СТРОЕНИЕ КОЖИ

1. Базальный слойэпидермиса состоит из:

1*.* 1-го ряда призматических клеток

2. 2-3 рядов клеток

3. 5-6 рядов клеток

4. 8-9 рядов клеток

5. 10-12 рядов клеток

2. Размножение клетокэпидермиса происходит в:

1. роговом слое

2. блестящем слое

3. зернистом слое

4. базальном слое

5. шиповатом слое

3.Подкожно-жировая клетчатка отсутствует:

1. в области живота

2. в области ягодиц

3.в области век

4. в области голени

5. в области плеча

4. Местом образованияпигмента меланина является:

1. зернистый слой

2. роговой слой

3. базальный слой

4. блестящий слой

5. шиповатый слой

5. Шиповатый слой состоит из:

1. 1-2 рядов клеток

2.3-8 рядов клеток

3. 10-12 рядов клеток

4. 5-7 рядов клеток

5. 6 рядов клеток

6.Клетки Лангерганса располагаются в:

1. роговом слое эпидермиса

2. блестящем слое эпидермиса

3. зернистом слое

4. шиповатом слое

5. базальном слое

7.Пигмент меланин выполняет функцию:

1. дыхательную

2. выделительную

3. защитную

4. терморегулирующую

5. иммунную

8. Зернистый слойэпидермиса состоит из:

1. 1-2 ряда клеток

2. 5-7 ряда клеток

3. 10-12 ряда клеток

4. 13-15 ряда клеток

5. 20 рядов клеток

9. Самый глубокий слой эпидермиса граничащий с дермой:

1. блестящий

2. роговой

3. шиповатый

4. базальный

5. ПЖК

10.Зерна кератогиалина содержатся в слое:

1. базальном

2. шиповатом

3. зернистом

4. блестящем

5. роговом

11. Поверхностный слой эпидермиса, соприкасающийся свнешней средой:

1. блестящий

2. роговой

3. базальный

4. зернистый

5. мальпигиев

12.Ядра отсутствуют в клетках:

1. базального слоя

2. шиповатого слоя

3. зернистого слоя

4. блестящего слоя

5. цилиндрических

13.Элеидин присутствует в следующем слое эпидермиса:

1. роговом

2. блестящем

3. зернистом

4. шиповатом

5. базальном

14.Сальныежелезы отсутствуют:

1. на голове

2. на лице

3. по всей поверхности кожи

4. на ладонях

5. на ушных раковинах

15.Потовые железы отсутствуют на:

1. головке полового члена

2. подмышечной впадине

3. заднем проходе

4. на ладонях, подошвах

5. на лице

16. Апокриновые потовыежелезы расположены в:

1. подмышечных впадинах

2. волосистая часть головы

3. области голеней

4. в области тыла кистей

5. на подошвах

17.Эккриновые потовые железы не найдены:

1. на красной кайме губ

2. на тыле кистей

3. на тыле стоп

4. в паховой области

5. на спине

18.Сальные железы выполняют функции:

1. терморегулирующую

2. рецепторную

3. выделительную

4. обменную

5. дыхательную

19. Длинные волосы нерасполагаются в области:

1. головы

2. бороды

3. подмышечных впадин

4. бровей

5. ладони

20. Щетинистые волосы не располагаются:

1. в носовом и слуховом проходе

2. в области бровей

3. в области ресниц

4. в области бороды и усов

5. головы

ПАТОМОРФОЛОГИЯ И ФУНКЦИИ КОЖИ

21.Помимо потоотделения терморегуляция осуществляется при помощи:

1. Телец Фатер-Пачини

2. сальных желез

3. клеток Меркеля

4. сужения или расширения кровеносных сосудов

5. телец Руффини

22.Болевое восприятие возникает в:

1. тельцахМеркеля

2. тельцахРуффини

3. тельцахМейсснера

4. свободных нервных окончаниях

5. тельцах Фаттера-Пачини

23.Ощущение тепла воспринимается:

1. тельцамиФатер-Пачики

2. тельцамиМеркеля

3. тельцами Мейснера

4. тельцами Руффини

5. колбами Краузе

24. Ощущение холода воспринимается:

1. колбами Краузе

2. тельцами Руффини

3. тельцами Фатер-Пачини

4. тельцами Меркеля

5. тельцами Мейснера

25. Чувство глубокого давления воспринимается:

1. тельцами Меркеля

2. тельцами Мейснера

3. тельцамиРуффини

4. тельцами Фатер-Пачини

5. колбами Краузе

26.Тельца Фатер-Пачини расположены в:

1. базальном слое эпидермиса

2. зернистом слое эпидермиса

3. сосочковом слое дермы

4. подкожно-жировой клетчатке

5. в роговом слое

27. Сальные железывыполняют функции:

1. терморегулирующую

2. рецепторную

3. выделительную

4. обменную

5. питательную

28. Секреторная функциякожи выполняется за счет:

1. потовой железы

2. кровеносных сосудов

3. лимфатических сосудов

4. нервных рецепторов

5. клеток Лангерганса

29.В образовании рогового вещества участвует:

1. витамин «А»

2. витамин «С»

3. витамин «В»

4. витамид«Д»

5. витамин «РР»

30. Вакуольная дегенерация это:

1. деформация ядра

2. разрыв межклеточных мостиков

3. свободное плавание клеток в содержимом пузырька

4. утолщение рогового слоя

5. нарушение деления клетки

31.Спонгиоз это:

1. межклеточныйотек

2. внутриклеточный отек

3. утолщение зернистого слоя эпидермиса

4. нарушение кератинизации

5. накопление питательных веществ

32. Акантоз - это:

1. межклеточный отек

2. усиленное размножение клеток шиповидного слоя

3. расплавление межклеточных мостиков

4. усиленное размножение клеток рогового слоя

5. деформация ядра

33.Папилломатоз - это:

1. удлинение сосочков дермы

2. расплавление межклеточных мостиков

3. отсутствие зернистого слояи блестящего слоя

4. образование папиллом

5. слияние папул

34.Акантолизис- это:

1. утолщение рогового слоя

2. удлинение сосочков дермы

3. размножение тканевых элементов

4. расплавление межклеточных мостиков

5. утолщение зернистого слоя

35.Дискератоз - это:

1. нарушение кератинизации клеток эпидермиса

2. нарушение размножения клеток шиловидного слоя

3. удлинение сосочков дермы

4. утолщение зернистого слоя эпидермиса

5. утолщение рогового слоя

ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

36. Первичные элементы сыпи:

1. корка

2. везикула

3. эрозия

4. вегетация

5. чешуйка

37. Экссудативные элементы сыпи:

1. корка

2. вегетация

3. везикула

4. лихенификация

5. экскориация

38.Пролиферативные элементы сыпи:

1. трещина

2. чешуйка

3. узел

4. пустула

5. везикула

39. Синоним пятна:

1. vesicula

2. macula

3. crusta

4. nodus

5. ulcus

40.Первичные элементы сыпи:

1. трещина

2. корка

3. узел

4. рубец

5. язва

41. Первичные элементы сыпи:

1. экскориация

2. пузырь

3. чешуйка

4. рубец

5. язва

42. Первичные элементы сыпи:

1. язва

2. чешуйка

3. волдырь

4. рубец

5. вегетация

43. Экссудативные элементы сыпи:

1. узел

2. корка

3. пустула

4. вегетация

5. папула

44. Экссудативные элементы сыпи

1. бугорок

2. пятно

3. лихенификация

4. везикула

5. узел

45. Экссудативные элементы сыпи:

1. узел

2. бугорок

3. пузырь

4. узелок

5. лихенификация

46.Пролиферативные элементы сыпи:

1. пузырек

2. бугорок

3. гнойничок

4. волдырь

5. пятно

47.Пролиферативные элементы сыпи:

1. папула

2. везикула

3. пустула

4. волдырь

5. язва

48.Macula-это:

1. пузырь

2. волдырь

3. пятно

4. бугорок

5. трещина

49.Papula - это

1. язва

2. чешуйка

3. корка

4. узелок

5. трещина

50.Vesicula -это

1. пузырек

2. гнойничок

3. волдырь

4. узел

5. бугорок

51.Pustula- это

1. язва

2. корка

3. гнойничок

4. чешуйка

5. пузырек

52.Urtica- это

1. гнойничок

2. эрозия

3. пузырек

4. волдырь

5. вегетация

53.Nodus - это

1. узел

2. узелок

3. бугорок

4. трещина

5. корка

54. Бугорок расположен в:

1. шиповатом слое эпидермиса

2. дерме

3. подкожно-жировой клетчатке

4. роговом слое

5. блестящем слое

55. Узел располагается в:

1. зернистом слое эпидермиса

2. гиподерме

3. сосочковом слое дермы

4. сетчатом слое дермы

5. роговом слое

56. Пустула, связанная сволосяным фолликулом:

1. гидроаденит

2. фурункул

3. эктима

4. фликтена

5. импетиго

57. Пустула, связанная с апокриновыми потовыми железами:

1. фурункул

2. фликтема

3. эктима

4. гидроаденит

5. карбункул

58.Папула размером с монеты носит название:

1. миллиардной

2. лентикулярной

3. нумулярной

4. бляшковидной

5. листовидный

59. Точечное кровоизлияние называется:

1. телеангиоэктазия

2. эритема

3. розеола

4. петехия

5. геморрагия

60.Невоспалительные пятна это:

1. розеола

2. эритродермия

3. эритема

4. депигментация

5. лейкодерма

61.Tuberculum - это:

1. узел

2. папула

3. язва

4. бугорок

5. пузырек

62.При отеке сосочкового слоя дермы образуется:

1. пузырек

2. пузырь

3. гнойничок

4. волдырь

5. язва

63. Бляшка - это разновидность:

1. пятна

2. узелка

3. бугорка

4. узла

5. пузырька

64. Эритема - это разновидность:

1. узелка

2. корки

3.пятна

4. чешуйки

5. узла

65.При разрастании сосочков дермы за пределы эпидермиса образуется:

1. эрозия

2. язва

3. вегетации

4. лихенификация

5. пустула

ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

66.К заболеваниям вирусной этиологии относят:

1. разноцветный лишай

2. опоясывающий лишай

3. сифилис

4. псориаз

5. КПЛ

67.ВПГ-1не вызывает высыпания в области:

1. ладоней

2. крылья носа

3. рта

4. губ

5. туловища

68.Излюбленная локализация простого герпеса:

1. область глаз

2. волосистая часть головы

3*.* углы рта

4. кисти рук

5. генталии

69.Основной морфологический

элемент при простом герпесе:

1. узелок

2. узел

3. пузырек

4. бугорок

5. водырь

70.Процесс клинического развития высыпанийпри простом герпесе исключает:

1. пузырька

2. корку

3. гиперпигментацию

4. лихенификацию

5. пятна

71. В лечении герпеса используют:

1. мазь Ариевича

2. крем Унны

3. ихтиоловая мазь

4. мазь зовиракс

5. салициловую мазь

72.Высыпания пузырьков при простом герпесе не сопровождается:

1. чувством жжения

*2.* чувством онемения

3. болью

4. чувством покалывания

5. незначительный зуд

73.В лечении простого герпеса не используют:

1. антибиотики

2. зовиракс

3. ремантадин

4. ацикловир

5. улкарил

74.Наружно при простом герпесе применяют мази:

1. фторокорт

2*.* оксолиновая

3. индометациновая

4. флуцинар

5. Вишневского

75.Для предотвращения рецидивов простого герпеса не используют:

1. лейкоцитарный интерферон

2. иммуностимуляторы

3. герпетическую поливалентную вакцину

4. препараты кальция

5. Тимоген

76.Пузырьки при герпесеzoster:

1. не напряжены

2. вялые

3. высыпают за 3-4 дня

4. превращаются часто в пустулы

5. отсутствуют

77. Для опоясывающего лишая характерно:

