какое из этих утверждений об уровне С-реактивного белка (CRB) при системной склеродермии (СС) является точным?

Повышение уровня CRB чаще встречается у женщин, чем у мужчин с СС
Стойкое повышение уровня CRB связано с более тяжелым фенотипом заболевания
Повышение уровня CRB не связано с СС
Повышение уровня CRB не коррелирует с активностью заболевания

2306. 50-летняя женщина обратилась на прием к дерматологу с жалобами на периодическое посинение пальцев, в особенности на холоде. Субъективно ощущает стягивание кожи на лице и руках, что затрудняет сжатие пальцев в кулак. Она также отмечает, что в последнее время у нее усилился рефлюкс-эзофагит. В анамнезе у нее аутоиммунное заболевание щитовидной железы и алопеция ареата. Физикальный осмотр выявляет склеродактилию, плотную, огрубевшую кожу и ограниченную подвижность пальцев. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

выявление антител к нативной ДНК
обнаружение антинуклеарного фактора и антицентромерных АТ
результаты лабораторных исследований неспецифичны
исследование системы комплемента

2307. Женщина 45 лет обратилась к врачу с отекшими пальцами, болями в суставах и сухим кашлем. По ее словам, это началось год назад и до сих пор не улучшилось. В анамнезе у нее витилиго и первичный билиарный холангит. При физикальном обследовании выявлена натянутая, блестящая кожа на лице и руках, склеродактилия и сухие хрипы в легких. На левой щеке также есть телеангиэктазии. Выберите группу препаратов, НЕ назначаемых при предполагаемом заболевании:

антифиброзные препараты
НПВП
системные ГКС

цитостатики

2308. К клиническим вариантам ограниченной склеродермии относят:

гипертрофическая
бляшечная
атрофическая
гиперкератотическая

2309. На прием к дерматологу обратилась больная 32 лет с жалобами на высыпания на коже лица. Из анамнеза известно, что высыпания на коже лица появились месяц назад после длительного пребывания на солнце. Лечилась самостоятельно. Применяла различные кремы, мази, но эффекта от лечения не было. При осмотре кожный процесс локализуется на коже переносицы и щек «в виде бабочки». Высыпания представлены инфильтрированными эритематозными бляшками, покрытыми плотно сидящими роговыми чешуйками. Удаление чешуек сопровождается болезненностью. На обратной стороне чешуек обнаруживаются характерные шипики. Укажите, какой симптом описывается в задаче?

симптом Никольского
симптом Бенье-Мещерского
симптом Асбо-Хансена
симптом Хачатуряна

2310. На прием к врачу обратился больной 29 лет, с жалобами на появившиеся очаги на коже лица, груди и губ. В этих местах больной отмечает чувство покалывания, похолодание, напряженность кожи. Из анамнеза известно, что заболевание связывает с тем, что на роботе часто переохлаждается и часто болеет ангиной и ОРЗ. Месяц спустя появилось округлое пятно синюшно-красного цвета на коже груди, а затем на лице. Кожа в очагах поражения была отечной, тестоватой консистенции. Через несколько недель кожа в очагах поражения приобрела деревянистую плотность, цвет стал бледно-синюшным, не лечился. В детстве перенес скарлатину. Сопутствующая патология-состоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы, у ЛОР-врача по поводу хронического тонзиллита. При осмотре на коже лица и груди сформированы очаги, по форме напоминающие удар сабли, гладкие, блестящие, плотной консистенции. Цвет восковидно-желтый, по периферии имеется сиреневый венчик. При пальпации выявляется деревянистое затвердение кожи, она плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складки, рисунок её сглажен, волосы в очагах отсутствуют. Отмечается ригидность и уплотнение кожи и красной каймы губ. Чем характеризуется гистологическая картина предполагаемого заболевания на стадии склероза?

отсутствие воспалительных явлений, гомогенизированные, гиалинизированные пучки коллагеновых волокон
в дерме наблюдается отек коллагеновых волокон, воспалительная реакция с периваскулярным или диффузным инфильтратом, состоящим в основном из лимфоцитов с примесью плазмоцитов, гистиоцитов и небольшого количество эозинофилов
редукция капиллярной сети, отложение мембраноатакующего комплекса на капиллярах и вдоль дермально-эпидермального соединения;
изменения эпидермиса в виде гиперкератоза, усиливающегося в области устьев волосяных фолликулов и потовых желез, атрофия, вакуольная дегенерация базального слоя, утолщение базальной мембраны; в дерме отмечается отек и расширение сосудов сосочкового слоя, образование преимущественно лимфоцитарных инфильтратов вокруг сосудов и придатков кожи, базофильная дегенерация коллагена

2311. На прием к дерматологу обратился пациент 65 лет с жалобами на зудящие высыпания в области голеней. При осмотре на переднебоковых поверхностях голеней симметрично располагаются очаги неправильных очертаний с гиперкератотической поверхностью, по периферии которых наблюдаются единичные мелкие полигональные папулы фиолетово-красного цвета с восковидным блеском при боковом освещении. Какая форма красного плоского лишая описана выше?

пигментная форма
гипертрофическая форма
атрофическая форма
остроконечная форма

2312. У больного 32 лет на коже верхних конечностей наблюдаются мелкие (1-2 мм в диаметре) остроконечные папулезные элементы насыщенного синюшно-красного цвета, связанные с фолликулярным аппаратом, чередующиеся с полигональными плоскими папулами фиолетово-красного цвета с западением в центре и восковидным блеском при боковом освещении. Какая форма красного плоского лишая описана выше?

гипертрофическая форма
остроконечная форма
пигментая форма
линейная форма

2313. На консультацию к дерматологу обратилась больная Н. 27 лет, с жалобами на пятна коричневого цвета в местах повышенной инсоляции на коже лица и шеи, сопровождающиеся выраженным зудом. При дерматоскопии определяется сетка Уикхема. Какая форма красного плоского лишая описана выше?

эритематозная форма
пигментная форма
атрофическая форма
линейная форма

2314. В клинику поступил пациент с высыпаниями, локализованными на запястьях, внутренней поверхности предплечий, сопровождающиеся выраженным зудом, высыпания представлены полигональными пурпурными папулами, что может быть обнаружено при гистологическом исследовании биопсийного материала?

субэпидермальный пузырь
гранулез
папилломатоз
вакуольная дистрофия

2315. Мужчина 65 лет обратился на консультацию к дерматологу с жалобами на высыпания пурпурного цвета на сгибательных поверхностях запястий, сопровождающиеся зудом. При осмотре очаги представлены плоскими, полигональными папулами. Была проведена диагностическая биопсия, подтвердился диагноз красный плоский лишай. Какие из дополнительных лабораторных исследований следует провести?

ОАК
показатели функции печени

СОЭ
ОАМ

2316. Что из перечисленного ниже является терапией первой линии для лечения локализованного красного плоского лишая?

иммунносупрессивная терапия
местные ГКС
системные ретиноиды
фототерапия

2317. Красный плоский лишай чаще всего рефрактерен к лечению в случае локализации:

волосистая часть головы
вульвовагинальная область
запястья
ногти

2318. У 49-летней женщины с хроническим гепатитом С появились зудящие высыпания на предплечьях, голенях и слизистой оболочке полости рта. При осмотре на коже обнаруживаются множественные полигональные фиолетовые папулы. На слизистой оболочке рта виден кружевной сетчатый узор. Каков предположительный диагноз?

псориаз
красный плоский лишай
розовый лишай
узловатое пруриго

2319. С какими заболеваниями может ассоциироваться красный плоский лишай?

ревматоидный артрит
язвенный колит, витилиго
псориаз
все перечисленное

2320. С каким заболеванием гепато-билиарной системы чаще всего ассоциируется красный плоский лишай?

дисфункция сфинктера Одди
первичный-билиарный цирроз
дискинезия желчевыводящих путей
эхинококкоз печени

2321. Для синдрома Гриншпана-Потекаева характерно:

фолликулярная форма КПЛ, рубцовая алопеция в области головы и нерубцовая алопеция в области подмышечных впадин и лобка
эрозивная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта, сахарный диабет и артериальной гипертензией
перекрестный-синдром со склероатрофическим лихеном
перекрестный-синдром с красной волчанкой

2322. Для синдрома Грэхема-Литтла-Пиккарди-Лассауэра характерно:

эрозивная форма КПЛ слизистой оболочки полости рта, сахарный диабет и артериальной гипертензией
фолликулярная форма КПЛ, рубцовая алопеция в области головы и нерубцовая алопеция в области подмышечных впадин и лобка
перекрестный-синдром со склероатрофическим лихеном
перекрестный-синдром с красной волчанкой

2323. Выберите признак, характерный для высыпаний при красном плоском лишае:

отрубевидное шелушение
плоские папулы полигональной формы
везикулы
эфемерность высыпаний

2324. У пациента с предположительным диагнозом красный плоский лишай, была проведена диагностическая биопсия. При гистологическом исследовании биопсийного материала при красном плоском лишае, обнаруживается:

акантолиз
гипергранулез
паракератоз
вакуольная дистрофия

2325. Что можно увидеть при исследовании биопсийного материала пациента с подтвержденным диагнозом красный плоский лишай?

периваскулярный инфильтрат с примесью нейтрофильных и эозинофильных гранулоцитов
гранулез, полосовидный инфильтрат, пилообразная форма эпидермально-дермального соединения
акантоз, папилломатоз, гиперкератоз, паракератоз, лимфогистиоцитарный воспалительный инфильтрат
внутриэпидермальный пузырь, картина «надгробных камней» в базальном слое эпидермиса

2326. Что является первой линией терапии красного плоского лишая?

ароматические ретиноиды
ГКС-препараты
иммуносупрессанты
биологические препараты

2327. Среди перечисленных, выберите атипичные формы красного плоского лишая:

бляшечная форма
эрозивно-язвенная форма
каплевидная форма
ограниченная форма

2328. Какова частота поражения слизистой оболочки при красном плоском лишае?

менее 5%

25-30%
50-80%
более 80%

2329. Поражаются ли ногти при красном плоском лишае, если да, чем характеризуется поражение ногтей?

нет, не поражаются
да, продольные борозды, углубления, участки помутнения, продольного расщепления, истончения, частичное или полное разрушение
да, точечные углубления, симптом «наперстка», подногтевой гиперкератоз, онихогрифоз
да, эритематозно-сквамозные или везикуло-пустулёзные высыпания на концевых фалангах пальцев, ониходистрофия и остеолиз концевых фаланг

2330. Какая клиническая форма характерна для поражения слизистых оболочек при красном плоском лишае?

эритематозная форма
эрозивно-язвенная форма
атрофическая форма
полосовидная форма

2331. С каким заболеванием чаще всего проводится дифф. диагностика КПЛ?

лейшманиоз
псориаз
буллезный пемфигоид Левера
экзема

2332. С какой целью при лечении КПЛ используют противомалярийные средства?

малая стоимость
противомалярийные средства оказывают противовоспалительное, иммунносупрессорное, фотосенсибилизирующее действие
доступность
отсутствие побочных эффектов

2333. Выберите характерные особенности КПЛ при проведении дифф. диагностики с псориазом?

симптом наперстка
сетка Уикхема
периферический рост
феномен Кебнера

2334. Чем может осложниться поражение слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае?

кандидоз
плоскоклеточный рак
деминерализация эмали
все перечисленное

2335. Отметьте типичную локализацию поражений при красном плоском лишае:

преимущественно кисти, стопы
передняя поверхность предплечий, голени, область крестца, половых органов
разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей, волосистая часть головы
передняя и боковая поверхность туловища, конечности, располагаясь продольно вдоль линий натяжения кожи Лангера

2336. Выберите характерные признаки папулы при красном плоском лишае:

отсутствие субъективных ощущений
выраженный зуд, полигональные очертания
склонность к периферическому росту
наличие венчика гиперемии

2337. Выберите факторы, предрасполагающие к развитию КПЛ:

генетически детерминированные заболевания
стресс, вирус гепатита С, хроническая инфекция, нейроэндокринные заболевания
гиподинамия, дислипидемия
ничего из перечисленного

2338. Каким первичным морфологическим элементом представлена клиническая картина красного плоского лишая?

бугорок
папула
пузырь
волдырь

2339. Каков риск малигнизации красного плоского лишая на слизистых оболочках?

12-25%
менее 12%
25-50%
более 50 %

2340. В местной терапии красного плоского лишая используют:

примочки с борной кислотой
мази с кортикостероидами
водные взбалтываемые взвеси
растворы анилиновых красителей

2341. Красный плоский лишай чаще поражает

мужчин
женщин
одинаковая распространенность
мужчин в 2 раза чаще, чем женщин

2342. У пациента с диагнозом красный плоский лишай в местах травматизации кожи появляются новые высыпания, данный признак носит название:

Феномен Ауспитца
феномен Кебнера
Симптом Никольского
Признак Дарье-Унны

2343. Изоморфная реакция Кебнера характерна для:

экземы
красного плоского лишая
красной волчанки
атопического дерматита

2344. Типичным для вульгарной пузырчатки является следующий первичный морфологический элемент:

Узелок
Напряженный мелкий пузырь
Напряженный крупный пузырь
Пузырек

2345. Первичный морфологический элемент кожи при дебюте вульгарной пузырчатки располагается

По краю рубца
На неизмененной коже
На фоне эритемы
На поверхности папулы

2346. При истинной акантолитической пузырчатке поражение слизистой оболочки полости рта сопровождается следующими субъективными ощущениями:

Жжением
Болезненностью
Зудом
Парестезиями

2347. Паранеопластическая пузырчатка развивается у больных, страдающих следующей патологией:

Сахарный диабет
Рак внутренних органов
Болезнь Крона
Синдром Шегрена

2348. Больной, 49 лет, с предположительными диагнозами истинная акантолитическая пузырчатка, буллезный пемфигоид Левера. При проведении реакции прямой иммунофлюоресценции была выявлена фиксация IgG в межклеточной субстанции преимущественно в шиповатом слое эпидермиса, незначительное количество – в базальном. Укажите диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

2349. Больная, 50 лет, обратилась с жалобами на появление мелких напряженных пузырей и эрозий. Субъективные ощущения отсутствуют. Больна в течение двух недель. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре - на неизмененной коже спины, грудной клетки, верхних конечностей выявляются мелкие напряженные пузыри с прозрачным содержимым; эрозии с ярко-розовым дном, резкими границами, некоторые покрыты корочками. При потягивании эпидермиса в сторону неизмененной кожи наблюдается отслойка эпидермиса. Укажите предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Буллезный пемфигоид Левера
Опоясывающий герпес

2350. Больной Б., 50 лет, обратился с жалобами на высыпания, локализующиеся преимущественно на коже лица, волосистой части головы, грудной клетки, спины, рук. Субъективно: боль в области высыпаний. Болен около месяца. При осмотре: сыпи представлена преимущественно обширными эрозиями, покрытыми корками и чешуйками. На видимо неизмененной коже единичные вялые пузыри до 1,5 см в диаметре и мелкие напряженные с прозрачным или гнойным содержимым. При обследовании больного диагноз истинной акантолитической пузырчатки был подтвержден, выявлена опухоль легкого с метастазами во внутригрудные лимфоузлы. Назовите клиническую разновидность истинной акантолитической пузырчатки у данного больного.

Вульгарная
Паранеопластическая
Себорейная
Листовидная

2351. Клинико-диагностический симптом, характерный для истинной акантолитической пузырчатки:

Реакция Пирке
Феномен Никольского
Проба Бальзера
Проба Ядассона

2352. В основе феномена Никольского лежит:

Гранулез
Акантолиз
Паракератоз
Акантоз

2353. Преобладающие клетки эпидермиса

Меланоциты

Кератиноциты
Клетки Лангерганса
Фибробласты

2354. Базальном слое кроме базальных кератиноцитов также присутсвуют

Макрофаги
Меланоциты
Тучные клетки
Фибробласты

2355. Назовите правильный порядок слоев эпидермиса , начиная с нижнего

Базальный, зернистый, блестящий, шиповатый, роговой
Базальный, шиповатый, зернистый, блестящий, роговой
Шиповатый, сетчатый, сосочковый, базальный, блестящий
Роговой, зернистый, базальный,. Шиповатый

2356. Какой из слоев эпидермиса присутсвует только на ладонях и подошвах

Базальный
Блестящий
Роговой
Шиповатый

2357. Кератиноциты рогового слоя

Содержат большое количество кератогиалина
Безъядерные содержат большое количество кератина
С овальными гиперхромными ядрами
Имеют протоплазматические отростки с десмосомами

2358. Дерма состоит из

сосочкового слоя и подкожной клетчатки
сосочкового и сетчатого слоев
Базальной мембраны и сетчатого слоя
Базального, сосочкового и сетчатого слоя

2359. Ткань сетчатого слоя дермы в основном представлена

Гладкомышечными клетками
Коллагеновыми и эластическими волокнами
Сосудами и нервными волокнами
Адипоцитами

2360. К придатками кожи относят

Подкожно-жировую клетчатку
Волосы
Кровеносные и лимфатические сосуды
Нервные волокна

2361. Большое количество эккринных потовых желез встречается на

Красной кайме губ
Ладонях и подошвах
Головке полового члена
Внутреннем листке крайней плоти

2362. Максимальная митотическая активность клеток эпидермиса происходит в слое эпидермиса

Шиповатом
Базальном
Роговом
Блестящем

2363. При обширных повреждениях кожи митозы встречаются в слое эпидермиса

Зернистом
Шиповатом
Роговом
Блестящем

2364. Тельца Одланда присутствуют в цитоплазме клеток слоя

Базального
Шиповатый
Рогового
Зернистого

2365. Основной белок кератиноцитов рогового слоя

Ретикулин
Кератин
Эластин
Коллаген

2366. Структура отделяющая эпидермис от дермы

Гиподерма
Базальная мембрана
Шиповатый слой
Блестящий слой

2367. Дерма состоит из

5 слоев и базальной мембраны
Волокон, основного вещества, немногочисленных клеток
Адипоцитов и коллагеновых волокон
Меланоцитов, клеток Лангерганса

