

# ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ В ТЕСТАХ

## Анатомия, гистология и физиология кожи

1. Кожа развивается из следующих эмбриональных зачатков:
  - A. исключительно эктодерма;
  - B. исключительно мезодерма;
  - C. исключительно энтодерма;
  - D. эктодерма и мезодерма;
  - E. мезодерма и энтодерма.
2. Из эктодермы развиваются:
  - A. дерма и придатки кожи;
  - B. эпидермис и придатки кожи;
  - C. подкожная клетчатка и придатки кожи;
  - D. исключительно придатки кожи;
  - E. эпидермис, дерма, подкожная клетчатка и придатки кожи.
3. Из мезодермы развиваются:
  - A. исключительно эпидермис;
  - B. исключительно дерма;
  - C. исключительно подкожная клетчатка;
  - D. эпидермис и дерма;
  - E. дерма и подкожная клетчатка.
4. Из энтодермы развиваются:
  - A. эпидермис;
  - B. дерма;
  - C. подкожная клетчатка;
  - D. придатки кожи;
  - E. ни один из вышеперечисленных.
5. Меланоциты развиваются из следующих эмбриональных зачатков:
  - A. покровная эктодерма;
  - B. нейроэктодерма;
  - C. мезодерма;
  - D. энтодерма;
  - E. ни один из вышеперечисленных.
6. Последовательность слоев эпидермиса, начиная с базальной мембраны:
  - A. блестящий;
  - B. базальный;
  - C. зернистый;
  - D. шиповидный;
  - E. роговой.
7. Количество рядов базального слоя эпидермиса:
  - A. 1;
  - B. 2–3;
  - C. 5–10;
  - D. 10–15;
  - E. 15–20.
8. Клетки рогового слоя эпидермиса содержат ядро:
  - A. да;
  - B. нет.
9. Клетки базального слоя эпидермиса в норме:
  - A. кератиноциты;
  - B. меланоциты;

- C. фибробласты;
  - D. клетки Langerhans;
  - E. клетки Merkel.
10. Дендритические клетки базального слоя эпидермиса:
- A. кератиноциты;
  - B. меланоциты;
  - C. клетки Langerhans;
  - D. клетки Merkel;
  - E. мастоциты.
11. Доля меланоцитов в эпидермисе:
- A. 1–2%;
  - B. 5 – 6%;
  - C. 10 –12%;
  - D. 20 –30%;
  - E. 40 –50%.
12. Доля клеток Langerhans в эпидермисе:
- A. 1 –2%;
  - B. 3 – 8%;
  - C. 10 –15%;
  - D. 20 –25%;
  - E. 40 –50%.
13. Основная функция кератиноцитов базального слоя:
- A. рецепторная;
  - B. меланинообразующая;
  - C. экскреторная;
  - D. герминативная;
  - E. секреторная.
14. Связь между клетками базального слоя эпидермиса осуществляется при помощи следующих структур:
- A. коллагеновые волокна;
  - B. эластические волокна;
  - C. десмосомы;
  - D. ретикулиновые волокна;
  - E. полудесмосомы.
15. Не являются составляющими процесса кератинообразования:
- A. элейдин;
  - B. тирозин;
  - C. гиалин;
  - D. кератогиалин;
  - E. тонофиламенты.
16. Не являются составляющими процесса меланинообразования:
- A. тирозин;
  - B. дигидроксифенилаланин;
  - C. арахидоновая кислота;
  - D. допа-хинон;
  - E. гидро-хинон.
17. Функция клеток Langerhans:
- A. рецепторная;
  - B. иммунная;
  - C. экскреторная;
  - D. синтез меланина;
  - E. синтез кератина.



18. Зернистый слой эпидермиса не встречается на следующих участках кожного покрова:
- A. слизистые;
  - B. ладони и подошвы;
  - C. переходные зоны между кожей и слизистой оболочкой.
  - D. ногтевое ложе;
  - E. корковое вещество волоса.
19. Количество рядов клеток зернистого слоя эпидермиса в норме:
- A. 1;
  - B. 2–3;
  - C. 4–6;
  - D. 7–10;
  - E. 10–14.
20. Блестящий слой эпидермиса выражен на следующих участках кожного покрова:
- A. лицо;
  - B. луковица волосяного фолликула;
  - C. ладони и подошвы;
  - D. ногтевое ложе;
  - E. слизистая оболочка.
21. Слой *conjunctum* – это:
- A. компактная часть рогового слоя, прилегающая к зернистому или блестящему слоям эпидермиса;
  - B. поверхностная часть рогового слоя, осуществляющая физиологическое отшелушивание;
  - C. часть зернистого слоя эпидермиса;
  - D. часть шиповидного слоя эпидермиса;
  - E. часть дермы.
22. Слой *disjunctum* – это:
- A. компактная часть рогового слоя, прилегающая к зернистому или блестящему слоям эпидермиса;
  - B. поверхностная часть рогового слоя, осуществляющая физиологическое отшелушивание;
  - C. часть зернистого слоя эпидермиса;
  - D. часть шиповидного слоя эпидермиса;
  - E. часть дермы.
23. Роговой слой эпидермиса наиболее выражен на следующих участках кожного покрова:
- A. слизистые;
  - B. лицо;
  - C. веки;
  - D. ладони и подошвы;
  - E. межлопаточная область.
24. Базальная мембрана представляет собой соединение между:
- A. дермой и подкожной клетчаткой;
  - B. эпидермисом и дермой;
  - C. эпидермисом и подкожной клетчаткой;
  - D. подкожной клетчаткой и подлежащими тканями;
  - E. клетками эпидермиса.
25. В состав базальной мембраны не входят следующие компоненты:
- A. полудесмосомы;
  - B. десмосомы;
  - C. *lamina lucida*;

- D. lamina densa;
  - E. якорные фибриллы.
26. Составные части базальной мембраны:
- A. плазматическая мембрана;
  - B. lamina lucida;
  - C. lamina densa;
  - D. lamina reticularis;
  - E. lamina papilaris.
27. Кровеносная система эпидермиса:
- A. поверхностная и глубокая сосудистая сеть;
  - B. поверхностная сосудистая сеть;
  - C. глубокая сосудистая сеть;
  - D. сосудистая сеть в виде аркады;
  - E. отсутствует.
28. Кератин состоит из большого количества цистина и серы:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
29. В корковом веществе волоса и ногтях содержится незначительное количество цистина и серы:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
30. Стимулируют митозы кератиноцитов:
- A. эстрогены;
  - B. ацетилхолин;
  - C. простагландин F;
  - D. адреналин;
  - E. простагландин E.
31. Слои дермы:
- A. сосочковый;
  - B. зернистый;
  - C. сетчатый;
  - D. щиповидный;
  - E. роговой.
32. Гистологическое строение дермы:
- A. основное вещество;
  - B. кератиносомы (пластинчатые зерна Odland);
  - C. волокна;
  - D. клеточные элементы;
  - E. десмосомы.
33. Отсутствуют в дерме (в норме):
- A. фибробласты;
  - B. гистиоциты;
  - C. меланоциты;
  - D. фиброциты;
  - E. мастоциты.
34. В состав волокнистой субстанции дермы не входят:
- A. основное вещество;
  - B. коллагеновые волокна;
  - C. эластические волокна;
  - D. ретикулиновые волокна;
  - E. тонофибриллы.
35. Фибробласты синтезируют в норме следующие вещества:

- A. коллаген;
  - B. эластин;
  - C. гиалин;
  - D. муцин;
  - E. мукополисахариды.
36. Коллагеновые волокна состоят преимущественно из следующих аминокислот:
- A. глицин;
  - B. гидроксипролин;
  - C. пролин;
  - D. валин;
  - E. лейцин.
37. В эластических волокнах содержится меньше гидроксипролина по сравнению с коллагеновыми волокнами:
- C. правильно;
  - D. неправильно.
38. Не являются придатками кожи:
- A. сальные железы;
  - B. потовые железы;
  - C. сосуды и нервы кожи;
  - D. ногти;
  - E. волосы.
39. Механизм секреции апокриновых потовых желез:
- A. мерокриновый;
  - B. голокриновый;
  - C. голомерокриновый;
  - D. все вышеперечисленные;
  - E. ни один из вышеперечисленных.
40. Механизм секреции эккриновых потовых желез:
- A. мерокриновый;
  - B. голокриновый;
  - C. голомерокриновый;
  - D. все вышеперечисленные;
  - E. ни один из вышеперечисленных.
41. Механизм секреции сальных желез:
- A. мерокриновый;
  - B. голокриновый;
  - C. голомерокриновый;
  - D. все вышеперечисленные;
  - E. ни один из вышеперечисленных.
42. Не встречаются апокриновые потовые железы на следующих участках кожного покрова:
- A. подмышечные впадины;
  - B. генитальная и перигенитальная области;
  - C. перианальная область;
  - D. околососковый кружок молочных желез;
  - E. ладони и подошвы.
43. Не встречаются сальные железы на следующих участках кожного покрова:
- A. лоб;
  - B. волосистая часть головы;
  - C. туловище;
  - D. ладони и подошвы;
  - E. область бороды;

44. Не встречаются потовые железы на следующих участках кожного покрова:
- А. ладони и подошвы;
  - В. головка полового члена;
  - С. внутренний листок крайней плоти;
  - Д. малые половые губы;
  - Е. лобковая область.

45. Типы волос:
- А. lanugo;
  - В. imago;
  - С. velus;
  - Д. промежуточные волосы;
  - Е. терминальные волосы.

Соответствие пигмента меланина и цвета волос:

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 46. эумеланин;    | А. красный;       |
| 47. феомеланин;   | В. каштановый;    |
| 48. трихосидерин; | С. желто-красный. |

Соответствующая характеристика стадий развития волоса:

- |              |                       |
|--------------|-----------------------|
| 49. анаген;  | А. замедление роста;  |
| 50. катаген; | В. интенсивный рост;  |
| 51. телоген; | С. прекращение роста. |

52. Меланин образуется из тирозина:
- А. правильно;
  - В. неправильно.

53. Кейлоны эпидермиса подавляют митозы клеток базального слоя:
- А. правильно;
  - В. неправильно.

54. Стимулируют митозы клеток базального слоя:
- А. андрогены;
  - В. кортикостероиды;
  - С. гормоны щитовидной железы;
  - Д. экстракты тимуса;
  - Е. витамин D.

55. Подавляют синтез меланина:
- А. кортизон;
  - В. гормоны щитовидной железы;
  - С. пролактин;
  - Д. альдостерон;
  - Е. эстрогены и андрогены.

56. Стимулируют синтез меланина:
- А. вит. С, В1;
  - В. гидроксихинон;
  - С. медь;
  - Д. мышьяк;
  - Е. ионизирующая радиация и тепло.

57. Эстрогены подавляют салообразование:
- А. правильно;
  - В. неправильно;

58. Андрогены стимулируют рост волос на волосистой части головы:
- А. правильно;
  - В. неправильно;

59. Андрогены подавляют рост волос в области бороды и туловища:
- А. правильно;

- В. неправильно.
60. В норме лимфоциты не встречаются в эпидермисе:  
А. правильно;  
В. неправильно.
61. Функции, свойственные исключительно эпидермису:  
А. синтез кератина;  
В. синтез меланина;  
С. терморегулирующая;  
D. обеспечение пластичности;  
Е. нервно-рецепторная и кровоснабжения.
62. Функции, свойственные исключительно дерме:  
А. обеспечение прочности;  
В. обеспечение эластичности;  
С. обеспечение пластичности;  
D. синтез кератина;  
Е. синтез меланина;
63. Гистологические признаки старения кожи:  
А. утолщение эпидермиса;  
В. истончение коллагеновых волокон;  
С. истончение эластических волокон;  
D. уменьшение митотической активности клеток эпидермиса;  
Е. снижение кровоснабжения.
64. Секреторный аппарат кожи:  
А. сальные железы;  
В. железы Meibomius;  
С. железы Tyson и Montgomery;  
D. железы Littre;  
Е. потовые железы;
65. Нормальный состав пота:  
А. мочевины;  
В. молочная кислота;  
С. холестерин;  
D. вода;  
Е. NaCl.
66. Нормальный состав сала:  
А. триглицериды;  
В. свободные жирные кислоты;  
С. углеводы;  
D. холестерин;  
Е. сквален.
67. Щелочная среда (Ph) характерна для водно-липидной мантии кожи:  
А. правильно;  
В. неправильно.
68. Рецепторы тактильной чувствительности и глубокого давления кожи:  
А. колбы Krause;  
В. тельца Ruffini;  
С. тельца Meissner;  
D. диски и клетки Merkel;  
Е. тельца Pacini.
69. Терморецепторы кожи:  
А. тельца Meissner;  
В. тельца Ruffini;

- С. тельца Krause;
- D. диски и клетки Merkel;
- Е. тельца Pacini.

## Патоморфологические изменения в коже

Соответствующее определение патоморфологических изменений в коже:

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 70. Акантоз.      | A. выраженное утолщение рогового слоя;                                   |
| 71. Акантолизис.  | B. незавершенное ороговение;   |
| 72. Спонгиоз.     | C. отсутствие связей между эпидермальными клетками;                      |
| 73. Гиперкератоз. | D. утолщение шиповидного слоя;   |
| 74. Паракератоз.  | E. расширение межклеточных пространств в эпидермисе (внеклеточный отек). |

Соответствующее определение патоморфологических изменений в коже:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 75. Вакуольная дегенерация. | A. утолщение зернистого слоя;   |
| 76. Кареорексис.            | B. наличие однородного, эозинофильного, блестящего вещества в поверхностных слоях дермы;            |
| 77. Гранулема.              | C. сморщивание клеточного ядра;   |
| 78. Гранулез.               | D. вакуолизация цитоплазмы эпидермоцитов;   |
| 79. Гиалиновая дегенерация. | E. хроническое воспаление с наличием большого количества лимфоцитов, макрофагов, клеток Langerhans. |

80. Патоморфологические изменения в эпидермисе:

- A. гиперкератоз;
- B. острое и хроническое воспаление;
- C. акантолизис;
- D. акантоз;
- E. папилломатоз.

81. Патоморфологические изменения в дерме:

- A. инфекционная гранулема;
- B. дискератоз;
- C. папилломатоз;
- D. спонгиоз;
- E. гранулез.

82. Акантоз – это:

- A. утолщение шиповидного слоя эпидермиса;
- B. незавершенное ороговение, с наличием ядер в клетках рогового слоя;
- C. отсутствие связей между эпидермальными клетками;
- D. выраженное утолщение рогового слоя;
- E. межклеточный отек в шиповидном и зернистом слоях эпидермиса.

83. Акантолизис – это:

- A. утолщение шиповидного слоя эпидермиса;
- B. незавершенное ороговение, с наличием ядер в клетках рогового слоя;
- C. отсутствие связей между эпидермальными клетками;
- D. выраженное утолщение рогового слоя;
- E. межклеточный отек в шиповидном и зернистом слоях эпидермиса.

84. Ретенционный гиперкератоз выражается в увеличении количества незрелых роговых клеток:

- A. правильно;
- B. неправильно.

85. Паракератотический гиперкератоз выражается в увеличении количества полноценных роговых клеток:

- А. правильно;
- В. неправильно.

### **Основные принципы диагностики болезней кожи**

- 86. Первичные морфологические элементы:
  - А. пятно;
  - В. папула;
  - С. эрозия;
  - Д. пустула;
  - Е. волдырь.
- 87. Первичные морфологические элементы:
  - А. узел;
  - В. бугорок;
  - С. язва;
  - Д. пузырь;
  - Е. пузырек.
- 88. Первичные морфологические элементы:
  - А. лихенификация;
  - В. пустула;
  - С. трещина;
  - Д. корка;
  - Е. волдырь.
- 89. Первичные инфильтративные элементы:
  - А. пузырек;
  - В. папула;
  - С. узел;
  - Д. волдырь;
  - Е. пузырь.
- 90. Первичные экссудативные элементы:
  - А. пятно;
  - В. волдырь;
  - С. бугорок;
  - Д. пузырь;
  - Е. пустула.
- 91. Первичные полостные элементы:
  - А. гнойничок;
  - В. пузырек;
  - С. пузырь;
  - Д. волдырь;
  - Е. папула.
- 92. Вторичные морфологические элементы:
  - А. трещина;
  - В. язва;
  - С. пурпура;
  - Д. телеангиэктазии;
  - Е. лихенификация.
- 93. Вторичные морфологические элементы:
  - А. папула;
  - В. гнойничок;
  - С. эрозия;
  - Д. корка;

Е. чешуйка.

94. Вторичные морфологические элементы:

- А. узел;
- В. вегетация;
- С. рубец;
- Д. экскориация;
- Е. бугорок.

Соответствующее определение первичных морфологических элементов:

- 95. Пятно А. возвышающееся над уровнем кожи, плотное образование в эпидермисе и в поверхностных слоях дермы;
- 96. Узелок В. безполостной, экссудативный элемент, возвышающийся над поверхностью кожи, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;
- 97. Гнойничок С. изменение цвета на ограниченном участке кожи;
- 98. Волдырь Д. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, полостное образование, с гнойным содержимым.

Соответствующее определение первичных морфологических элементов:

- 99. Пузырек А. возвышающийся над уровнем кожи, инфильтративный элемент, в глубоких слоях дермы и подкожной клетчатке, с возможным изъязвлением и рубцеванием;
- 100. Узел В. возвышающийся над уровнем кожи, полостной, внутриэпидермальный элемент, с серозным экссудатом;
- 101. Бугорок С. возвышающийся над уровнем кожи, инфильтративный, ограниченный элемент, в глубоких слоях дермы, с возможным изъязвлением и рубцеванием;
- 102. Пузырь Д. возвышающийся над уровнем кожи, полостной элемент с серозным содержимым, расположенный внутри или под эпидермисом.