1. изолированность высыпаний

2. расположение высыпаний по ходу нервного волокна

3. распологается только на губах

4. симметричность поражения

5. поражает печень

78. В лечении опоясывающего

лишая не используют:

1. аспирин

2. анальгетики

3. кортикостероиды

4. ацикловир

5. цитостатики

79.Укажите возбудителя

опоясывающего лишая:

1. хламидии

2. грибок

3. микроб

4. вирус

5. гонококк

80. С каким возбудителем сходен вирус опоясывающего лишая:

1. вирус гриппа

2. вирус гепатита

3.вирус ветряной оспы

4. австралийский вирус

5. вирус краснухи

81.В какое заболевание трансформируется опоясывающий лишай:

1. экзема

2. псориаз

3. трихофитию

4. ветряннуюоспу

5. розацеа

82.Вирус Strongiloplasmasone вызывает:

1. опоясывающий лишай

2. простой пузырьковый лишай

3. красный плоский лишай

4. чешуйчатый лишай

5. розовый лишай

83.При опоясывающем лишае перед высыпанием не характерно:

1. боль

2. общая слабость

3. парестезии

4. боли в суставах

5. рвота

84. Опоясывающий лишай начинается с появления на коже:

1. кондилом

2.сгруппированных пузырьков

3. пустул

4. лихенификации

5. язвы

85. При опоясывающем лишае пузырьки располагаются на

1. гиперемированном фоне

2. папуле

3. пустуле

4. эрозированном фоне

5. волдыре

86. Какие края имеет очаг поражения при опоясывающем лишае:

1. мелкофестончатые

2. листовидные

3. папулезные

4. муковидные

5. изрытые

87.Укажите клинические разновидности опоясывающего лишая:

1. генерализованная

2. геморрагическая

3. буллуезная

4. некротическая

5. все ответы верны

88. Для буллезной формы опоясывающего лишая характерно:

1. появление пузырей

2. отсутствие грануляции

3. наличие папул

4. наличие пустул

5. наличие волдырей

89. Какие клинические формы не относятся к опоясывающему лишаю:

1. себорейная

2. узловатая

3. кольцевидная

4. нуммулярная

5. все

90.Укажите характерную клиническую форму для опоясывающего лишая:

1. папулезная

2. солнечная

3. некротическая

4. эритродемическая

5. острая

91.Какой фактор способствуют появлению опоясывающего

лишая:

1. переедание

2. переохлаждение

3. длительный сон

4. хороший иммунитет

5. занятие спортом

92.Что не является осложнением опоясывающего лишая:

1. изъязвление роговицы

2. стойкая невралгия

3. парезы мышц

4. инфаркт миокарда

5. постгерпетическая симпаталгия

93. Укажите осложнения опоясывающего лишая:

1. гепатит

2. менингит

3. плеврит

4. гастрит

5. колит

94. С какими заболеваниями дифференцируют опоясывающий лишай:

1.простой пузырьковый лишай

2. чешуйчатый лишай

3. розовый лишай Жибера

4. контагиозный моллюск

5. отрубевидный лишай

95.Лечение контагиозного моллюска заключается в:

1. механическом выдавливании

2. назначение ацикловира

3. смазывание оксалиновой мазью

4. не трогают

5. глюкокортикостероиды

Микозы

96.К кератомикозам относится:

1. отрубевидный лишай

2. эпидермофития

3. рубромикоз

4. микроспория

5. трихофития

97.Возбудитель отрубевидного лишая:

1. стафилококк

2. epidermopytoninguinale

3. trichophytonendothrix

4. pityrosporumorbiculare

5. стрептококк

98.В каком слое эпидермиса паразитирует возбудитель отрубевидного лишая:

1. в базальном

2. в шиповатом

3. в зернистом

4. в роговом

5. в ПЖК

99.К дерматомикозам не относятся:

1. эпидермофития

2. трихофития

3. микроспория

4. фавус

5. отрубевидный лишай

100.Клиническая картина отрубевидного лишая начинается с появления:

1. пустул

2. напряженных пузырей

3. желтовато-коричневых пятен

4. узелков

5. волдырей

101.Какой цвет элементов при отрубевидном лишае:

1. синюшный

2. красный

3. розовый

4. кофе с молоком

5. багровый

102. Какие методы используют для диагностики отрубевидного лишая:

1. проба Ядассона

2. проба Бальцера

3. гистаминовая проба

4. лепраминовая проба

5. никотиновая проба

103. Дифференциальную диагностикуотрубевидного лишая проводят с:

1. псориазом

2. розовым лишаем Жибера

3. красным плоским лишаем

4. глубоким микозам

5. пиодермией

104.Pityriasis versicolor-это:

1. отрубевидный лишай

2. чешуйчатый лишай

3. красный плоский лишай

4. опоясывающий лишай

5. розовый лишай

105.Откуда берут начало пятна при отрубевидном лишае:

1. с устьев экриновых желез

2. с устьев апокриновых желез

3. с устьев волосянных фолликулов

4. с ногтевого валика

5. около суставов

106.Какое шелушение пятен при отрубевидном лишае:

1. крупнопластинчатое

2. пластинчатое

3. глубокое

4. отрубевидное

5. муковидное

107. Гистологические признаки приотрубевидном лишае:

1. разрыхление рогового слоя

2. акантолизис

3. баллонирующая дегенерация

4. акантоз

5. спонгиоз

108. При локализации отрубевидного лишая на в/ч головы волосы:

1. выпадают

2. обламываются на уровне 2-3 мл.

3. обламываются на уровне 1см

4. не поражаются

5. седеют

109.Для лечения отрубевидного лишая применяют:

1. азитромицин

2. циклофосфамид

3. эритромицин

4. тербинафин

5. тетрациклин

110.Возбудитель паховой эпидермофитии:

1. epidermophytoninguinal

2. epidermophytonKaufman-Wolf

3. mierosporumlanosum

4. trichophytonendothrix

5. trichophytonrubrum

111. Различают следующиеклинические формы эпидермофитии:

1. эпидермофитию глаз

2. эпидермофитию в/ч головы

3. эпидермофитию крупных складок

4. эпидермофитию лица

5. эпидермофития слизистых

112.Эпидермофитию крупных складок дифференцируют с:

1. отрубевидным лишаем

2. микроспорией

3. эритразмой

4. псориазом складок

5. нейродермитом

113. Возбудитель эпидермофитии стоп:

1. trichichofitonmentagrophytesvar. interdigitale

2. trichophytonendotrix

3. trichophitonviolaceum

4. trichophytongypseum

5. trichophytonpedis

114.Различают следующие формы эпидермофитии стоп:

1. сквамозная

2. интертригинозная

3. опоясывающая

4. эритродермическая

5. правильно 1,2

115. При эпидермофитии стоп процесс начинается с:

1. свода стоп

2. между 4 и 5 пальцами стопы

3. между 2 и 3 пальцами стопы

4. между 3 и 4 пальцами стопы

5. тыла стопы

116.При интертригинознойэпидермофитии стоп:

1. папулы

2. трещины

3. бугорки

4. узлы

5. лихенификация

117. При дисгидротическойэпидермофитии стоп не бывает:

1. многокамерные пузыри

2. эрозии

3. пустулы

4. трещины

5. папулы

118.При лечении эпидермофитии стоп не используют:

1. нитрофунгин

2. микосептин

3. клотримазол

4. флуконазол

5. Бонафтоновая мазь

119.Epidermophytonfloccosum вызывает:

1. Трихофитию

2. Микроспорию

3. Паховую эпидермофитию

4. Эпидермофитию стоп

5. фавус

120.Пути заражения паховой эпидермофитией:

1. прямой контакт с больным

2. воздушно-капельным

3. транспланцентарный

4. гематогенный путь

5. энтеральный

121.Первым признаком при паховойэпидермофитии являются:

1. ограниченные округлые пятна

2. пустулы

3. везикулы

4. лихенификация

5. вегетация

122.При паховой эпидермофитии появляются:

1. узлы

2. вегатации

3. бугорки

4. язвы

5. пятна

123. Паховую эпидермофитиюдифференцируют с:

1. гонореей

2. псориазом

3. трихофитией гладкой кожи

4. лобковая вошь

5. педикулез

124. Trichophytonmentagrophytesinterdigitaleвызывает:

1.фавус

2.рубромикоз

3.кандидоз

4.эпидермофитию стоп

5. трихофитию

125. Заражение эпидермофитией стопне происходит:

1. в банях

2. в бассейнах

3. в душевых

4. в спортзале

5. в столовой

126. Заражение эпидермофитией стоп происходит при использовании общей:

1. обуви

2. столовых инструментов

3. строительных инструментов

4. механических инструментов

5. все ответы верны

127. Фактор, способствующие возникновению эпидермофитии стоп:

1. повышенная потливость

2. инфаркт миокарда

3. гипертоническая болезнь

4. псориаз

5. пузырчатка

128.При лечении эпидермофитии стоп назначают:

1. низорал

2. пенициллин

3. фторокорт

4. лоринден

5. крем Унны

129.Трихофитии относятся к:

1. дерматомикозам

2. кератомикозам

3. кандидозам

4. глубоким микозам

5. вирусам

130.Антропофильные грибы паразитируют:

1. на кошках

2. на лошадях

3. на собаках

4. на коровах

5. на человеке

131. Зоофильные грибыне паразитируют на:

1. кошках

2. собаках

3. телятах

4. баранах

5. на насекомых

132.К группе трихофитии не относятся

1. поверхностная форма

2. хроническая форма

3. инфильтративно-нагноительная форма

4. трихофития ногтей

5. трихофития уретры

133.Поверхностную трихофитию вызывает:

1. Trich. Violaceum

2. Trich.gypseum

3. Trich.verrucosum

4. Trich.faviforme

5. trich. tonsurans

134.Инфильтративно-нагноительнуютрихофитиювызывают:

1. trich.verrucosum

2. trich .ectothrixmicroides

3. trich. tonsurans

4. trich. violaceum

5. Trich. faviforme

135.Trichophitongypseumвызывает:

1. хроническую трихофитию волосистой части головы

2. трихофитию ногтей

3. поверхностную трихофитиюгладкой кожи

4. зоофильную трихофитию

5. эпидермофитию

136.Симптом глубокойтрихофитииволосистой части головы:

1. симптом Бенье

2. симптом «дамского каблука»

3. перхоть

4. симптом медовых сот

5. алопеция

137. При трихофитии не поражается:

1. волосистая часть головы

2. гладкая кожа

3. лицо

4. ногти

5. слизистые оболочки

138.Возбудительхронической формы трихофитии:

1. Tr. violaceum

2. Tr. мentagrophytesvar.Interdigitale

3. Tr. мentagrophytes var. gypseum

4. Tr.ectotrix

5. красныйтрихофитон

139.При лечении поверхностной трихофитии используют:

1. 10-15% серно-дегтярную мазь

2. нафталановую мазь

3. крем Унна

4. Лоринден

5. Боро плюс

140.Источник заражения зоофильной трихофитии:

1. слоны

2. коровы

3. птицы

4. насекомые

5. змеи

141.Антропофильные грибы вызывают след. формы трихофитии:

1. инфильтративно-нагноительная формы

2. генерализованная форма

3. геморрагическая

4. буллезная

5. поверхностная

142. Зооантропофильные грибывызывают след. формы трихофитии:

1. глубокая форма

2. поверхностная форма

3. хроническая

4. все перечисленные

5. легкая

143. Поражение волос приповерхностной трихофитии:

1. сплошное поражение волос

2. поредение волос в очаге

3. волосы обломлены на уровне 5-8мм

4. волосы обломленына уровне 3-2мм над уровнем кожи.