2368. Терминальные артериолы и венулы питающие эпидермис находятся в

Гиподерме
Сосочковом слое дермы
Эпидермисе
Сетчатом слое дермы

2369. Где не встречаются сальные железы

Веки
Ладони и подошвы
Волосистая часть головы
Крайняя плоть

2370. По строению сальные железы относятся к

Простые клубочковые
Простые альвеолярные
Простые трубчатые
Сложные трубчатые

2371. По типу секреции сальные железы относятся к

Эккриновым
Голокриновым
Микроапокриновым
Макроапокриновым

2372. По строению потовые железы относятся к

Простые клубочковые
Простые трубчатые
Простые альвеолярные
Сложные альвеолярные

2373. В эпидермисе различают все слои, кроме

Базального
Сетчатого
Шиповатого
Зернистого

2374. В волосе различают все перечисленные структуры, кроме

Стержня
Стекловидного вещества
Корень
Матрикс

2375. Правильный порядок строения кожи

Дерма, эпидермис, гиподерма
Эпидермис, дерма, гиподерма

Гиподерма, дерма, эпидермис
Эпидермис, гиподерма, дерма

2376. Меланин, придающий цвет волосам образуется в клетках

Стержня
Луковицы
Волосяного фолликула
Наружного корневого влагалища

2377. Клетки образующие пигмент кожи

Клетки Лангерганса
Меланоциты
Клетки Меркеля
Кератиноциты

2378. Стволовые клетки для кератиноцитов расположены в

Роговом слое
Базальном
Зернистом
Блестящем слое

2379. В базальном слое эпидермиса Все определения верны, кроме

Есть меланоциты
Содержит артериолы и венулы
Клетки связаны между собой при помощи десмосом
Состоит из одного ряда клеток цилиндрической формы

2380. В каком процессе участвуют потовые железы

Окислении минеральных веществ
Охлаждении организма
Удалении органических веществ
Накоплении органических веществ

2381. Глубокое артериальное сплетение кожи находится

В подкожно-жировой клетчатке
На границы ПЖК и собственно дермы
В сосочковом слое дермы
В эпидермисе

2382. Значительная часть сетчатого слоя дермы представлена

Сосудами
Кератиноцитами
Пучками коллагеновых и эластических волокон
Лейкоцитами и лимфоцитами

2383. Где расположены сальные железы

В дерме
В дерме и подкожной жировой клетчатке
В подкожной жировой клетчатке
В эпидермисе

2384. Эпидермис представлен

Переходным эпителием
Многослойным плоским ороговевающим эпителий
Многослойный плоский неороговевающий эпителий
Многорядный призматический эпителий

2385. В тонкой коже отсутствует слой

Роговой
Б Блестящий
Зернистый
Шиповатый

2386. Отросчатые клетки в эпидермисе, содержащие меланосомы называются

Кератиноциты
Меланоциты
Клетки Меркеля
Корнеоциты

2387. Клетки сальной железы называются

Мукоциты
Себоциты
Сероциты
Меланоциты

2388. Защитную функцию кожи реализуют

Собственно дерма
Все слои кожи
Подкожно-жировая клетчака
Роговой слой

2389. Защитная функция кожи в дерме осуществляется посредством

Обильной капиллярной сети
Коллагеновых и эластических волокон
Выраженного рогового слоя
Амортизирующей функции жирового слоя

2390. От воздействия химического агента кожу защищает

Кератиноциты

Протеиновый барьер
Роговой слой
Потовые железы

2391. За счет чего реализуется защитная от ультрафиолетового излучения функция кожи

Клеток Меркеля
Наличия в ней меланина и его увеличении от УФО
Утолщения жирового слоя
Теплообменной функции

2392. К иммунокомпетентным клеткам кожи относятся

Адипоциты
Клетки Лангерганса
Себоциты
Меланоциты

2393. Наиболее важная роль в реализации защитных механизмов кожи принадлежит

Сосочковому слою дермы
Эпидермису
ПЖК
Роговому слою

2394. Ультрафиолет спектра В является причиной

Перегревания
Солнечных ожогов
Повышенной функции сальных желез
Повышенного потоотделения

2395. Способность кожи противостоять микробной инвазии снижается при

Воздействии УФО спектра А
Травматизации кожи
Повышение температуры окружающей среды
Понижение температуры окружающей среды

2396. Механорецепторы в коже воспринимают

Боль
Прикосновение
Изменение температуры
Зуд

2397. За восприятия боли и зуда ответственны

Тельца Руффини
Ноцицепторы
Тельца Мейснера
Терморецепторы

2398. Температура свыше 45С воспринимается

Тепловыми рецепторами
Ноцицепторами
Рецепторами Меркеля
Тельца Руффини

2399. Порогом восприятия боли от тепла является температура

60С
45С
40С
37С

2400. Наиболее эффективным путем отдачи тепла с поверхности кожи является

Повышение выработки кожного сала
Испарение выделяемого пота
Уменьшению локального кровотока
Сужение сосудов кожи

2401. Функция, не свойственная кожи

Дыхательная
Зрительная
Экскреторная
Обменная

2402. Функция, свойственная кожи кроме

Экскреторная
Образование токсинов
Резорбционная
Защитная

2403. При повышении температуры окружающей среды теплоотдача с поверхности кожи увеличивается благодаря

Выделению кожного сала
Расширению кровеносных сосудов
Сужению кровеносных сосудов
Уменьшению потоотделения

2404. Функции сальных желез

Отвечают за терморегуляцию
Обеспечивают смазку кожи
Уничтожают бактерии
Охлаждают кожу

2405. Какие раздражители воспринимают рецепторы кожи

Звуковые
Тепловые
Вкусовые
Обонятельные

2406. К функциям кожи относят все, кроме

Защитная
Двигательная
Иммунная
Синтез витаминов

2407. Липидный барьер легко преодолевают

Водорастворимые соединения
Жирорастворимые соединения
Коллаген
Гиалуроновая кислота

2408. К особенностям дыхательной функции кожи относят

Через кожу поглощается 25% от общего поглощения кислорода организмом
Через кожу поглощается около 1% от общего поглощения кислорода организмом
Через кожу поглощается 10% от общего поглощения кислорода организмом
Кислород не способен поглощаться через кожу

2409. Площадь кожного покрова взрослого человека около

2.5 – 3.5 м2
1.5 – 2 м2
1 м2
0.6-1.0 м2

2410. Укажите функции эпидермиса, кроме

Барьерная
Каркасная
Защита от УФО
Иммунологическая

2411. Что воспринимают тельца Фатерас - Пачини и Гольджи – Маццони

Чувство тепла
Чувство глубокого давления
Чувство холода
Боль

2412. Что воспринимают клубочки Краузе

Боль

Чувство холода
Чувство глубокого давления
Чувство тепла

2413. Защитные свойства кожи от микроорганизмов осуществляется всем, кроме

Слущивания эпителия
Щелочной реакции
Кислой реакции
Потоотделения

2414. Функции кожи все, кроме

Механическая защита
Двигательная
Иннервация кожи
Терморегуляция

2415. Для эккринных потовых желез характерно то, что они

Выделяют жидкий щелочной секрет
Принимают активное участие в терморегуляции
Выделяют вязкий белковый секрет
Становятся активными в период полового созревания

2416. Основными составляющими гидролипидной мантии кожи являются

Исключительно пот
Кожное сало и пот
Исключительно кожное сало
Секрет слюнных желез

2417. С какой функцией кожи связана ее чувствительность?

Выделительной
Защитной
Терморегуляторной
Секреторной

2418. Какова функция пигмента кожи меланина?

Антибактериальная
Поглощает ультрафиолетовое излучение
Придает эластичность коже
Теплопродукция

2419. Какое из следующих заключений верно?

Кератин важен при осязательной функции
Кератин участвует в образовании водонепроницаемого слоя
Кератин влияет на цвет кожи
Кератин поглощает ультрафиолетовое излучение

2420. Сальные железы выделяют

Пот
Кожное сало
Воду
Мочевую кислоту

2421. Какой из перечисленных пигментов присутствует в коже

Кератин
Меланин
Эластин
Коллаген

2422. Митоз происходит в слое

Роговом.
Базальном
Зернистом
Блестящем

2423. Где расположены эккриновые железы

Только в подмышечных впадинах
Во всех частях тела
Только в паху
Везде, кроме волосистой части головы

2424. Как называется защитный внешний слой кожи

Дерма
Базальный слой
ПЖК
Эпидермис

2425. В каком слое расположены клетки лишенные ядра с максимальным содержанием кератина

Базальный
Роговой
Шиповатый
Зернистый

2426. Функция волос

Экскреторная
Защитная
Абсорбционная
Секреторная

2427. Деление клеток ногтя происходит в

Лунула
Матрица
Сама ногтевая пластинка
Мантия

2428. Келоид это

Мягкие, телестного цвета возвышения на коже
Разрастание рубцовой ткани
Белые пустулы
Называются также возрастными пятнами

2429. В результате какого процесса клетки кожи постоянно отшелушиваются

Фагоцитоз
Дегрануляция
Десквамация
Кератинизация

2430. Активная стадия цикла роста волоса – это

Катаген
Анаген
Мутаген
Телоген

2431. Под воздействием ультрафиолета кожа способна вырабатывать

Витамин А
Витамин Д
Витамин С
Витамин В

2432. В какой возрастной категории больных чаще возникают базально-клеточный и плоскоклеточный рак кожи

Дети
Пожилые
Взрослые
Подростки

2433. Из перечисленных факторов к фотостарению кожи чаще всего приводит:

Наследственность
Длительная инсоляция
Хронические заболевания
Курение

2434. Фотостарение отличается от естественного

Тонкий эпидермис, мелкая поверхностная сеть морщин

Множественные глубокие морщины, утолщенная бугристая поверхность кожи
Деформация нижней трети лица, брыли, отечность
Выраженные мимические морщины в покое, гипертонус мимических мышц

2435. Какой спектр солнечного излучения не вызывает фотостарения

УФА
Инфракрасный
УФС
УФВ

2436. Основные средства профилактики фотостарения кожи:

Глюкокортикостероиды
Солнцезащитные средства
Третиноин
Горональные контрацептивы

2437. Какие клетки, будут учавствовать в воспалительной фазе заживления

Фибробласты
Макрофаги
Эпителиоциты
Корнеоциты

2438. Тип кожи по шкале Фитцпатрика, наиболее подвержен поствоспалительной гиперпигментации

I
IV-VI
III
II

2439. Какой признак помогает отличить келоидный рубец от гипертрофического

Цвет
Распространение рубца за пределы повреждения
Высота
Локализация

2440. Укажите область, где максимальная плотность сальных желез

Ладони и подошвы
Голова
Голени и предплечья
Передняя брюшная стенка

2441. В состав кожного сала не входит:

Холестерин и его эфиры
Гиалуроновая кислота
Сквален

Триглицериды

2442. Какой фермент превращает тестостерон в дегидротестостерон

Липаза
5- альфа-редуктаза
Протеаза
Гиалуронидаза

2443. При каком заболевании противопоказано проведение химических пилингов

Акне
Злокачественное лентиго
Ксеродермия
Пигментация

2444. Типичные морфологические элементы при акне все, кроме:

Открытые и закрытые комедоны
Волдыри
Воспалительная папула
Пустула

2445. Какая часть кожи максимально вовлекается в процесс при акне:

Эпидермис
Волосяной фолликул
Дерма
Стержень волоса

2446. В местной терапии акне используют, кроме:

Дифферин (ретиноид 3-го поколения)
Целестодерм с Гарамицином (топический стероид)
Скинорен (азелаиновая кислота)
Базирон (бензоил пероксид)

2447. Укажите две наиболее характерных возрастных категорий для акне

Младший школьный возраст
Юношеский
Младенческий
Пожилой

2448. Акне представляют собой:

Гнойное воспаление апокриновой потовой железы
Гнойное воспаление сальной железы
Гнойное воспаление эккриновой железы
Гнойное воспаление устья волосяного фолликула

2449. К тяжелым осложнениям акне относятся все, кроме:

Келоидных рубцов
Гипертрихоза
Психоэмоциональных расстроиств
Стойкой пигментации

2450. Нехарактерная локализация акне:

Лицо
Передняя брюшная стенка
Спина
Верхняя треть груди

2451. Консультации каких специалистов могут быть НЕ значимы для диагностического обследования больного с акне:

Психоневролог
Кардиолог
Гинеколог
Эндокринолог

2452. Сипмтомокомплекс постакне включает в себя все,кроме:

Рубцы
Комедоны
Пятна
Пигментацию

2453. Мероприятия способствующие долголетию:

Физическая активность
Активный образ жизни
Водные процедуры и закаливание
Интеллектуальная работа

2454. Дисмормофобия - это:

Дерматозойный бред
Обсессивно-компульсивные расстройство
Патологическая убежденность в наличие физического недостатка
Нозогенная реакция

2455. Укажите механизм действия и свойства, соответствующие химическим УФ-фильтрам:

Отсутствует пенетрация
Поглощают УФ лучи с последующим выделением тепла
Распределяется по поверхности рогового слоя
Выпадают в осадок при воздействии УФ луче

2456. Понятие «солнечного эластоза» включает:

Утолщение эластиновых волокон
Фрагментация эластических волокон, уменьшение их диаметра и количества
Изменение соотношения между эластиновыми и коллагеновыми волокнами
Увеличение числа сшивок между коллагеновыми волоконами

2457. Определите морфологический тип старения: кожа нормальной жирности и увлажненности с выраженным блеском за счет гидрофильности, выраженная гипертрофия подкожножирового слоя нижней части лица и шеи; грыжи верхних и нижних век, плотный отек мягких тканей:

Мелко-морщинистый тип;
Деформационный тип;
Мышечный тип
«Усталое лицо».

2458. Определите тип старения: «гусиные лапки» вокруг глаз, сеть радиальных мелких морщин, сухая кожа:

Деформационный тип
Мелко- морщинистый тип
Смешанный тип
Мускульный тип

2459. Назовите наиболее активный андроген кожи:

Тестостерон
Дигидротестостерон
Дигидроэпиандростерон
Прогестеро

2460. Тестостерон превращается в дигидротестостерон с помощью фермента:

Ароматаза
5-альфа редуктаза
21-гидроксилаза
Амилаза

2461. Увеличение толщины рогового слоя эпидермиса в пожилом возрасте объясняется:

Усилением защитных свойств кожи
Усилением действия тестостерона
Уменьшением защитных свойств кожи
неправильным уходом за кожей

2462. В период перименопаузального старения в дерме снижено содержание коллагена типа:

1
3
4
5

2463. После 40 лет потери коллагеновых волокон в год составляют:

0,5-0,7 %
1 %
2-5 %
3,8%

2464. Формированию мелазмы (хлоазмы) способствует:

гиперэстрогения
гипоэстрогения
гиперандрогения
уменьшение выработки андростендиола

2465. Мускульный тип старения характерен для жителей:

Африки
Средней Азии и Дальнего Востока
Южной Америки
Средиземноморья

2466. Гиперандрогенную алопецию часто сопровождают:

повышенное потоотделение
себорея и акне
зуд кожи головы
разрежение бровей с латеральных сторон

2467. Кожа ладоней и подошв, характеризуется наличием:

Сальных желез
Эккриновых потовых желез
Волосяных фолликулов
Пушковых волос

2468. Укажите ключевой признак фотодерматозов:

Эритема
Поражение участков кожи наиболее интенсивно подверженных инсоляции
Солнечный ожог
Зуд

2469. К актическому (старческому) кератозу относится:

Кератома на коже туловища
Кератома на открытых участках кожи у лиц, длительно подвергающихся инсоляции
Кератома на тыле кистей
Кератома на лице

2470. Для розацеа телеангиоэктатический подтип характерно:

Воспалительные узлы и бляшки
Персистирующая эритема, телеангиоэктазии

Папулы, пустулы
Ринофима

2471. Женщина 45 лет предъявляет жалобы на высыпания в области носа, лба и щеках. При осмотре: патологический процесс представлен красными папулами и пустулами на фоне выраженной эритемы приемущественно в центральной части лица. Комедонов нет. Установите диагноз:

Фотодерматоз
Розацеа папуло-пустулезный подтип
Вульгарное акне
Мелкоузелковый саркоидоз

2472. К нервным волокнам, иннервирующим мышцу, поднимающую волос относят:

Моторные
Адренергические симпатические
Холинергические симпатические
Парасимпатические

2473. Филагрин синтезируется в слое:

Базальном
Зернистом
Шиповатом
Блестящем

2474. Отличительной особенностью зернистых клеток является содержание в их цитоплазме:

Фаголизосом
Гранул Одланда
Кератина
Тонофиламентов

2475. Инкапсулированных нейрорецепторов больше всего:

В подвздошной области
На кончиках пальцев
На спине
На разгибательной поверхности конечностей

2476. Хорошая регенерация кожи лица обусловлена:

Гиперчувствительностью
Развитым кровоснабжением, наличием волосяных фолликулов;
Наличием многодольчатых сальных желез
Большим количеством меланоцитов

2477. Высокая сенсорная чувствительность кончиков пальцев обусловлена:

Большим количеством «голых» осевых цилиндров
Большим количеством инкапсулированных нейрорецепторов

Тонким слоем эпидермиса
Отсутствием рогового слоя

2478. Классификация типов кожи включает в себя характеристики:

Нормальная, сухая, жирная, дегидратированная
Нормальная, жирная, шелушащаяся, смешанная
Нормальная, сухая, жирная, комбинированная, гиперчувствительная
Нормальная, смешанная, чувствительная, сухая

2479. Для кожи лица характерно:

Повышенное кровоснабжение, усиленная пигментация
Повышенное кровоснабжение, наличие многодольчатых сальных желез
Усиленная пигментация, наличие пушковых волос
Наличие многодольчатых сальных желез, слабая болевая чувствительность

2480. Водно-липидная мантия кожи является фактором:

Иммунной реактивности
Защиты;
Терморегуляции
Является патологической субстанцией

2481. Лимит Хейфлика - это:

Определенное количество вирусов на одну клетку
Предельное количество делений клетки до апоптоза
Минимальное количество митохондрий на одну клетку
Минимальное количество капилляров в сосочке кожи

2482. Меланин образуется из:

тироксина
тирозина
тималина
меланоида

2483. Отсутствие пигмента у альбиносов связано с отсутствием:

Меланоцитов
Тирозиназы
Тирозина
Меланосом

2484. Апоптоз в отличие от некроза клеток развивается в результате:

повреждения клеточной мембраны химическими агентами
генетического программирования
повреждения клеточной мембраны физическими факторами
лизиса клетки

2485. Коллагеновые пучки кожи образуют наиболее плотную сложную вязь в:

Гиподерме
Сетчатом слое дермы
Дермоэпидермальном соединение
Эпидермисе

2486. Мужчина 23 лет. После пребывания в отпуске на солнце на коже туловища проступили белые пятна на фоне загорелой кожи. Местами пятна сливаются в сплошные очаги. Субъективные ощущения отсутствуют. Ваш диагноз:

Солнечный лишай
Отрубевидный лишай
Витилиго
Красный плоский лишай

2487. Больная К., 22 года. После возвращения из отпуска и стрессовой ситуации на работе две недели назад заметила появление и исчезновение высыпания по всему телу приступообразного характера с частотой в 2-3 дня, сопровождающиеся зудом и жжением. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала успокаивающие средства без видимого эффекта. Ваш предположительный диагноз:

Нейродермит
Острая крапивница
Пруриго
Токсидермия

2488. Мужчина 43 лет после мытья рук в лунке для подледного лова по возвращении домой заметил изображенные на фотографии изменения на коже кистей, сопровождающиеся онемением и покалыванием. Обратился к Вам за помощью. Ваш диагноз:

Обморожение
Холодовая крапивница
Токсидермия
Холодовая экзема

2489. При механическом раздражении кожи появляются линейно расположенные уртикарные элементы. Как это называется?