Соответствующее определение вторичных морфологических элементов:

- 103. Вторичное пятно А. наслоения на поверхности кожи в результате высыхания экссудата;
- 104. Чешуйка В. линейное нарушение целостности кожного покрова в результате расчесов;
- 105. Корка С. изменение цвета кожи (пигментация), в результате разрешения предыдущих элементов;
- 106. Трещина Д. наслоение отторгающихся клеток рогового слоя;
- 107. Экскориация Е. линейный дефект в результате нарушения эластичности кожи.

Соответствующее определение вторичных морфологических элементов:

- 108. Эрозия А. замещение дефекта кожи грубоволокнистой соединительной тканью, в которой отсутствуют волосы и железы;
  - 109. Язва В. сгруппированные папилломатозные разрастания;
  - 110. Рубец С. ограниченное утолщение кожи с усилением ее рисунка;
  - 111. Лихенификация Д. глубокий дефект кожи, с образованием рубца;
  - 112. Вегетация Е. поверхностный дефект кожи.
113. Определение волдыря:
- А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;
  - В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;
  - С. ограниченное изменение цвета кожи, без изменения ее рельефа;
  - Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, с гнойным содержимым;



Е. значительное накопление серозной или серозно-геморрагической жидкости, внутри или под эпидермисом, размером более 1 см.

114. Определение пузыря:

- А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;
- В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;
- С. ограниченное изменение цвета, без изменения рельефа кожи;
- Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, с гнойным содержимым;
- Е. значительное накопление серозной или серозно-геморрагической жидкости, внутри или под эпидермисом, размером более 1 см.

115. Определение пятна:

- А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;
- В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;
- С. ограниченное изменение цвета кожи, без изменения ее рельефа;
- Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, заполненное гнойным экссудатом;
- Е. значительное накопление серозной или серозно-геморрагической жидкости, внутри или под эпидермисом, размером более 1 см.

116. Определение папулы:

- А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;
- В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;
- С. ограниченное изменение цвета кожи без изменения ее рельефа;
- Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, с гнойным содержимым;
- Е. значительное накопление серозной или серозно-геморрагической жидкости, внутри или под эпидермисом, размером более 1 см.

117. Определение пустулы:

- А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;
- В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;
- С. ограниченное изменение цвета кожи без изменения ее рельефа;
- Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, с гнойным содержимым;
- Е. значительное накопление серозной или серозно-геморрагической жидкости, внутри или под эпидермисом, размером более 1 см.

118. Определение пузырька:

- А. безполостной, инфильтративный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, в глубоких слоях дермы, изъязвляется и рубцует при разрешении;
- В. полостной, эпидермальный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, с прозрачным содержимым, менее 1 см в диаметре;
- С. инфильтративный, четко очерченный, плотный при пальпации элемент, в глубоких слоях дермы и подкожной клетчатке;
- Д. полостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, располагается внутри или под эпидермисом, более 1 см в диаметре;
- Е. ни один из вышеперечисленных.

119. Определение узла:

- А. безполостной, инфильтративный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, в глубоких слоях дермы, изъязвляется и рубцуется при разрешении;
- В. полостной, эпидермальный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, с прозрачным содержимым, менее 1 см в диаметре;
- С. инфильтративный, четко очерченный, плотный при пальпации элемент, в глубоких слоях дермы и подкожной клетчатке;
- Д. полостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, располагается внутри или под эпидермисом, более 1 см в диаметре;
- Е. ни один из перечисленных.

120. Определение пузыря:

- А. безполостной, инфильтративный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, в глубоких слоях дермы, изъязвляется и рубцуется при разрешении;
- В. полостной, эпидермальный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, с прозрачным содержимым, менее 1 см в диаметре;
- С. инфильтративный, четко очерченный, плотный при пальпации элемент, в глубоких слоях дермы и подкожной клетчатке;
- Д. полостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, располагается внутри или под эпидермисом, более 1 см в диаметре;
- Е. ни один из вышеперечисленных.

121. Определение бугорка:

- А. безполостной, инфильтративный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, в глубоких слоях дермы, изъязвляется и рубцуется при разрешении;
- В. полостной, эпидермальный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, с прозрачным содержимым, менее 1 см в диаметре;
- С. инфильтративный, четко очерченный, плотный при пальпации элемент, в глубоких слоях дермы и подкожной клетчатке;
- Д. полостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, располагается внутри или под эпидермисом, более 1 см в диаметре;
- Е. ни один из перечисленных.

122. Для эритродермии характерно избирательное и частичное поражение кожи:

- А. правильно;
- В. неправильно.

123. Определение вторичного пятна:

- А. продукт высыхания на поверхности кожи различного рода экссудата;
- В. нарушение целостности кожи, в результате механического повреждения;
- С. изменение цвета кожи, в результате разрешения предыдущих элементов;
- Д. скопление отторгающихся клеток рогового слоя;
- Е. линейный дефект, в результате снижения эластичности кожи.

124. Определение эксфолиации:

- А. продукт высыхания на поверхности кожи различного рода экссудата;
- В. нарушение целостности кожи, в результате механического повреждения;
- С. изменение цвета кожи, в результате разрешения предыдущих элементов;
- Д. скопление отторгающихся клеток рогового слоя;
- Е. линейный дефект, в результате снижения эластичности кожи.

125. Определение корки:

- А. продукт высыхания на поверхности кожи различного рода экссудата;
- В. нарушение целостности кожи, в результате механического повреждения;
- С. изменение цвета кожи в результате разрешения предыдущих элементов;
- Д. скопление отторгающихся клеток рогового слоя;
- Е. линейный дефект, в результате снижения эластичности кожи.

126. Определение трещины:

- А. продукт высыхания на поверхности кожи различного рода экссудата;
  - В. нарушение целостности кожи, в результате механического повреждения;
  - С. изменение цвета кожи, в результате разрешения предыдущих элементов;
  - Д. скопление отторгающихся клеток рогового слоя;
  - Е. линейный дефект, в результате снижения эластичности кожи.
127. Определение чешуйки:
- А. продукт высыхания на поверхности кожи различного рода экссудата;
  - В. нарушение целостности кожи, в результате механического повреждения;
  - С. изменение цвета кожи, в результате разрешения предыдущих элементов;
  - Д. скопление отторгающихся клеток рогового слоя;
  - Е. линейный дефект, в результате снижения эластичности кожи.
128. Определение язвы:
- А. результат замещения глубокого дефекта кожи грубо-волокнистой соединительной тканью;
  - В. разрастание сосочков дермы;
  - С. утолщение кожи с усилением ее рисунка;
  - Д. дефект кожи в пределах эпидермиса, разрешается без рубца;
  - Е. дефект кожи ниже базальной мембраны, разрешается рубцом.
129. Определение эрозии:
- А. результат замещения глубокого дефекта кожи грубо-волокнистой соединительной тканью;
  - В. разрастание сосочков дермы;
  - С. утолщение кожи с усилением ее рисунка;
  - Д. дефект кожи в пределах эпидермиса, разрешается без рубца;
  - Е. дефект кожи ниже базальной мембраны, разрешается рубцом.
130. Определение рубца:
- А. результат замещения глубокого дефекта кожи грубо-волокнистой соединительной тканью;
  - В. разрастание сосочков дермы;
  - С. утолщение кожи с усилением ее рисунка;
  - Д. дефект кожи в пределах эпидермиса, разрешается без рубца;
  - Е. дефект кожи ниже базальной мембраны, разрешается рубцом.
131. Определение лихенификации:
- А. результат замещения глубокого дефекта кожи грубо-волокнистой соединительной тканью;
  - В. разрастание сосочков дермы;
  - С. утолщение кожи с усилением ее рисунка;
  - Д. дефект кожи в пределах эпидермиса, разрешается без рубца;
  - Е. дефект кожи ниже базальной мембраны, разрешается рубцом.
132. Определение вегетации:
- А. дефект кожи в пределах эпидермиса, разрешается без рубца;
  - В. разрастание сосочков дермы;
  - С. утолщение кожи с усилением ее рисунка;
  - Д. дефект кожи в пределах эпидермиса, разрешается без рубца;
  - Е. дефект кожи ниже базальной мембраны, разрешается рубцом.
133. Пятна, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:
- А. витилиго;
  - В. пузырчатка;
  - С. аллергические васкулиты;
  - Д. вульгарный ихтиоз;
  - Е. разноцветный лишай.

134. Эритродермия встречается при следующих дерматозах:
- А. псориаз;
  - В. сифилис;
  - С. Т-лимфомы;
  - Д. вульгарный ихтиоз;
  - Е. постмедикаментозные токсидермии.
135. Папулы, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:
- А. узловатая эритема;
  - В. псориаз;
  - С. эритезма;
  - Д. красный плоский лишай;
  - Е. обыкновенные бородавки.
136. Пустулы, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:
- А. остроконечные кондиломы;
  - В. вульгарный сикоз;
  - С. розовый лишай Gibert;
  - Д. вульгарные угри;
  - Е. паразитарный сикоз;
137. Пустулы могут быть стерильными (без микробной флоры):
- А. правильно;
  - В. неправильно.
138. Бугорки, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:
- А. многоформная экссудативная эритема;
  - В. вульгарная волчанка;
  - С. красная волчанка;
  - Д. лепра;
  - Е. сифилис.
139. Узлы, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:
- А. узловатая эритема;
  - В. пурпура Henoch-Schonlein;
  - С. антропофильная трихофития;
  - Д. лепра;
  - Е. третичный сифилис.
140. Пузырьки, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:
- А. розацеа;
  - В. экзема;
  - С. простой пузырьковый лишай;
  - Д. розовый лишай Gibert;
  - Е. герпетический дерматит Dühring.
141. Пузыри, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:
- А. синдром Stevens-Johnson;
  - В. псориаз;
  - С. синдром Lyell;
  - Д. вульгарная пузырчатка;
  - Е. поздняя кожная порфирия.

142. Волдыри, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:
- А. контактный дерматит (от крапивы);
  - В. буллезный эпидермолиз;
  - С. отек Quincke;
  - Д. дермографизм (красный);
  - Е. дискоидная красная волчанка.
143. Волдыри встречаются при следующих заболеваниях:
- А. токсидермия;
  - В. псориаз;
  - С. системная красная волчанка;
  - Д. герпетиформный дерматит Dühring;
  - Е. мастоцитоз.
144. Периферический рост и слияние высыпаний характерны для следующих заболеваний:
- А. сифилис;
  - В. псориаз;
  - С. вульгарная волчанка;
  - Д. синдром Lyell;
  - Е. синдром Stevens-Johnson.
145. Группировка высыпаний характерна для следующих заболеваний:
- А. вторичный свежий сифилис;
  - В. вторичный рецидивный сифилис;
  - С. опоясывающий лишай;
  - Д. герпетиформный дерматит Dühring;
  - Е. вульгарная пузырчатка.
146. Дерматомальное расположение высыпаний характерно для следующего заболевания:
- А. поздняя кожная порфирия;
  - В. экзема;
  - С. вторичный сифилис;
  - Д. опоясывающий лишай;
  - Е. чесотка.
147. Линейное расположение высыпаний характерно для следующих заболеваний:
- А. опоясывающий лишай;
  - В. склеродермия;
  - С. невусы;
  - Д. красная волчанка;
  - Е. красный плоский лишай.
148. «Кокардное» расположение высыпаний характерно для следующих заболеваний:
- А. многоформная экссудативная эритема;
  - В. микроспория;
  - С. фавус;
  - Д. сифилис;
  - Е. вульгарные угри.
149. Серпигинозное расположение высыпаний характерно для следующих заболеваний:
- А. крапивница;
  - В. третичный сифилис;
  - С. нейродермит;
  - Д. поздняя кожная порфирия;
  - Е. розацеа.

150. Парное расположение высыпаний характерно для следующих заболеваний:

- A. педикулез;
- B. склеродермия;
- C. чесотка;
- D. розацеа;
- E. псориаз;

151. Мономорфная сыпь характерна для следующих заболеваний:

- A. герпетиформный дерматит Dühring;
- B. вульгарный псориаз;
- C. многоформная экссудативная эритема;
- D. аллергический ангиолит Ruiters;
- E. витилиго;

152. Мономорфная сыпь не характерна для следующих заболеваний:

- A. крапивница;
- B. обыкновенные бородавки;
- C. красный плоский лишай;
- D. атопический дерматит;
- E. микробная экзема.

153. Истинный полиморфизм характерен для следующих заболеваний:

- A. герпетиформный дерматит Dühring;
- B. витилиго;
- C. экзема;
- D. пустулезный псориаз;
- E. красный плоский лишай.

154. Истинный полиморфизм не характерен для следующих заболеваний:

- A. многоформная экссудативная эритема;
- B. розацеа;
- C. вульгарная пузырчатка;
- D. отрубевидный лишай;
- E. экзема.

155. Положительная реакция Köbner характерна для следующих заболеваний:

- A. вульгарная пузырчатка;
- B. склеродермия;
- C. псориаз;
- D. чесотка;
- E. красный плоский лишай.

156. В результате зуда наблюдаются:

- A. трещины;
- B. язвы;
- C. эрозии;
- D. экскориации;
- E. симптом Auspitz.

157. Зуд не характерен для следующих заболеваний:

- A. псориаз;
- B. чесотка;
- C. склеродермия;
- D. грибовидный микоз;
- E. атопический дерматит у взрослых.

158. Зуд характерен для следующих заболеваний:

- A. розовый лишай Gibert;
- B. микробная экзема;
- C. варикозная экзема;

- Д. красный плоский лишай;
  - Е. Т-лимфомы.
159. Поражение углов рта (ангулярный стоматит) характерно для следующих заболеваний:
- А. кандидоз;
  - В. стрептодермия;
  - С. стафилодермия;
  - Д. простой пузырьковый лишай;
  - Е. опоясывающий лишай.
160. Поражение слизистых оболочек характерно для следующих заболеваний:
- А. вульгарный ихтиоз;
  - В. синдром Stevens-Johnson;
  - С. себорейная пузырчатка;
  - Д. красный плоский лишай;
  - Е. псориаз.
161. Преимущественное поражение разгибательной поверхности конечностей характерно для следующих заболеваний:
- А. вульгарная пузырчатка;
  - В. псориаз;
  - С. вульгарный ихтиоз;
  - Д. розацея;
  - Е. многоформная экссудативная эритема.
162. Преимущественное поражение складок характерно для следующих заболеваний:
- А. вульгарный ихтиоз;
  - В. врожденный ихтиоз;
  - С. атопический дерматит;
  - Д. поздняя кожная порфирия;
  - Е. вегетирующая пузырчатка.
163. Поражение ногтей характерно для следующих заболеваний:
- А. микроспория;
  - В. хроническая трихофития;
  - С. отрубевидный лишай;
  - Д. красный плоский лишай;
  - Е. псориаз.
164. Алопеция, разрешающаяся без рубца, характерна для следующих заболеваний:
- А. микроспория;
  - В. склеродермия;
  - С. керион Celsi;
  - Д. себорея;
  - Е. вторичный сифилис.
165. Рубцовые алопеции:
- А. круговидная;
  - В. волчаночная;
  - С. фавозная;
  - Д. сифилитическая;
  - Е. андрогенная.
166. Снижение секреции кожных желез характерно для следующих заболеваний:
- А. ихтиоз;
  - В. склеродермия;
  - С. себорея;
  - Д. атопический дерматит;
  - Е. микозы.

167. Эритродермия может развиваться при следующих заболеваниях:

- A. сифилис;
- B. псориаз;
- C. экзема;
- D. синдром Lyell;
- E. синдром Stevens-Johnson.

### Основные принципы лечения кожных заболеваний

168. Цитостатические препараты, применяемые в дерматологии:

- A. проспидин;
- B. метотрексат;
- C. метоксален;
- D. индометацин;
- E. циклофосфан.

169. Противогрибковые препараты, применяемые в дерматологии:

- A. итраконазол;
- B. циклоспорин А;
- C. астемизол;
- D. кетоконазол;
- E. гризеофульвин;

170. Гепатотоксическое действие характерно для кетоконазола:

- A. правильно;
- B. неправильно.

171. Кетоконазол обладает антиандрогенным действием:

- A. правильно;
- B. неправильно.

172. Наружные противомикробные препараты:

- A. бацитрацин;
- B. мупироцин;
- C. тербинафин;
- D. зидовудин;
- E. полимиксин.

173. Противовирусные препараты, применяющиеся в дерматологии:

- A. валацикловир;
- B. ванкомицин;
- C. ацикловир;
- D. ацеклидин;
- E. ацитретин.

174. Препараты хинолинового ряда, применяемые в дерматологии:

- A. хлоргексидин;
- B. хлорохин;
- C. гидроксихлорохин;
- D. гидроксизин;
- E. диаминодифенилсульфон;

175. Побочное действие препаратов хинолинового ряда:

- A. повышение чувствительности к УФО;
- B. ретинопатия;
- C. токсидермии лихеноидного типа;
- D. генерализованный зуд;
- E. гемолитическая анемия и агранулоцитоз.