5. не поражаются

144. При глубокой форме трихофитии в/ч головы:

1. волосы не порожаются

2. симптом КерионЦельси

3. «фолликулярный гиперкератоз»

4. перхоть

5. все перечисленные

145. Дифференциальный диагноз трихофитии поверхностной:

1. микроспория

2. стафилодермия

3. сикоз

4. аллопеция

5. фурункулез

Псориаз

146.Основные морфологические элементы при псориазе:

1. везикула

2. папула

3. бляшки

4. чешуйки

5. язва

147.Нехарактерный симптом для псориаза:

1. симптом точечного кровотечения

2. симптом терминальной пленки

3. симптом стеаринового пятна

4. изоморфная реакция Кебнера

5. симптом Уикхема

148.Симптомхарактерный для псориаза:

1. симптом Никольского

2. симптом стеаринового пятна

3. симптомБенье

4. симптом Асбо-Ганзена

5. симптом Австидийского

149.Симптом не характерный для псориаза:

1. мучительный зуд

2. феномен Кебнера

3. эпидермодермальня папула

4. легкий зуд

5. серебристые чешуйки

150.Патогистологическая характеристика псориаза:

1. акантолизис

2. паракератоз

3. гиперкератоз

4. феномен «гнойных озер»

5. спонгиоз

151.Феномен Кебнера это:

1. появление высыпаний после приема лекарств

2. появлений высыпаний в местах механическоговоздействия

3. симптом характерный для истинной пузырчатки

4. симптом характерный для экземы

5. биопсирующий зуд

152.Какая стадия развития не характерна для псориаза:

1. прогрессирующая

2. отечная

3. стационарная

4. регрессивная

5. все

153. Пустулезный псориазБарбера поражает кожу:

1. лица

2. конечностей

3. туловища

4. ладоней и подошв

5. слизистых

154.При псориатическойэритродермии не наблюдается:

1. сплошное слияние бляшек

2. чувство скованности

3. увеличение лимфоузлов

4. повышение температуры тела

5. сильный зуд

155.В лечении псориаза используют:

1. аналептики

2. иммуностимуляторы

3. анаболики

4. сердечные гликозиды

5. мочегонные

156.Местно при псориазе назначают:

1. салициловую мазь 1-2%

2. метод Демьяновича

3. мазь поАриевичу

4. резорциновую мазь

5. анестезиновую мазь

157. Розовый лишай Жибера

этиология розового лишая Жибера:

1. наследственность

2. вирусная инфекция

3. бактериальная

4. нарушения обмена веществ

5. нервнопсихическая

158. Симптом не характерный при розовом лишае Жибера:

1. пятно розово-красного цвета округлой формы

2. незначительный зуд

3. "материнская бляшка"

4. расположение по линиям Лангера

5. симптом терминальной пленки

159. Необходимым условием выздоровления при лишае Жибераявляется:

1. употребление противовирусных средств

2. исключение мытья

3. назначение кортикостероидов

4. назначение цитостатиков

5. обязательное мытье

160.Розовый лишай был описан:

1. Вильсоном

2. Жибером

3. Геброй

4. Базеном

5. Бальзаром

161.Для розового лишаяне характерны:

1. острое начало

2. предшествующие продромальные симптомы

3. сезонность

4. отсутствие субъективных ощущений

5. хроническое течение

162. «материнская» бляшка при розовом лишае не локализуется:

1. в области груди

2. на спине

3. на животе

4. на шее

5. на половых органах

163. Высыпания при розовом лишае:

1. папула

2. пятна

3. пустула

4. везикула

5. чешуйки

164.Пятна при розовом лишае располагаются:

1. по линии Лангера

2. по линии Лаймера

3. по линии Павлова

4. по линии Петрова

5. на ладонях и подошвах

165. Для сыпи при розовом лишае не характерно:

1. шелушение в центре высыпаний

2. отечные по краям

3. расположение элементов параллельно линиям Лангера

4материнская бляшка

5. обильное шелушение

166.У детей розовый лишай сопровождается:

1. эритематозными очагами

2. пустулезными элементами

3. везикуло-буллезными элементами

4. папулезной сыпью

5. геморрагиями

167. Локализация сыпиу детей при розовом лишае:

1. нижние конечности

2. верхние конечности

3. слизистая полости рта

4. туловище

5. ногти

168.Дифф.диагностика розового лишая проводится с:

1. псориазом

2. опоясывающим лишаем

3. эритразмой

4. себореей

5. акне

169.Пятна при розовом лишае у детей:

1. ярко-красного цвета

2. с жемчужным оттенком

3. с бледно-розовым оттенком

4. не шелушатся

5. большие

170.Дифф.диагностика розового лишая проводится с:

1. красным плоским лишаем

2. дерматомикозами

3. экземой

4. нейродермитом

5. почесухой

171.Осложнения розового лишая:

1. пиодермия

2. дерматит

3. псориаз

4. красный плоский лишай

5. педикулез

172.При неосложненном розовом лишае показаны:

1. гормоны

2. цитостатики

3. иммуностимуляторы

4. диуретики

5. антигистаминные препараты

173.Для розового лишая патогномичным является:

1. наличие "материнской» бляшки

2. полигональные папулы

3. локализация сыпи по линиям Павлова

4. бугорки

5. пустулы

174. Наружно при розовом лишае используются мази:

1. «Гиоксизон»

2. «Бом-Бенге»

3. «Ауробин»

4. «Випросал»

5. «Боро плюс»

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

175. высыпание при красном лишае не располагается:

1. в области лучезапястного сустава

2. туловища

3. предплечий и голеней

4. на половых органах

5. на подошвах

176.В клинике красного плоского лишая выделяют:

1. пустулы

2.папулы

3. пузырьки

4. язва

5. эрозии

177. Морфологические особенности папул при красном плоском лишае:

1. плоские с пупкообразным вдавлением

2. конусовидные

3. гладкие

4. эрозивные

5. сливаются

178. Красный плоский лишайне дифференцируют:

1. псориазом

2. вторичным сифилисом

3. атопическимдерматитом

4. почесухой

5. токсидермией

179.Симптомы характерные для красногоплоского лишая:

1. феномен "яблочного желе"

2. сеткаУикхема

3. феномен Никольского

4. симптом Асбо-Гансена

5. симптом Шеклакова

180.Клиническаяразновидность красногоплоского лишая:

1. герпетиформная

2. эритематозная

3. гипертрофическая

4. бугорковая

5. лепраматозная

181.Поражение кожи в/ч головы при красном плоском лишае называется:

1. синдромХаита

2. синдром Стивенса-Джонса

3. синдром Литтла-Лассюэра

4. синдром Стейна-Левенталя

5. синдром Гриншпана-Потекаева

182.Синдром Литтла-Лассюэра:

1. рубцовая алопеция волосистой части головы, не рубцовая алопеция подмышечных и паховых областей

2. полигональные папулы

3. появление бугорков

4. алопеция

5. папулы с плотными чешуйками

183.Синдром Гриншпана -Виллаполя это сочетание:

1. эрозивная форма красного плоского лишая,

сах.диабет, артериальная гипертензия

2. буллезная форма красного плоского лишая, гепатит, гастрит

3. коньюнктивит, артрит, уретрит

4. пигментная форма красного плоского лишая, гепатит, сах. диабет

5. СД, стоматит, конъюнктивит

184.Сетка Уикхема обусловлена:

1. неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса

2. за счет плотно сидящих папул

3. за счет неравномерного утолщениящиповатого слоя

4. неравномерного роста эпидермальных клеток

5. роста соединительной ткани

185. Феномен Кебнера это:

1. изоморфная реакция на механическое воздействие

2. появление пузырей в местах наибольшего трения

3. появление везикул, папул

4. появление зуда из-за трения

5. кровотечение при почесывании

Экзема

186.Экзема это:

1. хроническое инфекционное воспаление кожи

2. острое инфекционное воспаление кожи

3. хроническое воспаление поверх. слоев кожи, полиморфизм элементов

4. хроническое воспаление соединительной ткани

5. мономорфность элементов

187. «Серозные колодцы» - это:

1. вскрывшиеся микровезикулыс геморрагическим содержимым

2. везикулезные высыпания

3. группа, вскрывшихся микровезикул с серозным содержимым

4. папулы с везикулами с гнойным содержимым

5. милиарные папулы

188.Первичные морфологические элементы при истинной экземе:

1. пузырьки

2. узел

3. бугорки

4. волдыри

5. пустули

189.Симптомы характерные для истинной экземы:

1. мокнутие

2. выпадение волос

3. боль

4. симптом Пильнева

5. симптом Ауспица

190.Вторичные элементы при

истинной экземе:

1. вегатация

2. эрозия

3. чешуйки

4. папулы

5. бугорки

191.Разновидности истинной экземы:

1.микробная

2. идиопатическая

3. детская

4. паратравматическая

5. лентовидная

192.Наиболее частая локализация истинной

экземы:

1. слизистая уретры

2. ладони и подошвы

3. ушные раковины

4. язык

5. пищевод

193.Дифференциально-диагностические критерии истинной экземы:

1. болеют только дети

2. наиболее частое поражение половых органов

3. полиморфизм отсутствуют

4. симметричность высыпаний, полиморфизм

5. поражаются только волосистая часть

194.К диагностическим критериям при пруригинозной экземе, относятся все кроме:

1. папуловезикулы на плотном основании

2. обильное мокнутие

3. не образуют эрозии

4. пароксизмальный зуд

5. все ответы неверны

195.Везикула при дисгидротической экземе:

1. сливаясь образуют многокамерные пузыри

2. быстро лопаются

3. не сливаются

4. образуют конгломераты

5. нагнаивается

196.Истинную экзему дифференцируют с:

1. рожей

2. контактным дерматитом

3. псориазом

4. сифилисом

5. пиодермией

197.Препарат, не используемый при истинной экземе:

1. СаСL 10%-в/в

2. Тиосульфат Na 30% - в/в

3. Кларитин

4. лоратадин

5. эритромицин

198.Что нельзя употреблять при мокнутии (истинная экзема):

1. примочки с KMn O4

2. крем Унны

3. тиосульфат Na 30%

4. CaCL210%

5. раствор риванола

199.Местно используют при истинной экземе все, кроме:

1. примочки с KMn O4

2. раствор риванола

3. р-р Демьяновича

4. крем Унны

5. тиосульфат натрия

200.Диагностические критерии при микробной экземе все кроме:

1. симметричность высыпаний

2. границы очагов поражения четкие

3. чаще локализуется на конечностях

4. ассисметричность высыпаний

5. отсутствие зуда

201.Паратравматическая микробная экзема это:

1. островоспалительная реакция с экзематизацией в области варикозных язв

2. экзема сосков и пигментного кружка у женщин

3. воспалительная реакция с экзематизацией по периферии

трофической язвы голени

4. экзема вокруг естественных отверствий

5. экзема у пожилых

202.Себорейная экзема локализуется:

1. кожа в/ч головы

2. ногти

3. подошвы

4.ладони

5. половые органы

203.Себорейную экзему не дифференцируют с:

1. розовым лишаем

2. псориазом

3. себорейным дерматитом

4. розовыми угрями

5. дискоидной волчанкой

204.На фоне каких заболеваний |протекает себорейная экзема:

1. микробной экземе

2. идиопатической экземе

3. себорейной плешивости

4. жирной себореи

5. ожирения

205.Какой возраст наиболее подвержен себорейной экземе:

1. 5-6- лет

2. 14-18 лет

3. 40-50 лет

4. 1 год жизни

5. старше 60

206.Дифференцируют себорейную экзему с:

1. герпетиформный дерматит Дюринга

2. нейродермитом

3. эпидермофития

4. трихофитией

5. микроспорией

207.Себорейная экзема

локализуется в местах, где кожа богата:

1. потовыми железами

2. пушковыми волосами

3. сальными железами

4. щетинистыми волосами

5. микробами

208.Что такое себореиды?