Смешанный дермографизм
Дермографическая крапивница
Крапивница от давления
Тактильная крапивница

2490. Ребенку 1,5 года. Периодически появляются зудящие эритематозно-сквамозные очаги преимущественно на лице, иногда на коже голеней и плеч. При соблюдении гипоаллергенной диеты наступает частичное улучшение. Мать страдает бронхиальной астмой. Выберите наиболее вероятный диагноз:

Детская экзема
Атопический дерматит
Пищевая аллергия

Экссудативный диатез

2491. Больная В., 30 лет. Страдает кожным заболеванием около 3-х лет. На коже туловища, в подмышечных и паховых складках многочисленные мелкие изолированные папулы с плоской блестящей поверхностью розовато-фиолетового цвета. В складках испытывает зуд. Сопутствующее заболевание сахарный диабет. Предположите диагноз:

Блестящий лишай
Красный плоский лишай
Простой лишай
Розовый лишай

2492. На слизистой полости рта отмечаются кружевные сетчатые элементы белого цвета. О каком заболевании можно думать?

Псориаз
Красный плоский лишай
Сифилис третичный
Сифилис первичный

2493. Больной Ю., 35 лет, страдает поражением ногтей три года, первый раз обратился к врачу, до этого не лечился. Какие кожные заболевания должны участвовать в дифференциально-диагностических мероприятиях:

Сифилис
Псориаз
Туберкулез
Лепра

2494. Девушка, 15 лет, завела кота. Спустя пару недель заметила высыпания на коже предплечий. Педиатр заподозрил микроспорию. Какие диагностические приемы помогут установить диагноз:

Проведение псориатической триады
Исследование в лучах лампы Вуда
Исследование в лучах эксимерного лазера
Осмотр дерматоскопом

2495. Больной К., 25 лет. Три недели назад в области поясницы возникло болезненное образование с гнойным отделяемым. Что это может быть:

Бугорковый сифилид
Карбункул
Туберкулезный бугорок
Лейшманиозный бугорок

2496. На коже больного имеется сыпь в виде папул розового цвета размером от милиарных до сливающихся в бляшки. Поверхность элементов покрыта небольшим количеством легко спадающих серебристых чешуек. Субъективно без ощущений. Больной страдает гипертонией и сахарным диабетом. Выберите подходящий диагноз:

Каплевидный псориаз

Вульгарный псориаз
Пустулезный псориаз
Экссудативный псориаз

2497. У больного псориазом некоторые псориатические высыпания на коже кистей и предплечий носят явно выраженный линейный характер. Со слов больного в этих местах его царапала домашняя кошка. Выберите походящее название этому явлению:

Болезнь кошачьих царапин
Феномен Кебнера
Линейный псориаз
Симптом Никольского

2498. При диаскопии бугорков туберкулезной волчанки наблюдается желтовато-коричневатая окраска исследуемых элементов. Как называется это явление:

Феномен Кебнера
Феномен яблочного желе
Феномен груши
Феномен стеаринового пятна

2499. Высыпания локализуются только на лице, долгое время были представлены только телеангиоэктазиями, на данный момент отмечается стойкая эритема, на которой расположены многочисленные папулы и пустулы. О каком диагнозе может идти речь?

Себорейный дерматит
Розацеа
Красная волчанка
Вульгарные угри

2500. Какая разновидность твердого шанкра представлена крупным дефектом с приподнятыми краями:

Эрозивный
Язвенный
Карликовый
Отпечаток

2501. Девушка 16 лет страдает высыпаниями на лице, которые представлены на рисунке, на протяжение 1,5 лет, лечение косметическими средствами без удовлетворительного эффекта. Каков Ваш диагноз:

Розацеа
Акне
Себорея
Псориаз

2502. Девушка 18 лет больна неделю. Вначале появилось первое большое пятно, затем остальные, преимущественно на туловище. Субъективных ощущений нет. Поставьте диагноз:

Плоский лишай

Розовый лишай
Красный лишай
Вторичный сифилис

2503. Чем клинически представляется папилломавирусная инфекция?

Широкие кондиломы
Остроконечные кондиломы
Лентикулярные папулы
Чесоточные ходы

2504. Phlebotomus papatasi – какую болезнь его укус сейчас возможно передает человеку:

Мигрирующий миаз
Лейшманиоз
ВИЧ инфекцию
Ветряную оспу

2505. С какого первичного элемента начинает развиваться клиническая картина этого лейшманиоза:

Узел
Бугорок
Пузырек
Папула

2505. Псориатическое поражение всего кожного покрова. Как называется такая разновидность псориаза:

Распространенный псориаз
Псориатическая эритродермия
Инверсный псориаз
Экссудативный псориаз

2507. Сколько слоев выделяют в эпидермисе тыльной поверхности кисти?

5
4
10
3

2508. Какие из перечисленных элементов сыпи могут разрешаться с образованием рубца?

Папула
Бугорок
Эрозия
Волдырь

2509. Какому морфологическому элементу сыпи соответствует следующее определение: уплотнение кожи, возникающее чаще в результате сляиния узелков и длительного расчесывания; проявляется чрезмерным усилением кожного рисунка?

Атрофия
Лихенификация
Корка
Рубец

2510. Какому патоморфологическому процессу соответствует следующее определение: «наличие в клетках рогового слоя ядер, отсутствующих в норме»?

Гиперкератоз
Паракератоз
Акантоз
Спонгиоз

2511. При каком заболевании основным патоморфологическим процессов является акантолиз?

Острая экзема
Вульгарная пузырчатка
Простой герпес
Опоясывающий лишай

2512. Какие клетки НЕ встречаются в эпидермисе:

Клетки Лангерганса
Фибробласты
Кератиноциты
Меланоциты

2513. Какие слои различают в дерме:

Блестящий
Сосочковый
Базальный
Зернистый

2514. Какой вид дермографизма наблюдается в здоровой коже:

Белый
Красный
Смешанный
Отечный

2515.Что воспринимают тельца Фатера – Пачини и Гольджи – Маццони:

Боль
Глубокое давление
Тепло
Холод

2516. Какие участки кожи НЕ относятся к себорейным:

Кожа волосистой части головы
Кожа стоп
Кожа заушной области
Кожа груди

2517. Какие клинические проявления соответствуют картине истинного полиморфизма:

Бугорок, язва, корка, рубец
Пятно, волдырь, пузырь
Узел, язва, рубец
Пузырек, эрозия, корка

2518. Для каких заболеваний характерен гранулез:

Фурункулез
Красный плоский лишай
Истинная экзема
Ихтиоз

2519. Какие вещества могут входить в мазевую основу:

Вода
Ланолин
Спирт
Древесный уголь

2520. Какое вещество в большом количестве содержится в кератиноцитах:

Гиалуроновая кислота
Кератин
Меланин
Элеидин

2521. Какие функции НЕ реализует кожа:

Защитная
Пищеварительная
Дыхательная
Терморегуляторная

2522. Какие морфологические элементы относятся к инфильтративным:

Эрозия
Узел
Везикула
Пузырь

2523. Какие морфологические элементы относятся к полостным:

Папула
Пузырек
Узелок

Волдырь

2524. Какие вторичные морфологические элементы, возникающие не вследствие инволюции первичных морфологических элементов, а самостоятельно:

Эрозия
Вегетация
Корка
Пигментация

2525. Для каких элементов сыпи характерно ослабление или исчезновение окраски при витропрессии:

Экхимозы
Воспалительные пятна
Петехии
Гиперпигментные пятна

2526. Какие лекарственные формы применяют при острых воспалительных процессах с явлениями мокнутия?

Мази, пасты
Примочки, влажные повязки
Пудры, болтушки
Лаки, пластыри

2527. Результатом каких процессов становится образование волдыря:

Инфильтрация дермы
Расширение сосудов
Акантоз
Гиперкератоз

2528. Какие первичные морфологические элементы относятся к полостным:

Узел
Пузырь
Бугорок
Волдырь

2529. Из каких компонентов состоит дерма:

Из кератиноцитов
Из сосудов и нервов
Из адипоцитов
Из меланоцитов

2530. За какой период времени происходит полное обновление клеток эпидермиса:

Более 30 дней
26-28 дней
20-25 дней

10-16 дней

2531. Какие клетки НЕ осуществляют иммунологическую функцию кожи:

Т-лимфоциты
Меланоциты
Клетки Лангерганса
Тучные клетки

2532. Какие клетки относятся к основным в дерме:

Кератиноциты
Фибробласты и фиброциты
Меланоциты
Клетки Лангерганса

2533. Какое определение соответствует понятию «дискератоз»:

Снижение митотической активности клеток эпидермиса
Преждевременное и неполноценное ороговение кератиноцитов
Истончение шиповидного слоя
Утолщение всех слоев кожи

2534. Какой элемент относится к первичным бесполостным:

Пузырь
Волдырь
Корка
Пустула

2535. Какое осложнение может возникать в результате длительного наружного применения глюкокортикостероидных средств:

Гиперпигментация кожи
Атрофия кожи
Гиперкератоз
Шелушение

2536. Какие стадии различают в цикле роста волоса:

Анаген, телоген
Анаген, катаген, телоген
Анаген
Телоген, катаген

2537. При описании локального статуса кожного заболевания учитывают следующие параметры высыпаний:

Сезонность появления
Размер
Возраст появления
Семейная предрасположенность

2538. Какие возбудители кожных и венерических заболеваний НЕВОЗМОЖНО обнаружить с помощью микроскопического исследования:

Патогенные грибы
Вирусы
Клещ демодекс
Чесоточный клещ

2539. Какие разновидности гнойничков Вы знаете:

Папулы
Фликтена
Эрозированная
Вегетирующая

2540. Обменная функция кожи НЕ включает:

Дыхательную
Терморегулирующую
Секреторную
Резорбционную

2541. К иммунокомпетентным клеткам кожи относятся:

Эпителиоциты
Клетки Лангерганса
Адипоциты (жировые клетки)
Себоциты

2542. Эфемерным морфологическим элементом является:

Пузырь
Волдырь
Узел
Пятно

2543. Назовите первичные морфологические элементы при пузырчатке:

Гнойничок
Пузырек
Бугорок
Папула

2544. Белый дермографизм встречается при:

Экземе
Атопическом дерматите
Псориазе
Красном плоском лишае

2545. Пузыри являются первичным морфологическим элементом при:

Псориазе
Пузырчатке
Красном плоском лишае
Склеродермии

2546. При каких заболеваниях кожи в клинической картине можно увидеть корки:

Псориаз
Атопический дерматит
Склеродермия
Красный плоский лишай

2547. Какие нежелательные явления может вызвать системная кортикостероидная терапия:

Понижение уровня глюкозы в крови
Стероидный диабет
Гипопигментация кожи
Понижение артериального давления

2548. В дерматологической практике применяют следующие методы фототерапии:

Криотерапия
Узкополосная УФБ-терапия 308 нм с использованием эксимерного лазера
Озонотерапия
Плазмотерапия

2549. В лечении каких заболеваний применяют фотохимиотерпию:

Актинический кератоз
Псориаз
Розацеа
Красная волчанка

2550. Искусственные пятна образуются в результате:

Повялении воспалительных элементов на коже
Отложения в коже красящих веществ (частиц пыли, угля)
Отложения в коже пигмента
Нарушения проницаемости сосудистых стенок

2551. В результате эволюции пузыря может образоваться:

Язва
Эрозия
Склероз
Рубец

2552. О каком заболевании можно подумать при локализации бляшек и чешуек на коже волосистой части головы:

Себорейный дерматит

Псориаз
Красная волчанка
Трихофития

2553. Какие морфологические элементы составляют клиническую картину псориаза:

Папулы и пустулы
Папулы и бляшки
Папулы и волдыри
Папулы и бугорки

2554. Какие морфологические элементы представлены в клинической картине атопического дерматита:

Язвы
Лихенификация
Узлы
Склероз

2555. Лихенификация образуется в результате:

Разрастания соединительной ткани
Длительного расчесывания
Высыхания отделяемого мокнущей поверхности
Нарушения целостности кожи

2556. Рубцы НЕ бывают:
Нормотрофические
Вульгарные
Келоидные
Атрофические

2557. Перечислите средства для лечения вульгарного сикоза

Антимикотики
Антибиотики
Противовирусные
Системные глюкокортикостероиды

2558. Какие клинические проявления шанкриформной пиодермии помогают отличить ее от твердого шанкра:

Язвенный дефект цвета сырого мяса
Инфильтрат в основании язвы, выходящий за ее пределы
Локализация на половых органах
Скудное серозное отделяемое на поверхности язвы

2559. Развитию гидраденита способствуют:

Пожилой и детский возраст
Повышенная потливость
Грибковая инфекция

Семейная предрасположенность

2560. Показания для назначения системных антибиотиков при одиночном фурункуле:

Единичный элемент
Нарушение общего состояния (лихорадка, недомогание)
Локализация на гениталиях
Наличие сахарного диабета

2561. С какими заболеваниями дифференцируют эпидемическую пузырчатку новорожденных:

Истинной пузырчаткой
Врожденным эпидермолизом
Буллезным импетиго
Аллергическим дерматитом

2562. Контагиозными пиодермиями являются:

Карбункул
Вульгарное импетиго
Фурункул
Гидраденит

2563. Целлюлит – это:

Глубокая стафилодермия
Глубокая стрептодермия с поражением кожи и подкожно-жировой клетчатки
Поверхностная стрептодермия
Поверхностная стафилодермия

2564. Наиболее эффективным методом лечения постскабиозной лимфоплазии является:

20% эмульсия бензилбензоата
Внутриочаговое введение пролонгированных глюкокортикостероидов
Спрей Спрегаль
Торические препараты, содержащие серу

2565. Новежская чесотка – это

Чесотка чистоплотных
Корковая чесотка
Постскабиозная лимфоплазия
Зерновая чесотка

2566. Какие лекарственные препараты чаще всего вызывают лекарственную токсикодермию:

Антигистаминные препараты
Антибиотики
Системные кортикостероидные препараты
Топические кортикостероидные препараты

2567. Какие заболевания могут осложняться пиодермией?

Псориаз
Атопический дерматит
Склеродермия
Красный плоский лишай

2568. Наиболее часто пиодермии вызывают:

Микобактерии
Стафилококки
Пневмококки
Лейшмании

2569. Причинами развития пиодермии НЕ могут быть:

Повреждение эпидермиса
Нормальное состояние кожных покровов
Изменение pH водно-липидной мантии
Перегревание

2570. Укажите, какие хронические заболевания НЕ могут приводить к развитию пиодермии:

Эндокринопатии
Заболевания мочеполовой системы
Заболевания крови
Нарушения витаминного баланса

2571. К поверхностным стафилодермиям относятся:

Вульгарная эктима
Сикоз вульгарный
Паронихия
Вульгарное импетиго

2572. К поверхностным стрептодермиям относятся:

Фурункул
Заеда стрептококковая
Эпидемическая пузырчатка новорожденных
Курбункул

2573. Укажите глубокие формы стафилодермии:

Рожа
Фурункул
Целлюлит
Импетиго

2574. Какие осложнения развиваются при локализации фурункулов на голове и шее:

Сахарный диабет

Менингит
Нефрит
Панкреатит

2575. Укажите глубокие формы стрептодермий:

Шанкриформная пиодермия
Целлюлит
Фолликулит рубцующийся
Рожа

2576. Какие терапевтические назначения целесообразны для больных фурункулезом:

Противогрибковые препараты
Витамины группы В
Глюкокортикостероиды
Цитостатики

2577. Стрептококковые фликтены приурочены к:

Потовым железам
Складкам кожи
Волосяным фолликулам
Сальным железам

2578. Назначение антибиотиков нецелесообразно при:

Глубоких пиодермия
Остиофолликулитах
Рецидивирующих пиодермиях
Абсцессах

2579. Разновидностями стрептококковых пиодермий являются:

Курбункул
Поверхностный панариций
Фолликулит
Гидраденит

2580. Эндогенные факторы, благоприятствующие развитию пиодермий:

Влажный климат
Иммунодефицит
Ношение тесной одежды
Низкий уровень гигиены

2581. Стрептостафилодермии чаще встречаются у больных:

Рассеянным склерозом
Сахарным диабетом
Сифилисом
Псориазом

2582. Глубокая форма стрептодермии - это:

Буллезное импетиго
Эктима вульгарная
Заеда
Околоногтевая фликтена

2583. Для местного лечения пиодермий используют:

Кератолитическаие средства
Анилиновые красители
Болтушки
Кортикостероидные мази

2584. В развитии пиодермий НЕ имеют значение:

Длительное перегревание
Употребление большого количества белковой пищи
Длительное переохлаждение
Микротравмы

2585. Эпидемическая пузырчатка новорожденных - это:

Поверхностная стрептодермия
Поверхностная стафилодермия
Глубокая стрептодермия
Стрептостафилодермия

2586. Стрептококковое импетиго чаще локализуется на:

Гениталиях
Кистях
Нижних конечностях
Волосистой части головы

2587. Целлюлит это:

Поверхностная стрептостафилодермия
Глубокая стрептодермия
Глубокая стафилодермия
Поверхностная стафилодермия

2588. Возбудителями целлюлита чаще являются:

Синегнойная палочка
Стрептококк группы А
Гонококк
Стафилококк aureus

2589. Клиническая картина целлюлита характеризуется:

Лихорадкой
Болезненностью при пальпации в очагах поражения
Общим недомоганием
Зудом

2590. Для рожистого воспаления НЕ характерно:

Лихорадка
Расположение высыпаний по ходу нервов
Болезненность
Эритема с неровными очертаниями («языки пламени»)

2591. Возбудителем хронической язвенно-некротической пиодермии является:

Синегнойная палочка
Стафилококк
Пневмококк
Пневмококк

2592. Дифференциальный диагноз при вульгарном импетиго проводят с:

Атопическим дерматитом
Простым герпесом
Псориазом
Розацеа

2593. Какие исследования необходимо провести при резистентном фурункулезе?