176. Наружные нестероидные противовоспалительные вещества:
- A. пироксикам;
  - B. мелоксикам;
  - C. индометацин;
  - D. индиго-кармин;
  - E. салициловая кислота.
177. Дерматокортикостероиды:
- A. триамцинолон;
  - B. бетаметазон;
  - C. итраконазол;
  - D. клобетазол;
  - E. мебендазол.
178. Побочное действие дерматокортикостероидов:
- A. гипотрихоз;
  - B. атрофия кожи;
  - C. присоединение бактериальной и грибковой инфекции;
  - D. подавление функции надпочечников;
  - E. гиперпигментация.
179. На лице предпочтительно назначать дерматокортикостероиды с выраженным противовоспалительным действием:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
180. Дерматокортикостероиды с выраженным и максимальным противовоспалительным действием:
- A. клобетазол пропионат;
  - B. бетаметазон дипропионат;
  - C. гидрокортизон ацетат;
  - D. мометазон фураат;
  - E. триамцинолон.
181. Дерматокортикостероиды с умеренным и слабо выраженным противовоспалительным действием:
- A. преднизолон ацетат;
  - B. дифлукортолон валерат;
  - C. флутиказон пропионат;
  - D. бетаметазон дипропионат;
  - E. дексаметазон.
182. Ароматические ретиноиды являются дериватами витамина:
- A. E;
  - B. D;
  - C. C;
  - D. B;
  - E. A.
183. Синтетические ретиноиды, применяющиеся в дерматологии:
- A. третиноин;
  - B. этретинат;
  - C. ацитретин;
  - D. изотретиноин;
  - E. изониазид.
184. Побочное действие синтетических ретиноидов при общем применении:
- A. тератогенность;
  - B. усиление функции сальных и потовых желез;
  - C. гипертрихоз;

- D. повышение внутричерепного давления;
  - E. нарушение функции печени и липидного обмена.
185. Антигистаминные препараты, применяемые в дерматологии:
- A. тиосульфат натрия;
  - B. клемастин;
  - C. хлористый кальций;
  - D. лоратадин;
  - E. цетиризин.
186. Гипосенсибилизирующие препараты, применяемые в дерматологии:
- A. будезонид;
  - B. хлористый кальций;
  - C. гексахлорциклогексан;
  - D. тиосульфат натрия;
  - E. циклопирокс.
187. Иммуностимулирующие препараты, применяемые в дерматологии:
- A. леводопа;
  - B. левамизол;
  - C. астемизол;
  - D. изопринозин;
  - E. интерферон.
188. Противопаразитарные наружные вещества:
- A. иодистый калий;
  - B. осажденная сера;
  - C. хлорамфеникол;
  - D. кротамитон;
  - E. гексахлорциклогексан.
189. Вяжущие и антисептические вещества, применяемые для примочек:
- A. лактат этакридина (риваноль);
  - B. сульфат цинка;
  - C. цигнолин;
  - D. таннин;
  - E. подофиллин.
190. Анилиновые красители, применяемые для наружного лечения:
- A. нитрат серебра;
  - B. метиленовая синь;
  - C. генциат фиолет;
  - D. щелочной фуксин;
  - E. настойка иода;
191. Кератолитические вещества, применяемые для наружного лечения:
- A. салициловая кислота;
  - B. парааминобензойная кислота;
  - C. резорцин;
  - D. мочеви́на;
  - E. молочная кислота.
192. Кератопластические вещества, применяемые для наружного лечения:
- A. березовый деготь;
  - B. цинковое масло;
  - C. ихтиол;
  - D. сосновы́й деготь;
  - E. цигнолин.
193. Фотозащитные наружные вещества:
- A. оксипсорален;

- В. парааминобензойная кислота;
- С. трихлоруксусная кислота;
- Д. хинина бромгидрат;
- Е. антипирин.

Соответствующие наружные лекарственные формы:

- 194. паста                    А. порошки, взвешенные в водной фазе, с добавлением глицерина или в масляной среде;
- 195. крем                    В. смесь равных частей густого жира и порошкообразных веществ, обладающая защитным, обсушивающим и противозудным действием;
- 196. «болтушка»,        С. лекарственные вещества, равномерно взбалтываемая смесь смешанные с жирной основой;
- 197. пудра                   Д. смесь масла, жира и воды, обладающая смягчающим, противозудным и охлаждающим действием;
- 198. мазь                    Е. смесь порошкообразных веществ, обладающая абсорбирующим, подсушивающим и защитным действием.

## Пиодермиты

- 199. Микрофлора нормальной кожи:
  - А. *Staphylococcus epidermidis*;
  - В. *Micrococaceae*;
  - С. Дифтероиды;
  - Д. *Corynebacterium acnes*;
  - Е. *Pseudomonas aeruginosa*.
- 200. Возбудители пиодермитов:
  - А. *Staphylococcus aureus*;
  - В. *Streptococcus pyogenes*;
  - С. *Pseudomonas aeruginosa*;
  - Д. *Proteus vulgaris*;
  - Е. *Trichophyton violaceum*.
- 201. Пиодермиты:
  - А. вульгарная пузырчатка;
  - В. псориаз;
  - С. поздняя кожная порфирия;
  - Д. вульгарный сикоз;
  - Е. паразитарный сикоз.
- 202. Фолликулярные пиодермиты:
  - А. контактное импетиго Tilbury-Fox;
  - В. импетиго Bockhardt;
  - С. интертриго;
  - Д. рожа;
  - Е. эктима.
- 203. Нефолликулярные пиодермиты:
  - А. импетиго Bockhardt;
  - В. карбункул;
  - С. фурункул;
  - Д. контактное импетиго Tilbury-Fox;
  - Е. вульгарный сикоз;
- 204. Стафилодермии:
  - А. эктима;
  - В. эритразма;

- С. рожа;
  - Д. эризипелоид;
  - Е. фурункул.
205. Стрептодермии:
- А. карбункул;
  - В. вульгарный сикоз;
  - С. поверхностный фолликулит;
  - Д. рожа;
  - Е. гидраденит.
- Соответствующий уровень первичного поражения кожи при пиодермитах:
206. Контагиозное импетиго. А. поверхностные слои эпидермиса складок кожи;
207. Интертриго. В. поверхностные слои эпидермиса;
208. Целлюлит. С. сально-волосяной фолликул;
209. Импетиго Bockhardt. Д. дерма;
210. Рожа. Е. подкожная клетчатка.
211. Определение фолликулита:
- А. хроническое, гранулематозное, пиококковое заболевание у иммунодефицитных больных;
  - В. острое или хроническое гнойное воспаление сально-волосяного фолликула;
  - С. подострое, глубокое воспаление сально-волосяного фолликула в области бороды и усов у мужчин;
  - Д. рецидивирующее воспаление апокриновых потовых желез;
  - Е. фолликулярное и перифолликулярное воспаление, разрешающееся некрозом.
212. Определение вульгарного сикоза:
- А. хроническое, гранулематозное, пиококковое заболевание у иммунодефицитных больных;
  - В. острое или хроническое гнойное воспаление сально-волосяного фолликула;
  - С. подострое, глубокое воспаление сально-волосяного фолликула в области бороды и усов у мужчин;
  - Д. рецидивирующее воспаление апокриновых потовых желез;
  - Е. фолликулярное и перифолликулярное воспаление, разрешающееся некрозом.
213. Определение фурункула:
- А. хроническое, гранулематозное, пиококковое заболевание у иммунодефицитных больных;
  - В. острое или хроническое гнойное воспаление сально-волосяного фолликула;
  - С. подострое, глубокое воспаление сально-волосяного фолликула в области бороды и усов у мужчин;
  - Д. рецидивирующее воспаление апокриновых потовых желез;
  - Е. фолликулярное и перифолликулярное воспаление, разрешающееся некрозом.
214. Определение ботриомикомы:
- А. хроническое, гранулематозное, пиококковое заболевание у иммунодефицитных больных;
  - В. острое или хроническое гнойное воспаление сально-волосяного фолликула;
  - С. подострое, глубокое воспаление сально-волосяного фолликула в области бороды и усов у мужчин;
  - Д. рецидивирующее воспаление апокриновых потовых желез;
  - Е. фолликулярное и перифолликулярное воспаление, разрешающееся некрозом.
215. Определение гидраденита:
- А. хроническое, гранулематозное, пиококковое заболевание у иммунодефицитных больных;
  - В. острое или хроническое гнойное воспаление сально-волосяного фолликула;
  - С. подострое, глубокое воспаление сально-волосяного фолликула в области бороды и усов у мужчин;

- Д. рецидивирующее воспаление апокриновых потовых желез;  
 Е. фолликулярное и перифолликулярное воспаление, разрешающееся некрозом.
216. Определение контагиозного импетиго:  
 А. стрептококковое поражение углов рта;  
 В. глубокое, пиококковое поражение кожи, с образованием язвы и вдавленной, приросшей корки;  
 С. четкое, бактериальное поражение дермы и поверхностного слоя подкожной клетчатки;  
 Д. буллезное, поверхностное, инфекционное поражение кожи (фликтена);  
 Е. воспаление складок, с наличием мокнутия, корок и трещин;
217. Определение ангулярного стоматита:  
 А. стрептококковое поражение углов рта;  
 В. глубокое, пиококковое поражение кожи, с образованием язвы и вдавленной, приросшей корки;  
 С. четкое, бактериальное поражение дермы и поверхностного слоя подкожной клетчатки;  
 Д. буллезное, поверхностное, инфекционное поражение кожи (фликтена);  
 Е. воспаление складок, с наличием мокнутия, корок и трещин.
218. Определение эктимы:  
 А. стрептококковое поражение углов рта;  
 В. глубокое, пиококковое поражение кожи, с образованием язвы и вдавленной, приросшей корки;  
 С. четкое, бактериальное поражение дермы и поверхностного слоя подкожной клетчатки;  
 Д. буллезное, поверхностное, инфекционное поражение кожи (фликтена);  
 Е. воспаление складок, с наличием мокнутия, корок и трещин.
219. Определение рожистого воспаления:  
 А. стрептококковое поражение углов рта;  
 В. глубокое, пиококковое поражение кожи, с образованием язвы и вдавленной, приросшей корки;  
 С. четкое бактериальное поражение дермы и поверхностного слоя подкожной клетчатки;  
 Д. буллезное, поверхностное, инфекционное поражение кожи (фликтена);  
 Е. воспаление складок, с наличием мокнутия, корок и трещин.
220. Определение интертриго:  
 А. стрептококковое поражение углов рта;  
 В. глубокое, пиококковое поражение кожи, с образованием язвы и вдавленной, приросшей корки;  
 С. четкое, бактериальное поражение дермы и поверхностного слоя подкожной клетчатки;  
 Д. буллезное, поверхностное, инфекционное поражение кожи (фликтена);  
 Е. воспаление складок, с наличием мокнутия, корок и трещин.
221. Карбункул – это диссеминированное поражение сально-волосных фолликулов:  
 А. правильно;  
 В. неправильно.
222. Возбудитель рожи:  
 А. *Staphylococcus epidermidis*;  
 В. *Staphylococcus aureus*;  
 С. *Streptococcus*, тип А;  
 Д. *Pseudomonas aeruginosa*;  
 Е. *Erysipelotrix insidiosa*.

223. Нефолликулярные пиодермиты:
- A. импетиго Bockhardt;
  - B. карбункул;
  - C. контактное импетиго Tilbury-Fox;
  - D. буллезное импетиго;
  - E. стрептококковое импетиго.
224. Фолликулярные пиодермиты:
- A. контактное импетиго Tilbury-Fox;
  - B. буллезное импетиго;
  - C. вульгарный сикоз;
  - D. эктима;
  - E. фурункул.
225. Стафилодермии гладкой кожи:
- A. импетиго;
  - B. эпидемическая пузырчатка новорожденных;
  - C. вульгарная пузырчатка;
  - D. эритродермия Ritter von Rittersheim;
  - E. эритродермия Brocq .
226. Нефолликулярные пиодермиты:
- A. контактное импетиго Tilbury-Fox;
  - B. буллезное импетиго;
  - C. вульгарный сикоз;
  - D. стрептококковая эктима;
  - E. фурункул.
227. Возбудители фолликулярных пиодермитов:
- A. *Staphylococcus aureus*;
  - B. *Streptococcus pyogenes*;
  - C. *Staphylococcus epidermidis*;
  - D. *Streptococcus viridans*;
  - E. *Staphylococcus albus*;
228. Стрептококковые пиодермиты:
- A. карбункул;
  - B. вульгарный сикоз;
  - C. контактное импетиго;
  - D. рожа;
  - E. эктима.
229. Специфическая иммунотерапия стафилодермий:
- A. стафилококковый анатоксин;
  - B. аутовакцина;
  - C. поливалентная противостафилококковая вакцина;
  - D. пиротерапия;
  - E. аутогемотерапия.
230. Неспецифическая иммунотерапия хронических стафилодермий:
- A. поливалентная противостафилококковая вакцина;
  - B. пиротерапия;
  - C. аутогемотерапия;
  - D. иммуномодуляторы;
  - E. аутовакцина.
231. Эффективные антибиотики для наружного лечения пиодермитов:
- A. полимиксин;
  - B. мупирацин;
  - C. бацитрацин;

- Д. лоратадин;
  - Е. тербинафин.
232. Методы наружного лечения фурункула в инфильтративной стадии:
- А. криотерапия;
  - В. кератопластические мази;
  - С. УВЧ;
  - Д. дерматокортикостероиды;
  - Е. холодные примочки;
233. Методы наружного лечения при вскрытии фурункула:
- А. гипертонические растворы;
  - В. дезинфицирующие растворы;
  - С. УВЧ;
  - Д. дерматокортикостероиды;
  - Е. массаж.
234. Методы наружного лечения вульгарного сикоза:
- А. противогрибковые препараты;
  - В. антибиотики ;
  - С. дерматокортикостероиды;
  - Д. анилиновые красители;
  - Е. кератопластические мази.
235. Возбудители пиодермитов:
- А. *Staphylococcus aureus*;
  - В. *Streptococcus pyogenes*;
  - С. *Pseudomonas aeruginosa*;
  - Д. *Trichophyton violaceum*;
  - Е. *Borrelia burgdorferi*.
236. Предрасполагающие факторы возникновения пиодермитов:
- А. очаги фокальной инфекции;
  - В. дефицит гигиены;
  - С. сахарный диабет;
  - Д. малабсорбция;
  - Е. псориаз.
237. Дерматозы, осложняющиеся пиодермитами:
- А. чесотка;
  - В. педикулез;
  - С. атопический дерматит;
  - Д. псориаз;
  - Е. вульгарная пузырчатка.
238. Основной возбудитель контагиозного импетиго:
- А. *Streptococcus pyogenes*;
  - В. *Escherichia coli*;
  - С. *Staphylococcus aureus*;
  - Д. *Proteus vulgaris*;
  - Е. *Pseudomonas aeruginosa*.
239. Информативные лабораторные методы исследования при фурункулезе:
- А. иммунограмма;
  - В. антибиотикограмма;
  - С. биопсия;
  - Д. копрограмма;
  - Е. сахар крови.

240. Кератомикозы:

- A. рубромикоз;
- B. отрубевидный лишай;
- C. эпидермофития;
- D. микроспория;
- E. фавус.

241. Клинические формы дерматофитий:

- A. *Tinea capitis*;
- B. *Tinea barbae*;
- C. *Tinea versicolor*;
- D. *Tinea cruris*;
- E. *Tinea pedis*.

242. Характерные признаки инфильтративно-нагноительной трихофитии:

- A. воспалительные пятна покрытые отрубевидными чешуйками, без поражения волос;
- B. многочисленные, мелкие или крупные, нечеткие, неправильной формы очаги облысения, с невыраженным шелушением и обломками волос, высотой 0–2 мм;
- C. крупные, округлой формы, четкие, шелушащиеся очаги облысения, в которых воспалительные явления выражены незначительно, волосы обломаны на высоте 5–8 мм;
- D. воспалительные, с периферическим ростом элементы, покрытые желтыми чешуйками, напоминающее блюдце и имеющие амбарный запах;
- E. инфильтративно-нагноительные очаги на волосистой части головы и области бороды, волосы отделяются легко.

243. Для инфильтративно-нагноительной трихофитии не характерно разрешение рубцовой алопецией:

- A. правильно;
- B. неправильно.

244. Характерные симптомы антропофильной микроспории волосистой части головы:

- A. эритемато-сквамозные, четкие, с выраженным шелушением, 1–2 очага, с обломками волос на высоте 5–8 мм, которые легко удаляются пинцетом и окружены белым чехликом;
- B. воспалительные, с периферическим ростом элементы, покрытые желтыми чешуйками, напоминающие блюдце и имеющие амбарный запах;
- C. многочисленные, мелкие, нечеткие, обычно расположенные в области краевой зоны роста волос очаги, волосы неравномерно обламываются на высоте 5–8 мм;
- D. инфильтративно-нагноительные очаги на волосистой части головы и области бороды;
- E. многочисленные, мелкие или крупные, нечеткие, неправильной формы очаги облысения, с невыраженным шелушением и обломками волос высотой 0–2 мм.