1. эритематозные пятна с жирными чешуйками

2. папуловезикулы с серно-гнойными корками

3. папуловезикулы с серозным содержимым

4. эрозии с серозными корками

5. язвы

209.Условные аллергены это:

1. Антибиотики

2. кислоты

3. щелочи

4. высокая температура

5. низкая температура

210.Безусловные раздражители:

1. Кислоты

2. Антибиотики

3. Цитрусы

4. Спирт

5. Шоколад

211.Облигатные раздражители:

1. Раздражители, которые всегда и у всех вызывают дерматит

2. Аллергены, вызывающие дерматит не у всех

3. Аллергены, вызывающие дерматит у сенсибилизированных

4. Раздражители, вызывающие дерматит

5. Слабые аллергены

212.Простой дерматит вызывает:

1. серная кислота

2. пыльца растений

3. пенициллин

4. сульфаниламиды

5. шерсть животных

213.Аллергический дерматит

вызывает:

1. Условные аллергены

2. Облигатные аллергены

3. УФО

4. Факультативные аллергены

5. цитрусы

214.Синоним простого дерматита:

1. артифициальный дерматит

2. токсикодермия

3. аллергический дерматит

4. дерматит Дюринга

5. атопический дерматит

215.К безусловным аллергенам

могут служить:

1. Пенициллин

2. Пыльца растений

3. Тополиный пух

4. Томаты

5. 80% уксусная кислота

216.Для простого дерматита характерны:

1. воспаления кожи на месте воздействия раздражения

2. быстрый периферический рост

3. диссеминация

4. отсутствия регресса при прекращении воздействия аллергена

5. сенсибилизация

217.К этиологии простого контактного дерматита относится все кроме:

1. физические факторы

2. механические факторы

3. биологические факторы

4. щелочи

5. антибактериальные препараты

218.Причины простого дерматита все кроме:

1. Давление

2. Трение

3. Вода Т выше 60 град.

4. кислоты

5. антибиотики

219.Первичные-элементы характерные для искусственного дерматита:

1. узелок

2. пузырек

3. корочки

4. узел

5. бугорок

220.Препараты, используемые при простом контактном дерматите:

1. простая болтушка

2. цитостатики

3. иммуномодуляторы

4. антигистаминные

5. десенсибилизирующие

Нейродермиты

221.В группу нейродермитов объединены следующие заболевания, кроме:

1. Нейродермит диффузный

2. Почесуха

3. Экзема

4. Крапивница

5. Кожный зуд

222.Основные симптомынейродерматозов:

1. везикулезные высыпания

2. интенсивный кожный зуд

3. эрозии, язвы.

4. рубцы

5. связь с климатом

223.Этиологическим фактором кожного зуда является все кроме:

1. сахарный диабет

2. беременность.

3. глистные инвазии.

4. сифилис

5. заболевания печени

224.В объективной клинической картине кожногозуда преобладает все кроме:

1. pustula

2. excoriatio

3. геморагические корочки

4. депигментация

5. ссадины

225.Для лечения кожного зуда используют методы общей терапии:

1. суггестивная терапия

2. антибиотикотерапия

3. УФО

4. патогенетическая терапия

5. гормональная терапия

226.К определению нейродермита относится все кроме:

1. хронически рецидивирующее заболевание

2. заболевание кожи и слизистых, развивающееся поддействием раздражителя

3. заболевание, проявляющееся интенсивным зудом

4. хронические воспалительные заболевания кожи с проявлениями лихенификации

5. заболевание связано с нарушением функции ЖКТ

227.Для местнойтерапии кожногозуда используют:

1. мази с ментолом, анестезином

2. цитостатики

3. антибактериальные мази

4. сердечные гликозиды

5. салициловую мазь

228.Излюбленная локализация при ограниченном нейродермите:

1. задняя и боковая поверхность шеи

2. ладони

3. подошвы

4. уретра

5. полость рта

229.К средствам наружной терапии нейродермитаотносятся все кроме:

1. эритромициновая мазь

2. фторокорт

3. крем Унны

4. псоркутан

5. лоринден

230.Нейродермит дифференцируют:

1. сифилисом

2. гонореей

3. эпидермофитией

4. грибовидный микоз

5. КПЛ

231.В группунейродерматозовотносятся след.заболевания, кроме:

1. нейродермит диффузный

2. почесуха

3. экзема

4. крапивница

5. нейродермит ограниченный

232.Классификация кожного зуда:

1. ночной кожный зуд

2. зуд прибеременности

3. дневной кожный зуд

4. пищевой кожный зуд

5. универсальный кожный зуд

233.При Pruritus 'cutaneus зудбеспокоит чаще:

1. после еды

2. до еды

3. холодное время года

4. постоянно

5. теплое время года

234.К средствам общейтерапии кожного зуда относятся все, кроме:

1. кларитин

2. зиртек

3. перитол

4. цитостатики

5. лоратадин

235.При кожном зуде из рациона не исключают:

1. сахар

2. копченные продукты

3. мёд

4. шоколад

5. хлеб

236.Осложнения кожного зуда:

1. экзема

2. крапивница

3. дерматит Дюринга

4. пиодермия

5. чесотка

237.Для местнойтерапии кожного зуда используют:

1. цитостатики

2. салициловую мазь

3. согревающие мази

4. анестезиновую мазь

5. все ответы верны

238.Ограниченный кожный зуд нелокализуется:

1. область половых органов

2. anus

3. голова

4. сгибательные поверхности конечностей

5. слизистой оболочке

239.Этиология нейродермита:

1. вирусы

2. грибы

3. нарушение ЖКТ

4. бактерии

5. простейшие

240.Вторичные морфологические

элементы нейродермита:

1. лихенификация

2. папулы

3. вегатации

4. пузыри

5. чешуйки

241.В нейродермит переходит чаще:

1. пузырчатка

2. пемфигоид

3. токсидермия

4. истинная экзема

5. микозы

242.Нейродермит не дифференцируют с:

1. почесухой

2. кожным зудом

3. чесоткой

4. микозы

5. дерматитом Дюринга

243.Кортикостероидные препараты используемые

при нейродермите все, кроме:

1. псоркутан

2. фторокорт

3. синафлан

4. дермовейт

5. мометазон

244.Основные морфологические элементы детской почесухи:

1. пустулы

2. узлы

3. urtica

4. язвы

5. эрозии

245.Почесуха Гебры характеризуется:

1. локализация на разгибательных

поверхн. конечн.

2. лихенификация

3. увеличение лимфоузлов, болезн. при

пальпации

4. поражение слизистых оболочек

5. отсутствие зуда

246.Почесуху не дифференцируют:

1. чесоткой

2. бородавчатым красным плоским лишаем

3. пемфигусом

4. нейродермитом

5. грибовидным микозом

247.Для лечения почесухи используют все кроме:

1. цитостатики

2. диета

3. антигистаминные

4. седативные

5. десенсибилизирующие

248.Препарат не используемый при почесухе:

1. хлористый кальций

2. кетотифен

3. хингамин

4. фенкарол

5. глюконат кальция

249.Местная терапия почесухи:

1. серные ванны

2. мазь Унны

3. препараты с висмутом

4. все ответы неверные

5. фукорцин

250.Крапивница-это:

1. urtikaria

2. пемфигус

3. пемфигоид

4. СКВ

5. коллагеноз

ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

251.Основным элементом при пузырчатке является:

1. папула

2. везикула

3. волдырь

4. пузырь

5. рубец

252.Патогистологические изменения характерныедля пузырчатки:

1. гиперкератоз

2. акантолиз

3. акантоз

4. спонгиоз

5. паракератоз

253.Клетки при пузырчатке называются:

1. LE клетки

2*.* клетки Тцанка

3. неокантолитические

4. волчаночные

5. пузырные

254.Клинические формы пузырчатки все кроме:

1. вульгарная

2. вегетирующая

3. микробная

4. листовидная

5. бразильская

255.Слизистая полости рта

поражается приследующих видах

пузырчатки, кроме:

1. истинной

2. листовидной

3. вегетирующей

4. обыкновенной

5. бразильской

256.Для пузырчаткихарактерноналичиеследующих элементов:

1. пузырь

2. узел

3. лихинефикация

4. бугорок

5. волдырь

257.При симптомеНикольского обрывок эпидермиса при потягивании:

1. обрывается

2. не отслаивается

3. увеличивает размеры эрозии

4. образует «шипики"

5. кровоточит

258.Симптом Никольскогорезко положителен при:

1.пузырчатке

2. пемфигоидеЛевера

3. дерматите Дюринга

4. лекарственном стоматите

5. чешуйчатом лишае

259.При листовидной пузырчатке не поражаются:

1. лицо

2. туловище

3. слизистой оболочки

4. шея

5. конечности

260.Элемент не встречающийся при вегетирующей пузырчатке:

1. узелок

2. пузырь

3. эрозия

4. трещина

5. пузырек

261.При вегетирующей пузырчатке не наблюдается:

1. значительная интоксикация

2. повышение температуры тела

3. наличие гнилостно-зловонного экссудата на вегетациях

4. болезненность

5. отсутствие болезненности наместах высыпаний

262.Диагноз пузырчатки

подтверждают:

1. симптом «дамского каблука»

2.наличие клетокТцанка

3. наличие неаконтолитическихклеток

4. симптом Ядассона

5. симптом Пильнева

263.В лечение пузырчатки

абсолютным является

назначение:

1. гормонов

2. витаминов

3. антибиотиков

4. препаратов калия

5. десенсибилизирующих

264.В сыворотке крови при пузырчатке не обнаруживают:

1.антитела типа Ig G

к межклеточному веществу шиповатого слоя

2. отложение Ig G в

межклеточном веществе

3. наличие Т –лимфоцитов

4. наличие В –лимфоцитов

5. антитела к ДНК

265.В местном лечении эрозии при пузырчатке применяют:

1. перекись водорода

2. фукорцин

3. дентальную адгезивную пасту

4. крем Унны

5. все правильно

266.Буллезный пемфигоид

следует дифференцировать от всех, кроме:

1. врожденного буллезного эпидермолиза

2. лекарственного стоматита

3. экссудативной эритемы

4. дерматоз Дюринга

5. псориаз

267.При дерматите Дюринга отмечаются кроме:

1. высыпания полиморфны, часто симметричны

2. интенсивный зуд

3. чувство жжения

4. высыпания мономорфны ассимметричны

5. эозинофилия в крови

268.Из первичных элементов

при дерматите Дюринга

наблюдаются:

1. бугорок

2. пузырек

3. узел

4. волдырь

5. все ответы правильные

269.Высыпания придерматите Дюрингалокализуются в:

1. области лопаток

2. на коже ладоней

3. на коже подошв

4. на лице

5. нет правильного ответа

270.При дерматите Дюринга

Наблюдается повышенная чувствительность к

1. хлору

2. йоду

3. фтору

4. калию

5. кальцию

271.При постановке пробыЯдассонане используют:

1. мазь с 50% калия йодида

2. прием внутрь 2-3% калия йодида

3. прием внутрь 2-3-% натрия йодида

4. мазь с 2-3 % калия йодида

5. все перечисленные

272.В диагностике дерматита

Дюринга не учитывают:

1. полиморфизм высыпаний

2. герпетиформное

расположение элементов

3. наличиеэозинофилиив крови

4. отложение IgG в

базальной мембране

5. эозинофилию в пузырях

273.В лечении дерматитаДюринга не применяют:

1. ДДС

2. дапсон

3. бисептол

4. препараты гиалуронидазы

5. гормоны

274.Дерматитом Дюринга

чаще болеют:

1. младенцы

2. подростки

3. мужчины

4. женщины

5. пожилые

275.В лечении дерм.