Псориатическая триада
Исследование на антитела к ВИЧ
Исследование на патогенные грибы
Гистологическое исследование

2594. Дифференциальный диагноз вульгарной эктимы проводят с:

Псориаз
Вторичными сифилидами
Пруриго
Экземой

2595. К аричинас развития шанкриформной пиодермии НЕ относят:

Алкоголизм
Психические заболевания
ВИЧ-инфекция
Авитаминоз

2596. Системные антибиотики при пиодермии НЕ назначаются при:

Рецидивирующем характере заболевания
Единичном элементе при локализации на конечностях
Хроническом течении заболевания

Наличии общих явлений

2597. При каких формах пиодермий целесообразно назначение глюкокортикостероидов и цитостатиков:

Фурункул
Язвенно-вегетирующая пиодермия
Карбункул
Вульгарная эктима

2598. Назовите физиотерапевтические методы, используемые в комплексной терапии пиодермий:

Парафиновые аппликации
УФО
Магнитотерапия
Криотерапия

2599. Перечислите средства для лечения гидраденита:

Системные глюкокортикостероиды
Антибиотики
Цитостатики
Противогрибковые средства

2600. Гидраденит сопровождается:

Отсутствием болезненности
Повышением температуры тела
Высыпаниями по ходу нервов
Поражением слизистых

2601. Дифференциальный диагноз гидраденита проводят с:

Вульгарным сикозом
Фурункулом
Псориазом
Эритразмой

2602. Какие пиодермии следует дифференцировать с сифилисом:

Гидраденит
Шанкриформная пиодермия
Фурункулу
Рожа

2603. Женщина 48 лет обратилась к врачу с жалобами на сильный озноб, повышение температуры тела до 39 градусов, болезненность в области левой голени. Из анамнеза выяснилось, что накануне посещала баню. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет, грибковое поражение кожи стоп. При осмотре: левая голень резко отечна, гиперемирована по типу «языков пламени», выражена болезненность. Отмечается увеличение паховых лимфоузлов. Диагноз:

Тромбофлебит
Рожистое воспаление
Целлюлит
Экзема

2604. Мужчина 25 лет обратился к врачу с жалобами на появление болезненного очага поражения в области подбородка, повышение температуры тела до 37,8°. Из анамнеза: 4 дня назад во время бритья поранил кожу подбородка. Не обратил на это внимание. Постепенно стал отмечать появление уплотнения, гиперемии, отечности, болезненности в месте травмы. При осмотре: в области подбородка имеется инфильтрат размером до 2,5 см в диаметре, красно-синюшного цвета, с конусовидным выпячиванием в центре, с пустулой на поверхности. Субъективно: сильная болезненность, общее недомогание, головная боль. В анализе крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ. Диагноз:

Вульгарный сикоз
Фурункул
Карбункул
Абсцесс

2605. На прием к врачу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на появление высыпаний у ребенка на коже лица, кистей. Высыпания появились 3 дня назад. Из анамнеза: ребенок посещает детский сад. В группе у детей имеются подобные высыпания. При осмотре: на коже лица и кистей имеются красные пятна размером до 0,5 см в диаметре, с плоскими тонкостенными пузырями на поверхности некоторых пятен с мутноватым содержимым и венчиком гиперемии по периферии. На местах вскрывшихся пузырей ярко-розовые эрозии, некоторые из которых покрыты светло-желтыми тонкими корочками. Диагноз:

Сухая стрептодермия
Импетиго стрептококковое
Везикулопустулез
Стрептодермия острая диффузная

2606. Женщина 30 лет обратилась к врачу с жалобами на появление болезненности в правой подмышечной области, которая появилась 7 дней назад после бритья подмышечной впадины, повышение температуры тела до 38, общее недомогание, слабость, ограничение движения. При осмотре: в правой подмышечной области имеются узлы багрово-синюшного цвета, конической формы, плотной консистенции, спаянные с окружающими тканями. Субъективно: выражена болезненность и ограничение движения. В ан.крови лейкоцитоз, повышение СОЭ. Диагноз:

Абсцесс
Гидраденит
Эктима вульгарная
Карбункул

2607. Укажите первичные морфологические элементы, НЕхарактерные для экземы?

Эритема

Бугорок
Везикула
Атрофия

2608. Для клинической картины экземы характерно:

Мономофность сыпи
Эволюционный полиморфизи сыпи
Наличие только первичных элементов
Наличие только вторичных элементов

2609. Назовите физиопроцедуры, назначаемые больным экземой
Общие ванны
Иглорефлексотерапия
Плазмотерапия
Лазеротерпия

2610. Для профессиональной экземы характерно:
Наличие высыпаний по ходу нервов
Ремиссия во время отпуска
Связь с психотравмами
Поливалентная сенсибилизация

2611. Назовите клинические формы экземы

Экссудативная
Истинная
Диспластическая
Псориатическая

2612. Назовите клинические признаки, не характерные для истинной экземы:

Упорное течение с частыми рецидивами
Четкие границы очагов
Обострение после стрессовых ситуаций
Сильный зуд

2613. Какие признаки НЕ характерны для дисгидротической экземы?

Частое присоединение бактериальной инфекции
Высыпания по ходу нервов
Симметричность
Упорное течение

2614. В стадии шелушения и корок в наружной терапии экземы используют:

Присыпки
Мази и кремы
Пасты
Растворы для примочек

2615. В патогенезе экземы роль НЕ играют:

Иммунный дисбаланс
Бактериальные антигены
Психоэмоциональные факторы
Генетическая предрасположенность

2616. Патогномоничными для экземы высыпными элементами являются:

Пустулы
Микровезикулы
Чешуйки
Волдыри

2617. Для микробной экземы НЕ характерно:

Симметричность
Географические очертания
Четкие границы
Локализация вокруг ран, трофических и язв

2618. Разновидностями истинной экземы являются:

Нуммулярная
Пруригинозная
Варикозная
Псориазиформная

2619. Назовите стадию экзематозного процесса, отсутствующую при себорейной экземе:

Эритематозная
Везикулёзно-мокнущая
Папулёзная
Сквамозная

2620. Назовите клинические разновидности микробной экземы:

Истинная
Микотическая
Тилотическая
Дисгидротическая

2621. На приеме у дерматолога пациентка 65 лет, у которой после использования косметического крема на коже лица появились эритема и отечность, сопровождающая легким зудом и жжением. Данная клиническая картина характерна для:

Микробной экземы
Аллергического дерматита
Простого дерматита
Токсидермиия

2622. К вам обратилась больная 24 лет, по профессии - медицинская сестра, с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей и предплечий. По ее наблюдениям, высыпания появляются

всякий раз после того, как ей приходится готовить раствор фурациллина. После прекращения контакта с этим препаратом сыпь и зуд быстро исчезают. При осмотре на коже кистей и предплечий– разлитая гиперемия и отечность. Субъективно: зуд, и жжение. О каком заболевании можно думать?

Атопический дерматит
Аллергический дерматит
Истинная экзема
Простой дерматит

2623. По поводу ангины больному был назначен доксициклин, который он неоднократно принимал ранее. На второй день лечения явления ангины стали разрешаться, общее состояние нормализовалось, температура снизилась, однако на коже появилась обильная сыпь в виде розовых пятен, сопровождающаяся жжением. Появление сыпи можно рассматривать как проявление:

Аллергического контактного дерматита
Медикаментозной токсикодермии
Истинной острой экземы
Острой крапивницы.

2624. Укажите лечебные мероприятия, применяемые при медикаментозной токсидермии от перорального приема антибиотика:

Динамическое наблюдение
Прекращение приема медикамента
Противогрибковые средства
Противовирусные средства

2625. При развитии аллергического контактного дерматита необходимо:

Назначить противогрибковые средства
Прекратить использование прежних моющих и косметических средств
Назначить курс криотерапии
Назанчить антибиотикик

2626. Причинами развития контактного аллергического дерматита могут быть:

Высокие температуры
Металлы
Низкие температуры
Ультрафиолет

2627. Простой дерматит может развиться вследствие:
Косметических процедур
УФ-лучей
Контакта со стиральным порошком
Использования декоративной косметики

2628. Назовите факторы, которые чаще всего вызывают аллергический контактный дерматит:

УФ-лучи

Косметические средства
Пищевые продукты
Высокие температуры

2629. Клинические проявления токсикодермий характеризуются разнообразными высыпаниями, за исключением:

Папул
Бугорков
Узлов
Волдырей

2630. Назовите лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие токсико-аллергические реакции:
ГКС
НПВС
Цитостатики
Биологическая терапия

2631. Фиксированная эритема − это медикаментозная токсидермия, обусловленная приемом:

Антибиотиков
Сульфаниламидов
Витаминов группы В
Оральных контрацептивов

2632. Для постановки диагноза какой формы экземы обязательно проводится кожно-аллергическое тестирование:

Микробной
Профессиональной
Истинной
Дисгидротической

2633. У больного 36 лет после сильного нервного переживания на тыле кистей появились участки покраснения и отечности с последующим образованием на этом фоне мелких воспалительных узелков, пузырьков, эрозий с обильным выделением серозной жидкости. Процесс сопровождается сильным зудом. О каком заболевании можно думать?

Аллергическом дерматите
Истинной экземе
Простом дерматите
Микробной экземе

2634. К облигатными раздражителям, вызывающим дерматиты относятся:

Металлы
Механические
Инфекционные
Косметические средства

2635. Назовите нехарактерные для аллергического контактного дерматита признаки:

Воспаление кожи выходит за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя
Четкие границы, очагов поражения
Возникает при повторном контакте с раздражителем
Наличие временного интервала между первым контактом с аллергеном и развитием кожных проявлений.

2636. Простой контактный дерматит характеризуется следующими признаками:

Четким границам
Образованием волдырей
Локализацией в местах контакта с раздражителем
Выраженностью воспаления в зависимости от силы раздражителя

2637. Для истинной экземы патогноманичными симптомами являются:

Четкие границы очагов поражения
Мокнущие эрозии – «серозные колодцы»
Мономорфность сыпи
Образование рубцов

2638. Назовите симптомы, не характерные для клинической картины микробной экземы:

Четкие границы
Географические очертания
Локализация вокруг трофических и пиококковых язв
Импетигинозные корки

2639. Для себорейной экземы НЕхарактерными признаками являются:

Локализация в зонах с усиленным салоотделением
Мокнутие
Шелушение жирными чешуйками
Розовато-желтый оттенок высыпаний

2640. Для профессиональной экземы НЕ характерно:

Поражение кистей
Рецидивы во время отпуска
Симметричность
Быстрый регресс при назначении терапии

2641. Симптомами не, характерными для дисгидротической экземы являются:

локализация высыпаний на ладонях и подошвах
ассиметричность
везикулы с плотными покрышками
Образовавание пузырьков и эрозий

2642. При хронической экземе вне обострения назначают:

примочки

кремы и мази
пасты
аэрозоли

2643. При простом остром дерматите выделяют следующие стадии:

Прогрессирующая
эритематозная
мокнущая
инфильтративная

2644. Какие лекарственные препараты НЕ назначают при острой экземе?

антигистаминные
противогрибковые
диуретики
витамин С

2645. При обострении экземы в стадии мокнутия назначают:

парафиновые аппликации
наружные ГКС
окклюзионные повязки с редуцирующими мазям
пластыри
394. Какие наружные средств НЕцелесообразно назначать при микробной экземе:

комбинированные ГКС-средства
противогрибковые
анилиновые красители
кремы и мази с антибиотиками

2646. Развитию онихомикоза способствует:

Полноценное питание
Ношение тесной обуви
Высокий уровень гигиены
Психические расстройства

2647. Отличие поражения ногтевых пластинок при руброфитии:
Поражается ноготь I пальца стоп
Поражаются все ногти стоп
Поражаются ногти I и V пальцев стоп
Поражаются ногти IV и V пальцев стоп

2648. При гипертрофическом типе онихомикоза наблюдается:
Истончение ногетвой пластинки
утолщение ногтевой пластинки
разрушение и истончение ногтя
отслойка ногтевой пластинки от ложа

2649. При атрофическом типе онихомикоза наблюдается:
утолщение ногтевой пластинки

разрушение и истончение ногтя
ногти становятся тусклыми, желтовато-серого цвета
нормальная форма и толщина ногтя

2650. При нормотрофическом типе онихомикоза наблюдается:
утолщение ногтевой пластинки
нормальная форма и толщина ногтя
ногти становятся тусклыми, желтовато-серого цвета
разрушение и истончение ногтя

2651. Отличие поражения ногтевых пластинок при эпидермофитии:
Поражаются все ногти стоп
Поражаются ногти I и V пальцев стоп
Поражаются ногти IV и V пальцев стоп
Поражаются ногти I и III пальцев стоп

2652. Возбудителем руброфитии гладкой кожи является :
Trichophyton violaceum
Trichophyton rubrum
Trichophyton tonsurans
Microsporum ferrugineum

2653. Возбудителем трихофитии гладкой кожи является:
Trichophyton rubrum
Trichophyton violaceum
Microsporum ferrugineum
Microsporum canis

2654. Возбудителем микроспории гладкой кожи является:
Trichophyton rubrum
Microsporum canis
Trichophyton violaceum
Trichophyton tonsurans

2655. Инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи вызвана:

Trichophyton rubrum
Trichophyton verrucosum
Trichophyton violaceum
Trichophyton tonsurans

2656. Укажите, какими путями осуществляется заражение микроспорией:
Воздушно-капельным
От человека
Через одежду и постель
От насекомых

2657. К группе трихомикозов относятся:

Отрубевидный лишай
Микроспория
Эритразма

Кандидоз

2658. Назовите условно-патогенные возбудители микозов:

Трихофитоны
Питироспорумы
Эпидермофитоны
Микроспорумы

2659. Перечислите клинические формы руброфитии стоп:

Псориазиформная
Сквамозно-гиперкератотическая
Атрофическая
Эритродермическая

2660.Перечислите возбудители патогенной группы (микопатогены), наиболее часто встречающиеся в практике врача миколога:

Дрожжеподобные
Микроспорумы
Актиномицеты
Коринебактерии

2661. Назовите признаки (анатомо-физиологические особенности), НЕхарактерные для дерматофитов:

Выраженная аэробность
Коморбидность с пиококками
Наличие хитина в клеточной оболочке
Способность усваивать кератин

2662. Укажите *экзо*генные факторы риска, способствующие внедрению и развитию патогенных грибов:

Длительное пребывание на солнце
Климатические условия (жаркий, влажный климат)
Воздействие нефтепродуктов на кожные покровы
Влияние пыльцы растений

2663. Укажите эндогенные факторы риска развития микозов:

Глистная инвазия
Иммунодефицитные состояния
Психопатии
Семейная предрасположенность

2664. Какие из перечисленных препаратов НЕ могут оказывать иммуносупрессивное действие на организм и способствовать развитию микозов:

Антибиотики
Антигистамины

Цитостатики
Кортикостероиды

2665. При поверхностных микозах поражаются:

Нервная ткань
Кожа
Мышечная ткань
Подкожно-жировая клетчатка

2666. Назовите места редко поражающиеся при микозах:

Кожа и ногти кистей / стоп
Лицо
Паховая область и половые органы
Туловище

2667. В клиническую классификацию микозов (1976 г.) НЕ входят:

Малассезиозы
ВИЧ-ассоциированные микозы
Дерматофитии
Кандидозы

2668. Дерматофитии это:

Хромомикоз
Эпидермофития
Эритразма
Актиномикоз

2669. Перечислите заболевания, входящие в группу трихомикозов:

Споротрихоз
Трихофития
Актиномикоз
Эритразма

2670. Какой из перечисленных возбудителей вызывает разноцветный лишай:

Epidermophyton flocossum
Malassesia furfur
Candida albicans
Trichophyton rubrum

2671. Используйте методы диагностики разноцветного лишая:

Биопсия очага поражения
Проба Бальцера
Мазки-отпечатки на акантолитические клетки
Псориатическая триада

2672. Назовите клинические признаки, не характерные для разноцветного лишая:

Пятна цвета «кофе с молоком»
Явления атрофии в очагах поражения
Отрубевидное шелушение
Явления псевдолейкодермы

2673. Из перечисленных назовите признаки, НЕ характерные для дерматофитий:

Кератофильность
Локализация по ходу нервов
Контагиозность
Возрастная зависимость

2674. Перечислите клинические типы микотических ониходистрофий:

Псориазиформный
Гипертрофический
Подногтевой
Линейный

2675. Для клинической картины эпидермофитии стоп характерно:

Поражение многих ногтевых пластин стоп
Начало процесса в складке между 3-м и 4-м пальцами стопы
Вовлечение в процесс одновременно обеих стоп
Начало микотического процесса с кистей