245. Характерные симптомы фавуса волосистой части головы:

- A. воспалительные пятна покрытые отрубевидными чешуйками, без поражения волос;
- B. многочисленные, мелкие или крупные, нечеткие, неправильной формы очаги облысения, с невыраженным шелушением и обломками волос высотой 0–2 мм;
- C. крупные, округлой формы, четкие, шелушащиеся очаги облысения, воспалительные явления слабо выражены, волосы обломаны на высоте 5–8 мм;



- D. воспалительные, с периферическим ростом элементы, покрытые желтыми чешуйками, напоминающие блюдце и имеющие амбарный запах;
  - E. инфильтративно-нагноительные очаги на волосистой части головы в области бороды, волосы отделяются легко.
246. Рубцовая атрофия не развивается при отсутствии лечения фавуса:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
247. Характерные симптомы для *Tinea cruris* (паховая эпидермофития):
- A. эрозивно-буллезные, нечеткие очаги, сопровождаются чувством жжения;
  - B. эритематозные, полициклические, шелушащиеся очаги поражения на туловище;
  - C. четкие, эритематозные, зудящие очаги, с валиком по периферии и периферическим ростом;
  - D. эритемато-пустулезные, болезненные очаги на волосистых участках кожи;
  - E. эритематозные очаги в складках, с наличием отторгающегося, белесоватого эпидермиса.
248. Грибы типа *ectotrix* "megaspore":
- A. *Trichophyton gypseum*;
  - B. *Trichophyton violaceum*;
  - C. *Trichophyton verrucosum*;
  - D. *Trichophyton tonsurans*;
  - E. *Pityrosporum ovale*.
249. Характерные симптомы отрубевидного лишая:
- A. невоспалительные пятна, светло-розового, кофейного или белого цвета, с отрубевидным шелушением;
  - B. инфильтративно-нагноительные очаги;
  - C. округлые, шелушащиеся, четкие очаги облысения, с вариабельными воспалительными явлениями;
  - D. воспалительные, с периферическим ростом высыпания, на поверхности которых имеются блюдцеобразные желтые чешуйки;
  - E. мокнущие высыпания на ладонях и подошвах.
250. При отрубевидном лишае симптом *Baltzer* отрицательный:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
251. Возбудитель антропофильной микроспории:
- A. *Microsporum lanosum*;
  - B. *Microsporum gypseum*;
  - C. *Microsporum ferrugineum*;
  - D. *Microsporum canis*;
  - E. *Microsporum supragypseum*.
252. Характерные симптомы зооантропофильной микроспории волосистой части головы:
- A. эритемато-сквамозные, четкие, с выраженным шелушением, 1–2 очага, с обломками волос на высоте 5–8 мм, которые легко удаляются пинцетом и окружены белым чехликом;
  - B. воспалительные, с периферическим ростом элементы покрытые желтыми чешуйками, напоминающие блюдце и имеющие амбарный запах;
  - C. многочисленные, мелкие, нечеткие, обычно расположенные в области краевой зоны роста волос очаги, волосы неравномерно обламываются на высоте 5–8 мм;
  - D. инфильтративно-нагноительные очаги на волосистой части головы в области бороды;
  - E. многочисленные, мелкие или крупные, нечеткие, неправильной формы очаги облысения, с невыраженным шелушением и обломками волос высотой 0–2 мм.

253. Микроспория волосистой части головы, как правило, не разрешается рубцовой алопецией:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
254. Возбудитель эпидермофитии стоп:
- A. *Microsporum audouinii*;
  - B. *Trichophyton tonsurans*;
  - C. *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*;
  - D. *Epidermophyton floccosum*;
  - E. *Trichophyton verrucosum*.
255. Возбудитель рубромикоза:
- A. *Trichophyton tonsurans*;
  - B. *Trichophyton verrucosum*;
  - C. *Trichophyton purpureum*;
  - D. *Trichophyton schoenleinii*;
  - E. *Trichophyton gypseum*.
256. Грибы типа *ectotrix* "microides":
- A. *Trichophyton gypseum*;
  - B. *Trichophyton violaceum*;
  - C. *Trichophyton verrucosum*;
  - D. *Trichophyton tonsurans*;
  - E. *Pityrosporum orbiculare*.
257. Левуриозы (заболевания, вызываемые дрожжеподобными грибами):
- A. трихофития;
  - B. кандидоз;
  - C. отрубевидный лишай;
  - D. эритразма;
  - E. криптококкоз.
258. Дрожжеподобные грибы поражают:
- A. кожу;
  - B. слизистые;
  - C. ногти;
  - D. внутренние органы;
  - E. волосы.
259. Характерные симптомы поверхностной трихофитии волосистой части головы:
- A. невоспалительные пятна, с отрубевидным шелушением, без поражения волос;
  - B. многочисленные, мелкие или крупные, нечеткие, неправильной формы очаги облысения, с невыраженным шелушением и обломками волос высотой 0–2 мм;
  - C. круглые, крупные, четкие, шелушащиеся очаги облысения, с вариabильными воспалительными явлениями, с обломками волос высотой 5–8 мм;
  - D. воспалительные, с периферическим ростом элементы, покрытые желтыми чешуйками, напоминающее блюдце и имеющие амбарный запах;
  - E. инфильтративно-нагноительные очаги волосистой части головы и области бороды.
260. Поверхностная трихофития, как правило, разрешается рубцовой алопецией:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
261. Возбудитель зооантропофильной микроспории:
- A. *Microsporum audouinii*;
  - B. *Microsporum ferrugineum*;
  - C. *Microsporum canis*;
  - D. *Microsporum supragypseum*;

- E. *Microsporum gypseum*.
262. Возбудитель фавуса:
- A. *Trichophyton mentagrophytes*;
  - B. *Trichophyton tonsurans*;
  - C. *Trichophyton schoenleinii*;
  - D. *Trichophyton verrucosum*;
  - E. *Epidermophyton floccosum*.
263. Возбудитель *Tinea cruris* (паховая эпидермофития):
- A. *Microsporum audouinii*;
  - B. *Trichophyton tonsurans*;
  - C. *Trichophyton gypseum*;
  - D. *Epidermophyton floccosum*;
  - E. *Trichophyton verrucosum*.
264. Клинические симптомы *Tinea capitis*:
- A. очаги облысения на неизмененной коже;
  - B. эритемато-сквамозный очаг облысения с обломками волос;
  - C. очаг облысения с гипертрофическими рубцами;
  - D. инфильтративно-нагноительный, опухолевидный очаг, при надавливании выделяется гной и волосы;
  - E. мелкоочаговое поредение волос.
265. Возбудитель инфильтративно-нагноительной трихофитии:
- A. *Trichophyton rubrum*;
  - B. *Trichophyton verrucosum*;
  - C. *Trichophyton tonsurans*;
  - D. *Trichophyton violaceum*;
  - E. *Trichophyton gypseum*.
266. Псевдомикозы:
- A. кандидоз;
  - B. рубромикоз;
  - C. отрубевидный лишай;
  - D. актиномикоз;
  - E. эритразма.
267. Возбудители поверхностной трихофитии:
- A. *Trichophyton gypseum*;
  - B. *Trichophyton verrucosum*;
  - C. *Trichophyton tonsurans*;
  - D. *Trichophyton schoenleinii*;
  - E. *Trichophyton violaceum*.
268. При микроскопическом исследовании волос, пораженных дерматофитами, выявляются:
- A. дрожжеподобные клетки;
  - B. кокки;
  - C. споры;
  - D. мицелий;
  - E. псевдомицелий.
269. При поражении дерматофитами ладоней и подошв выявляются:
- A. короткий мицелий;
  - B. длинный мицелий;
  - C. псевдомицелий;
  - D. дрожжеподобные клетки;
  - E. споры.

270. При инфильтративно-нагноительной трихофитии, как правило, поражаются:

- А. кожа;
- В. подошвы;
- С. область бороды и усов;
- Д. волосистая часть головы;
- Е. ногтевое ложе.

271. При микроспории, как правило, поражаются:

- А. волосистая часть головы;
- В. подошвы;
- С. ладони;
- Д. гладкая кожа;
- Е. ногти.

272. При эридермофитии стоп, как правило, поражаются:

- А. I и V ногти;
- В. все ногти;
- С. I и IV межпальцевые складки;
- Д. все межпальцевые складки;
- Е. свод стопы.

273. Информативные тесты, подтверждающие диагноз кандидоза:

- А. лампа Wood;
- В. культуральное исследование;
- С. микроскопическое исследование;
- Д. биопсия;
- Е. проба Baltzer.

274. Среда для получения культуры грибов:

- А. клеточная McCoy;
- В. Lowenstein-Jensen;
- С. Sabouraud;
- Д. PPLO;
- Е. Leventhal.

275. Эффективные противогрибковые препараты для общего лечения:

- А. натамацин;
- В. гризеофульвин;
- С. астемизол;
- Д. кетоконазол;
- Е. нистатин.

276. Наружные противогрибковые препараты:

- А. клотримазол;
- В. клотримазол;
- С. кетоконазол;
- Д. полимиксин;
- Е. тербинафин.

277. Источники заражения инфильтративно-нагноительной трихофитией:

- А. больной;
- В. крупный рогатый скот;
- С. кошки;
- Д. собаки;
- Е. грызуны.

278. Антропофильные грибы:

- А. *Microsporum ferrugineum*;
- В. *Trichophyton schoenleinii*;
- С. *Microsporum canis*;

- D. *Trichophyton rubrum*;
- E. *Trichophyton verrucosum*.
- 279. Зооантропофильные грибы:
  - A. *Trichophyton violaceum*;
  - B. *Epidermophyton floccosum*;
  - C. *Trichophyton verrucosum*;
  - D. *Microsporum canis*;
  - E. *Trichophyton gypseum*.
- 280. При дерматофитиях поражаются:
  - A. слизистые;
  - B. переходные зоны кожи и слизистой оболочки;
  - C. кожа;
  - D. ногти;
  - E. волосы.
- 281. Грибы дерматофитоны:
  - A. *Microsporum canis*;
  - B. *Trichophyton verrucosum*;
  - C. *Sporotrix schenckii*;
  - D. *Pityrosporum ovale*;
  - E. *Trichophyton purpureum*.
- 282. Материал для лабораторного исследования дерматофитонов:
  - A. выделения из мочеполовых путей;
  - B. мокрота;
  - C. волосы;
  - D. ногти;
  - E. чешуйки.
- 283. Методы исследования, подтверждающие диагноз дерматофитий:
  - A. лампа Wood;
  - B. микроскопия;
  - C. посевы;
  - D. цитодиагностика Tzanck;
  - E. диаскопия.
- 284. Грибы типа endotrix:
  - A. *Trichophyton gypseum*;
  - B. *Trichophyton violaceum*;
  - C. *Trichophyton verrucosum*;
  - D. *Trichophyton tonsurans*;
  - E. *Trichophyton schoenleinii*.
- 285. Грибы типа ectotrix:
  - A. *Microsporum spp*;
  - B. *Trichophyton gypseum*;
  - C. *Trichophyton schoenleinii*;
  - D. *Trichophyton tonsurans*;
  - E. *Trichophyton verrucosum*.
- 286. Глубокие микозы:
  - A. мицетомы;
  - B. хромомикоз;
  - C. кандидоз;
  - D. споротрихоз;
  - E. грибовидный микоз;
- 287. Возбудитель отрубевидного лишая:
  - A. *Candida albicans*;

- B. *Pityrosporum ovale*;
  - C. *Pityrosporum orbiculare*;
  - D. *Corynebacterium minutissimum*;
  - E. *Malassezia furfur*.
288. Информативные методы исследования при отрубевидном лишае:
- A. микроскопия;
  - B. посевы;
  - C. лампа Wood;
  - D. проба с иодом;
  - E. диаскопия.
289. При поверхностной трихофитии обычно поражаются:
- A. волосистая часть головы;
  - B. подошвы;
  - C. ладони;
  - D. ногти;
  - E. гладкая кожа.
290. Источники заражения зооантропофильной микроспорией:
- A. больной ребенок;
  - B. крупный рогатый скот;
  - C. кошки;
  - D. собаки;
  - E. грызуны.
291. Клинические формы эпидермофитии стоп:
- A. бородавчатая;
  - B. эритемато-сквамозная;
  - C. интертригинозная;
  - D. пустулезная;
  - E. дисгидротическая.
292. Люминисцентное свечение под лампой Wood наблюдается при следующих микозах:
- A. микроспория;
  - B. трихофития;
  - C. кандидоз;
  - D. отрубевидный лишай;
  - E. фавус.
293. При рубромикозе поражаются:
- A. исключительно I и V ногти;
  - B. все ногти;
  - C. исключительно I и IV межпальцевые складки;
  - D. все межпальцевые складки;
  - E. боковая и тыльная поверхность подошв.
294. Результаты микроскопического исследования при кандидозе:
- A. мицелий (гифы);
  - B. псевдомицелий (псевдогифы);
  - C. споры типа „endotrix”;
  - D. споры типа „ectotrix”;
  - E. почкующиеся дрожжеподобные клетки.
295. Клинические формы кандидоза кожи:
- A. стоматит;
  - B. интертриго;
  - C. поражение ладоней и подошв;
  - D. баланопостит и вульвовагинит;

- Е. паронихия.
296. Клинические формы кандидоза слизистых оболочек:
- А. паронихии;
  - В. баланопостит и вульвовагинит;
  - С. поражение углов рта;
  - Д. стоматит;
  - Е. интертриго;
297. Клинические симптомы кандидоза:
- А. депигментированные очаги с гиперпигментацией по периферии;
  - В. эрозивные, мацерированные очаги, с отторгающимся эпидермисом по периферии;
  - С. белесоватые, творожистые, легко снимающиеся, наслоения;
  - Д. гемморагические, пленчатые наслоения, изначально плотно прикрепленные;
  - Е. дочерние очаги (отсевы).
298. Эффективные противокандидозные наружные препараты:
- А. котримоксазол;
  - В. кетоконазол;
  - С. клотримазол;
  - Д. клобетазол;
  - Е. метиленовый синий.
299. Эффективные препараты для лечения кандидоза:
- А. гризеофульфин;
  - В. нистатин 1–2 млн ЕД/день;
  - С. флуконазол;
  - Д. кетоконазол;
  - Е. итраконазол.
300. Дерматофитии:
- А. эритразма;
  - В. микроспория;
  - С. трихофития;
  - Д. рубромикоз;
  - Е. фавус.
301. Клинические формы рубромикоза:
- А. рубромикоз стоп;
  - В. рубромикоз стоп и кистей;
  - С. генерализованный рубромикоз;
  - Д. рубромикоз ногтей;
  - Е. рубромикоз волосистой части головы.
302. Источники заражения дерматофитиями:
- А. больные;
  - В. кошки;
  - С. собаки;
  - Д. крупный рогатый скот;
  - Е. насекомые.
303. Методы исследования, подтверждающие диагноз инфильтративно-нагноительной трихофитии:
- А. микроскопия;
  - В. посевы;
  - С. исследование при помощи лампы Wood;
  - Д. определение симптома “медовых сот”;
  - Е. кожные пробы.

304. Эффективные противогрибковые препараты для отрубвидного лишая:
- гризеофульвин;
  - кетоназол;
  - итраконазол;
  - нистатин 1–2 млн УА/день;
  - флюконазол.
305. Суточная доза гризеофульвина при дерматофитиях волосистой части головы (мг/кг):
- 10–14;
  - 15–25;
  - 26–40;
  - 41–60;
  - 61–100.
306. Методы наружного лечения *Tinea capitis*:
- кератолитические мази;
  - настойка йода;
  - дерматокортикостероиды;
  - противогрибковые мази;
  - кератопластические мази.
307. Концентрация КОН для микроскопического исследования дерматофитонов:
- 0,5%;
  - 2%;
  - 5%;
  - 10%;
  - 20–40%.
- Соответствующее свечение под лампой Wood при различных микозах:
- |                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 308. зооантропофильная микроспория. | А. красно-коралловое; |
| 309. антропофильная микроспория.    | В. желто-зеленое;     |
| 310. отрубевидный лишай.            | С. бледно-зеленое;    |
| 311. эритезма.                      | Д. отсутствует;       |
| 312. трихофития.                    | Е. ярко-зеленое.      |
313. Наиболее распространенный вид *Candida* в дерматологической практике:
- Candida krusei*;
  - Candida stellatoidea*;
  - Candida tropicalis*;
  - Candida albicans*;
  - Candida glabrata*.
314. Как сапрофит, *Candida albicans* встречается:
- в ротовой полости;
  - в желудочно-кишечном тракте;
  - в уретре и мочевом пузыре;
  - во влагалище;
  - на здоровой коже.
315. Предрасполагающие факторы, способствующие развитию кандидоза:
- сахарный диабет;
  - оральные контрацептивы;
  - тетрациклины;
  - гипотермия;
  - беременность.
316. Поражение ногтей грибами рода *Candida* начинается обычно со следующих участков:
- основание;



- В. латеральный край;
  - С. передняя поверхность;
  - Д. ногтевое ложе;
  - Е. дистальный межфаланговый сустав.
317. Поражение углов рта (ангулярный стоматит) характерен для следующих заболеваний:
- А. розацея;
  - В. кандидоз;
  - С. сифилис;
  - Д. стрептодермии;
  - Е. туберкулезная волчанка.
318. Характер выделений при кандидозном вульвовагините:
- А. серозный;
  - В. гнойный;
  - С. творожистый;
  - Д. пенящийся;
  - Е. геморрагический.
319. Количество пульсов итраконазола при онихомикозе стоп:
- А. 1;
  - В. 2;
  - С. 3;
  - Д. 4;
  - Е. 5.
320. При онихомикозе кистей назначают 3 пульса итраконазола:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
321. Паразитарный сикоз отличается от вульгарного следующими симптомами:
- А. более выраженная инфильтрация;
  - В. менее выраженная инфильтрация;
  - С. острое течение;
  - Д. рецидивирующее течение;
  - Е. четкие границы поражения.
322. Наружные противогрибковые средства:
- А. клотримазол;
  - В. клотримазол;
  - С. бетаметазон;
  - Д. тербинафин;
  - Е. нафтифин.
323. Противогрибковые препараты имидазольной группы:
- А. метронидазол;
  - В. клотримазол;
  - С. кетоконазол;
  - Д. бифоназол;
  - Е. циклопироксоламин.
324. Количество микроскопических отрицательных результатов для определения излеченности микозов волосистой части головы:
- А. 1;
  - В. 2;
  - С. 3;
  - Д. 6;
  - Е. невозможно определить.

325. Первый контроль излеченности микоза волосистой части головы проводится через:
- A. 1 неделю;
  - B. 2 недели;
  - C. 3 недели;
  - D. 4 недели;
  - E. 6 недель.