Дюринга не используют:

1. витамины

2. препараты калия

3. препараты кальция

4. препарат железа

5. гормональные препараты

276.К пузырным дерматозам относят:

1. пузырное импетиго

2. буллезный эпидермолиз

3. пемфигоид

4. пузырьковый лишай

5. фавус

277.Пузырчатку впервые

описал:

1. Гиппократ

2.Абу-Али-Ибн-Сина

3. Алибер

4. Гебра

5. Базен

278.Механизм образования

сыпи припузырчатке путем

акантолиза был открыт:

1. Павловым

2. Поспеловым

3. Севаттом

4. Никольским

5. Шеклаковым

279.Первоначально высыпание приистинной пузырчаткеначинается с:

1. кожи половых органов

2. слизистой гортани

3. кожи лица

4. кожи волосистойчасти головы

5.глаз

280.Симптом Асбо-Ганзена вызывает:

1. грушевидную форму пузыря

2. отслойку эпидермиса

3. обрывку покрышки пузыря

4. изменение содержимого пузыря

5. исчезновение при надавливании

281.В лечении пемфигоида

более эффективно

сочетание:

1. преднизолон+ ДДС

2. бисептол+гормоны

3. тетрациклин+витамины

4. лечения нет

5. цитостатики+витамины

КОЛЛАГЕНОЗЫ

282.В этиологии красной волчанки играют роль:

1. микобактерии Коха

2. стрептококки

3. простейшие

4. кишечная палочка

5. вирусы

283.Симптом "дамского каблучка"- это:

1. наличие на поверхности чешуек роговых шипиков

2. наличие подчешуйками роговыхшипиков

3. на коже рисунок напоминающий каблук

4. чувство болезненности приудалении чешуек

5. утолщение кожи

284.Симптом Бенье-Мещерского - это:

1. болезненность приудалении чешуек

2. наличие шипиков под чешуйками

3. наличие шелушения в очаге поражения

4. появление инфильтративных бляшек

5. лихенификация кожи

285.Наиболее часто при дискоидной краснойволчанке поражаются:

1.скуловые части щек

2. спина

3. шея

4. волосистая часть головы

5. стопы

286.При центробежной эритеме присутствуют:

1. гиперкератоз

2. отечные эритематозные пятна

3. атрофия

4. субъективные ощущения

5. нет правильного ответа

287.Клинические разновидности СКВ на слизистой оболочке рта:

1. типичная

2. эрозивно-язвенная

3. поверхностная

4. пигментированая

5. все верно

288.Красную волчанку дифференцируют от следующих заболеваний:

1. демодекоз

2. розацеа

3. круговидное выпадение волос

4. псориаз

5. нейродермит

289.После разрешения красной волчанки на волосистой части головы остаются:

1. временное облысение

2. депигментация

3. гиперпигментация

4. рубцовая атрофия

5. корка

290.СКВ встречается чаще в

следующем возрасте:

1. мужчины 20 лет

2. женщины 18-40 лет

3. мужчины 40-60

4. дети до 12 лет

5. старше 60

291.В лечении красной волчанки применяют:

1. антибиотики

2. сульфаниламиды

3.антималярийные средства

4. диуретики

5. сергечные гликозиды

292.К группе коллагенозов относятся:

1. склеродермия

2. розовый лишай

3. псориаз

4. дерматит

5. рубромикоз

293.При красной волчанке

клетки называются:

1. акантолитическими

2. неакантолитическими

3. клеткамиТцанка

4. LE - клетками

5. шиповатые клетки

294.При центробежной

эритеме чаще поражаются:

1. шея

2*.* скуловая часть щек

3. ушные раковины

4. подбородок

5. конечности

295.Симптом Хачатуряна - это:

1. отечные пятна

2. точечные папулы

3.локализация на коже ушных раковин расширенных пор

4. локализация на коже лбапушковых волос

5. наличие чешуек

296.В клиническом развитии

склеродермии выделяют следующие стадии:

1. инфильтрация

2. отек

3. эрозия

4. вегететация

5. лихенификация

297.В стадии уплотнения пригенерализованной склеродермии не наблюдается:

1. похолодание пальцев рук

2. пальцы теплые на ощупь, чувствительные

3. пальцы не подвижны, слегка согнуты

4. "мертвые пальцы"

5. отсутствие пульсации периферических сосудов

298.Для ограниченной склеродермии характерно:

1. появление множественных мелких пятен

2.появление единичныхмелких пятен (5-10 см) в диаметре

3. волосы наповерхности пятен сохранены

4. волосы на поверхности пятен не выпадают

5. сальные железы не функционируют

299.Чаще всего очагибляшечной склеродермиилокализуются на коже:

1. лица

2. шеи

3. туловища

4. промежности

5. ног

300.При лентовидной склеродермии очаги расположены:

1. вдоль конечностей

2. поперек лба

3. на коже груди

4. на коже половых органов

5. на слизистых

301.В лечении склеродермии не применяют:

1. кортикостероиды

2. препараты гиалуронидазы

3. ганглиоблокаторы

4. витамины. В, А, Е

5. электрофорез, стекловидное тело

302.К провоцирующим факторам при склеродермии относят:

1. стресс

2. инсоляция

3. вирус

4. вакцины

5. сульфаниламиды

303.Склеродермия относится к группе:

1. нейродерматозов

2.коллагенозов

3. ретикулезов

4. сосудистых заболеваний

5. микозов

304.Склеродермия делится на:

1. очаговую

2.системную

3. центробежную

4. поверхностную

5. глубокую

305.Очаговая склеродермия делится на:

1. полосовидную

2.пятнистую

3. эритематозную

4. папулезную

5. ограниченную

306.Линейную склеродермию

Иначе называют:

1. каплевидной

2. пятнистой

3. бляшечной

4.лентовидной

5. нуммулярной

307.Высыпания при очаговой

склеродермии:

1. папула

2. эритема

3. пузырек

4. пузырь

5. волдырь

308.Кости, мышцы, фасции поражаются при след. виде склеродерм:

1. атрофодермии

2. каплевидной

3.системной

4. бляшечной

5. нуммулярной

309.Субъективно при очаговой склеродермии ощущаются:

1. жжение

2. чувство стягивания

3. чувство распирания

4.незначительный зуд

5. боль

310.Локализация пятен при

каплевидной склеродермии:

1. лицо

2. шея

3. спина

4. конечности

5. слизистые

311.Тяжелый вариантмногоформной экссудат. эритемы:

1. буллезное импетиго

2. дерматоз эрозивный

3. синдром Лаелла

4. синдром Стивенсона-Джонсона

5. синдром SSSS

Пиодермии

312.Возбудителем пиодермии являются:

1. микобактерии

2. стрептококки

3. уреаплазмы

4. коринобактерии

5. вирусы

313.Пиодермии не классифицируют:

1. по возбудителю

2. по глубине расположения процесса

3. по характеру течения

4. по возрасту

5. по географическому расположению

314.К стафилококковымпиодермитам относят все, кроме:

1. ангулярный стоматит

2. сикоз

3. гидраденит

4. фурункул

5. карбункул

315.К стафилодермиям относятся:

1. везикулопустулез

2. булезное импетиго

3. мягкий шанкр

4. эктима

5. твердый шанкр

316.К стафилодермиям новорожденных относятся:

1. везикулопустулез

2. экссудативная эритема

3. диатез

4. красный плоский лишай

5. отрубевидный лишай

317.Сикоз локализуется:

1. на коже бедер

2. на коже ладоней

3. на коже волосистой части головы

4. в области усов и бороды

5. на лице

318.Какими субъективными расстройствами не сопровождается сикоз:

1. чувство жжение

2. легкий зуд

3. покалывание

4. чувство стягивание кожи

5. стреляющие боли

319.Какой фактор не играет роль в патогенезе сикоза:

1. нарушение иннервации сально-волосяного аппарата

2. снижение иммунобиологической и сопротивляемости организма

3. состояние инфекционной аллергии

4. несоблюдение гигиены

5. снижение потенции

320.Фурункул это:

1. поражение 1 волосяного фолликула

2. поражение 3 волосяных фолликулов

3. поражение 6 волосяных фолликулов

4. поражение 20 волосяных фолликулов

5. поражение сальных желез

321.Какие стадииразличают в развитии фурункула:

1. стадия развития инфильтрата

2. стадия нагноения и некроза

3. стадия заживления

4. верны ответы 1,2,3

5. все ответы не верны

322.При лечении фурункулеза применяют:

1. цитостатики

2. анаболики

3. противотуберкулезные препараты

4. цефалоспорины

5. АКТГ

323.Карбункул это:

1. поражение нескольких волосяных фолликулов

2. одного волосяного фолликула

3. поражение ногтевого ложа

4. поражение потовых желез

5. поражение ПЖК

324.Первая стадия карбункула

характеризуется:

1. некрозом

2. формированием глубокой язвы

3. появлением плотных узелков с тенденцией к слиянию

4. образованием рубца

5. образованием пузырей

325.Течение карбункула сопровождается:

1. эйфорией

2. мучительным зудом

3. парестезиями

4. истерией

5. болью в очаге

326.Предрасполагающим фактором в развитии гидраденита являются все, кроме:

1. общее снижение иммунитета

2. повышенная потливость

3. щелочная реакция пота

4. мацерация

5. несоблюдение гигиены

327.Укажите симптом характерный для гидраденита:

1. "сучье вымя"

2. терминальной пленки

3. алопеция

4. «дамского каблука»

5. «стеаринового пятна»

328.Пустула, связанная с апокриновыми потовыми железами:

1. фурункул

2. фликтена

3. эктима

4. гидроаденит

5. импетиго

329.Из экзогенных факторов в возникновении пиодермии не имеют значение:

1. аллергены

2. загрязнение кожи

3. травмы кожи

4. переохлаждение

5. повышенная влажность

330.Фликтена это:

1. узелок

2. гнойничок

3. вялый пузырь

4. бугорок

5. волдырь

331.K стрептодермиямне относятся:

1. турниоль

2. щелевидное импетиго

3. эктима вульгарная

4. простой лишай

5. фурункул

332.Синонимы щелевидного импетиго:

1. простой лишай лица

2. вульгарная эктима

3. ангулярный стоматит

4. буллезное импетиго

5. отрубевидный лишай

333.Ангулярный стоматит дифференцируют с:

1. поверхностным кандидозом угловрта

2. с простым лишаем

3. с турпиолем

4. с псориазом

5. простым дерматитом

334.Турниоль это:

1. воспаление потовых желез

2. воспаление сальных желез

3. воспаление кожи вокруг ногтевой пластинки

4. воспаление волосяного

фолликула

5. воспаление красной каймы губ

335.Синоним турниоля:

1. везикулопустулез

2. гидраденит

3. бактеридЭндрюса

4. импетиго ногтевых валиков

5. эктима вульгарная

336.Простой лишай-это;

1. разновидность стрептококкового импетиго

2. разновидность отрубевидного лишая

3. стадия при псориазе

4. разновидность стафилодермий

5. грибковое заболевание

337.Эктима-зто:

1. глубокая трещина

2. эпидермальный узел

3. глубокая нефолликулярная пустула

4. воспалительное пятно

5. большая папула

338.Вульгарную эктиму не дифференцируют с:

1. псориазом

2. фурункулом

3. сифилитической эктимой

4. туберкулезом

5.ожог кожи

339.Стрептококки поражают:

1. волос

2. сальные железы

3. гладкую кожу

4. потовые железы

5. половые органы

340.Возбудителем стрептодермии являются:

1. гонококки

2. пневмококки

3. трихомонады

4. стрептококки

5. стафилококки

341.Щелевидное импетиго локализуется:

1. в углах рта

2. на конечностях

3. на туловище

4. на голове

5. на стопах

ТУБЕРКУЛЕЗ, ЛЕПРА, ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ

342.К диссеминированным формам туберкулеза не относятся:

1. острый диссеминированный милиарный

2. лихеноидный

3. папулонекротический

4. индуративный туберкулез кожи

5. ПсевдофурункулезФингера

343.Колликвативный туберкулез может быть:

1. первичный

2. вторичный

3. третичный

4. ограниченный

5. правильно 1.2.