2676. При лечении микозов показано применение:

Антибиотиков
Итраконазола
Кортикостероидов
Иглорефлексотерапии

2677. Назначение системных антимикотиков показано при:
Вторичных пиодермиях
Локализации микозов на волосистой части головы
Ладонно-подошвенных формах псориаза
Актиномикозе

2678. Тербинафин (ламизил) относится к препаратам:
Антибактериальным
Фунгистатикам
Системным кортикостероидам
Пробиотикам

2679. Перечислите факторы, НЕспособствующие развитию кандидоза кожи и слизистых оболочек:

Сахарный диабет
Склеродермия

Длительный приём антибиотиков
Ожирение

2680. Укажите клинические формы поверхностного кандидоза:

Кандидоз волосистой части головы
Кандидоз складок кожи
Кандидоз ладоней и подошв
Кандидоз лица

2681. При кандидозных поражениях НЕ вовлекаются:
Углы рта
Волосистая часть головы
Слизистая языка
Головка пениса

2682. В лечении кандидоза применяют:
Антиандрогены (оральные контрацептивы)
Флуконазол
Препараты группы имидазола (трихопол)
Кортикостероидные гормоны

2683. С целью предотвращения заражения микозами назовите меры личной профилактики:

Использование чужих средств личной гигиены
Использование только своей одежды и обуви
Проведение онкопоиска
Игнорирование симптомов

2684. Назовите клинические признаки, характерные для микроспории волосистой части:

Интенсивный зуд
Десквамация (шелушение)
Мокнутие
Образование узлов

2685. Дифференциальный диагноз микроспории проводят с заболеваниями:
Атопический дерматит
Трихофитией
Пиодермией
Отрубевидным лишаем

2686. К псевдомикозам относятся:
Споротрихоз
Эритразма
Фавус
Кандидоз

2687. Дифференциальный диагноз отрубевидного (разноцветного) лишая НЕ проводят со следующми заболеваниями:

Розовым лишаем Жибера

Розацеа
Вторичным сифилисом
Витилиго

2688. Назовите микоз, который встречается наиболее часто при поражении стоп:
Эпидермофития
Руброфития
Микроспория
Актиномикоз

2689. Эритразма наиболее часто локализуется:
В межпальцевых складках
В паховых складках
В углах рта
В ушных раковинах

2690. В лечении кандидоза (в случае неудачной наружной терапии) применяют:
Тербинафин (ламизил)
Итраконазол (орунгал)
Нуклеозиды
Римфапицин

2691. У пациента на подошвах наблюдается муковидное шелушение, преимущественно по ходу кожных борозд, образуя «утрированный» рисунок изменённой кожи (см. фото I). Все ногти стоп серовато-жёлтого цвета, утолщены и частично разрушены. На других участках кожа не изменена. О каком заболевании может идти речь в данном случае?

Псориаз
Руброфития
Актиномикоз
Эпидермофития

2692. Пациентка в возрасте 63 лет страдает сахарным диабетом средней тяжести. При осмотре выявляются заеды углов рта и губ (см. фото III). В глубине складок - розово-красные трещины, имеющие четкие границы. Субъективно: небольшое жжение, болезненность. Для какого заболевания характерна данная клиническая картина?

Вульгарная пузырчатка
Кандидозная заеда
Импетиго
Красный плоский лишай

2693. У 6-летнего ребенка, посещающего подготовительную группу детского сада, выявлена микроспория волосистой части головы и гладкой кожи области лба. Назовите препарат для лечения ребенка:

Нистатин
Гризеофульвин
Ацикловир
Бетаметазон

2694. 27-летний молодой человек после сомнительного полового акта в течение 10-ти дней принимал Цифран по 1 таблетке (250 мг) четыре раза в день. На фоне приёма препарата головка пениса стала красной, блестящей, появились дефекты в виде нитевидных эрозий, создающих кольцевидный рисунок. Процесс сопровождается зудом и жжением. Ваш вероятный диагноз? Какие факторы способствовали развитию процесса?

Урогенитальный хламидиоз
Кандидоз
Трихомонадный баланит
Заражение в процессе полового акта

2695. Какие первичные морфологические элементы встречаются при классическом красном плоском лишае:

Пузыри
Папулы
Бугорки
Водыри

2696. Какая атипичная форма не характерна для красного плоского лишая:

Веррукозная
Некротическая
Кольцевидная
Эрозивно-язвенная

2697. Какая локализация не характерна для красного плоского лишая:

Передняя поверхность голеней
Боковые поверхности шеи
Пояснично-крестцовая область
Слизистая оболочка полости рта

2698. Красный плоский лишай относится к:

Воспалительным мономорфным дерматозам
Микозам гладкой кожи
Вирусным дерматозам
Онкологическим заболеваниям кожи

2699. Синдром Гриншпана-Потекаева - это:

Красный плоский лишай + псориаз +артрит
Красный плоский лишай +сахарный диабет + гипертоническая болезнь
Красный плоский лишай + сахарный диабет + гипотиреоз
Красный плоский лишай + сахарный диабет + гипертиреоз

2700. Какая из атипичных форм красного плоского лишая характерна для синдрома Гриншпана – Потекаева:

Пемфигоидная
Эрозивно-язвенная

Атрофическая
Бородавчатая (веррукозная)

2701. Какой препарат не используется в лечении красного плоского лишая:

Плаквенил (хинолины)
Кетоконазол (антимикотики)
Преднизолон (глюкокортикостероиды)
Неотигазон (ретиноиды)

2702. Розовый лишай – заболевание:
Высококонтагиозное, рецидивирующее
Неконтагиозное, не рецидивирующее
Особо опасная инфекция кожи
Микотическая инфекция

2703. Характерная локализация высыпаний при розовом лишае:

На лице
Туловище (по линиям Лангера)
На стопах
На слизистой оболочке полости рта

2704. Какое осложнение характерно для розового лишая:

Некротизация
Экзематизация
Малигнизация
Индурация

2705. С какого образования дебютирует розовый лишай Жибера:

С папулы
С «материнской бляшки»
С волдыря
С «дежурной» бляшки

2706. На приём к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина, 31 года, с жалобами на высыпания в области разгибательных поверхностей предплечий и голеней, без субъективных ощущений. При осмотре выявлены инфильтрированные бляшки, покрытые сухими чешуйками. Ваш диагноз:

Розовый лишай
Псориаз
Разноцветный лишай
Экзема

2707. Разновидностями пустулёзного псориаза являются:
Псориатическая эритродермия
Псориаз ладоней и подошв Барбера
Псориаз себорейный
Псориаз каплевидный

2708. Какие патоморфологические изменения наиболее характерны для прогрессирующей стадии псориаза:

Акантоз
Микроабсцессы Мунро
Папиломатоз
Паракератоз

2709. Какой препарат наиболее показан в лечении псориатического артрита:

Циклоспорин А
Метотрексат
Азатиоприн
Неотигазон

2710. Какой метод терапии противопоказан при лечении летней формы псориаза:

Терапия ретиноидами
ПУВА-терапия
Бальнеотерапия
Терапия иммунобиологическими препаратами

2711. Что из нижеперечисленного характерно для псориаза в стадии ремиссии:

Милиарные папулы
«Дежурные» бляшки
Интенсивный зуд
Экскориации

2712. Какая локализация псориаза в наибольшей степени снижает индекс качества жизни больного:

Голени
Волосистая часть головы
Пояснично-крестцовая область
Живот

2713. Что является определяющим при выборе средств для наружной терапии псориаза:

Стоимость препарата
Стадия и форма псориаза
Активная рекламная компания
Желание пациента

2714. В местной терапии псориаза применяются все действующие вещества, кроме:
Салициловой кислоты
Кетоконазола
Нафталана
Бетаметазон

2715. Псориатическая эритродермия НЕ возникает в результате:

Самолечения
Применения низких концентраций кератолитиков
Применения в прогрессирующей стадии редуцирующих средств
Избыточной инсоляции и передозировки УФ-лучей

2716. При псориазе чаще встречаются следующие коморбидные состояния:

Почечная недостаточность
Сахарный диабет
Рассеянный склероз
Гипотериоз

2717. Какие феномены и симптомы характерны для псориаза?
Симптом Никольского
Феномен «кровяной росы»
Симптом Ядассона
Симптом Бенье-Мещерского

2718. Псориатическую эритродермию необходимо дифференцировать с:

Синдромом Лайелла
Лимфомой кожи
Атопическим дерматитом
Красным плоским лишаем

2719. Патогенетически обоснованными в лечении псориаза являются следующие препараты:

Антибиотики
Иммунобиологические препараты
Антимикотики
Противовирусные

2720. Для типичных высыпаний при красном плоском лишае характерно:
Шелушение жирными чешуйками
Сиреневатый оттенок
Периферический рост
Положительный симптом Никольского

2721. В патогенезе псориаза роли НЕ играет:
Девиации цитокинового профиля
Поливалентной сенсибилизации
Нарушению дифференцировки кератиноцитов
Наличию триггерных факторов

2722. Ладонно-подошвенный псориаз необходимо отличать от:
Простого дерматита
Папулезных сифилидов
Аллергического дерматита
Вульгарной пузырчатки

2723. Среди провоцирующих факторов в развитии красного плоского лишая можно выделить:

Профессиональные вредности
Наследственные
Сахарный диабет
Псориаз в семейном анамнезе

2724. К атипичным формам розового лишая НЕ относятся:

Буллезная
Псориазиформная
Везикулезная
Гемморагическая

2725. Обострению розового лишая НЕ способствуют:
Ношение тесной и грубой одежды
Злоупотребление экстрактивных веществ (кофе, шоколад и др.)
Водные процедуры
Местное лечение дегтем и серой

2726. Какая локализация не характерна для розового лишая?
Туловище
Волосистая часть головы
Конечности
Шея

2727. При поражении слизистой оболочки полости при красном плоском лишае высыпания имеют:

Ярко-розовый цвет
Сетчатый характер
Восковидный блеск
Пупковидное вдавление

2728. Для бляшек при веррукозной форме красного плоского лишая характерно:
Насыщенно красный цвет
Локализация на передней поверхности голеней
Выраженное шелушение
Образование пузырей

2729. Сетка Уикхема при красном плоском лишае появляется в результате:
Гиперкератоза
Очагового гранулеза
Вакуольной дистрофии
Спонгиоза

2730. Себорейный псориаз имеет следующие клинические признаки:
Локализация на груди и в межлопаточной области
Наличие «псориатической короны»
Пустулезные элементы
Локализация на ладонях и подошвах

2731. Для прогрессирующей стадии псориаза характерно:

Отсутствие периферического роста
Ободок Пильнова
Синюшный оттенок высыпаний
Регресс высыпаний

2732. Каплевидный псориаз развивается часто после:
Чрезмерной инсоляции
Ангины
Употребления в пищу большого количества цитрусовых
Травмирования кожных покровов

2733. Феномен Кебнера – это:
Появление на крупных бляшках сероватых точек и полосок при смазывании маслом
Появление новых папул на месте травмирования кожи
Появление точечного кровотечения в месте поскабливания
Поражение ногтей в виде точечных углублений

2734. С какими заболеваниями дифференцируют красный плоский лишай?
Чесоткой
Токсикодермией
Атопичсекий дерматит
Склеродермия

2735. Укажите вирус, вызывающий орофациальный герпес:
ВПГ - 2
ВПГ - 1
Вирус Varicella Zoster
ВПЧ - 2, 3

2736. Какие из ниже перечисленных вирусных заболеваний кожи НЕ имеют вирусную этиологию?

Остроконечные кондиломы
Псориаз
Вульгарные бородавки
Генитальный герпес

2737. Резервуаром вируса простого герпеса у человека являются:

Слезные железы
Ганглий тройничного нерва
Коньюнктива
Сальные железы

2738. Причинами реактивации герпетической инфекции могут служить:

Глистные инвазии
Переохлаждение
Повышение АД
Болезнь Крона

2739. Укажите клинические формы первичного простого герпеса 1 типа:

Генитальный герпес
Лабиальный герпес
Опоясывающий герпес
Рецидивирующий генитальный герпес

2740. Укажите вирусные заболевания, передающиеся половым путем:
Опоясывающий герпес
Остроконечные кондиломы
Подошвенные бородавки
Плоские бородавки

2741. Какие морфологические элементы, характерны для простого герпеса:
Волдыри, узлы
Везикулы, эрозии, корки
Папулы, лихенификация
Чешуйки, пятна

2742. Возникновению остроконечных кондилом НЕ могут способствовать:
Несоблюдение правил личной гигиены
Артериальная гипертензия
Выделения из гениталий
Иммунодефицитные состояния

2743. Излюбленная локализация контагиозного моллюска у детей:
Туловище
Тыльная поверхность кистей
Волосистая часть головы
Внутренняя поверхность бедер

2744. Клинические проявления НЕ характерные для опоясывающего герпеса:
Высыпания по ходу нервных волокон
Отсутствие боли
Сгруппированные пузырьки с напряженной покрышкой
Лихорадка, слабость, головная боль

2745. Какие формы опоясывающего герпеса относятся к атипичным:
Элефантиазоподобная
Буллезная
Склеродермоподобная
Рецидивирующая

2746. Укажите клинические формы простого герпеса:
Буллезная
Зостериформная
Псориазиформная
Токсикодермическая

2747. Для герпетического гингивостоматита НЕ характерны следующие признаки:
Встречается от 1 до 3 лет
Образование язвенных дефектов
Повышение температуры

Гиперемия и отек слизистых оболочек щек, нёба, губ

2748. Вирусами вызываются:
Красный плоский лишай
Герпес
Псориаз
Атопический дерматит

2749. Для опоясывающего герпеса характерно:
Псориазиформные высыпания
Боли по ходу нервных стволов
Диффузные высыпания
Расположение высыпаний по линиям Лангера

2750. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать простой герпес:

Третичный сифилис
Опоясывающий герпес
Контагиозный моллюск
Псориаз

2751. Остроконечные кондиломы следует дифференцировать с:
Вульгарной пузырчаткой
Широкими кондиломами
Плоскими бородавками
Красным плоским лишаем

2752. Для контагиозного моллюска первичным элементом является:

Узел
Узелок
Вегетация
Пятно

2753. Герпетиформная экзема Капоши возникает у больных, страдающих:

Псориазом
Атопическим дерматитом
Истинной акантолитической пузырчаткой
Розовым лишаем

2754. Вирус герпеса может поражать все, кроме:

Кожу
Лимфатическую систему
Слизистые оболочки
Центральную нервную систему

2755. Простой герпес необходимо дифференцировать с:

Псориазом
Стрептококковым импетиго

Листовидной пузырчаткой
Красным плоским лишаем

2756. Больная, 36 лет, обратилась с жалобами на регулярное, совпадающее с месячными, появление сыпи на коже ягодиц. Высыпания сопровождаются легким зудом. Они существуют около недели и самостоятельно исчезают. При осмотре - на коже ягодиц сгруппированные пузырьковые высыпания на отечном гиперемированном фоне. Сформулируйте диагноз:

Аллергический дерматит
Простой герпес
Герпетиформный дерматит Дюринга
Опоясывающий герпес

2757. Какие клинические признаки характеры для типичной формы опоясывающего герпеса:

Некроз
Эритема
Пузыри
Расположение высыпаний по линиям Лангера

2758. Какой вирус приводит к возникновению вульгарных бородавок:
ВПЧ 1, 4
ВПЧ 2, 3
ВПЧ 6
ВПЧ 11, 16

2759. Сколько длится инкубационный период при первичном герпесе:

2 недели
1-8 дней
1 месяц
1.5 месяца

2760. Различают следующие атипичные формы простого герпеса:

Псориазиформная
Геморрагическая
Буллезная
Лентикулярная

2761. Больной 18 лет обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на коже кистей. При осмотре на тыльной поверхности кистей отмечаются множественные, четко отграниченные, плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи полушаровидные невоспалительные узелки грязно-серого цвета, с желтоватым оттенком, около 5 мм в диаметре, с неровной шероховатой поверхностью. Поставьте диагноз:

Плоские бородавки
Вульгарные бородавки
Омозолелости
Веррукозная форма КПЛ

2762. У больной 15 лет, страдающей атопическим дерматитом, повысилась температура тела до 39,2˚ С, резко ухудшилось общее состояние. На фоне очагов атопического дерматита на лице и в локтевых сгибах появились множественные пузырьки, часть из которых носит вариолиформный характер. Центральная зона некоторых везикул некротизируется, образуя геморрагические корки. Дерматологом по месту жительства выставлен диагноз герпетическая экзема Капоши. Какие препараты следует назначить в данном случае:

Системные антимикотики
Синтетические нуклеозиды
ПУВА – терапия
Системные глюкокортикостероиды

2763. Какие диагностические методы лишние для подтверждения диагноза простого герпеса:

Цитологический метод
Микроскопия в темном поле
ПЦР диагностика
Иммуногистохимический метод

2764. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз простого герпеса:

Истинная акантолитическая пузырчатка
Герпетиформный дерматит Дюринга
Псориаз
Истинная экзема

2765. Какой вирус вызывает генитальный герпес:
ВПГ 1
ВПГ 2
Molluscum contagiosum virus
ВПЧ 5, 10

2766. Каким путем происходит передача опоясывающего герпеса:
Алиментарным
Воздушно-капельным
Трансмиссивным
Половым

2767. Мази, обладающие противовирусным действием:
Дерматоловая
Оксолиновая
Висмутовая
Салициловая

2768. Какие гистологические признаки НЕ характерны для простого герпеса:

Внутриэпидермальные везикулы
Спонгиоз
Баллонирующая дегенерация клеток шиповатого слоя
Многоядерные клетки с эозинофильными включениями

2769. Что необходимо назначить больному простым герпесом:

Мазь Элоком
Мазь Ацикловир
Серно-салицил-резорциновая паста
Крем Ламизил

2770. Какой вирус является причиной возникновения опоясывающего герпеса:
ВПЧ 2, 3
Virus varicella zoster
ВПГ 1
ВПГ 2

2771. Сколько составляет длительность профилактического лечения частых рецидивов простого герпеса:

Неделя
4-6 месяцев
2 недели
1 месяц

2772. Укажите излюбленную локализацию вульгарных бородавок:
Волосистая часть головы
Пальцы рук
Коленные суставы
Лицо

2773. Какие методы применяют для лечения остроконечных кондилом:
Системные глюкокортикоиды
Лазерная деструкция
Цитостатики
Противогрибковые

2774. Каким путем происходит передача вируса контагиозного моллюска:
Воздушно-капельным
Контактно-бытовым
Половым
Гематогенным

2775. Какой первичный элемент характерен для клинической картины контагиозного моллюсква:

Везикула
Папула
Вегетация
Лихенификация

2776. Какое лечение необходимо провести ребенку, больному контагиозном моллюском:

Гормональная терапия
Изоляция от здоровых детей
УЗИ внутренних органов
Антибиотиотерапия

2777. Что НЕ относится к предрасполагающим факторам возникновения опоясывающего герпеса:

Переохлаждение
Наличие микоза стоп
Болезни крови
Прием иммуносупрессивных препаратов

2778. Что из нижеперечисленного НЕ относится к клиническим проявлениям опоясывающего герпеса:

Локализация высыпаний по ходу нервных волокон
Локализация по линиям Лангера
Продромальные явления
Невралгические боли

2779. Что НЕ относится к осложнениям опоясывающего герпеса:
Постгерпетические невралгии
Нарушение водно-электролитного баланса
Вторичная пиодермия
Менингоэнцефалит

2780. Что относится к патоморфологическим изменениям при опоясывающем герпесе:

Акантолиз
Внутриэпидермальные везикулы
Неравномерный акантоз
Гиперкератоз

2781. Укажите методы диагностики НЕ применяемые для постановки диагноза опоясывающего герпеса:

Реакция прямой иммунофлюоресценции с моноклональными антителами
РИБТ
Выделение вируса в культуре клеток
Гистологическое исследование биоптата

2782. Какие препараты могут применяются в профилактических целях при простом герпесе:

Тербинафин
Интерферон
Метотрексат
Азатиоприн

2783. При каких состояниях НЕвозможно возникновение рецидива опоясывающего герпеса:

Приём цитостатиков
Наличие микоза стоп
Приём антибиотиков
Приём иммуносупрессоров

2784. Основные клинические признаки вульгарных бородавок:
Розовато - красноватый цвет
Полушаровидная форма
Полигональные очертания
Наличие положительного симптома Никольского

2785. В патогенезе вульгарных угрей значения НЕ имеет:
Гиперпродукция кожного сала
Паралитическое расширение мелких сосудов
Абсолютная или относительная гиперандрогения
Активность Propionibacterium acnes

2786. Клиническими разновидностями акне являются все нижеперечисленные, кроме:

Медикаментозные акне
Себорейные акне
Юношеские акне
Поздние акне у женщин

2787. Розацеа характеризуется всем перечисленным, кроме:
Пустул
Комедонов
Локализации на лице
Телеангиэктазии

2788. Для себорейного дерматита характерны признаки:
Везикул и пузырей
Шелушения жирными чешуйками в очагах эритемы
Лихенификации и лихеноидных полигональных папул
Поражения локтевых и подколенных складок, ладоней

2789. Розацеа следует дифференцировать с:
Псориазом
Дискоидной красной волчанкой
Склеродермией
Красным плоским лишаем

2790. Выделяют следующие разновидности розацеа:
Псориаиформная
Папулопустулезная розацеа
Сквамозно-гиперкератотическая
Зостериформная

2791. В терапии розацеа используют:
Бетаметазон
Доксициклин
Дипроспан
Преднизолон

2792. В терапии тяжелых форм акне применяют:
Бетаметазон
Изотретиноин

Метронидазол
Иммуномодуляторы

2793. В патогенезе розацеа имеют значение следующие факторы, кроме:
Ангионевротических расстройств
Непереносимости глютена
Заболеваний желудочно-кишечного тракта
Эндокринопатий

2794. Вместной терапии акне целесообразно использование всех нижеперечисленных средств, кроме:

Местных ретиноидов
Местных стероидов
Бензоила пероксида
Салициловой кислоты

2795. К врачу обратилась женщина 54 лет с жалобами на высыпания на коже лица, которые впервые появились около года назад и через некоторое время самостоятельно разрешились. Через полгода осенью после длительной инсоляции во время пребывания на даче отметила появление нарастающего стойкого покраснения кожи лица, а затем сыпи. Из анамнеза: с детства легко и быстро краснела. Менопауза в течение 2-х лет. При осмотре: высыпания представлены застойно-синюшной эритемой с большим количеством телеангиэктазий, которые локализуются только на коже лица, преимущественно в области щек, носа и подбородка, где кроме того имеются довольно многочисленные плоские лентикулярные папулы и единичные нефолликулярные пустулы. Субъективно: легкий зуд.

Дискоидная волчанка
Розацеа
Акне
Импетиго вульгарное

2796. К вам обратился мужчина 27 лет с жалобами на покраснение кожи лица, которое появилось 2 года назад. Из анамнеза: самостоятельно пользовался различными кортикостероидными кремами и мазями, в том числе фторокортом, флуцинаром, целестодермом В и др. Отмечает положительный эффект от проводимой терапии, однако любая попытка отказаться от стероидной мази приводит к ухудшению кожного заболевания, при этом наблюдается значительное усиление покраснения кожи лица, отек, появление чувства жжения. Считает, что единственно возможным способом поддержания достойного эстетического вида кожи являются кортикостероидные средства. Последнее время использует дермовейт. При осмотре: кожа щёк, носа застойно гиперемирована с большим количеством синюшных телеангиэктазий. Субъективно: лёгкий зуд, чувство стягивания кожи, жжение.

Дискоидная волчанка
Розацеа
Периоральный дерматит
Акне

2797. Какие подтипы розацеа выделяют:

Сквамозно-гиперкератотическая
Инфильтративно-гипертрофическая

Некротическая
Гиперкератотическая

2798. Обратилась девушка 27 лет с жалобами на высыпания на коже лица, которые впервые появились в возрасте 15 лет. Лечилась у дерматологов с диагнозом себорея, применяла различные косметические средствами для проблемной кожи лица с временным эффектом. Из семейного анамнеза: у матери кожа лица жирная, пористая. При осмотре: кожа лица тонкая, на ощупь жирная, шероховатая, имеет желтоватый оттенок за счет нежных прозрачных чешуек в Т-образной зоне и на висках. На носу, подбородке, в межбровье – многочисленные закупоренные комедонами устья волосяных фолликулов, в области щек закрытые комедоны – милиумы, мелкие папулы и пустулы, единичные рубчики, пигментированные пятна. Немногочисленные подобные высыпания имеются в верхней части груди спины. Субъективных ощущений нет. Какие факторы могли способствовать длительному и упорному течению болезни?

Наличие перенесенных детских инфекционных болезней
Патология эндокринной системы
Психические заболевания
Болезненность в суставах

2799. Субъективно офтальморозацеа НЕ характеризуется:
Зудом
Нарушением зрения
Жжением
Болезненностью

2800. У молодого человека 17 лет на фоне повышенной сальности кожи лица, верхней трети спины и груди, где видны многочисленные комедоны, периодически появляются гнойнички и узелки, не сопровождающиеся существенными субъективными ощущениями. Ваш диагноз:

Розацеа, пустулезная стадия
Вульгарные угри
Фурункулез
Вторичный сифилис

2801. Больной 17 лет предъявляет жалобы на высыпания на лице, спине. Субъективные ощущения отсутствуют. Сопутствующие заболевания отрицает. В анамнезе у отца в переходном возрасте была угревая болезнь. Считает себя больным с 13 лет, когда без видимой причины появились множественные мелкие высыпания на лице. Постепенно процесс принял более распространенный характер. Из опроса больного выяснено, что он злоупотребляет шоколадными конфетами и булочками. Лечился амбулаторно, применял клерасил, спиртовые лосьоны, с незначительным эффектом. При осмотре на коже лица и спины наблюдаются множественные поверхностные элементы сыпи, имеют конусовидную форму, многие пронизаны волосом в центральной части, где просвечивает гнойное содержимое, диаметр их составляет 1-5 мм. На месте бывших элементов не остается стойких изменений кожи. Дайте определение первичному морфологическому элементу сыпи.

Фликтена
Фолликулярная пустула
Пузырек
Эктима

2802. Для наружной терапии стероидной розацеа рекомендуется использовать все, кроме:

Метронидазол
Элоком
Скинорен
Розамет

2803. Укажите какая локализация сыпи характерна для розацеа?
На коже лица и волосистой части головы
Исключительно на коже лица
На коже лица и верхней части груди и спины
В складках кожи

2804. Развитию себорейного дерматита НЕ способствуют:
Наследственная предрасположенность
Наличие микоза стоп
Нарушение равновесия между эстро- и андрогенными гормонами
Повышенная экскреция кожного сала

2805. Наиболее выражены проявления себорейного дерматита на участках кожного покрова:

Гениталий
Лица
Верхних конечностей
Нижних конечностей

2806. Дифференциальный диагноз себорейного дерматита проводят с:
Атопическим дерматитом
Микозом гладкой кожи
Красным плоским лишаем
Склеродермией

2807. Какие физиотерапевтические процедуры НЕ эффективны в лечении розацеа:

Дермабразия (шлифование)
ПУВА-терапия
Диатермокоагуляция
Лазеродеструкция сосудов
Криотерапия жидким азотом

2808. По характеру элементов выделяют угри:
Медикаментозные
Конглобатные
Детские
Псориазиформные

2809. При легкой степени тяжести угревой болезни используют:
Системные антибиотики
Топические антибиотики
Изотретиноин
Бетаметазон

2810. При тяжелых формах акне, а также в случае неэффективности лечения используют системные ретиноиды (изотретиноин), которые обычно назначают на срок:

2-3 недели
6-12 месяцев
3-4 недели
3-4 месяца

2811. В местной терапии вульгарных угрей используют:
Целестодерм В с гарамицином
Базирон АС
Адвантан
Ламизил

2812. Какова профилактика рецидивов розацеа:
Длительные занятия физической нагрузкой
Фотозащитные средства с максимальным индексом фотозащиты
Курортное лечение на Черноморском побережье Крыма
Использование спиртсодержащих наружных средств

2813Дисплазия
Телеангиэктазии
Лихенификация
Экскориации

2814. Клиническая картина розацеа включает следующие признаки:
Очаги фолликулярного гиперкератоза
Эритема с множественными телеангиэктазиями
Расположение высыпаний по линиям Лангера
Рубцевание

2815. В лечении вульгарных угрей используют все процедуры, кроме:
Пилинга
ПУВА-терапии
Механической чистки
Криомассажа жидким азотом

2816. Укажите типичный возраст появления вульгарных угрей:
Пожилой
Юношеский
Зрелый
Младший школьный

2817. Акне представляет собой:
Гнойное воспаление эккринной потовой железы
Гнойное воспаление сальной железы
Гнойное воспаление устья волосяного фолликула
Гнойное воспаление всего волосяного фолликула

2818. В патогенезе вульгарных угрей существенное значение имеют все факторы, кроме:

Микробной обсемененности
Паралитического расширения мелких сосудов
Изменения количества кожного сала
Изменения качества сала

2819. К тяжелым осложнениям вульгарных угрей относятся все, кроме:
Келоидных рубцов
Гипертрихоза
Психоэмоциональных расстройств
Длительного рецидивирующего течения, резистентного к терапии

2820. К клиническим признакам вульгарных угрей НЕ относятся:
Наличие комедонов
Атрофия кожи
Локализация на лице, спине, груди
Эволюционный полиморфизм высыпаний

2821. Развитию и тяжелому течению себореи НЕ способствуют:
Наследственная предрасположенность
Наличие микоза стоп
Эндокринопатии
Употребление в пищу большого количества экстрактивных веществ и углеводов

2822. В лечении себорейного дерматита применяют:
Противовирусные средства
Системные антимикотические средства
Системные глюкокортикостероиды
Дипроспан

2823. Какие из нижеперечисленных средств НЕ могут вызвать появление медикаментозных угрей:
Препараты брома
Ретиноиды
Анаболические стероидные гормоны
Противосудорожные препараты

2824. К традиционным средствам терапии розацеа относят:
Кальципотриол
Метронидазол
Дайвобет
Дипроспан

2825. Периоральным дерматитом чаще страдают:
Женщины в возрасте 40-60 лет
Женщины в возрасте 20-30 лет
Дети, первый год жизни
Женщины после 60 лет

2826. Нередко при розацеа выявляется:
Дрожжеподобные грибы Pityrosporum ovale
Клещ Demodex folliculorum

Клещ Sarcoptes scabiei
Пузатый клещ зерновой чесотки

2827. Выберите заболевания (одно или несколько), где провоцирующим фактором является злоупотребление стероидными мазями:

Масляные угри
Периоральный дерматит
Атерома
Атопический дерматит

2828. Среди провоцирующих факторов в развитии периорального дерматита важную роль играет использование:

Наружных антимикотикотических средств
Фторированных топических ГКС
Наружных ретиноидов
Местных противовирусных препаратов

2829. Развитию периорального дерматита НЕ способствуют:
Стресс
Наличие микоза стоп
Патология ЖКТ
Эндокринная патология

2830. Клиническая картина периорального дерматита представлена:
Комедонами
Гиперемией кожи
Фолликулярными пустулами
Пузырьками

2831. Среди субъективных ощущений, сопровождающих периоральный дерматит, НЕ отмечают:

Резкое жжение
Боль
Горение
Зуд

2832. Дифференциальный диагноз периорального дерматита проводится со следующими заболеваниями:

Псориаз
Розацеа
Красный плоский лишай
Склеродермия

2833. Лечение периорального дерматита включает в себя:
Кортикостероидные мази
Докисциклин
Дипроспан
Ацикловир

2834Дипросаликом
Метронидазолом
Азелаиновой кислотой
Дифферином

2835. При истинной акантолитической пузырчатке триггерными факторами НЕ могут быть:

Стресс
Глюкокортикостероиды
Пищевые продукты, содержащие в своем составе группу тиола или танины
Длительный контакт с различными химическими веществами

2836. Клиническими формами истинной акантолитической пузырчатки являются:

Псориазиформная
Листовидная
Герпетиформная
Эритродермическая

2837. Типичным для вульгарной пузырчатки является следующий первичный морфологический элемент:

Узелок
Напряженный мелкий пузырь
Напряженный крупный пузырь
Папула

2838. Больная, 45 лет, обратилась с жалобами на появление мелких напряженных пузырей и эрозий. Субъективные ощущения отсутствуют. Больна в течение трех недель. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре - на неизмененной коже спины, грудной клетки, верхних конечностей выявляются мелкие напряженные пузыри, эрозии с ярко-розовым дном, резкими границами, некоторые покрыты корочками. При потягивании эпидермиса в сторону неизмененной кожи наблюдается отслойка эпидермиса. Укажите предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

2839. При вульгарной пузырчатке в процессе клинической эволюции элементов возникают следующие вторичные морфологические элементы:

Язва
Корка
Рубец
Атрофия

2840. Первичный морфологический элемент кожи при дебюте вульгарной пузырчатки располагается

По краю рубца
На неизмененной коже
На поверхности бляшки
На фоне эритемы

2841. При дебюте вульгарной пузырчатке пузыри и эрозии могут иметь следующую локализацию

Стопы
Слизистая оболочка гениталий
Кисти
Нижние конечности

2842. При истинной акантолитической пузырчатке поражение слизистой оболочки полости рта сопровождается следующими субъективными ощущениями:

Жжением
Болезненностью
Зудом
Парестезиями

2843. Клинические проявления вегетирующей пузырчатки на коже изначально локализуются

На тыльной поверхности кистей
Вокруг естественных отверстий
На волосистой части головы
На стопах

2844. При вегетирующей пузырчатке типа Аллопо первичным морфологическим элементом сыпи является:

Везикула
Пустула
Бугорок
Воспалительное пятно

2845. Больной с предположительными диагнозами истинная акантолитическая пузырчатка, буллезный пемфигоид Левера при проведении реакции прямой иммунофлюоресценции была выявлена фиксация IgG в межклеточной субстанции преимущественно в шиповатом слое эпидермиса, незначительное количество – в базальном. Укажите диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

2846. Паранеопластическая пузырчатка развивается у больных, страдающих следующей патологией:

Диабет
Лимфопролиферативные заболевания крови
Болезнь Крона

Синдром Шегрена

2847. Больной Б., 50 лет, обратился с жалобами на высыпания, локализующиеся преимущественно на коже лица, волосистой части головы, грудной клетки, спины, рук. Субъективно: боль в области высыпаний. Болен около месяца. При осмотре: сыпи представлена преимущественно обширными эрозиями, покрытыми корками и чешуйками. На видимо неизмененной коже единичные вялые пузыри до 1,5 см в диаметре и мелкие напряженные с прозрачным или гнойным содержимым. При обследовании больного диагноз истинной акантолитической пузырчатки был подтвержден, выявлена опухоль легкого с метастазами во внутригрудные лимфоузлы. Назовите клиническую разновидность истинной акантолитической пузырчатки у данного больного.