### Эпизоонозы (чесотка, педикулез)

326. Характерные высыпания чесотки:
- A. папуло-везикулы;
  - B. волдырь;
  - C. чешуйка;
  - D. пустула;
  - E. наличие чесоточного хода.
327. Частые осложнения чесотки:
- A. экзематизация;
  - B. пиококковая инфекция;
  - C. витилиго;
  - D. алоpecia;
  - E. гипертрихоз.
328. Источники заражения чесоткой:
- A. больные;
  - B. предметы личного пользования больного;
  - C. комары;
  - D. мухи;
  - E. мыши.
329. Источники заражения педикулезом:
- A. прирученные животные;
  - B. домашние животные;
  - C. дикие животные;
  - D. больные (посредством прямого контакта);
  - E. больные (посредством непрямого контакта).
330. Диагноз педикулеза волосистой части головы подтверждает следующие данные:
- A. обнаружение половозрелых паразитов;
  - B. обнаружение яиц паразита (гниды);
  - C. кожные тесты;
  - D. биопсия;
  - E. импетигиозные высыпания.
331. Пути заражения чесоткой:
- A. половой контакт;
  - B. прямой контакт;
  - C. не прямой контакт;
  - D. воздушно-капельный;
  - E. алиментарный.
332. Излюбленная локализация чесотки у взрослых:
- A. лицо и шея;
  - B. межпальцевые складки рук;
  - C. живот;
  - D. ладони и подошвы;
  - E. ягодицы и бедра.
333. Характерные симптомы чесотки:
- A. плоские с пупковидным вдавлением папулы;

- В. чесоточный ход и парные элементы;
- С. сильный зуд, усиливающийся к вечеру;
- Д. зуд, усиливающийся в холоде;
- Е. симптом Hardi.

334. Клинические особенности чесотки у детей:

- А. поражение слизистых;
- В. поражение лица;
- С. поражение ладоней и подошв;
- Д. незначительный зуд или отсутствие зуда;
- Е. частое присоединение вторичной инфекции.

335. Характерные клинические симптомы лобковой вшивости:

- А. обнаружение паразитов и их яиц;
- В. сильный зуд;
- С. экскориации, часто импетигинизированные;
- Д. сгруппированные папуло-везикулы;
- Е. maculae caeruleae.

336. Эффективные наружные противочесоточные средства:

- А. кротамитон;
- В. раствор бензил пероксида;
- С. эмульсия бензил бензоата;
- Д. осажденная сера;
- Е. линдан.

Соответствующая концентрация наружных противочесоточных средств для взрослых:

- |                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| 337. Серная мазь.                | А. 20%;    |
| 338. Эмульсия бензил бензоата.   | В. 60%;    |
| 339. Линдан.                     | С. 6%;     |
| 340. Раствор натрия тиосульфата. | Д. 20–33%; |
| 341. Раствор соляной кислоты.    | Е. 1%.     |

Соответствующая концентрация наружных противочесоточных средств для детей в возрасте до 10 лет:

- |                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| 342. Серная мазь                | А. противопоказан; |
| 343. Эмульсия бензил бензоата   | В. 10%;            |
| 344. Линдан                     | С. 3%;             |
| 345. Раствор тиосульфата натрия | Д. 30%;            |
| 346. Раствор соляной кислоты    | Е. 10–15%.         |

347. Клинические формы педикулеза:

- А. головной;
- В. кистей и стоп;
- С. платяной;
- Д. лобковый;
- Е. генитальный.

348. Возбудители педикулеза – это:

- А. пауки;
- В. бактерии;
- С. насекомые;
- Д. вирусы;
- Е. грибы.

349. Возбудители педикулеза:

- А. *Pediculus humanus capitis*;
- В. *Phthirus pubis*;
- С. *Sarcoptes hominis*;
- Д. *Pediculus humanus corporis*;

- Е. *Larva migrans*.
350. Основные осложнения педикулеза волосистой части головы:
- А. вторичная инфекция;
  - В. очаговая алопеция;
  - С. шелушение на волосистой части головы;
  - Д. гиперпигментированные пятна в области лба;
  - Е. простой лишай.
351. Характерные клинические симптомы педикулеза волосистой части головы:
- А. наличие паразитов и их яиц;
  - В. наличие гнид;
  - С. зуд;
  - Д. вторичная инфекция;
  - Е. *macule sequelee*.
352. Эффективные и безопасные методы лечения педикулеза волосистой части головы:
- А. керосин +растительное масло, 3:1;
  - В. линдан 1% – пудра или раствор;
  - С. перметрин или малатион;
  - Д. раствор бензил-пероксида;
  - Е. ко-тримаксазол для общего применения.
353. Лечебные мероприятия, проводимые при платяной вшивости:
- А. эмульсия бензил-бензоата;
  - В. раствор бензил-пероксида;
  - С. антигистаминные препараты;
  - Д. анестетики;
  - Е. санитарная обработка одежды.
354. Лечебные мероприятия, проводимые при лобковой вшивости:
- А. бритье;
  - В. эмульсия бензил-бензоата;
  - С. раствор бензил-пероксида;
  - Д. бензилпенициллин;
  - Е. линдан.
355. Противочесоточные препараты:
- А. гексахлорциклогексан;
  - В. бензпирен;
  - С. эмульсия бензил-бензоата;
  - Д. серная мазь;
  - Е. сульфоны.

### Аллергические дерматозы

356. Типы аллергических реакций (по Gell и Coombs) характерные для контактно-аллергической экземы:
- А. тип I;
  - В. тип II;
  - С. тип III;
  - Д. тип IV;
  - Е. все вышеперечисленные.
357. Патоморфологические изменения характерные для острой экземы:
- А. акантоз;
  - В. спонгиоз;
  - С. паракератоз;
  - Д. гиперкератоз;

- Е. акантолиз.
358. Нестероидный противовоспалительный препарат, эффективный при атопическом дерматите:
- А. мефлоцин;
  - В. метоксален;
  - С. мелоксикам;
  - Д. клобетазол;
  - Е. мебендазол.
359. Характерные клинические симптомы подострой экземы:
- А. лихенификация;
  - В. невыраженная везикуляция;
  - С. эритематозные очаги с наличием корок;
  - Д. значительное мокнутие;
  - Е. быстрая смена эволютивных стадий.
360. Крапивница неиммунологического типа развивается в результате применения следующих препаратов:
- А. пенициллин;
  - В. аспирин;
  - С. ко-тримоксазол;
  - Д. алкалоиды (морфин, кодеин);
  - Е. контрастные вещества.
361. Типы аллергических реакций (по Gell и Coombs), в результате которых развивается крапивница:
- А. тип I;
  - В. тип II;
  - С. тип III;
  - Д. тип IV;
  - Е. не наблюдаются.
362. Механизм развития иммунологической крапивницы:
- А. IgE зависимый;
  - В. IgA зависимый;
  - С. IgG зависимый;
  - Д. IgM зависимый;
  - Е. комплемент-зависимый.
363. Повышение концентрации цАМФ способствует освобождению медиаторов при крапивнице:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
364. Повышение концентрации гАМФ не способствует освобождению медиаторов при крапивнице:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
365. Крапивницы, развивающаяся по III типу аллергических реакций (Gell и Coombs):
- А. алиментарная;
  - В. холинэргическая;
  - С. по типу васкулита (сывороточная болезнь);
  - Д. аутоиммунная;
  - Е. искусственная (дермографизм).
366. Характерные симптомы острой крапивницы:
- А. генерализованный и постоянный зуд;
  - В. наличие волдырей;
  - С. наличие высыпаний в течение 48 часов;

- D. повторные ежедневные приступы заболевания в течение не менее 4–6 недель;
  - E. положительная проба с метахолином .
367. Высыпания при отеке Quincke характеризуются следующими признаками:
- A. выраженный зуд;
  - B. при пальпации не образуется ямка;
  - C. нечеткие контуры;
  - D. не наблюдаются на том же месте при рецидиве;
  - E. существуют более 24 часов.
368. Дермографизм при крапивнице:
- A. отсутствует;
  - B. белый;
  - C. красный;
  - D. смешанный;
  - E. ни один из вышеперечисленных.
369. Методы исследования для подтверждения диагноза крапивницы:
- A. диета методом исключения/введения продуктов питания (дневник питания);
  - B. биопсия;
  - C. скарификационные кожные тесты;
  - D. радиоаллергосорбентный тест (RAST);
  - E. тесты на тепло, холод, лед, физическую нагрузку, УФО.
370. Характерные симптомы простого контактного дерматита:
- A. высыпания возникают в результате сенсибилизации;
  - B. высыпания возникают в месте воздействия раздражителя;
  - C. периферический рост высыпаний;
  - D. отсутствие периферического роста высыпаний;
  - E. разрешение высыпаний после устранения раздражителя.
371. Простой контактный дерматит развивается в результате воздействия аллергенов:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
372. Аллергический дерматит возникает при первом контакте с аллергеном:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
373. Простой контактный дерматит часто вызывают следующие раздражители:
- A. крапива;
  - B. концентрированные кислоты и щелочи;
  - C. пыльца растений;
  - D. никель;
  - E. горячая вода.
374. Аллергический дерматит часто вызывают следующие вещества:
- A. неомицин, бензокаин;
  - B. концентрированные кислоты и щелочи;
  - C. никель, хром, кобальт;
  - D. парафенилендиамин;
  - E. крапива.
375. Характерные признаки аллергического дерматита (экземы):
- A. возникновение высыпаний при первом воздействии аллергена;
  - B. аллергическая реакция замедленного типа;
  - C. аллергическая реакция немедленного типа;
  - D. склонность сыпи к периферическому росту и слиянию;
  - E. возникновение высыпаний исключительно в месте воздействия раздражителя.
376. Характерные высыпания острой экземы:
- A. шелушение;

- В. лихенификация;
  - С. эритема;
  - Д. везикуляция;
  - Е. отек и мокнутие.
377. Характерные высыпания хронической экземы:
- А. зудящие, инфильтрированные, четкие очаги;
  - В. везикуляция;
  - С. мокнутие;
  - Д. лихенификация;
  - Е. шелушение.
378. Характерные патоморфологические признаки хронической экземы:
- А. акантоз;
  - В. спонгиоз;
  - С. периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат ;
  - Д. гиперкератоз и паракератоз;
  - Е. акантолизис.
379. Наружное лечение хронической лихенифицированной экземы:
- А. примочки с дезинфицирующими растворами;
  - В. взбалтываемые смеси и пасты;
  - С. дерматокортикостероидные мази;
  - Д. кератопластические, кератолитические мази низкой концентрации;
  - Е. окклюзивные повязки;
380. Наружное лечение острой мокнущей экземы:
- А. дерматокортикостероидные и кератопластические мази;
  - В. примочки с дезинфицирующими растворами;
  - С. анилиновые красители;
  - Д. окклюзивные повязки;
  - Е. аэрозоли с кортикостероидами.
381. Лечебные мероприятия при острой крапивнице:
- А. антигистаминные и гипосенсибилизирующие средства;
  - В. антибиотики;
  - С. дерматокортикостероиды ;
  - Д. витамины группы В;
  - Е. мочегонные.
382. Необходимые мероприятия при ангионевротическом отеке Quincke в области гортани:
- А.  $\alpha$ -адреноблокаторы;
  - В. антигистаминные и мочегонные средства;
  - С. внутривенное введение кортикостероидов;
  - Д. внутривенное введение адреналина;
  - Е. капельное введение значительного количества водно-солевых растворов.
383. При микробной экземе антибиотики назначаются в обязательном порядке:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
384. Характерные симптомы атопического дерматита взрослых:
- А. сильный зуд;
  - В. сочетание с сенной лихорадкой;
  - С. преимущественное поражение лица;
  - Д. красный дермографизм;
  - Е. выраженная лихенификация в складках;
385. Аллергологические тесты *in vivo*:
- А. накожный (patch test);

- В. скарификационный (scratch test);
- С. прик-тест (prick test);
- Д. розеткообразования (иммунного прилипания);
- Е. внутрикожный.

386. Общее лечение острой экземы:

- А. капельное введение значительного количества водно-солевых растворов;
- В. цитостатики;
- С. кортикостероиды;
- Д. антигистаминные и гипосенсибилизирующие средства;
- Е. мочегонные средства.

387. Характерные симптомы атопического дерматита:

- А. наличие атопии в семье;
- В. зуд и экзема;
- С. снижение активности лимфоцитов Th2;
- Д. увеличение содержания в сыворотке интерферона-гамма;
- Е. увеличение содержания в сыворотке IgE.

388. Дополнительные клинические признаки атопического дерматита:

- А. себорея;
- В. складка Dennie-Morgan;
- С. сетка Wickham;
- Д. фолликулярный гиперкератоз;
- Е. сухость кожи.

389. Атопический дерматит представляет собой заболевание:

- А. конституциональное;
- Б. с аутосомально-доминантным наследованием;
- С. хронически-рецидивирующее;
- Д. с повышенным уровнем IgA;
- Е. сочетающиеся с бронхиальной астмой, аллергическим конъюнктивитом и ринитом.

390. Типичные осложнения атопического дерматита:

- А. присоединение вторичной инфекции;
- В. присоединение грибковой инфекции;
- С. герпетическая экзема;
- Д. вакцинная экзема;
- Е. себорея.

391. Общее лечение атопического дерматита:

- А. соблюдение диеты и гигиенического режима;
- В. антигистаминные препараты;
- С. ПУВА-терапия;
- Д. длительные курсы кортикостероидной терапии;
- Е. энтеросорбенты.

392. Наружное лечение атопического дерматита:

- А. дерматокортикостероиды;
- В. деготь;
- С. спиртовые растворы и щелочные мыла;
- Д. эмульсия бензил бензоата;
- Е. такролимус и пимекролимус.

393. Характерные признаки атопии:

- А. экзема;
- В. бронхиальная астма;
- С. аллергический ринит;
- Д. аллергический васкулит;



- Е. аллергический конъюнктивит.
394. Типы аллергических реакций (по Gell и Coombs) при atopическом дерматите:
- А. тип I;
  - В. тип II;
  - С. тип III;
  - Д. тип IV;
  - Е. не наблюдаются.
395. Иммунологические и биохимические изменения при atopическом дерматите:
- А. снижение в сыворотке IgE;
  - В. выраженная активность лимфоцитов Th2, секретирующих значительное количество IL-4 и IL-5;
  - С. выраженная активность лимфоцитов Th1, секретирующих значительное количество интерферона гамма;
  - Д. снижение уровня секреторных IgA;
  - Е. снижение уровня внутриклеточного цАМФ.
396. Возрастные формы atopического дерматита:
- А. atopический дерматит детей грудного возраста и детей до 3 лет;
  - В. atopический дерматит детей от 3 до 7 лет и подростков;
  - С. atopический дерматит взрослых;
  - Д. atopический дерматит преклонного возраста;
  - Е. паранеопластический atopический дерматит.
397. Характерные симптомы atopического дерматита детей грудного возраста и детей до 3 лет:
- А. начало заболевания с рождения;
  - В. наличие лихенифицированной экземы;
  - С. наличие эритемы, отека, везикуляции и мокнутия ;
  - Д. преимущественная локализация в области щек, подбородка, лба;
  - Е. наличие атопии в семье.
398. Спонтанное излечение atopического дерматита детей грудного возраста и детей до 3 лет невозможно:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
399. Характерные симптомы atopического дерматита детей от 3 до 7 лет и подростков:
- А. наличие острой экземы;
  - В. преимущественная локализация высыпаний в области складок;
  - С. преимущественное поражение лица;
  - Д. сильный зуд;
  - Е. сухость кожи.
400. Характерные симптомы atopического дерматита взрослых:
- А. наличие лихенифицированной экземы;
  - В. красный дермографизм;
  - С. преимущественная локализация высыпаний в складках и на заднебоковой поверхности шеи;
  - Д. наличие ограниченного нейродермита;
  - Е. сильный зуд.
401. Основные признаки atopического дерматита:
- А. хроническая и рецидивирующая экзема;
  - В. зуд;
  - С. наличие атопии в семье;
  - Д. сухость кожи;
  - Е. простой лишай.

402. При атопическом дерматите назначаются преимущественно дерматокортикостероиды с выраженным противовоспалительным действием:

- А. правильно;
- В. неправильно.

403. Ограниченный нейродермит является одним из проявлений атопического дерматита:

- А. правильно;
- В. неправильно.

404. Правильная последовательность стадий экземы:

- А. везикулезная;
- В. корковая;
- С. эритематозная;
- Д. десквамативная;
- Е. мокнущая.

Соответствующее наружное лечение в различных стадиях экземы:

- 405. Мокнутие. А дерматокортикостероиды, в основном в виде крема;
- 406. Корковая стадия. В. дерматокортикостероидные / кератопластические мази;
- 407. Десквамативная стадия. С. взбалтываемые смеси и анилиновые красители, мягкие пасты.
- 408. Стадия лихенификации. Д. примочки с дезинфицирующими растворами, аэрозоли с кортикостероидами.

### Вирусные заболевания кожи

409. Возбудитель контагиозного моллюска:

- А. бактерия;
- В. гриб;
- С. вирус;
- Д. простейшее;
- Е. моллюск.

410. Препараты для наружного лечения простого пузырькового лишая:

- А. анилиновые красители;
- В. флуцинолон;
- С. ацикловир;
- Д. клотримазол;
- Е. тетрациклин.

411. Патоморфологические изменения характерные для вульгарной бородавки:

- А. акантолиз;
- В. акантоз;
- С. папилломатоз;
- Д. гиперкератоз;
- Е. спонгиоз.