344.Туберкуллезная волчанка появляется, как правило, в возрасте:

1. от 5 до 15 лет

2. от 16 до 30 лет

3. от 31 до 50 лет

4. от 51 до 70 лет

5. старше 70

345.При надавливании на люпому пуговчатым зондом:

1. возникает резкая болезненность

2. болезненности не ощущается

3. болезненность зависит от размеров очага

4. болезненность зависит от стадии поражения

5. кровотечение

346.При вскрытии скрофулодермы:

1. появление гноя обязательно

2. гноя не бывает

3. появление гноя зависит от размеров очага

4. появление гноя зависит от стадии поражения

5. ничего из перечисленного

347.При колликвативном туберкулезе кожи рубцы:

1. гладкие, атрофичные

2. гладкие, гипертрофированные

3. келоидные

4. с перемычками (трабекулярные) или сосочковыми разрастаниями

5. нет ответа

348.После вскрытия узла при колликвативном туберкулезе образуется:

1. эрозия

2.язва

3. свищевой ход

4. все указанное

5. корка

349.Для колликвативного туберкулеза кожи характерно все перечисленное, кроме

1. Узлов в подкожно-жировой клетчатке

2. плоских папул

3. шаровидной формы узлов

4. размеров узлов от 1 до 3 см

5. «мостовидные рубцы»

350.Бородавчатый туберкулез кожи не надо дифференцировать с:

1. хронической вегетирующей пиодермией

2. веррукозным красным плоским лишаем

3. раком кожи

4. бугорковым сифилисом

5. псориазом

351.Среди клинических разновидностей туберкулезной волчанки различают:

1. веррукозную

2. эритематозную

3. папулезную

4. пустулезную

5. все ответы правильны

352.Для туберкулезной волчанки характерно начало в:

1. раннем детском возрасте

2. подростковом возрасте

3. юношеском возрасте

4. зрелом возрасте

5. в пожилом возрасте

353.Для туберкулезной волчанки характерно течение:

1. хроническое

2. медленно прогрессирующее

3. быстро прогрессирующее

4. рецидивирующее

5. острое

354.Сформированная липома имеет цвет:

1. темно-красный

2. темно-красный с коричневатым оттенком

3. светло-красный

4. светло-красный с желтоватым оттенком

5. багровый

355.При туберкулезной волчанке:

1. рубцевание начинается с центральной части очага

2. рубцевание начинается с периферической части очага

3.рубец гладкий, нежный, обесцвеченный

4. рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный

5. нет рубца

356.Люпус-карцинома - это:

1. одновременное возникновение туберкулезной волчанки и рака кожи

2. развитие туберкулезной волчанки на фоне рака кожи

3. развитие рака кожи у больного туберкулезной волчанкойнезависимо от локализации обоих заболеваний

4. развитие рака кожи на фоне туберкулезной волчанки или на рубце после туберкулезной

волчанки

5. сочетание туберкулезной и красной волчанки

357.При туберкулезной волчанке поражаются:

1. половые органы

2. ЦНС

3. язык

4. кожа лица

5. волосы

358.Среди клинических разновидностей туберкулезной волчанки различают:

1. эритематозную

2. серпигинозную

3.гуммозную

4. папулезную

5. буллезную

359.Высыпания при туберкулоидной лепре локализуются на:

1. открытых участках

2. закрытых участках

3. лице и конечностях

4. на туловище

5. возможна любая локализация

360.Бугорки при туберкулоидной лепре:

1. крупные

2. мелкие и плоские

3. остроконечные

4. не имеют специфического вида

5. нет правильного ответа

361.Бугорки при туберкулоидной лепре;

1. лежат изолированно

2. сливаются и немногочисленные

3. многочисленные

4. возможно все перечисленное

5. незаметны невооруженным глазом

362.Течение туберкулоидного типа лепры:

1. доброкачественное

2. злокачественное

3. зависти от локализации

4. зависит от возраста

5. зависит от степени тяжести

363.При туберкулойдной лепре поражаются:

1. кожа

2. периферическая нервная система

3. центральная нервная система

4. опорно-двигательный аппарат

5. сердечно-сосудистая система

364."Львиное" лицо характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. глубоких инфильтратов кожи и подкожной клетчатки на лице

2. грубых складок на лице

3. утолщения носа, губ. ушных раковин

4. истончения и атрофии крыльев носа и ушных раковин

5. все ответы неверные

365.Течение туберкулоидной лепры:

1. острое

2. подострое

3. хроническое с обострениями

4. хроническое без обострений

5. медленно прогрессирующее

366.Туберкулоидный лейшманиоз характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. появления новых бугорков на месте рубца или вокруг него

2. желтовато-бурого цвета бугорков

3. отсутствия феномена яблочного желе

4. длительного существования без изъязвления

5. все ответы неверные

367.Быстро изъязвляющийсялейшманиоз кожи характеризуется:

1. локализацией на открытых участках кожи

2. локализацией на любых участках кожи

3. изъязвлением в течение первых трех месяцев смомента появления

4. изъязвлением в течение 4-6 месяцев с момента появления

5. нет ответа

368.Клиническим разновидностямимногоформной экссудативной эритемы являются все перечисленные, кроме:

1. пятнистой

2. папулезной

3. везикулезной

4. пустулезной

5. буллезной

369.Туберкулоидный лейшманиоз - это:

1. лейшманиоз у больного туберкулезной волчанкой

2. лейшманиоз кожи у больного любой формой туберкулеза кожи

3. особый вид поздно изъязвляющегося лейшманиоза кожи у больного, инфицированного туберкулезом

4. особый вид поздно изъязвляющегося лейшманиоза кожи

5. заражение туберкулезом у больного с лейшманиозом

370.Бугорки при поздно изъязвляющемся лейшманиозе кожи

1. розово-красные

2. красные

3. красновато-коричневые или красновато-синюшные

4. желтые

5. багрово-синюшные

371.Инкубационный период при поздно изъязвляющемсялейшманиозе кожи составляет

1. 10-20 дней

2. 2-3 месяца

3. от 3 месяцев до 1 года

4. более 1 года

5. 1 неделя

Сифилис

372.При сифилитическом регионарном склерадените консистенция лимфатического узла:

1. мягкая

2. эластическая

3. плотноэластическая

4. плотная

5. каменистая

373.Шанкр-амигдалит представляет из себя:

1. эрозию миндалины

2. язву миндалины

3. увеличенную в размерах плотной консистенции миндалину

4. увеличенную в размерах с островоспалительными явлениями миндалину

5. миндалину с гнойными лакунами

374.Высыпания при вторичном свежем сифилисе обычно:

1. локализированные

2. генерализованные

3. несимметричные

4. неяркой окраски

5. отсутствуют

375.Бугорковый сифилис следует дифференцировать со всеми перечисленными

заболеваниями, кроме:

1. туберкулеза кожи

2. лейшманиоза

3. лепры

4. экземы

5. крапивницы

376.Патогномоничным симптомом позднего врожденного сифилиса являются:

1. бугорки кожи туловища

2. зубы Гетчинсона

3. гуммы кожи туловища

4. щучьи зубы

5. твердый шанкр

377.Патогномоничным симптомом позднего врожденного сифилиса является:

1. ягодицеобразный череп

2. седловидный нос

3. лабиринтная глухота

4. диастема Гоше

5. бугорок Карабелли

378.В период беременности женщина получила превентивное лечение по поводу полового контакта с больным вторичным свежим сифилисом. Родился ребенок массой тела 3200 г, ростом 53 см. При комплексном обследовании симптомов сифилиса не выявлено. Ребенку показано:

1. лечение по схемам врожденного сифилиса

2. клинико-серологический контроль

3. обследование и лечение не показано

4. превентивное лечение

5. лечение вторичного периода сифилиса

379.Вероятным признаком позднего врождённого сифилиса является:

1. паренхиматозный кератит

2. седловидный нос

3. лабиринтная глухота

4. аксифоидия

5. инфантильный мизинец

380.Число завитков спирали бледной трепонемы в среднем составляет:

1. 2-4

2. 6-8

3. 8-14

4. 15-20

5. больше 20

381.Hаиболее благоприятной средой обитания для бледной трепонемы в организме человека является:

1. артериальная кровеносная система

2. венозная кровеносная система

3. лимфатическая система

4. спино-мозговая жидкость

5. слизистая полости рта

382.При воздействии температуры 100° бледная трепонема погибает:

1. мгновенно

2. через 5-20 минут

3. через час

4. через 2 часа

5. не погибает

383.Для постановки диагноза первичного серопозитивного сифилиса наряду с клиникой необходимы положительные результаты следующих реакций:

1. РИФ

2. КСР

3. ИФА

4. РПГА

5. ПЦР

384.Вторичные сифилиды характеризуются следующим признаком:

1. высыпания вторичного периода имеют нечеткие края, неправильные очертания

2. высыпания вторичного периода сопровождаются чувством жжения, болезненностью

3. высыпания вторичного периода сохраняются длительно, несмотря на проводимую терапию

4. высыпания быстро разрешаются под влиянием лечения

5. высыпания вторичного периода сопровождаются зудом

385.Наиболее характерным клиническим симптомом раннего врождённого сифилиса у детей в возрасте от 1 до 2 лет является:

1. диффузная папулёзная инфильтрация Гохзингера

2. сифилитическая пузырчатка

3. широкие кондиломы

4. сифилитический ринит

5. паренхиматозный кератит

386.Hаиболее часто первым клиническим признаком врождённого сифилиса у детей грудного возраста является

1. диффузная папулёзная инфильтрация Гохзингера

2. сифилитическая пузырчатка

3. сифилитический ринит

4. розеолёзные высыпания

5. широкие кандиломы

387.Больная получила полноценное лечение по поводу вторичного рецидивного сифилиса. Серореакциинегативировались. Во время беременности до снятия больной с учета она получила профилактическое лечение. Мероприятия по отношению к ребенку включают:

1. профилактическое лечение

2. однократное клинико-серологическое обследование

3. клинико-серологический контроль в течение1 года

4. лечение по схемам раннего врожденного сифилиса

5. лечение и контроль не требуются не требуется

388.Шанкр-панариций представляет собой:

1.язву

2. отёчное пятно

3. эрозию

4. папулу

5. пузырь

389.Патогномоничным поражением костной системы при раннем врождённом сифилисе является:

1. остеомиелит

2. периостит

3. остеохондрит

4. моноартрит

5. гонит

390.Вторичный период сифилиса с момента заражения начинается в среднем через:

1. 1-2 месяца

2. 2-3 месяца

3. 3-4 месяца

4. 4-5 месяцев

5. 6-8 месяцев

391.После появления твердого шанкра вторичный период сифилиса наступает, в среднем, через:

1. 3-4 недели

2. 5-6 недель

3. 6-8 недель

4. 8-9 недель

5. 10-12 недель

392.Клиническим признаком злокачественного течения вторичного сифилиса кожи и слизистых является:

1. широкие кондиломы

2. пустулёзные сифилиды

3. роговые папулы

4. сочетанные ИППП

5. наличие фунгозного шанкра

393.К клиническим проявлениям вторичного сифилиса кожи и слизистых не относится:

1. пятнистые сифилиды

2. папулёзные сифилиды

3. пустулёзные сифилиды

4. бугорковые сифилиды

5. твердый шанкр

394.Наиболее характерным симптомом сифилитического полиартрическогосиновита является:

1. появление болей в суставах при движении

2. появление болезненности при попытке к движению и исчезновение болей во время движения

3. ночные боли

4. боль во время еды

5. утренние боли

395.Hаиболее характерным симптомом диффузных сифилитических периоститов является:

1. появление болей в суставах при движении

2. появление болезненности при попытке к движению и исчезновение болей во время движения

3. ночные боли

4. боль во время еды

5. стартовые боли

396.Два твердых шанкра называются биполярными, если они локализуются:

1. симметрично на малых или больших половых губах

2. на головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти

3. генитально и экстрагенитально

4. множественные твердые шанкры

5. на ягодицах

397.Два твердых шанкра называются "целующимися", если они локализуются

1. симметрично намалыхили больших половых губах

2. на головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти

3. генитально и экстрагенитально

4. на ягодицах

5. множественные твердые шанкры

398.Два шанкра называются "шанкрами - отпечатками" если они локализуются:

1. симметрично на малых и больших половых губах

2. на головке полового члена и внутреннемлистке крайней плоти

3. генитально и экстрагенитально

4. множественные твердые шанкры

5. на ягодицах

399.К разновидностям сифилитической розеолы не относится:

1. уртикарная

2. элевирующая

3. кольцевидная

4. геморрагическая

5. шелушащаяся

400.Для вторичного сифилиса характерно все перечисленное, кроме:

1. наличия островоспалительных явлений

2. поражения ладоней и подошв

3. отсутствия островоспалительных явлений

4. полиаденита

5. широкой кандиломы

401.Гуммозные поражения на коже следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

1. скрофулодермы

2. трофических язв

3. хронической язвенной пиодермии

4. плоскоклеточного рака кожи

5. все ответы неверные

402.Специфический сифилитический полиаденит обычно начинает развиваться:

1. через 3-4 недели после заражения

2. через 3-4 недели после появления твердогошанкра

3. через 6-8 недель после появления твердого шанкра

4. через 6 месяцев после заражения

5. через 10 дней после заражения

403.Остеохондрит при раннем врожденном сифилисе возникает:

1. на 2-3 месяце жизни

2. на 4-5 месяце жизни

3. на 5-6 месяце внутриутробногоразвития

4. на 6-7 месяце жизни

5. внутриутробно

404.Клинические проявления шанкриформной пиодермии соответствуют клинической картине:

1. мягкого шанкра

2. язвенной пиодермии

3. первичного сифилиса

4. колликвативного туберкулёза

5. лейшманиоза

405.Патогномоничным признаком врожденного сифилиса грудного является:

1. пятнистая сыпь кожи туловища

2. папулезная сыпь кожи туловища

3. сифилитический ринит

4. сифилитическая алопеция

5. твердый шанкр

406.Патогномоничным симптомом врожденного сифилиса раннего детского возраста является:

1. конъюнктивит

2. хориоретинит

3. ирит

4. кератит

5. иридоциклит

407.Изменения глазного дна при гумме мозга:

1. закономерно присутствуют

2. отсутствуют

3. закономерности нет

4. возникают только при большом распространении процесса

5. нет правильного ответа

408.Симптомом "соли и перца" при врождённом сифилисе называется специфический:

1. кератит

2. ирит

3. хориоретинит

4. конъюктивит

5. иридоциклит

409.Ранний врожденный сифилис проявляется в возрасте:

1. от 1 года до 5 лет

2. от 2 до 3 лет

3. от 3 до 4 лет

4. от 4 до 5 лет

5. старше 5 лет

410.Патогномоничным симптомом позднего врожденного сифилиса является:

1. гуммы кожи

2. паренхиматозный кератит

3. бугорки кожи

4. гуммы внутренних органов

5. нет правильного ответа

411.Множественные твердые шанкры при первичном сифилисе кожи и слизистых одновременно появляются при:

1. иммунодефиците у пациента

2. сопутствующей соматической патологии

3. одновременном проникновении бледной трепонемы через несколько входных ворот

4. в результате повторных половых контактов с инфицированным партнёром

5. массивном попадании бледных трепонем в кровь

412.Hаибольшее диагностическое значение в распознавании аневризмы аорты сифилитического генеза имеет исследование:

1. аускультативное

2. перкуторное

3. рентгенологическое

4. серологическое

5. ничего из перечисленного

413.Патогномоничным симптомом врожденного сифилиса грудного возраста является:

1. папулезные элементы

2. розеолезные элементы

3. диффузная папулёзная инфильтрация

4. диффузная алопеция

5. пустулезные элементы

414.При осложнении твердый шанкр подвергается некротическому распаду с образованием грязно-серого или черного струпа, после отторжения которого образуется глубокая язва. Эта клиническая картина соответствует:

1. фимозу

2. парофимозу

3. гангренизациитвердого шанкра

4. фагеденизациитведого шанкра

5. плоскоклеточному раку

415.Возможны следующие варианты исхода беременности у женщины больной сифилисом, кроме:

1. мертворождение преждевременное

2. мертворождение в срок

3. поздний выкидыш

4. ранний выкидыш

5. ничего из перечисленного

416.Основными поражениями кожи и слизистых при сифилисе врожденном раннем являются все перечисленные, кроме:

1. диффузной инфильтрации кожи

2. папулезных высыпаний

3. специфического насморка

4. фолликулярного гиперкератоза

5. сифилитической пузырчатки

417.Возможны все перечисленные исходы гуммозных сифилидов, кроме:

1. рассасывания бесследно

2. рубцовой атрофии

3. распада

4. фиброза

5. изъязвления

418.Реакция иммобилизации бледных трепонем становитсяположительной после заражения через:

1. 1 месяц

2. 2 месяца

3. 3 месяца

4. 5 месяцев

5. 6 месяцев

419.Рубцы гумм при сифилисе третичном имеют вид:

1. гипертрофических

2. звездчатых

3. поверхностных

4. плоских

5. атрофических

420.Hестерильный инфекционный иммунитет при сифилисе характеризуется:

1. невозможностью человека, вылечившегося от сифилиса, вновь заразиться им

2. резистентностью к новому заражению до тех пор, пока в организме пациента сохраняется возбудитель

3. возможность больного сифилисом заразиться повторно при дополнительном попадании в организм возбудителя

4. невозможностью заражать здоровых людей больного сифилисом человека

5. невозможностью излечивания сифилиса

421.Реакция иммобилизации бледных трепонем производится с целью подтверждения диагноза:

1. сифилиса первичного серопозитивного

2. сифилиса первичного серонегативного

3. сифилиса первичного скрытого

4. сифилиса латентного позднего

5. врожденного сифилиса

Гонорея

422. Возбудитель гонореи - гонококк относится:

1. к парным коккам грамотрицательным

2. к парным коккам грамположительным

3. к парным коккам грамвариабельным

4. коккобациллам грамотрицательным

5. к вирусам

423.Hаиболее частой причиной рецидивов гонореи вследствие незавершенного фагоцитоза является ассоциация гонококков:

1. с хламидиями

2. с дрожжевым мицелием

3. с трихомонадами

4. с уреаплазмой

5. с гарднереллами

424.Длительность инкубационного периода при заражении гонореей, ассоциированной с другими урогенитальными инфекциями, обычно:

1. укорачивается

2. не меняется

3. удлиняется

4. отсутствует

5. ничего из перечисленного

425.Hаиболее доступными для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные:

1. многослойным плоским неороговевающим эпителием

2. переходным эпителием

3. цилиндрическим эпителием

4. многослойным плоским ороговевающим эпителием

5. кубическим эилелием

426.Различают следующие клинические формы гонореи, кроме:

1. свежей острой

2. свежей подострой

3. свежей торпидной

4. манифестной

5. хронической

427.Гонорея диагностируется:

1. бактериоскопически и бактериологически

2. уретроскопически

3. по данным конфронтации

4. по характеру выделений

5. по характерной клинике

428.Длительность инкубационного периода при гонорее чаще равна:

1. 1-2 дням

2. 3-5 дням

3. 6-7 дням

4. 8-10 дням

5. 2 неделям

429.Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

1. обильных гнойных выделений

2. болезненности при мочеиспускании

3. гиперемии губок наружного отверстия уретры

4. наличия гнойных нитей в 2-й порции мочи

5. болезненности при мочеиспускании

430.Показаниями к тотальной уретроскопии является все перечисленное, кроме:

1. хронического простатита

2. острого простатита

3. литтреита

4. хронического уретрита

5. при подозрении на инородное тело в уретре

431.Признаками стриктуры уретры являются следующие проявления, кроме:

1. выделений из уретры

2. затрудненного и длительного мочеиспускания

3. препятствия при введении в уретру бужа

4. отсутствия нарушений мочеиспускания

5. препятствия при введении в уретру тубуса уретроскопа

432.Хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта может явиться причиной развития следующих патологий, кроме:

1. цервицит

2. цистит

3. уретрит

4. бартолинит

5. пиелонефрит

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

1. иммунотерапевтические, антигистаминные препараты, местное лечение

2. иммунотерапевтические, антибактериальные,антигистаминные препараты, местное лечение

3. антибактериальные препараты, местное лечние

4. иммунотерапевтические препараты, местное лечение

5. противопротозойные препараты, витамины

434.В каком возрасте детям, больным хронической гонореей, можно вводить гоновакцину:

1. старше 1 года

2. старше 2 лет

3. старше 3 лет

4. старше 4 лет

5. старше 5 лет

435.Женщина 25 лет состоит в браке 3 года. При обследовании обнаружен хронический эндоцервицит, аднексит. В мазках - лейкоцитоз, гонококк и трихомонады не обнаружены. У дочери 1.5 лет острый вульвовагинит . Правильная тактика врача:

1. назначение терапии по схеме профилактического лечения

2. назначение терапии по схеме хронической гонореи

3. назначение комбинированной провокации, бактериоскопического и бактериологического исследования, назначение терапии в зависимости от их результатов

4. лечение не требуется

5. направить у гинекологу

436.Лечение гонореи у беременных женщин разрешено всеми перечисленными препаратами, кроме:

1. тетрациклина

2. бензилпенициллина

3. эритромицина

4. левомицетина

5. азитромицина

437.Местное лечение хронического эндоцервицита гонорейной этиологии у беременных женщин проводится в сроки:

1. во все сроки беременности без введения лекарственных препаратов непосредственно в цервикальный канал

2. во все сроки беременности с введением лекарственных препаратов непосредственно в цервикальный канал

3. начиная со второго триместра беременности

4. начиная с третьего триместра беременности

5. после родов

438.При обследовании на гонорею женщин забор отделяемого для бактериологического исследования производится из всех очагов, кроме:

1. уретры

2. парауретральных и бартолиновыхжелез

3. прямой кишки

4. заднего свода влагалища

5. шейки матки

439.Комплексная терапия хронической гонорейной инфекции не включает:

1. иммунотерапию

2. этиологическое лечение

3. местное лечение

4. цитостатики

5. физиолечению

440.В случаях этиологического излечения гонореи женщин, но отсутствия клинического выздоровления через 10-12 дней после окончания комплексной терапии необходимо:

1. назначить повторный курс комплексной терапии

2. осуществить обследование на сопутствующие инфекции и назначить терапию в зависимости от результатов исследования

3. назначить антибиотик широкого спектра действия

4. повторно произвести обследование на гонорею после комбинированной провокации

5. лечение не требуется

441.Показаниями для обследования на гонорейно-хламидийно-уреаплазменную инфекцию является все перечисленное, кроме:

1. бесплодного брака

2. наличие у полового партнера урогенитального кандидоза

3. патологии беременности

4. хронических воспалительных заболеваний органов малого таза

5. выделения из уретры

442.Клиническими симптомами гонобленнореи является все перечисленное, кроме:

1.отека век

2. экзофтальма

3. светобоязни

4. гиперемии конъюнктивы

5. гноетечения

443.Латентная гонорея диагностируется:

1. при выявлении гонококков бактериоскопически и (или) бактериологически, отсутствии явлений воспаления в результатах микроскопического исследования и клинической картины

2. при выявлении гонококков бактериоскопически и (или) бактериологически, наличии явлений воспаления в результатах микроскопического исследования и отсутствие их в клинической картине

3. при выявлении гонококков бактериоскопически и (или) бактериологически, отсутствии явлений воспаления в результатах микроскопического и наличие их в клинической картине

4. не диагностируется

5. ничего из перечисленного

444.Работница кондитерской фабрики находилась на лечении в стационаре по поводу хронической восходящей гонореи. Источник заражения не выявлен. Hа основании клинико-лабораторного обследования, проведенного через 10 дней после окончания лечения, установлено клиническое и этиологическое излечение. Тактика врача:

1. превентивное противосифилитическое лечение, отстранение от работы

2. превентивное противосифилитическое лечение, допуск к работе

3. отстранение от работы, клинико-серологический контроль в течение 3 месяцев

4. допуск к работе, клинико-серологический контроль в течение 3 месяцев

5. никогда не допускается к работе

445.Женщине с диагнозом: Свежий торпидный гонорейный уретрит, эндоцервицит, беременность 9 недель. Hазначаетсятерапия исключающая:

1. эритромицин

2. пенициллин

3. тетрациклин

4. местное лечение

5. спектиномицин

446.При прохождении плода через родовые пути матери больной гонореей, гонококками могут инфицироваться:

1. конъюнктива

2. кишечник

3. легкие

4. печень

5. сердце

447.Местная терапия при гонорее нижнего отдела мочеполового тракта не применяется:

1. при непереносимости антибиотиков

2. при рецидиве инфекции

3. при хронической форме

4. при беременности

5. при свежей гонорее

448.К препаратам, воздействующим на неспецифическую реактивность организма, относятся все перечисленные, кроме:

1. пирогенала

2. продигиозана

3. гоновакцины

4. левамизола (декариса)

5. тимогена

449.Hа основании клинико-лабораторных методов обследования женщине 23 лет установлен диагноз: Свежий подострый гонорейный эндоцервицит, проктит. Тактика лечения:

1. назначение антибактериального препарата в курсовой дозе

2. назначение антибактериального препарата в курсовой дозе, местное лечение гениталий

3. назначение антибактериального препарата в курсовой дозе, местное лечение гениталий и прямой кишки

4. назначение антибактериального препарата в курсовой дозе, местное лечение гениталий и прямой кишки, дополнительное лечение левомицетиномв суммарной дозе 10,0г.