Вульгарная
Паранеопластическая
Вегетирующая
Листовидная

2848. Какие феномены и симптомы характерны для истинной акантолитической пузырчатки:

Сетка Уикхема
Симптом «груши»
Феномен «кровяной росы»
Симптом Бенье-Мещерского

2849. В основе феномена Никольского лежит:

Гранулез
Акантолиз
Паракератоз
Акантоз

2850. При цитологическом исследовании акантолитические клетки обнаруживают при:

Герпетиформном дерматите Дюринга
Истинной акантолитической пузырчатке
Сифилитической пузырчатке
Экземе

2851. Для подтверждения диагноза истинной акантолитической пузырчатки необходимо провести следующее лабораторное исследование:

РИБТ
Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам
Исследование содержимого пузыря на эозинофилы

2852. Основным патогистологическим признаком истинной акантолитической пузырчатки является:

Спонгиоз
Акантолиз
Акантоз

Гиперкератоз

2853. При патогистологическом исследовании биоптата кожи при вульгарной пузырчатке пузырь выявляют:

На уровне базальной мембраны эпидермиса
Над базальным слоем эпидермиса
Под роговым слоем эпидермиса
В средних отделах дермы

2854. При постановке реакции прямой иммунофлюоресценции при истинной акантолитической пузырчатке иммуноглобулины (Ig) определяют:

В базальной мембране эпидермиса
В межклеточных мостиках шиповатого слоя эпидермиса
В виде гранул на верхушке сосочков дермы
В мембране сосудов дермы

2855. Наиболее эффективным препарат для лечения истинной акантолитической пузырчатки является:

Эритромицин
Преднизолон
Бисептол
Рифампицин

2856. Основными клиническими проявлениями буллезного пемфигоида Левера являются:

Локализация сыпи на лице, груди, межлопаточной области
Отрицательный симптом Никольского
Вялые пузыри, расположенные на видимо здоровой коже
Положительный симптом Никольского

2857. Больная М., 65 лет, обратилась с жалобами на крупные напряженные пузыри и эрозии, расположенными на фоне эритемы. Субъективно: болезненность в области эрозий. При осмотре: локализация сыпи по всему кожному покрову. На фоне эритемы – крупные и мелкие напряженные пузыри до 5 см в диаметре, с прозрачным содержимым; эрозии с резкими границами, ярко-розовым дном. Феномен Никольского отрицательный. При обследовании у больной была выявлена фиксация IgG и С3 компонента комплемента в области базальной мембраны. Поставьте диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес

2858. Укажите патогномоничный уровень фиксации аутоантител при буллезном пемфигоиде Левера:

Фиксация IgG в межклеточном пространстве шиповатого слоя эпидермиса;
Фиксация IgG в базальной мембране эпидермиса;
Фиксация IgM в стенках сосудов дермы

Фиксация IgG и IgA в сосочках дермы

2859. Для подтверждения диагноза буллезного пемфигоида Левера необходимо провести следующее лабораторное исследование:
Цитологическое исследование мазков-отпечаток
Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам
Цитологическое исследование содержимого пузыря для выявления эозинофилов

2860. Пузырь при буллезном пемфигоиде Левера образуется за счет:

акантолиза шиповатого слоя эпидермиса;
аутоиммунного процесса в зоне между базальноклеточной плазматической мембраной и базальной пластинкой;
паппиллярных микроабсцессов;
плотного инфильтрата из эозинофилов в сосочковом слое дермы

2861. Больной К., 70 лет, обратился с жалобами на пузырные высыпания по всему кожному покрову. Субъективно: болезненность в области высыпаний. Считает себя больным в течение месяца. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь представлена крупными и мелкими пузырями, с напряженной покрышкой, и эрозиями, расположенными на эритематозном фоне. При проведении реакции прямой иммунофлюоресценции были выявлена фиксация IgG, представленная на фотографии. Поставьте диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Истинная акантолитическая пузырчатка
Опоясывающий герпес

2862. Больной С., 75лет, обратился с жалобами на пузырные высыпания по всему кожному покрову. Субъективно: болезненность в области высыпаний. Считает себя больным в течение месяца. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь представлена крупными и мелкими пузырями, с напряженной покрышкой, и эрозиями, расположенными на эритематозном фоне. Гистологические изменения представлены на фото. Поставьте предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Истинная акантолитическая пузырчатка
Опоясывающий герпес

2863. Наиболее эффективным препарат для лечения буллезного пемфигоида Левера является:

Эритромицин
Преднизолон
Бисептол
Делагил

2864. При буллезном пемфигоиде Левера триггерными факторами могут быть:
Лекарственные препараты
Злокачественные новообразования

Стресс
Пищевые продукты, содержащие в своем составе группу тиола или танины

2865. При герпетиформным дерматитом Дюринга триггерными факторами НЕ могут быть:

Лекарственные препараты, содержащие йод
Наличие микоза стоп
Инсоляция
Пищевые продукты, содержащие в своем составе йод (рыба, морепродукты)

2866. Пузырь при герпетиформным дерматитом Дюринга образуется за счет:

акантолиза в шиповатом слоя эпидермиса
фиксации иммунных комплексов на верхушках сосочков дермы
аутоиммунного процесса в зоне между базальноклеточной плазматической мембраной и базальной пластинкой
паппиллярных микроабсцессов

2867. Для подтверждения диагноза герпетиформного дерматита Дюринга необходимо провести следующее лабораторное исследование:

Цитологическое исследование мазков-отпечаток
Гистологическое исследование биоптата кожи
РИБТ
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам

2868. При обследовании больных герпетиформным дерматитом Дюринга НЕ выявляются:

субэпидермально расположенные пузыри, преимущественно в сосочках дермы
отрицательная проба Ядассона
фиксация иммуноглобулинов класса А в сосочковом слое дермы
повышение содержания эозинофилов в пузырной жидкости
положительная проба Ядассона.

2869. Герпетиформный дерматит Дюринга характеризуют:

Расположением высыпания по линиям Лангера
мелкие напряженные пузыри и папулы, расположенные на неизмененном фоне
папуло-везикулы
положительный феномен Никольского

2870. Больная С., 72 лет, обратилась с жалобами на распространенные высыпания, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь полиморфна. Представлена папулами, пузырьками, расположенными как на фоне эритемы, так и на видимо неизмененной коже. Вторичные элементы сыпи представлены эрозиями, корочками, чешуйками. Феномен Никольского отрицательный. При обследовании выявлена глютеновая энтеропатия. Гистологические: пузырь в сосочках дермы, заполненный эозинофилами (фото). Поставьте диагноз.
Истинная акантолитическая пузырчатка
Герпетиформный дерматит Дюринга
Простой герпес

Буллезный пемфигоид Левера

2871. Больная Н., 68 лет, обратилась с жалобами на распространенные высыпания, сопровождающиеся зудом. Начало заболевания ни с чем не связывает. При осмотре: сыпь полиморфна. Представлена папулами, пузырьками, расположенными как на фоне эритемы, так и на видимо неизмененной коже. Вторичные элементы сыпи представлены эрозиями, корочками, чешуйками. Феномен Никольского отрицательный. При обследовании выявлена глютеновая энтеропатия. Поставьте предположительный диагноз.

Истинная акантолитическая пузырчатка
Герпетиформный дерматит Дюринга
Простой герпес
Буллезный пемфигоид Левера

2872. При лечении герпетиформного дерматита Дюринга применяют:

Системные антибактериальные препараты
Сульфоновые препараты
Ацикловир
Препараты хинолинового ряда

2873. К сульфоновым препаратам относят:

Клиндамицин
Дапсон
Метипред
Ацикловир

2874. Цианоз губ и ногтевых фаланг во время приема дапсона является признаком:

агранулоцитоза;
образования метгемоглобина;
лейкопении;
периферической нейропатии

2875. Больная Р., 50 лет, обратилась с жалобами на высыпания на слизистой оболочке полости рта, сопровождающиеся болезненностью. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре: на слизистой оболочке полости рта (твердом небе, внутренняя поверхность щек, десны) множественные мелкие эрозии. Дно эрозий ярко-красного цвета, по периферии видны обрывки эпидермиса, некоторые покрыты белым налетом. Язык покрыт бело-желтым налетом. Ваш предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Вульгарная пузырчатка
Вегетирующая пузырчатка
Буллезный пемфигоид Левера

2876. Больная К., 35 лет, обратилась с жалобами на высыпания на коже верхней половины туловища, волосистой части головы и слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ, сопровождающиеся болезненностью. Больна около трех месяцев. Начало заболевания связывает со стрессом. При осмотре – сыпь представлена эрозиями, дно ярко-розового цвета,

по периферии – обрывки эпидермиса. Некоторые элементы покрыты корками, пропитанными серозным и серозно-гнойным экссудатом. Ваша тактика обследования больной.

РИБТ
Проведение реакции прямой иммунофлюоресценции
Посев содержимого пузыря на флору и чувствительность к антибиотикам
Цитологическое исследование содержимого пузыря

2877. Больной Г., 58 лет, обратился с жалобами на высыпания на слизистой оболочке полости рта. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков были обнаружены крупные шаровидные клетки. Определите их название.

N. gonorrhoeae
Пласты крупных акантолитических клеток Тцанка
Candida albicans
Пласты мелких опухолевых клеток

2878. Больная М., 68 лет, предъявляет жалобы на появление пузырей как на эритематозном, так и на неизмененном фоне. Субъективные ощущения отсутствуют. Считает себя больной три месяца. При осмотре – крупные и мелкие напряженные пузыри с серозным содержимым, обширные эрозии, некоторые покрыты корками, пропитанными серозным экссудатом. Слизистые оболочки свободны от высыпаний. Феномен Никольского отрицательный. Поставьте предположительный диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Буллезный пемфигоид Левера
Истинная акантолитическая пузырчатка
Простой герпес

2878. При потягивании пинцетом за обрывки эпидермиса по периферии эрозии можно вызвать отслойку видимо неизмененной кожи, расположенной около эрозии. Данный феномен носит название:

Феномен Бальцера
Феномен Никольского
Феномен Кебнера
Феномен кровяной росы

2879. Больной Б., 70 лет, предъявляет жалобы на распространенные высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся болезненностью. Начало заболевания ни с чем не связывает. За последние полгода потерял 15 кг веса. При осмотре – генерализованная сыпь представлена крупными напряженными пузырями, расположенными преимущественно на эритематозном фоне; множественными эрозиями. Предположительный диагноз: буллезный пемфигоид Левера паранеопластического генеза. Ваша тактика для подтверждения диагноза.

Цитологическое исследование мазков-отпечаток на акантолитические клетки
Гистологическое исследование биоптата кожи
Цитологическое исследование содержимого пузыря
РИБТ

2880. При лечении истинной акантолитической пузырчатки возможно развитие следующих осложенений:

Метгемоглобинемия
Синдром Иценко-Кушинга
Аллергическая реакция
Головная боль

2881. При обследовании больных с предположительным диагнозом герпетиформный дерматит Дюринга информативным является следующее исследование:

Исследование дермографизма
Проба Ядассона
Дерматоскопия
Витропрессия

2882. Больная К., 70 лет, получала лечение в КВД по месту жительства в течение полугода с диагнозом красная волчанка без эффекта. При осмотре – на коже лица и верхнего плечевого пояса - бляшки, покрытые чешуйко-корками. Ваш предположительный диагноз.

Эритематоз
Себорейная пузырчатка
Себорея
Псориаз

2883. Больной Г., 55 лет, поступил с жалобами на распространенные высыпания на слизистой оболочке полости рта, красной каймы губ, кожи туловища и верхних конечностей. Болен около месяца. Начало заболевания ни с чем не связывает. Сопутствующие заболевания отрицает, лекарственные препараты не употребляет. Сыпь представлена обширными эрозиями, покрытыми толстыми корками, пропитанными серозно-гнойным и геморрагическим экссудатом. На коже туловища на видимо неизмененной коже выявляются единичные мелкие напряженные пузыри. Поставьте диагноз.

Герпетиформный дерматит Дюринга
Истинная акантолитическая пузырчатка
Буллезная форма токсидермии
Буллезный пемфигоид Левера

2884. Назовите цикл развития чесоточного клеща от яйца до взрослой особи:

3-5 дней
14-21 день
2 месяца
5-12 дней

2885. Какой признак чесотки является патогномоничным:

Экскориации, кровянистые корочки
Чесоточные ходы
Проявления пиогенной инфекции
Аллергические реакции организма

2886. Что является основной жалобой больного чесоткой?

Наличие пятнистых высыпаний на коже туловища
Сухость кожи ладоней
Появление на коже тонких прямых беловатых линий, длиной 5-7 мм
Утолщение кожи сгибательных поверхностей лучезапястных суставов
Сухость кожи ладоней

2887. Назовите типичное расположение чесоточных ходов:

Волосистая часть головы
Межпальцевые складки рук
Полость рта
Наружные слуховые проходы

2888. В каких случаях чесотки отмечаются высыпания на волосистой части головы, лица, шеи, в межлопаточной области?

У взрослых пациентов с жирной себореей
У детей
У взрослых пациентов с сухой себореей
У больных с розацеа

2889. Назовите признаки норвежской чесотки:

Появление узлов
Массивные серовато-грязные сухие корки
Расположение высыпаний по линиям Лангера
Поражение ногтей

2890. Какую функцию в развитии чесотки выполняют так называемые «вентиляционные шахты»:

Способствуют уменьшению гиперкератоза
Являются выходом для личинок чесоточного клеща
Являются выходом для самца чесоточного клеща
Уменьшают сухость кожи

2891. Чем обусловлена клиническая картина так называемой «чесотки без ходов»:

Заражение яйцами чесоточного клеща
Заражение личинками чесоточного клеща
Развитие норвежской чесотки
Длительно протекающие хронические заболевания кожи

2892. Какие растворы применяются при лечении чесотки по методу Демьяновича:

10% водно-мыльная эмульсия бензилбензоата
6% раствор соляной кислоты
20% водно-мыльная эмульсия бензилбензоата
1% раствор тербизила в форме спрея

2893. Обработка больного чесоткой проводится:

Только в пораженных местах
Всего кожного покрова за исключением головы
В пораженных местах + ладони и подошвы
Всего кожного покрова

2894. При лечении распространенной постскабиозной лимфоплазии назначают:

Системную антибиотикотерапию
Внутримышечное или внутриочаговое введение глюкокортикостероидов
Системная антибиотикотерапия и антигистаминные средства
Препараты хинолинового ряда
Антимикотические средства

2895. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз чесотки:

Псориаз
Педикулез
Лейшманиоз
Красный плоский лишай

2896. Лабораторная диагностика чесотки –это:

Обнаружение антител к чесоточному клещу
Дерматоскопия
Обнаружение акантолитических клеток в отделяемом из пузырьков
Обнаружение кокковой флоры

2897. Постскабиозная лимфоплазия –это:

Разрастание соединительной ткани в месте внедрения чесоточного клеща
Реактивная гиперплазия лимфоидной ткани в месте внедрения возбудителя
Развитие язвенного дефекта
Наличие плотной гнойно-кровянистой корки

2898. Продолжительность жизни самки клеща:

14-21 день
2 месяца
6 месяцев
10-12 дней

2899. Укажите особенности клинической картины чесотки у детей:

Наличие множественных волдырей
Типичные высыпания на лице, волосистой части головы, ладонях и подошвах
Отсутствие зуда и экскориаций
Мокнутие

2900. Что является входными воротами для пиогенной инфекции при чесотке:

Везикулезные высыпания
Экскориации
Чесоточные ходы
«Вентиляционные шахты»

2901. Норвежская чесотка встречается у лиц:

Проживающих в скандинавских странах
С сенильной деменцией
С микозом стоп
С псориазом

2902. Какая клиническая форма чесотки развивается в результате контакта с больным норвежской чесоткой:

Норвежская чесотка
Обычная форма заболевания
Реактивная гиперплазия лимфоидной ткани
Хроническая рецидивирующая чесотка

2903. Назовите основные теории патогенеза красной волчанки:

Повышенная способность клеток к размножению
Нейроэндокринные расстройства
Врожденные структурные дефекты капилляров кожи
Наличие микотической инфекции

2904. Какие препараты провоцируют развитие лекарственной формы красной волчанки:

Препараты хинолинового ряда
Противосудорожные средства
Противовирусные препараты
Ацикловир

2905. Какие заболевания относятся к клиническим формам красной волчанки:

Болезнь Жибера
Глубокая волчанка Капоши-Ирганга
Лишай Видаля
Болезнь Лайма

2906. Какие клинические проявления НЕ характерны для дискоидной формы красной волчанки:

Атрофия кожи
Симптом Никольского
Симптом «дамского каблучка»
Фолликулярный гиперкератоз

2907. Для какой формы красной волчанки характерно наличие в клинической картине резко отграниченных плотно-эластических, болезненных узлов в подкожной жировой клетчатке:

Хроническая диссеминированная красная волчанка
Глубокая красная волчанка Капоши-Ирганга
Центробежная эритема Биетта
Дискоидная красная волчанка

2908. Какие клинические проявления характерны для центробежной эритемы Биетта:

Атрофия
Эритема
Узлы
Наличие узлов в подкожной жировой клетчатке

2909. Какие препараты применяются для лечения кожной формы красной волчанки:

Противовирусные
Системные глюкокортикостероиды
Антибиотики пенициллинового ряда
Антимикотики

2910. Какие из перечисленных заболеваний относятся к склеродермии:

Герпетиформная экзема Капоши
Атрофодермия Пазини-Пьерини
Центробежная эритема Биетта
Герпетиформный дерматит Дюринга

2911. Наиболее часто встречающаяся локализация высыпаний при склероатрофическом лихене:

Кожа ладоней и подошв
Атрофическое поражение слизистой оболочки половых органов
Кожа лица, волосистой части головы
Сгибательные поверхности крупных суставов

2912. Твердый шанкр может локализоваться на любом участке кожи и слизистых, но реже всего он встречается на:

Внутреннем листке крайней плоти
Стенках влагалища
Шейке матки
Головке полового члена

2913. Первичный период сифилиса начинается с:

Внедрения бледной трепонемы в организм
Появления твердого шанкра
Позитивации КСР
Регионарного лимфаденита

2914. Укажите атипичные формы твердого шанкра:

Гангренозный шанкр
Шанкр-панариций
Карликовый шанк
Шанкр-отпечаток

2915. Какой препарат применяют для очищения поверхности твердого шанкра перед исследованием на бледную трепонему?