412. Общее лечение простого пузырькового лишая:

- А. гризеофульвин;
- В. преднизолон;
- С. ацикловир;
- Д. фоскарнет;
- Е. доксициклин;

413. Строение и состав вирусов, поражающих кожу и слизистые:

- А. ДНК и РНК;
- В. ДНК или РНК;
- С. капсид;
- Д. белково-липидная оболочка;

- Е. рибосомы.
414. Характерные симптомы вульгарной бородавки:
- сильный зуд;
  - длительное, бессимптомное течение;
  - преимущественная локализация на лице;
  - наличие невоспалительных папул;
  - регионарный лимфаденит.
415. Семейство вируса вульгарной бородавки:
- Herpesviridae;
  - Papovaviridae;
  - Poxviridae;
  - Parvoviridae;
  - Herpadnaviridae.
- Соответствующие клинические симптомы папилломавирусных заболеваний:
416. Вульгарная бородавка. А. плоские, эпидермальные, плотные, блестящие папулы, с обычной локализацией на тыле кистей, голове, лице;
417. Подошвенная бородавка. В. вегетирующие, папулезные, мягкие, часто мацерированные образования, локализующиеся в ано-генитальной области;
418. Плоские бородавки С. расположенные на ножке, цвета кожи образования, локализующиеся чаще на голове, вокруг естественных отверстий, в области бороды;
419. Филиформные бородавки D. овально-круглые, четкие, шелушащиеся папулы, цвета кожи или серого цвета, локализующиеся на тыле кистей, пальцев, без субъективных ощущений;
420. Остроконечные бородавки E. плоские, шелушащиеся, с гиперкератозом по периферии, цвета кожи папулы, в местах сдавления;
421. Лабораторные методы исследования, подтверждающие диагноз папилломавирусных заболеваний:
- культуральное исследование;
  - микроскопическое исследование;
  - биопсия;
  - молекулярно-биохимические исследования;
  - реакция гемагглютинации.
422. Локализация и пути распространения вируса опоясывающего лишая:
- передние спинальные рога;
  - регионарные лимфатические узлы;
  - по ходу периферических нервов (дерматомальное поражение);
  - чувствительные нервы;
  - чувствительные черепно-мозговые и спинальные ганглии.
423. Характерные патоморфологические признаки опоясывающего лишая:
- спонгиоз;
  - балонирующая дегенерация;
  - дегенеративный акантолиз;
  - акантоз;
  - гранулез.
424. Методы лечения контагиозного моллюска:
- туширование жидким азотом;
  - тетрациклины для общего лечения;
  - противовирусные препараты для общего лечения;
  - кюретаж и электрокоагуляция;

- Е. выдавливание содержимого и последующая обработка настойкой иода.
425. Характерные симптомы опоясывающего лишая:
- А. бессимптомные высыпания;
  - В. генерализованный зуд;
  - С. сгруппированные пузырьки на эритематозном фоне;
  - Д. дерматомальное расположение;
  - Е. положительный симптом Nicolsky.
426. Вирусные заболевания кожи:
- А. вульгарная бородавка;
  - В. опоясывающий лишай;
  - С. остроконечные кондиломы;
  - Д. широкие кондиломы;
  - Е. контагиозный моллюск.
427. Характерные симптомы простого пузырькового лишая:
- А. чувство жжения в пораженной области;
  - В. сгруппированные пузырьки и полициклические эрозии;
  - С. локализация на коже и слизистых;
  - Д. постгерпетическая невралгия;
  - Е. частые рецидивы.
428. Заболевания, вызываемые папилломавирусами:
- А. широкие кондиломы;
  - В. остроконечные кондиломы;
  - С. узелки доильщиц;
  - Д. контагиозный моллюск;
  - Е. бородавки.
429. Заболевания, вызываемые поксвирусами:
- А. ветряная оспа;
  - В. натуральная оспа;
  - С. бородавка;
  - Д. контагиозный моллюск;
  - Е. узелки доильщиц.
430. Методы лечения заболеваний, вызываемых папилломавирусами:
- А. трихлоруксусная кислота;
  - В. подофиллин и подофилотоксин;
  - С. ацикловир;
  - Д. криотерапия;
  - Е. фerezол.
431. Характерные симптомы контагиозного моллюска:
- А. отсутствие субъективных симптомов;
  - В. блестящие, с пупковидным вдавлением в центре, полушаровидные папулы, цвета кожи;
  - С. полигональные, плоские, с пупковидным вдавлением, розово-фиолетового цвета, со специфическим блеском папулы;
  - Д. наличие крошковатой массы при легком надавливании с боков папулы, представляющей собой эпидермальные ороговевшие пораженные клетки;
  - Е. высокая заболеваемость среди детей и иммунодефицитных взрослых.
432. Пути передачи контагиозного моллюска:
- А. прямой бытовой контакт;
  - В. непрямой контакт;
  - С. половой контакт;
  - Д. аутоиннукуляция;
  - Е. переливание крови.

433. Частые осложнения опоясывающего лишая:
- А. вторичная инфекция;
  - В. постгерпетическая невралгия;
  - С. гипертрофические и келоидные рубцы;
  - Д. ветряная оспа;
  - Е. ухудшение слуха и осложнения со стороны глаз.
434. Для опоясывающего лишая характерны частые рецидивы:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
435. Методы лечения опоясывающего лишая:
- А. покой;
  - В. противовирусные препараты;
  - С. анальгетирующие препараты;
  - Д. дерматокортикостероиды;
  - Е. наружные антисептические препараты.
436. Препараты для лечения пост-герпетической невралгии:
- А. антибиотики;
  - В. анальгетики;
  - С. антиконвульсанты;
  - Д. кортикостероиды;
  - Е. наружные анестетики.
437. Необходимые исследования для подтверждения диагноза простого пузырькового лишая:
- А. цитодиагностика;
  - В. посевы на клеточные среды;
  - С. прямая иммунофлуоресценция;
  - Д. электронная микроскопия;
  - Е. для первичной инфекции – серологическое исследование.
438. Первичное заболевание, вызываемое вирусом опоясывающего лишая:
- А. простой пузырьковый лишай;
  - В. вакцинальная болезнь;
  - С. натуральная оспа;
  - Д. ветряная оспа;
  - Е. гепатит В.
439. Не характерны для опоясывающего лишая следующие симптомы:
- А. наличие болей до появления высыпаний;
  - В. везикулярная сыпь на эритематозном фоне;
  - С. ассиметричность высыпаний;
  - Д. пост-герпетическая невралгия;
  - Е. высокая контагиозность и частые рецидивы.
440. Предрасполагающие факторы, способствующие возникновению опоясывающего лишая:
- А. общая кортикостероидная терапия;
  - В. цитостатики;
  - С. применение гамма-глобулинов;
  - Д. злокачественные опухоли;
  - Е. артериальная гипертензия.
441. Суточная доза ацикловира для опоясывающего лишая:
- А. 100 mg x 1/в сутки;
  - В. 200 mg x 2/ в сутки;
  - С. 400 mg x 3/ в сутки;
  - Д. 600 mg x 4/ в сутки;

- Е. 800 mg x 5/ в сутки.
442. Тип I вируса простого пузырькового лишая передается обычно половым путем:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
443. Суточная доза ацикловира при первичном проявлении простого пузырькового лишая:
- А. 100 mg x 2/ в сутки;
  - В. 200 mg x 2/ в сутки;
  - С. 200 mg x 3/ в сутки;
  - Д. 200 mg x 4/ в сутки;
  - Е. 200 mg x 5/ в сутки.
444. Вирусные заболевания кожи, передающиеся половым путем:
- А. остроконечные кондиломы;
  - В. простой пузырьковый лишай;
  - С. контагиозный моллюск;
  - Д. опоясывающий лишай;
  - Е. вирусный гепатит А.

### Буллезные дерматозы

445. Тип иммуноглобулинов в дерме при герпетиформном дерматите Dühring:
- А. IgM;
  - В. IgG;
  - С. IgE;
  - Д. IgA;
  - Е. IgD.
446. Первичный морфологический элемент вульгарной пузырчатки:
- А. эритема;
  - В. везикула;
  - С. пузырь;
  - Д. волдырь;
  - Е. пустула.
447. Герпетиформный дерматит Dühring является заболеванием:
- А. бактериальным;
  - В. аутоиммунным/токсико-аллергическим;
  - С. вирусным;
  - Д. грибковым;
  - Е. протозойным.
448. Акантолитические клетки Tzanck при вульгарной пузырчатке обнаруживаются:
- А. в роговом слое эпидермиса;
  - В. в шиповидном слое эпидермиса;
  - С. в базальном слое эпидермиса;
  - Д. в дерме;
  - Е. в меланоцитах.
449. Патоморфологический субстрат симптома Nicolsky при вульгарной пузырчатке:
- А. паракератоз;
  - В. акантоз;
  - С. спонгиоз;
  - Д. акантолиз;
  - Е. гранулез.
450. Расположение пузыря при герпетиформном дерматите Dühring:
- А. роговой слой;
  - В. зернистый слой;
  - С. базальная мембрана и верхушка сосочкового слоя дермы;

- D. шиповидный слой;
  - E. сетчатый слой дермы.
451. Вульгарная пузырчатка является заболеванием:
- A. бактериальным;
  - B. вирусным;
  - C. грибковым;
  - D. инфекционно-аллергическим;
  - E. аутоиммунным.
452. Иммуноглобулины в эпидермисе при вульгарной пузырчатке:
- A. Ig A;
  - B. Ig G;
  - C. Ig M;
  - D. Ig E;
  - E. Ig D.
453. Характерные клинические симптомы аутоиммунной пузырчатки:
- A. Auspitz;
  - B. Nicolsky;
  - C. Baltzer;
  - D. Asboe-Hansen;
  - E. Wickham.
454. Методика проведения симптома Jadassohn при герпетиформном дерматите Dühring:
- A. окклюзивная повязка с мазью KI 50%;
  - B. смазывание кожи 3% настойкой иода;
  - C. раствор KI 3% во внутрь;
  - D. диаскопия;
  - E. надавливание на высыпания зондом.
455. Поддерживающее лечение больных с аутоиммунной пузырчаткой:
- A. преднизолон – 20-40 mg/zi, 1 – 3 месяца;
  - B. преднизолон – 20-40 mg/zi, 4 – 6 месяца;
  - C. преднизолон – 20-40 mg/zi, 61 – 2 месяца;
  - D. преднизолон – 20-40 mg/zi, минимум 5 лет;
  - E. препараты калия, кальция, антацидные, анаболические препараты, витамины.
456. Буллезные заболевания, для которых характерно наличие пузыря в шиповидном слое:
- A. листовидная пузырчатка;
  - B. вульгарная пузырчатка;
  - C. вегетирующая пузырчатка;
  - D. буллезный пемфигоид;
  - E. себорейная пузырчатка.
457. Буллезные заболевания, для которых характерно наличие пузыря в зернистом слое:
- A. вульгарная пузырчатка;
  - B. листовидная пузырчатка;
  - C. вегетирующая пузырчатка;
  - D. себорейная пузырчатка;
  - E. буллезный пемфигоид.
458. Характерные высыпания при герпетиформном дерматите Dühring:
- A. напряженные пузырьки и пузыри;
  - B. эритематозно-волдырные бляшки;
  - C. папулы;
  - D. бугорки;
  - E. узлы.

459. Лечебные мероприятия при герпетиформном дерматите Dühring:
- A. противомаларийные препараты;
  - B. сульфоны, сульфаниламиды и кортикостероиды;
  - C. исключение галогенов;
  - D. нестероидные противовоспалительные препараты;
  - E. диета с исключением глютена.
460. Характерные анамнестические данные для герпетиформного дерматита Dühring:
- A. энтеропатия;
  - B. повышенная чувствительность к пыльце растений;
  - C. повышенная чувствительность к глютену;
  - D. обострение заболевания при применении галогенов;
  - E. обострение заболевания при применении щелочей.
461. Отличительные признаки листовидной пузырчатки (по сравнению с вульгарной):
- A. менее выраженная тяжесть заболевания;
  - B. более поверхностное расположение пузырей;
  - C. наслоения чешуйко-корок;
  - D. отсутствие высыпаний на слизистой оболочке;
  - E. более неблагоприятный прогноз.
462. Отличительные признаки вегетирующей пузырчатки (по сравнению с вульгарной):
- A. преимущественная локализация высыпаний в складках;
  - B. расположение пузырей в зернистом слое;
  - C. везикуло-буллезные и пустулезные, вялые высыпания, сменяющиеся вегетациями;
  - D. более тяжелое течение;
  - E. возникновение заболевания у лиц с нормальной реактивностью организма.
463. Методы ударной терапии аутоиммунной пузырчатки:
- A. длительная антибиотикотерапия;
  - B. средние дозы преднизолона (40 – 60mg/в сутки);
  - C. преднизолон в дозе до 3 mg/kg/в сутки;
  - D. цитостатики;
  - E. плазмаферез.
464. Методы исследования, подтверждающие диагноз аутоиммунной пузырчатки:
- A. культуральное исследование;
  - B. цитодиагностика Tzanck;
  - C. исследование при помощи лампы Wood;
  - D. прямая и непрямая иммунофлуоресценция;
  - E. биопсия.
465. Методы исследования, подтверждающие диагноз герпетиформного дерматита Dühring:
- A. эозинофилия в пузырях и крови;
  - B. наличие свечения IgA на вершукке сосочков дермы (прямая иммунофлуоресценция);
  - C. наличие свечения IgG в шиповидном слое эпидермиса (прямая иммунофлуоресценция);
  - D. положительный симптом Jadassohn;
  - E. положительный симптом Nicolsky.
466. Характерные клинические симптомы герпетиформного дерматита Dühring:
- A. сильный зуд;
  - B. мономорфизм высыпаний;
  - C. полиморфизм высыпаний;
  - D. группировка высыпаний;
  - E. эритематозный фон высыпаний.



467. Препараты, противопоказанные при герпетиформном дерматите Dühring:
- A. котримоксазол;
  - B. фторированные дерматокортикостероиды;
  - C. иодистый калий;
  - D. бромиды;
  - E. хлористый кальций.
468. Герпетиформный дерматит Dühring у больных преклонного возраста является паранеопластическим процессом:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
469. Клинические формы аутоиммунной пузырчатки:
- A. вульгарная пузырчатка;
  - B. пузырчатка новорожденных;
  - C. вегетирующая пузырчатка;
  - D. листовидная пузырчатка;
  - E. себорейная пузырчатка.
470. Для герпетиформного дерматита Dühring характерно поражение слизистой оболочки:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
471. Мишени для аутоантител при аутоиммунной пузырчатке:
- A. десмоглеин I;
  - B. десмоглеин III;
  - C. плакоглобулин;
  - D. центромер;
  - E. ядро.
472. Типы сывороточных антител при герпетиформном дерматите Dühring:
- A. антидесмосомальные;
  - B. антиглиадиновые;
  - C. антиретикулиновые;
  - D. антитопоизомеразные;
  - E. антиэндомисиумные.

### **Многоформная экссудативная эритема**

473. Механизм возникновения многоформной экссудативной эритемы:
- A. инфекционно-аллергический;
  - B. аутоиммунный;
  - C. токсико-аллергический;
  - D. опухолевый;
  - E. обменный.
474. Клинические формы многоформной экссудативной эритемы:
- A. туберкулоидная;
  - B. эритемато-папулезная;
  - C. узловатая;
  - D. везикуло-буллезная;
  - E. лихеноидная.
475. Характерные признаки обычной (легкой) формы многоформной экссудативной эритемы:
- A. острое начало;
  - B. эритемато-папулезные и/или везикуло-буллезные высыпания, преимущественно расположенные на дистальных участках;

- С. dryбные пузыри, возникающие на здоровой коже;
  - Д. спонтанное разрешение заболевания;
  - Е. сезонный характер заболевания и рецидивов.
476. Характерные признаки тяжелой формы многоформной экссудативной эритемы:
- А. выраженная температурная реакция в начале заболевания;
  - В. возможное поражение органов дыхания и почек;
  - С. выраженные, эрозивно-буллезные высыпания на слизистых и прогрессирующее распространение высыпаний на коже;
  - Д. поражение более половины поверхности кожного покрова;
  - Е. спонтанное разрешение заболевания.
477. Поражение слизистой оболочки является обязательным признаком тяжелой формы многоформной экссудативной эритемы:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
478. Клинические разновидности высыпаний многоформной экссудативной эритемы:
- А. серпигинирующая;
  - В. кольцевидная;
  - С. герпетическая;
  - Д. в виде «кокарды»;
  - Е. «кольцо в кольце» (herpes iris).
479. Рецидивы обычной формы многоформной экссудативной эритемы вызваны следующими факторами:
- А. стрептококки;
  - В. стафилококки;
  - С. грибковая инфекция;
  - Д. медикаменты;
  - Е. простой пузырьковый лишай.
480. Методы лечения обычной формы многоформной экссудативной эритемы:
- А. нестероидные противовоспалительные средства;
  - В. антигистотики;
  - С. гипосенсибилизирующие средства;
  - Д. антигистаминные препараты;
  - Е. кортикостероиды (ударные дозы).
481. Синдром тяжелой формы многоформной экссудативной эритемы:
- А. Lyell;
  - В. Senear-Usher;
  - С. Reiter;
  - Д. Stevens-Johnson;
  - Е. Raynaud.
482. Методы лечения тяжелой формы многоформной экссудативной эритемы:
- А. восстановление водно-электролитного баланса;
  - В. сульфаниламиды;
  - С. барбитураты;
  - Д. кортикостероиды (ударные дозы);
  - Е. дезинтоксикация.
483. Для обычной формы многоформной экссудативной эритемы характерно спонтанное разрешение:
- А. правильно;
  - В. неправильно.