5. назначение метронидазола

450.У пациента диагностирован гонорейный проктит. Болен 2 недели. Hазначено лечение:

1. иммунотерапия, антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи

2. антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи, местноелечение

3. иммунотерапия, антибиотиколечение по схеме хронической гонореи, местное лечение

4. антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи, ректороманоскопия

5. антибиоткотерапия, иммунотерапия

451.Терминальная гематурия характерна для гонорейного уретрита:

1. свежего острого переднего

2. свежего подострого переднего

3. свежего торпидного переднего

4. свежего острого тотального

5. хронического

Трихомониаз, гарднереллез

452.С целью диагностики трихомониаза мужчин исследуют все перечисленное, кроме:

1. отделяемого уретры

2. секрета простаты

3. мочи

4. промывных вод прямой кишки

5. кал

453.С целью диагностики трихомониаза у женщин не исследуют:

1. отделяемое уретры

2. мочу

3. отделяемое цервикального канала

4. отделяемое влагалиша

5. кал

454.Влагалищная трихомонада в естественных условиях:

1. обитает только в мочеполовых органахчеловека и не поражает животных

2. обитает только в мочеполовых органах человека и животных

3. обитает в мочеполовых органах и желудочно-кишечном тракте человека

4. обитает в мочеполовых органах и полости рта человека

5. обитает в жкт

455.Во внешней среде при высушивании влагалищные трихомонады погибают:

1. за 60 минут

2. за 30 минут

3. за 15 минут

4.за несколько секунд

5. не погибает

456.Hаличие гранулематозных, рыхлых поражений слизистой оболочки шейки матки красного цвета ("малиновая" шейка матки) характерно для:

1. гонореи

2. кандидоза

3. трихомониаза

4. уреаплазмоза

5. сифилиса

457.Мочеполовой трихомониаз у девочек чаще всего проявляется в виде:

1. эндоцервицита

2. вульвовагинита

3. цервицита

4. эндометрита

5. кольпита

458.Обильные жидкие, пенистые раздражающие кожу выделения серовато-желтого цвета у женщин характерны для:

1. кандидоза

2. хламидиоза

3. бактериального вагиноза

4.трихомониаза

5. уреаплазмоза

459.Препаратом для специфической иммунокорригирующей терапии при урогенитальном трихомониазе является:

1. пирогенал

2. продигиозан

3. солко-триховак

4. гоновакцина

5. спектиномицин

460.Hаиболее частой причиной рецидивов гонореи вследствие незавершенного фагоцитоза является ассоциация гонококков:

1. с хламидиями

2. с дрожжевым мицелием

3. с трихомонадами

4. с уреаплазмой

5. с кишечной палочкой

461.Гомогенные, жидкие, имеющие запах рыбы выделения, прилипающие к стенке влагалища, характерны для:

1. кандидоза

2. хламидиоза

3. бактериального вагиноза

4. уреаплазмоза

5. гонореи

462.Мочеполовой трихомониаз у девочек чаще всего проявляется в виде:

1. эндоцервицита

2. вульвовагинита

3. цервицита

4. эндометрита

5. кольпита

463.Hаличие ключевых клеток в анализе выделений является патогномоничным признаком:

1. трихомониаза

2. хламидиоза

3. бактериального вагиноза

4. микоплазмоза

5. кандидоза

464.Увеличение общей обсеменённости влагалища микроорганизмами при резком снижении количества лактобацилл и отсутствии лейкоцитоза характерно для:

1. кандидоза

2. уреоплазмоза

3. бактериального вагиноза

4. микоплазмоза

5. кандидоза

465.Возбудитель мочеполового трихомониаза:

1. Trichomonastenax

2. Trichomonashominis

3. Treponemapallidum

4. Trichomonasvaginalis

5. Trichophytontonsurans

466.Трихомонадыотносятсяк:

1. микобактериям

2. бактериям

3. вирусам

4.простейшим

5. грибам

467.Инкубационный период притрихомониазе в среднем составляет:

1. 1-2 дня

2. 1-3 дня

3. 3-4 дня

4.7-10 дней

5. 14 дней

468.Дифференциальную диагностику трихомониаза

проводят с:

1. гонореей

2. сифилисом

3. пиодермией

4. остроконечными кондиломами

5. трихофитией

469.Химиотерапевтические средства эффективные

в терапии трихомониаза:

1. антибиотики

2. сульфаниламиды

3. стероиды

4. нитроимидазолы

5. цитостатики

470.В развитие гарднереллеза играет роль:

1. гонорея

2. хламидиоз

3. уменьшение или исчезновение лактобацилл

4. сифилис внутренних органов

5. все верно

471.Диагностика гарднереллеза:

1. характерная клиническая картина

2. пункция спинного мозга

3. микроскопическое обнаружение "ключевых клеток"

4. серологические реакции

5. нет ответа

472. "Ключевые клетки" - это:

1.эпителиальные клетки уретры и/или влагалища сплошь покрытыекокко-бациляной флорой

2.клетки похожие на "ключ"

3. клетки, имеющие внутриклеточные включения

4.клетки сизмененным ядром

5. макрофаги

Хламидиоз, уреаплазмоз

473.Общее лечение в инфекционно-токсической стадии болезни Рейтера включает все

перечисленное, кроме:

1. дезинтоксикационной терапии

2. гипосенсибилизирующей терапии

3. сульфаниламидных препаратов

4. антибактериальных препаратов

5. глюкокортикоидов

474."Контактные" кровотечения в межменструальный период у женщин являются симптомом, характерным для:

1. урогенитального трихомониаза

2. гонореи

3. урогенитального хламидиоза

4. урогенитального кандидоза

5. бактериального вагиноза

475.Для диагностики хламидиоза применяются методы лабораторной диагностики, кроме:

1. мазка, окрашенного по Романовскому-Гимзе

2.мазка, окрашенного по Граму

3. ИФА

4. ПЦР

5. ПИФ

476.Появление эрозий на слизистых оболочках гениталий не характерно для:

1. сифилиса

2. урогенитального кандидоза

3. генитального герпеса

4. урогенитального хламидиоза

5. трихомониаза

477.Инкубационный период урогенитального хламидиоза в среднем составляет:

1. 1 неделю

2. 2 недели

3. 2-3 недели

4. 4 недели

5. 5-6 недель

478.Хламидии это:

1.факультативные внутриклеточные паразиты

2.облигатные внутриклеточные паразиты

3.внеклеточные паразиты

4.тканевые паразиты

5. анаэробные бактерии

479.Какие виды хламидий преимущественно поражают человека:

1.Chl.Trachomatis

2.Chl. Pecorum

3.Chl. Psittaci

4.Chl. Pneumoniae

5. все верно

480.Какие виды серотипов Chl. Trachomatisвызывают БППП?

1. АС

2. D-K

3. L1-L3

4. M-Q

5. ничего из перечисленного

481.Какие виды серотипов Chl..trachomatis вызывают трахому?

1. А-С

2. D-K

3. L1-L3

4. M-Q

5. G-T

482.Какие виды серотипов Chl. Trachomatis вызывают венерическую

лимфогранулему ?

1. А-С

2. D-K

3. L1-L3

4. M-Q

5. W-E

483.Хламидии классифицируют как:

1. Бактерии

2. Грибы

3. Вирусы

4. Простейшие

5. паразиты

484.Хламидии не существуют в форме:

1. элементарного тельца

2. ретикулярного тельца

3. инициального тельца

4. промежуточного тельца

5. внутриклеточного тельца

485.Высокоинфекционной формой хламидий является:

1. элементарного тельца

2. ретикулярного тельца

3. инициального тельца

4. промежуточного тельца

5. все верно

486.Репродуктивной формой хламидий является:

1. элементарного тельца

2. ретикулярного тельца

3. инициального тельца

4. промежуточного тельца

5. нет ответа

487.Общий циклразвития хламидий составляет:

1. 1-12 часов

2. 12-24 часов

3. 24-48 часов

4. 48-72 часа

5. более 72 часов

488.Тельца Гольберштедтера-Провачека обнаруживают:

1. только внутриклеточно

2. только внеклеточно

3. внутри и внеклеточно

4. вне связи с клетками

5. не обнаруживают

489.ХламидииTrachomatis поражают:

1. мочеполовые органы

2. легкие

3. ЦНС

4. кроветворные органы

5. опорно-двигательный аппарат

490.Пути заражения хламидиями:

1. половой

2. трансплацентарный

3. трансфузионный

4. воздушно- капельный

5. энтеральный

491.Первоначальным очагом инфекции у мужчин при хламидиозе

является:

1. конъюнктива глаз

2. слизистая уретры

3. слизистая парауретральных ходов

4. припуциальный мешок

5. прямая кишка

492.Проявлением системного хламидиоза является:

1. Болезнь Бехтерева

2. Болезнь Гофмана

3. Болезнь Рейтера

4. БолезньСтивенсона-Джонсона

5. Болезнь Кебнера

493.Выделения прихламидийном уретрите наиболее часто носят:

1. гнойный характер

2. геморрагический характер

3. слизистый характер

4. слизисто-гнойный характер

5. пролиферативный характер

494.Золотым стандартом в диагностике хламидиоза является метод:

1. бактериоскопический

2. серологический

3. иммуноферментный

4.выделение вкультуре клеток

5. визуальный

495.Метод диагностики хламидиоза, нашедший широкое применение в практическом здравоохранении насовременном этапе:

1. бактериоскопический

2. иммуноферментый

3. флюоресцентный

4. ПЦР-диагностика

5. бактериологический

496.Этиотропным действием в отношении хламидий обладают антибиотики:

1. тетрациклин

2. ципрофлоксацин

3. ампициллин

4. бисептол

5. амоксициллин

497.Этиотропным действием в отношении хламидий обладают антибиотики:

1.азитромицин

2. спектиномицин

3. канамицин

4. рондомицин

5. эритромицин

498.При хронической и осложненной форме хламидиоза длительность лечения в среднем составляет:

1. 3 дня

2. 7 дней

3. 14 дней

4. 21 день

5. 30 дней

499. Какие фазы развития присутствуют у хламидий?

1. вне живого организма

2. внеклеточный

3. внутриклеточный

4. вне тканевой

5. внутритканевой

500.При острой форме хламидиоза длительность лечения в среднем составляет:

1. 3 дня

2. 7 дней

3. 14 дней

4. 21 день

5. 30 дней