2% раствор борной кислоты
0,9% раствор хлорида натрия
0,02% раствор фурацилина
Раствор хлоргексидина
10% раствор хлорида натрия

2916. Укажите признаки, характерные для неосложненного твердого шанкра:

Гнойное отделяемое
Плотно-эластический инфильтрат в основании
Подрытые края
Полициклические очертания

2917. Первичный период сифилиса заканчивается с:

Развитием полиаденита
Появлением розеолезной сыпи
Рубцеванием твердого шанкра
Позитивацией РИБТ

2918. При первичном сифилисе бледная трепонема может быть обнаружена:

В спинномозговой жидкости
В пунктате из регионарного лимфатического узла
В слюне
В моче

2919. Твердый шанкр – это:

Везикула
Язва
Бугорок
Пятно

2920. Для типичного твердого шанкра не характерны:

Правильные округлые или овальные очертания
Болезненность
Гладкое, блестящее дно
Блюдцеобразная форма

2921. Для обнаружения бледных трепонем применяется:

Окраска метиленовым синим
Исследование нативных препаратов в темном поле
Серебрение по Морозову
Окраска по Романовскому-Гимзе
Культивирование на питательных средах

2922. В первичном периоде сиифлиса остаются отрицательными:

1. КСР
2. РИБТ
3. РПГА
4. РИФ

2923. Эритематозная сифилитическая ангина характеризуется:

Болезненностью
Безболезненностью
Яркой гиперемией
Наличием гнойных пробок

2924. Из высыпаний вторичного сифилиса заразными являются:

Розеола туловища
Широкие кондиломы вокруг ануса
Лейкодерма шеи
Роговые папулы ладоней и подошв

2925. Для вторичного свежего сифилиса характерны:

Алопеция, папулы ладоней и подошв
Остатки твердого шанкра, обильная розеола
Эритематозная ангина, широкие кондиломы
Лейкодерма, необильная розеола

2926.Вторичный период сифилиса начинается с :

Появления твердого шанкра
Появление генерализованных высыпаний
Появления регионарного лимфаденита
Исчезновения твердого шанкра

2927. Вторичный период сифилиса начинается от момента заражения в среднем через:

Одну-две недели
Два-три месяца
Пять-шесть месяцев
Один год

2928. Для сифилитической эритематозной ангины характерно:

Разлитая ярко-красная эритема
застойная эритема с четкими границами
Резкая болезненность
Гнойные пробки

2929. Сифилитическая осиплость голоса обусловлена:

Пятнистым сифилидом
Папулезным сифилидом
Пустулезным сифилидом
Пигментным сифилидом

2930. Окончанием вторичного периода сифилиса является:

Исчезновение розеолы
Появление бугорков
Исчезновение папул
Исчезновение полиаденита

2931. Вторичный период сифилиса в среднем длится:

Две-четыре недели
Два-четыре года
Две-четыре декады
Два-четыре десятилетия

2932. Розеола вторичного свежего сифилиса характеризуется:

Крупными размерами
Беспорядочным расположением
Тенденцией к группировке
Небольшим количеством высыпаний

2933. К клиническим проявлениям суперинфекции при третичном сифилисе относятся:

“Целующийся” шанкр
Гумма голени и генитальный твердый шанкр
Бугорки и гуммы
Шанкры-отпечатки

2934. К третичным сифилидам относят:

Широкие кондиломы
Гумма твердого неба
Мелкоочаговое облысение
Папулы ладоней и подошв

2935. Для сифилитических гумм характерно:

Мягковатая консистенция
Плотно-эластическая консистенция

Вскрытие с последующим образованием корок
Подрытые края

2936 Клинические проявления третичного сифилиса характеризуются следующими признаками:

Обильная розеолезная сыпь туловища
Мозаичные рубцы
Мелкоочаговое облысение
Лейкодерма

2937. При третичном сифилисе чаще встречается:

Орхит
Мезаортит
Нефросклероз
Гепатит

2938. Сифилитическая гумма является:

Невоспалительным узлом
Инфекционной гранулемой
Папулезным инфильтратом
Доброкачественным новообразованием

2939. Бугорки и гуммы характерны для:

Вторичного сифилиса
Третичного сифилиса
Первичного сифилиса
Раннего скрытого сифилиса

2940. Исходом сгруппированного бугоркового сифилида является:

Гипопигментация
Мозаичный рубец
Келоидный рубец
Гиперпигментация

2941. В клинической картине третичного сифилиса наблюдаются:

Алопеция
Бугорки
Лейкодерма
Папулы
Пустулы

2942. Сифилитический бугорок является:

Папулезным доброкачественным образованием
Инфекционной гранулемой
Отеком сосочкового слоя дермы

Специфическим васкулитом

2943 Отрицатнльный КСР в третичном периоде сифилиса встречается у:

50% больных
30% больных
10% больных
100% больных

2944. К сифилидам третичного периода относятся:

Папулы
Бугорки
Лейкодерма
Пузыри

2945. К дюрантным антибиотикам для лечения сифилиса относят:

Сумамед
Бициллин-3
Таривид
Роцефин

2946. В начале лечения больного с диагнозом сифилитического аортита, осложненного аневризмой аорты, можно применить следующие препараты:

Пенициллин
Доксициклин
Ретарпен
Бициллин-3

2947. К специфическим препаратам, применяемым для лечения больных сифилисом, относятся:

Пирогенные препараты
Цефалоспорины
Витамины
Иммуномодуляторы

2948. Трепонемоцидным действием обладают следующие препараты:

Препараты висмута
Антибиотики тетрациклинового ряда
Препараты йода
Препараты ртути

2949. Превентивное лечение пациенту, имевшему половой контакт с больной сифилисом женщиной, назначается, если после контакта прошло:

3 месяца
1-2 недели
Более 2 месяцев

6 месяцев

2950. Какова тактика ведения пациента - мужчины, 35 лет, обратившегося на прием к дерматовенерологу в связи с тем, что 2 недели назад у него был половой контакт с женщиной, больной вторичным рецидивным сифилисом. При тщательном осмотре специфических высыпаний на коже и слизистых оболочках не обнаружено. Комплекс серологических реакций отрицателен.

Проводить клинико-серологический контроль за пациентом в течение 2-х месяцев
Провести превентивное лечение
Оставить без наблюдения
Провести лечение по схемам вторичного рецидивного сифилиса

2951. Чаще при лечении пенициллинами встречается осложнение:

Эмболия легкого
Анафилактический шок
Нефропатия
Полиневриты

2952. Индивидуальная профилактика венерических болезней наиболее эффективна, если она проведена после полового контакта не позднее, чем через:

12 часов
2 часа
24 часов
6 часов

2953. Особенностью лечения поздних форм сифилиса является:

Применение в начале лечения иммуномодуляторов
Применение в начале лечения таблетированных антибиотиков резерва
Применение только тетрациклиновых антибиотиков
Применение только дюрантных антибиотиков

2954. Время исчезновения бледной трепонемы с поверхности сифилидов при лечении пенициллином составляет:

3 часа
10 часов
24 часа
25-70 часов

2955. В случае непереносимости препаратов пенициллина назначают лечение:

Препаратами висмута
Сумамедом
Пирогеналом
Ретарпеном

2956. Трепонемоцидной концентрацией антибиотика в сыворотке крови является:

0,01 ЕД/мл
0,03 ЕД/мл
Менее 0,03 ЕД/мл
0,005 ЕД/мл

2957. Частота введения больному сифилисом бензилпенициллина по 400 тыс. ЕД, для поддержания его трепонемоцидной концентрации в сыворотке крови составляет

Каждые 12 часов
Каждые 3 часа
Каждые 6 часов
Каждые 8 часов

2958. Для лечения сифилиса не применяется антибиотик:

Роцефин
Авелокс
Тетрациклин
Ретарпен

2959. Трепонемоцидным действием обладают :

Препараты висмута
Препараты пенициллина
Препараты мышьяка
Препараты йода

2960. Дюрантные препараты пенициллина (ретарпен, экстенциллин) применяются во всех следующих случаях, кроме:

Превентивного лечения
Лечения нейросифилиса
Лечения первичного сифилиса
Профилактического лечения

2961. Превентивное лечение – это:

Лечение в случае непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда
Лечение пациента, находившегося в контакте с больным сифилисом, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев
Лечение беременных женщин, больных сифилисом
Лечение поздних форм сифилиса

2962. К Вам на прием обратился пациент 26 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся резями во время мочеиспускания, появившиеся через 6 дней после случайного полового контакта. При микроскопическом исследовании отделяемого с окраской по Граму и метиленовым синим на фоне значительного лейкоцитоза обнаружены внутриклеточные диплококки и жгутиковые простейшие. Ваш диагноз:

Гонорейный уретрит
Смешанный трихомонадно-гонорейный уретрит
Трихомонадный уретрит

Урогенитальный хламидиоз

2963. При лечении данного пациента могут быть применены следующие варианты лечения:
Сначала лечение гонореи, затем трихомониаза
Сначала лечение трихомониаза, затем гонореи
Лечение только гонореи
Сочетание системной терапии и физиотерапевтического лечения

2964. После окончания этиотропной терапии пациента тактика врача заключается в следующем:

Взятие мазков из уретры и при получении отрицательного результата снятие с учета
Проведение контрольного исследования после провокации, и в случае отсутствия инфекций окончание наблюдения больного
Назначение профилактического лечения других возможных ИППП
Дальнейшее наблюдение пациента с контрольным обследованием через месяц для исключения прочих ИППП

2965. Возбудителями 2-й генерации, передаваемым преимущественно половым путем, 2-й генерации относятся:

Гонококк
Хламидии
Трихомонада
Вирус простого герпеса

2966.Диагнозу гонорейного уретрита соответствует следующие утверждения:

Эта инфекция поражает только мужчин
В клинической картине преобладают обильные гнойные выделения из уретры и боли при мочеиспускании
При лечении эффективны препараты из группы имидазола
Диагноз выставляется на основании клиники и не требует лабораторного подтверждения

2967. При лечении смешанного гонорейно-хламидийного уретрита наиболее эффективены

Роцефин
Авелокс
Доксициклин
Эритромицин

2968. При проведении контрольного обследования больного после лечения уретрита наиболее эффективным видом провокации является:

Химическая
Комбинированная
Механическая
Биологическая

2969. В случае доказанности у пациента трихомонадной природы уретрита лечение можно проводить следующими препаратами:

Тетрациклином
Орнидазолом
Нистатином
Ацикловиром

2970. Возбудитель гонореи – гонококк – относится:

К парным коккам грам-положительным
К парным коккам грам-отрицательным
Коккобациллам грам-отрицательным
Коккобациллам грам-вариабельным

2971. Больному острым гонорейным орхоэпидидимитом необходимо провести следующие исследования:

Исследование секрета простаты
Исследование отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
Клинический анализ мочи
Двухстаканную пробу мочи

2972. При острой и подострой формах неосложненной гонореи показано лечение:

Гоновакциной
Антибиотиками
Трихополом
Пирогеналом

2973. Укажите правильную тактику лечения торпидных и хронических форм гонорейной инфекции:

Иммунотерапевтические, антигистаминные препараты
Местное лечение
Антибактериальные препараты, местное лечение
Иммунотерапевтические препараты, местное лечение

2974. Наиболее частой причиной ауторецидивов гонореи является ассоциация гонококков с:

Хламидиями
Трихомонадами
Уреаплазмами
Гарднереллами

2975. Наиболее благоприятными для развития гонококков являются слизистые оболочки, выстланные:

Цилиндрическим эпителием
Многослойным плоским неороговевающим эпителием
Многослойным плоским ороговевающим эпителием

Кубическим эпителием

2976. Детям, больным хронической гонореей, можно вводить гоновакцину начиная с возраста:

2 года
1 год
3 года
4 года

2977. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у женщин исследуется соскоб со слизистой оболочки:

Уретры и заднего свода влагалища
Уретры, цервикального канала и прямой кишки
Уретры и цервикального канала
Цервикального канала и прямой кишки

2978. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин исследуется:

Соскоб слизистой оболочки прямой кишки
Соскоб слизистой оболочки уретры
Соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки
Соскоб слизистой носоглотки

2979. Наиболее информативными методами лабораторной диагностики гонореи и трихомониаза являются:

Иммунофлюоресценция.
Световая микроскопия с окраской метиленовым синим или по Грамму
Полимеразная цепная реакция
Серологические тесты

2980. Среди перечисленных укажите разновидность твердого шанкра:

Индуративный отек
Эрозивный шанкр Фолькмана
Шанкр-панариций
Шанкр-амигдалид

2981. Начало вторичного периода сифилиса в первую очередь знаменуется:

Заживлением твердого шанкра
Первыми генерализованными высыпаниями
Эритематозной ангиной
Продромальными явлениями

2982. Среди перечисленных отметьте признаки, не характерные для твердого шанкра:

Плотноэластический инфильтрат в основании эрозии
Полициклические очертания

Безболезненность
Устойчивость к местной терапии

2983. Назовите наиболее редкую локализацию твердого шанкра:

Язык
Стенки влагалища
Внутренний листок крайней плоти
Шейка матки

2984. Окончанием второго периода сифилиса знаменует:

Исчезновение розеолы
Появление бугорков
исчезновение полиаденита
Заживление твердого шанкра

2985. Первичный серопозитивный период сифилиса начинается с:

Появление твердого шанкра
Позитивации КСР
Появления генерализованных высыпаний.
Позитивации РИФ

2986. В клинику поступил больной с жалобами на высыпание на головке полового члена. При осмотре: на головке полового члена имеется безболезненная язва размером до 1,5 см в диаметре без островоспалительных явлений, правильных округлых очертаний, с четкими границами, приподнятая над окружающими здоровыми тканями. Дно язвы гладкое, блестящее, мясо-красного цвета; края пологие (блюдцеобразные); скудное серозное отделяемое; в основании - «хрящевидный» плотноэластический инфильтрат. Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон примерно до 1 см в диаметре. Укажите клинический диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Вторичный сифилис
Третичный сифилис

2987. Твердый шанкр может локализоваться на любом участке кожи и слизистых, но реже всего он встречается на:

Внутреннем листке крайней плоти
Стенках влагалища
Шейке матки
Лобке

2988. Дерматовенерологом осмотрен мужчина, 22 лет. При осмотре: на внутреннем листке крайней плоти и на головке полового члена выявлены множественные (7) безболезненные язвы размерами от 4 мм до 1 см в диаметре правильных округлых очертаний с валикообразными краями, дном мясо-красного цвета, хрящевидным инфильтратом в основании. Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см в диаметре,

плотноэластической консистенции, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Укажите клинический диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Шанкриформная пиодермия
Вторичный сифилис

2989. Для клинической картины первичного сифилиса характерно:

Папулы ладоней и подошв
Регионарный лимфаденит
Эритематозная ангина, рубцующийся твердый шанкр
Лабиринтная глухота

2990. Первичный период сифилиса начинается с:

Внедрения бледной трепонемы в организм
Появления твердого шанкра
Позитивации КСР
Регионарного лимфаденита

2991. Укажите осложнения твердого шанкра:

Гангренозный шанкр
Фагеденизм
Шанкр-панариций
Индуративный отек

2992. На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 19 лет. Жалобы на наличие безболезненной язвы. При осмотре: на внутренней поверхности нижней губы слева расположена язва диаметром 0,7 см, имеющая четкие округлые очертания, приподнятые края, дно красного цвета с небольшим белесоватым налетом. При пальпации в основании определяется хрящевидное уплотнение, не выходящее за пределы язвы, болезненность отсутствует. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 2 см, имеют плотноэластическую консистенцию, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. При исследовании положительная микрореакция на сифилис (4+). Укажите клинический диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Вторичный сифилис
Третичный сифилис

2993. На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась женщина 19 лет. Жалобы на наличие безболезненных язв на нижней губе и на большой половой губе справа. При осмотре: на внутренней поверхности нижней губы слева и на гребне большой половой губы справа расположены 2 язвы диаметром 0,7 см и 1,0 см соответственно, имеющие четкие округлые очертания, приподнятые края, дно красного цвета с небольшим белесоватым налетом. При пальпации в основании обоих элементов определяется хрящевидное уплотнение, не выходящее за пределы язв, болезненность отсутствует. Подчелюстные лимфатические узлы

увеличены до 2 см, имеют плотноэластическую консистенцию, безболезненные, не спаянные между собой. Укажите какая разновидность твердого шанкра указана в описании?

Последовательные
Биполярный
Шанкр-отпечаток
Гигантский

2994. На приеме у дерматолога женщина 25 лет, жалобы на высыпания на гениталиях. При осмотре: на внутренней поверхности малых половых губ имеются 4 симметрично расположенные, округлые, безболезненные эрозии диаметром около 1 см с ярко-красным лакированным дном. В их основании определяется плотноэластический инфильтрат. Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. Укажите предположительный диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Шанкриформная пиодермия
Вторичный сифилис

2995. К разновидностям типичного твердого шанкра не относятся:

Гигантский шанкр
Шанкр-панариций
Экстрагенитальный шанкр
Биполярный шанкр

2996. Какой препарат применяют для очищения поверхности твердого шанкра перед исследованием на бледную трепонему?

2% раствор борной кислоты
0,9% раствор хлорида натрия
0,02% раствор фурацилина
10% раствор хлорида натрия

2997. На прием к дерматологу обратился мужчина, 25 лет, с жалобами на наличие язвы на половом члене. Считает себя больным 3 недели. Заболевание развилось после случайной половой связи в командировке около 2-х месяцев назад. Объективно: на внутренней поверхности крайней плоти располагается безболезненная округлая язва до 1,0 см в диаметре, с поднятыми краями и мясо-красным дном. В основании пальпируется хрящевидный инфильтрат. Паховые лимфатические узлы имеют размеры 0,7х0,7 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. Укажите предположительный клинический диагноз?

Простой герпес
Первичный сифилис
Шанкриформная пиодермия
Вторичный сифилис

2998. Укажите признаки, характерные для неосложненного твердого шанкра:

Болезненность
Блюдцеобразные края
Подрытые края
Полициклические очертания

2999. Первичный период сифилиса заканчивается с:

Развитием полиаденита
Появлением розеолезной сыпи
Рубцеванием твердого шанкра
Позитивацией РИБТ

3000. При первичном сифилисе бледная трепонема может быть обнаружена:

В спинномозговой жидкости
При исследовании в темном поле тканевого сока шанкра
В сперме
В слюне

3001. Твердый шанкр следует дифференцировать с всеми заболеваниями кроме:

Плоскоклеточным раком
Красным плоским лишаем
Простым герпесом
Шанкроидом

Заведующий кафедрой Олисова О.Ю.

Одобрена Центральным методическим советом

от «31» января 2025, протокол №2