## Туберкулез кожи. Лепра

484. Возбудитель лепры:
- A. бацилла Koch;
  - B. бацилла Hansen;
  - C. бацилла Calmette-Guerin;
  - D. борелия Burgdorferi;
  - E. Haemophilus Ducreyi.
485. Основной морфологический элемент вульгарной волчанки:
- A. папула;
  - B. пятно;
  - C. пустула;
  - D. бугорок;
  - E. узел.
486. Типичная локализация скрофулодермы:
- A. лицо;
  - B. ладони и подошвы;
  - C. шея и подчелюстная область;
  - D. передняя поверхность голеней;
  - E. крестцовая область.
487. Типичная локализация вульгарной волчанки:
- A. эпигастральная область;
  - B. поясничная область;
  - C. голени;
  - D. лицо и шея;
  - E. разгибательная поверхность конечностей.
488. Первичный морфологический элемент индуративной эритемы Basin:
- A. папула;
  - B. бугорок;
  - C. узел;
  - D. пузырь;
  - E. волдырь.
489. Первичный морфологический элемент скрофулодермы:
- A. пятно;
  - B. папула;
  - C. пузырь;
  - D. бугорок;
  - E. узел.
490. Клинические симптомы вульгарной волчанки:
- A. Asboe-Hansen;
  - B. Pospelov;
  - C. Jadasson;
  - D. “яблочного желе”;
  - E. Nicolsky.
491. Не применяются для лечения туберкулеза кожи следующие препараты:
- A. рифампицин;
  - B. пенициллин;
  - C. изониазид;
  - D. этамбутол;
  - E. диаминодифенилсульфон.
492. Полярные формы лепры:
- A. туберкулоидная;

- В. "Borderline"-туберкулоидная;
  - С. "Borderline";
  - Д. "Borderline"-лепроматозная;
  - Е. лепроматозная.
493. Лечебные мероприятия при лепроматозной реакции первого типа:
- А. прекращение специфической терапии и покой;
  - В. увеличение лечебных доз;
  - С. адекватная кортикостероидная терапия;
  - Д. кинетотерапия;
  - Е. цитостатики.
494. Лечебные мероприятия лепроматозной реакции второго типа:
- А. прекращение специфической терапии и покой;
  - В. увеличение лечебных доз;
  - С. назначение талидомида;
  - Д. кинетотерапия;
  - Е. цитостатики.
495. Высыпания вульгарной волчанки имеют плотную консистенцию:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
496. Характерные клинические симптомы лепроматозной лепры:
- А. едва заметные пятна, с периферическим ростом и с тенденцией образования узлов;
  - В. высокая контагиозность;
  - С. низкая контагиозность, либо отсутствует вообще;
  - Д. частая локализация узлов в области лица, ушных раковин, лба, разгибательной поверхности конечностей;
  - Е. отсутствие поражения внутренних органов.
497. Характерные клинические симптомы туберкулоидной лепры:
- А. единичные, ассиметричные высыпания;
  - В. эритематозные или гипопигментированные, четкие пятна;
  - С. снижение или полное отсутствие тактильной, болевой и температурной чувствительности в области высыпаний;
  - Д. высокая заболеваемость;
  - Е. поражение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.
498. Методы исследования, подтверждающие диагноз лепры:
- А. микроскопический;
  - В. биопсия;
  - С. тесты с пилокарпином и гистамином;
  - Д. тест с лепромином;
  - Е. культуральный.
499. Типичные клинические формы туберкулеза кожи:
- А. язвенный (шанкр);
  - В. туберкулоидный (волчанка);
  - С. гуммозный (скрофулодерма);
  - Д. туберкулиды;
  - Е. гиперпластический (верукоккозный).
500. Атипичные клинические формы туберкулеза кожи (туберкулиды):
- А. микропапулезный (лишай золотушных);
  - В. папулезный (акнит, фолликулит);
  - С. туберкулоидный (волчанка);
  - Д. язвенный (Pautrier);
  - Е. гиподермальный (индуративная эритема Bazin).

501. Лепроминовая проба при лепроматозной лепре резко положительная :  
А. правильно;  
В. неправильно.
502. При лепроматозной лепре прежде всего нарушается тактильная чувствительность:  
А. правильно;  
В. неправильно.
503. При лепроматозной лепре нарушение чувствительности кожи предшествует высыпаниям:  
А. правильно;  
В. неправильно.
504. Для лепроматозной лепры не характерно поражение внутренних органов:  
А. правильно;  
В. неправильно.
505. Характерные клинические симптомы недифференцированной лепры:  
А. единичные, ассиметричные, депигментированные пятна;  
В. четко очерченные высыпания;  
С. значительное нарушение чувствительности кожи;  
D. возможный исход в полярные формы;  
Е. гипертрофия и уплотнение периферических нервов;
506. Лепроминовая проба при туберкулоидной лепре отрицательная:  
А. правильно;  
В. неправильно.
507. Противолепрозные препараты:  
А. дапсон;  
В. рифампицин;  
С. пенициллин;  
D. тетрациклин;  
Е. клоfazимин.
508. Длительность лечения лепроматозной лепры:  
А. 1 месяц;  
В. 3 месяца;  
С. 6 месяцев;  
D. 1 год;  
Е. 2 года.
509. Длительность лечения туберкулоидной лепры:  
А. 1 месяц;  
В. 3 месяца;  
С. 6 месяцев;  
D. 1 год;  
Е. 2 года.
510. Длительность контроля излеченности лепроматозной лепры:  
А. 1 год;  
В. 2 агода;  
С. 3 года;  
D. 4 года;  
Е. 5 лет.
511. Длительность контроля излеченности туберкулоидной лепры:  
А. 1 год;  
В. 2 года;  
С. 3 года;  
D. 4 года;  
Е. 5 лет.

512. Возбудитель туберкулеза кожи:

- A. бацилла Hansen;
- B. бацилла Calmette-Guerin;
- C. Borrelia Burgdorferi;
- D. бацилла Koch;
- E. Haemophilus Ducreyi.

513. Пути заражения туберкулезом кожи:

- A. экзогенный;
- B. эндогенный;
- C. аутоиннокуляция;
- D. трансфузионный;
- E. половой.

514. Клинические формы туберкулеза кожи при экзогенном заражении:

- A. вульгарная волчанка;
- B. скрофулодерма;
- C. бородавчатый туберкулез кожи;
- D. туберкулезный шанкр;
- E. лишай золотушных.

515. Клинические формы туберкулеза кожи при эндогенном заражении:

- A. острый миллиарный туберкулез;
- B. бородавчатый туберкулез;
- C. туберкулезный шанкр;
- D. вульгарная волчанка;
- E. скрофулодерма.

516. Лабораторные исследования, подтверждающие диагноз туберкулеза кожи:

- A. микроскопический метод;
- B. культуральный метод;
- C. биопсия;
- D. реакция Mitsuda;
- E. заражение патологическим материалом морских свинок.

### Токсидермии

517. При токсидермии, вызванная сульфаниламидами, чаще всего наблюдаются следующие высыпания:

- A. акне;
- B. крапивница;
- C. эритродермия;
- D. фиксированная эритема;
- E. везикуляция.

518. Тяжелая форма токсидермии (синдром):

- A. Stevens-Johnson;
- B. Senear-Usher;
- C. Lyell;
- D. Graham-Little-Lassueur;
- E. Melkersson-Rosenthal.

519. Пищевой фактор является частой причиной токсического эпидермального некролиза:

- A. правильно;
- B. неправильно.

520. Основной морфологический элемент токсического эпидермального некролиза:

- A. везикула;
- B. пустула;

- С. волдырь;
  - Д. папула;
  - Е. пузырь.
521. Повышение температуры при синдроме Lyell предшествует высыпаниям:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
522. Эритродермия является характерным признаком синдрома Lyell:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
523. Патоморфологические изменения в коже при синдроме Lyell:
- А. аутоиммунный акантолизис;
  - В. токсический акантолизис;
  - С. акантоз;
  - Д. гиперкератоз;
  - Е. гранулез.
524. Высыпания в начальной стадии синдрома Lyell чаще локализуются:
- А. на слизистых;
  - В. на дистальной поверхности конечностей;
  - С. на лице и грудной клетке;
  - Д. на волосистой части головы;
  - Е. на разгибательной поверхности конечностей.
525. При синдроме Lyell симптомы Nicolsky и Asboe-Hansen отрицательные:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
526. Лечебные мероприятия при медикаментозных токсидермиях:
- А. неспецифическая гипосенсибилизация;
  - В. специфическая гипосенсибилизация;
  - С. мочегонные средства;
  - Д. слабительные средства;
  - Е. энтеросорбенты.
527. Лечебные мероприятия при синдроме Lyell:
- А. цитостатики;
  - В. ударные дозы кортикостероидов с последующим снижением и поддерживающей дозой;
  - С. восстановление водно-солевого баланса;
  - Д. адекватная дезинтоксикация;
  - Е. короткие курсы средних доз кортикостероидов.

### Профессиональные дерматозы

528. Профессиональные дерматозы, вызванные химическими факторами:
- А. эриземеллоид Rosenbach;
  - В. зерновая чесотка;
  - С. контактно-аллергическая экзема (дерматит);
  - Д. масляные угри (фолликулиты);
  - Е. токсическая меланодермия.
529. Профессиональные дерматозы, вызванные физическими факторами:
- А. натоптыши и мозоли;
  - В. узелки доильщиц;
  - С. актинический дерматит ;
  - Д. эритема pernio.;
  - Е. сибирская язва

530. Профессиональные дерматозы, вызванные биологическими факторами:

- A. хлоракне (фолликулиты);
- B. эризмеллоид Rosenbach;
- C. паразитарный сикоз;
- D. сибирская язва;
- E. узелки доильщиц.

Соответствующие препараты для различных профессиональных заболеваний:

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 531. Узелки доильщиц.       | A. противогрибковые препараты; |
| 532. Паразитарный сикоз.    | B. антибиотики;                |
| 533. Эризмеллоид Rosenbach. | C. противовирусные препараты;  |
| 534. Контактный дерматит.   | D. дезинтоксикация;            |
| 535. Меланодермия           | E. дерматокортикостероиды.     |

### **Псориаз. Красный плоский лишай**

536. При псориазе реакция Köbner наблюдается через:

- A. несколько часов;
- B. 24 часа;
- C. 1 – 3 дня;
- D. 7 – 9 дней;
- E. 20 – 30 дней.

537. Характерный симптом красного плоского лишая:

- A. Nicolsky;
- B. Jadasson;
- C. Baltzer;
- D. Wickham;
- E. Rumpell-Leede-Konchalovsky.

538. Патоморфологический субстрат псориатических высыпаний:

- A. нарушение межклеточных связей;
- B. дегенерация коллагена;
- C. усиленная пролиферация кератиноцитов;
- D. нарушение эластичности кожи;
- E. сосудистые изменения.

539. Характерные признаки пустулезного псориаза Varber:

- A. эритемато-папуло-пустулезные, симметричные высыпания на ладонях и подошвах;
- B. эритродермия с последующей пустулизацией;
- C. нарушение общего состояния организма и гомеостаза;
- D. отсутствие высыпаний на пальцах;
- E. рецидивирующее течение, смертельный исход при отсутствии лечения при обострении.

540. Основной морфологический элемент псориаза:

- A. бугорок;
- B. папула;
- C. узел;
- D. волдырь;
- E. пузырь.

541. Механизм лечебного действия УФО при псориазе:

- A. подавление синтеза внутриклеточной ДНК;
- B. снижение митотической активности кератиноцитов;
- C. стимуляция лимфоцитов Т;
- D. стимуляция лимфоцитов В;



- Е. подавление функции клеток Langerhans.
542. Типичный симптом псориаза:
- А. Nicolsky;
  - В. Jadasson;
  - С. Auspitz;
  - Д. Thompson;
  - Е. Baltzer.
543. Характерные клинические признаки стационарной стадии псориаза:
- А. отрицательный симптом Кёбнер;
  - В. побледнение центральной части сыпи;
  - С. периферический рост и слияние сыпи;
  - Д. появление новых высыпаний;
  - Е. шелушение по всей поверхности папул.
544. Клинические разновидности пустулезного псориаза:
- А. ладонно-подошвенный Barber;
  - В. генерализованный Barber;
  - С. ладонно-подошвенный Zumbusch;
  - Д. генерализованный Zumbusch;
  - Е. все вышеперечисленные.
545. Наружное лечение в прогрессирующей стадии псориаза:
- А. мазь Arievisci;
  - В. мазь Whitefield;
  - С. мазь с 10–20% мочевиной;
  - Д. мазь с 1–2% салициловой кислотой;
  - Е. дерматокортикостероиды.
546. Провоцируют высыпания при псориазе следующие факторы:
- А. литий и бета-блокаторы;
  - В. кератолитические концентрированные мази;
  - С. неоднократные механические травмы кожи;
  - Д. цитостатики;
  - Е. дерматокортикостероиды.
547. Вторичная эритродермия при псориазе вызывается следующими факторами:
- А. общая кортикостероидная терапия;
  - В. общая цитостатическая терапия;
  - С. препараты хинолинового ряда и препараты золота;
  - Д. дерматокортикостероиды;
  - Е. применение концентрированных и раздражающих наружных средств.
548. Ретиноиды, применяемые при псориазе:
- А. ретинол ацетат;
  - В. азатиоприн;
  - С. ацитретин;
  - Д. ципротерона ацетат;
  - Е. токоферрол ацетат.
549. Характерные клинические симптомы прогрессирующей стадии псориаза:
- А. положительный симптом Кёбнер;
  - В. побледнение центральной части папулы;
  - С. периферический рост и слияние элементов;
  - Д. появление новых высыпаний;
  - Е. шелушение по всей поверхности папул.
550. Типичные патоморфологические изменения в эпидермисе при псориазе:
- А. акантолиз;
  - В. акантоз;

- С. пролиферативный гиперкератоз;
  - Д. папилломатоз;
  - Е. паракератоз.
551. Методы общего лечения красного плоского лишая:
- А. ударные дозы кортикостероидов и повторные длительные курсы лечения;
  - В. антигистаминные и седативные препараты;
  - С. метронидазол;
  - Д. препараты хинолинового ряда (в случае хронического течения);
  - Е. витамины группы А, С, В.
552. Излюбленная локализация высыпаний обычного псориаза:
- А. волосистая часть головы;
  - В. слизистые;
  - С. сгибательная поверхность крупных суставов;
  - Д. разгибательная поверхность крупных суставов;
  - Е. пояснично-крестцовая область.
553. Типичные клинические признаки красного плоского лишая:
- А. сильный зуд;
  - В. ассиметричные, шелушащиеся, выступающие над уровнем кожи, папулы;
  - С. полигональные, блестящие, с пупковидным вдавлением в центре папулы, фиолетового цвета;
  - Д. шелушащиеся, эритематозные, четкие, розово-красного цвета высыпания;
  - Е. поражение слизистой полости рта.
554. Излюбленная локализация высыпаний красного плоского лишая:
- А. лицо;
  - В. ладони и подошвы;
  - С. передняя поверхность предплечий, голеней, тыла кистей;
  - Д. слизистая полости рта;
  - Е. поясничная область.
555. Характерные патоморфологические признаки красного плоского лишая:
- А. гиперкератоз и паракератоз;
  - В. гранулез;
  - С. лимфо-гистиоцитарный линейный инфильтрат в поверхностных слоях дермы;
  - Д. вакуольная дегенерация клеток базального слоя эпидермиса;
  - Е. неравномерный акантоз типа “зубья пилы”.
556. Типичные клинические признаки поражения ногтей при красном плоском лишае:
- А. ногтевой pterigium;
  - В. продольная исчерченность;
  - С. точечная истыканность;
  - Д. подногтевой гиперкератоз;
  - Е. продольная меланонихия.
557. Характерные клинические признаки пустулезного псориаза Zumbusch:
- А. эритемато-папуло-пустулезные, симметричные высыпания на ладонях и подошвах;
  - В. эритродермия, с последующей пустулизацией;
  - С. нарушение общего состояния организма и гомеостаза;
  - Д. гипокальцемия, гипокальбуминемия, ускоренная СОЭ;
  - Е. рецидивирующее течение, смертельный исход при отсутствии лечения в период обострения.
558. Спонгиозформная пустула Kogoj-Lapier при пустулезном псориазе состоит из моноцитов:
- А. правильно
  - В. неправильно

559. Пустула Kogoj-Larieg при пустулезном псориазе нестерильна:  
А. правильно;  
В. неправильно.
560. Клинические разновидности красного плоского лишая:  
А. бородавчатый;  
В. атрофический;  
С. фолликулярный;  
D. везикуло-буллезный;  
Е. нуммулярный;
561. Клинические разновидности обычного псориаза:  
А. точечный;  
В. каплевидный;  
С. нуммулярный;  
D. бляшечный;  
Е. эритродермический.
562. Характерные клинические признаки артропатического псориаза:  
А. поражение дистальных и проксимальных межфаланговых суставов;  
В. спондилит и сакроилеит;  
С. наличие ревматоидного фактора в крови;  
D. отрицательная реакция Vaaler-Rouse и отрицательный латекс-тест;  
Е. разрушение суставов и формирование артроза.
563. Методы лечения прогрессирующей стадии псориаза:  
А. дезинтоксикация;  
В. метилксантины (папаверин, теофиллин и др.);  
С. антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты;  
D. эритематозные дозы УФО;  
Е. цитостатики.
564. Цитостатики, применяемые при псориазе:  
А. метотрексат;  
В. ципрофлоксацин;  
С. ципротерон;  
D. циклоспорин;  
Е. циклофосфамид.
565. Методы общего лечения в стационарно-регрессирующей стадии псориаза:  
А. препараты хинолинового ряда;  
В. пиротерапия;  
С. общее лечение кортикостероидными препаратами;  
D. PUVA-терапия;  
Е. лечебные ванны.
566. Методы наружного лечения в стационарно-регрессирующей стадии псориаза:  
А. кератолитические и кератопластические мази;  
В. цигнолин;  
С. калципотриол;  
D. линдан;  
Е. перметрин.
567. Эпидермальный турновер при псориазе не увеличен:  
А. правильно;  
В. неправильно.
568. Характерные клинические симптомы обычного псориаза:  
А. стеариновое пятно;  
В. терминальная пленка;  
С. Auspitz;

D. Wickham;

E. Köbner.

569. Прлиферация клеток базального слоя при псориизе обусловлена следующими факторами:

A. увеличение количества эпидермальных кейлонов;

B. повышение уровня цГМФ и снижение уровня цАМФ;

C. снижение уровня полиаминов в псориатических высыпаниях;

D. повышение активности фосфолипазы С и кальмодулина;

E. значительное накопление LTB<sub>4</sub> и 12HETE.

570. Повышенная активность лимфоцитов Th1 приводит к усилению пролиферации кератиноцитов при псориизе:

A. правильно;

B. неправильно.

571. Усиленная пролиферация кератиноцитов при псориизе обусловлена следующими цитокинами:

A. IFN-гамма;

B. TNF-альфа;

C. IL-2;

D. IL-4;

E. IL-5.

572. Поддерживают выраженную пролиферацию кератиноцитов при псориизе следующие цитокины:

A. IL-1;

B. IL-4;

C. IL-6;

D. IL-8;

E. TGF-альфа.

573. Характерные патоморфологические изменения в дерме при обычном псориизе:

A. микроабсцессы Munro;

B. микроабсцессы Potrier;

C. инфекционная гранулема;

D. периваскулярный воспалительный инфильтрат;

E. папилломатоз.

574. Клетки, составляющие микроабсцессы Munro:

A. лимфоциты;

B. плазмциты;

C. гистиоциты;

D. нейтрофилы;

E. эозинофилы.

575. Тяжелые формы псорииза:

A. обычный (вульгарный);

B. артропатический;

C. эритродермический;

D. пустулезный;

E. себорейный.

576. Последовательность псориатической триады:

A. симптом Auspitz;

B. симптом стеаринового пятна;

C. симптом терминальной пленки.

577. Характерные клинические признаки поражения ногтей при псориизе:

A. симптом «наперстка»;

B. онихолизис;

- С. поперечные борозды (линии Beau);
  - D. ногтевой pterigium;
  - Е. подногтевой гиперкератоз.
578. Характерные клинические признаки псориаатической эритродермии:
- A. нарушение общего состояния, повышение температуры;
  - B. лимфоаденопатия и сильный зуд;
  - С. наличие нуммулярных высыпаний;
  - D. значительные изменения ногтей и наличие диффузной алопеции;
  - Е. эритематозные, шелушащиеся, инфильтрирование кожные покровы.
579. Пустула при псориазе локализуется:
- A. в подкожной клетчатке;
  - B. в глубоких слоях дермы;
  - С. в сетчатом слое дермы;
  - D. в эпидермисе;
  - Е. во всех вышеперечисленных.
580. Фотосенсибилизаторы, применяемые при псориазе для проведения ПУВА-терапии:
- A. 5-метоксипсорален;
  - B. 8-метоксипсорален;
  - С. парааминобензойная кислота;
  - D. хлорохин;
  - Е. никотиновая кислота.
581. Длина волны УФО для лечения псориаза:
- A. 210 – 230 nm;
  - B. 240 – 280 nm;
  - С. 290 – 320 nm;
  - D. 320 – 400 nm;
  - Е. 410 – 450 nm;
582. Длина волны для проведения ПУВА-терапии при псориазе:
- A. 210 – 230 nm;
  - B. 240 – 280 nm;
  - С. 290 – 320 nm;
  - D. 320 – 400 nm;
  - Е. 410 – 450 nm.

### **Болезни соединительной ткани**

583. Клетка красной волчанки представляет собой:
- A. лимфоцит;
  - B. лейкоцит;
  - С. моноцит;
  - D. эозинофил;
  - Е. базофил.
584. Препарат хинолинового ряда для лечения хронической красной волчанки:
- A. гидрокортизон;
  - B. гидроксизин;
  - С. гидроксиметилникотинамид;
  - D. гидроксипаламин;
  - Е. гидроксихлорохин.
585. Характерные клинические симптомы хронической дискоидной красной волчанки:
- A. симптом Nicolsky;
  - B. симптом Besnier-Mescersky;
  - С. симптом Asboe-Hansen;
  - D. фолликулярный гиперкератоз;

- Е. симптом Pospelov.
586. Клинические формы склеродермии:
- А. ограниченная;
  - В. эритродермическая;
  - С. интертригинозная;
  - Д. нуммулярная;
  - Е. диффузная.
587. Гуморальные факторы, участвующие в образовании клеток красной волчанки:
- А. медиаторы мастоцитов;
  - В. гистамин эозинофилов;
  - С. антиядерные антитела ;
  - Д. антицитоплазматические антитела;
  - Е. фракции комплемента.
588. Лабораторные методы исследования, подтверждающие диагноз хронической дискоидной красной волчанки:
- А. выявление циркулирующих клеток красной волчанки;
  - В. биопсия;
  - С. определение уровня сывороточного комплемента;
  - Д. прямая иммунофлуоресценция;
  - Е. непрямая иммунофлуоресценция.
589. Препараты для наружного лечения хронической красной волчанки:
- А. псорален;
  - В. дерматокортикостероиды;
  - С. тетрациклины;
  - Д. фотозащитные препараты;
  - Е. анилиновые красители.
590. Дополнительные клинические признаки хронической дискоидной красной волчанки:
- А. гипо- или гиперпигментация;
  - В. эксориации;
  - С. инфильтрация;
  - Д. телеангиэктазии;
  - Е. лихенификация.
591. Преимущественная локализация высыпаний хронической дискоидной красной волчанки:
- А. лицо;
  - В. тыл кистей;
  - С. крупные складки;
  - Д. волосистая часть головы;
  - Е. декольте.
592. Основные клинические признаки хронической дискоидной красной волчанки:
- А. инфильтрация;
  - В. эритема;
  - С. телеангиэктазии;
  - Д. фолликулярный гиперкератоз;
  - Е. атрофия.
593. Характерные патоморфологические изменения при ограниченной склеродермии:
- А. гипертрофия придатков кожи (волосяных фолликулов и желез);
  - В. акантоз;
  - С. гомогенизация коллагеновых волокон;
  - Д. истончение эпидермиса;
  - Е. истончение стенок сосудов.

594. Общая терапия ограниченной склеродермии:
- А. кортикостероиды в стадии атрофии;
  - В. антибиотики в стадии отека и уплотнения;
  - С. вит. Е, В6, РР;
  - Д. антисклеротические препараты;
  - Е. периферические вазодилататоры.
595. Факторы, провоцирующие и поддерживающие высыпания при красной волчанке:
- А. медикаменты;
  - В. бактериальная инфекция;
  - С. вирусная инфекция;
  - Д. солнечные лучи, ветер, холод;
  - Е. продукты, содержащие глютен.
596. Характерные патоморфологические признаки хронической дискоидной красной волчанки:
- А. паракератоз;
  - В. фолликулярный гиперкератоз;
  - С. гранулез;
  - Д. вакуольная дегенерация клеток базального слоя;
  - Е. периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация в дерме.
597. Характерные лабораторные данные, подтверждающие диагноз системной красной волчанки:
- А. ускоренная СОЭ;
  - В. анемия;
  - С. лейкопения, тромбоцитопения;
  - Д. гипогаммаглобулинемия;
  - Е. повышенный уровень сывороточного компонента.
598. Клинические формы хронической красной волчанки:
- А. дискоидная;
  - В. экссудативная;
  - С. диссеминированная;
  - Д. глубокая;
  - Е. центробежная эритема Bielt.
599. Клинические формы ограниченной склеродермии:
- А. бляшечная;
  - В. линейная;
  - С. дискоидная;
  - Д. болезнь белых пятен;
  - Е. кольцевидная.
600. Характерные клинические признаки хронической диссеминированной красной волчанки:
- А. наличие высыпаний с выраженным гиперкератозом;
  - В. четкие границы очагов;
  - С. наличие высыпаний незначительного размера;
  - Д. одновременное поражение лица, волосистой части головы, декольте, тыла кистей;
  - Е. одновременное поражение суставов.
601. Лабораторные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза системной красной волчанки:
- А. общий анализ крови и LE клетки;
  - В. непрямая иммунофлуоресценция;
  - С. биопсия;
  - Д. цитодиагностика Tzanck;
  - Е. определение минимальной эритематозной дозы.

602. Красная волчанка является заболеванием.
- A. обменным;
  - B. инфекционным;
  - C. опухолевым;
  - D. аутоиммунным;
  - E. токсико-аллергическим.
603. Высыпания хронической дискоидной красной волчанки на волосистой части головы могут привести к рубцовой алопеции:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
604. Характерные клинические признаки центробежной эритемы Bielt:
- A. выраженный гиперкератоз;
  - B. атрофия;
  - C. преимущественная локализация на лице;
  - D. ассиметричность высыпаний;
  - E. мигрирующая эритема без субъективных ощущений.
605. Характерные клинические признаки хронической глубокой красной волчанки:
- A. выраженные рубцы;
  - B. инфильтрация и наличие подкожных узлов;
  - C. частое изъязвление;
  - D. сочетание с дискоидной формой;
  - E. локализация высыпаний в подчелюстной области и на шее.
606. При системной красной волчанке наиболее чаще поражаются:
- A. суставы;
  - B. почки;
  - C. легкие;
  - D. сердечно-сосудистая система;
  - E. нервная система.
607. Наиболее неблагоприятный прогноз системной красной волчанки связан с поражением:
- A. легких;
  - B. сердечно-сосудистой системы;
  - C. желудочно-кишечного тракта;
  - D. почек;
  - E. суставов.
608. Наиболее частая причина смертельного исхода при системной красной волчанке:
- A. кортикостероидная терапия;
  - B. почечная недостаточность;
  - C. миопатия;
  - D. полисерозиты;
  - E. агранулоцитоз.
609. Общая терапия системной красной волчанки:
- A. препараты хинолинового ряда;
  - B. цитостатики;
  - C. УФО;
  - D. кортикостероиды;
  - E. гризеофульвин.
610. При системной красной волчанке мишенью для аутоантител являются:
- A. ядро;
  - B. ДНК;
  - C. десмоглеин;
  - D. кардиолипид;



- Е. плакоглобулин.
611. Склеродермия является заболеванием:
- A. обменным;
  - B. инфекционным;
  - C. опухолевым;
  - D. аутоиммунным;
  - E. токсико-аллергическим.
612. Ограниченная склеродермия может быть симптомом боррелиоза:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
613. Патогенез склеродермии:
- A. облитерация сосудов;
  - B. поражение нервов в связи с их раздражением;
  - C. поражение соединительной ткани;
  - D. увеличение количества лимфоцитов T helper;
  - E. подавление функции фибробластов.
614. Стадии бляшечной склеродермии:
- A. папулезная;
  - B. отечная;
  - C. индуративная;
  - D. атрофическая;
  - E. телеангиэктатическая.
- Соответствующее описание стадии бляшечной склеродермии:
615. стадия I;                      A. уплотнение;
616. стадия II;                  B. атрофия;
617. стадия III;                C. воспалительный отек.
618. Наличие периферического фиолетового кольца характерно в стадии атрофии при ограниченной склеродермии:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
619. Линейная склеродермия чаще встречается у взрослых:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
620. Синдром гемиатрофии на лице при линейной склеродермии:
- A. Reiter;
  - B. CREST;
  - C. Parry-Romberg;
  - D. Lyell;
  - E. Stevens-Johnson.
621. Наружные методы лечения ограниченной склеродермии:
- A. дерматокортикостероиды в стадии атрофии;
  - B. антибиотики в стадии атрофии;
  - C. 5-флуорацил;
  - D. ионофорез с гиалуронидазой;
  - E. гепарин.

622. Клинические симптомы отека конечностей, вызванной венозной недостаточностью:
- А. развивается позже других кожных высыпаний
  - В. синюшный цвет, плотный и болезненный при пальпации;
  - С. белого цвета, мягкий и безболезненный при пальпации;

- Д. локализация в нижней  $\frac{1}{3}$  бедра;
- Е. усиливается в тепле и горизонтальном положении;
623. Провоцирующие и поддерживающие факторы варикозной экземы:
- А. бактериальная инфекция;
- В. инфекция, вызванная *Pityrosporum ovale*;
- С. отделяемое из трофических язв;
- Д. сенсibilизация к применяемым наружным препаратам;
- Е. уменьшение кровотока в области нижних конечностей.
624. Венозные язвы развиваются вследствие недостаточности:
- А. поверхностных вен;
- В. глубоких вен;
- С. коммуникантных вен;
- Д. вен дермы;
- Е. артериол дермы.
625. Методы лечения хронической венозной недостаточности:
- А. длительный клиностагизм;
- В. длительный ортостагизм;
- С. применение эластического бинта;
- Д. склеротерапия;
- Е. венотоники.
626. Методы лечения венозной язвы голени:
- А. антибиотики;
- В. венотоники;
- С. длительная кортикостероидная терапия;
- Д. мочегонные средства;
- Е. аспирин.
627. Методы наружной терапии венозной язвы голени:
- А. антисептические препараты;
- В. ируксол;
- С. стимуляция грануляций 25%-ным раствором нитрата серебра;
- Д. стимуляция эпителизации и рубцевания 0,2%-ным раствором гиалуроната цинка;
- Е. хирургическое лечение.
628. Боль является характерным симптомом венозных язв (в сравнении с артериальными язвами):
- А. правильно;
- В. неправильно.
629. Клиностагизм приводит к исчезновению болей при венозных язвах:
- А. правильно;
- В. неправильно.
630. Наиболее частая причина возникновения язв в области нижних конечностей:
- А. артериальная недостаточность;
- В. хроническая венозная недостаточность;
- С. диабетическая нейропатия;
- Д. смешанная инфекция в области кожи голени;
- Е. деструктивные неоплазии.
631. Кожные проявления хронической венозной недостаточности:
- А. острый лимфостаз;
- В. охрянный и пурпурозный дерматит;
- С. варикозная экзема;
- Д. варикозный дермо-гиподермит;
- Е. венозная (трофическая) язва.

632. Механизм образования варикозного охрянного и пурпурозного дерматита:
- А. выход эритроцитов в ткань;
  - В. выход лейкоцитов в ткань;
  - С. накопление меди и цинка в тканях;
  - Д. накопление гемосидерина в тканях;
  - Е. воспалительный характер меланинообразования.
633. Варикозный дермо-гиподермит представляет собой дермо-склероз:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
634. Варикозный дермо-гиподермит развивается после формирования венозной (трофической) язвы голени:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
635. Характерные клинические признаки венозной (трофической) язвы голени:
- А. нечеткие края;
  - В. сильные боли;
  - С. исчезновение высыпаний при ортостатизме;
  - Д. частая экзематизация прилежающих участков;
  - Е. присоединение стрепто-стафилококковой инфекции.
636. Клинические методы исследования хронической венозной недостаточности:
- А. пальпация и измерение объема голеней;
  - В. перкуссия и кашлевой тест;
  - С. симптом Perthes;
  - Д. симптом Tredelnburg I – II;
  - Е. симптом Rumpell-Leede-Konchalovsky.
637. Лабораторные методы исследования хронической венозной недостаточности:
- А. флебография;
  - В. ультразвук по Doppler;
  - С. плетизмография;
  - Д. измерение пульса;
  - Е. капилляроскопия.

### Наследственные дерматозы

638. Буллезный эпидермолиз является заболеванием:
- А. обменным;
  - В. нейроэндокринным;
  - С. наследственным;
  - Д. инфекционным;
  - Е. неопластическим.
639. Локализация пузыря при простом буллезном эпидермолизе:
- А. подкожная клетчатка;
  - В. сетчатый слой дермы;
  - С. сосочковый слой дермы;
  - Д. базальная мембрана;
  - Е. эпидермис.
640. Ихтиоз является заболеванием:
- А. инфекционным;
  - В. нейроэндокринным;
  - С. обменным;
  - Д. наследственным;
  - Е. аллергическим.

641. Локализация пузыря при дистрофическом полидиспластическом буллезном эпидермолизе:
- А. подкожная клетчатка;
  - В. сетчатый слой дермы;
  - С. сосочковый слой дермы;
  - Д. базальная мембрана;
  - Е. эпидермис.
642. Преимущественная локализация высыпаний вульгарного ихтиоза:
- А. крупные складки;
  - В. волосистая часть головы;
  - С. половые органы;
  - Д. разгибательная поверхность конечностей;
  - Е. туловище (более выражены в кресцовой области).
643. Характерные клинические признаки простого буллезного эпидермолиза:
- А. появление высыпаний в местах травматизации кожи;
  - В. формирование остаточных рубцов;
  - С. наличие миллиумов;
  - Д. отрицательный симптом Nicolsky;
  - Е. отсутствие патологии со стороны зубов, ногтей и волос.
644. Характерные клинические признаки дистрофического гиперпластического буллезного эпидермолиза:
- А. спонтанное появление напряженных пузырей, а также в местах травматизации кожи;
  - В. поражение слизистой оболочки;
  - С. отсутствие миллиумов;
  - Д. отсутствие изменений зубов, ногтей и волос;
  - Е. наличие остаточных рубцов, в том числе келоидных.
645. Клинические формы буллезного эпидермолиза:
- А. простой;
  - В. вульгарный;
  - С. дистрофический гиперпластический;
  - Д. дистрофический полидиспластический;
  - Е. врожденный.
646. Характерные клинические признаки дистрофического полидиспластического буллезного эпидермолиза:
- А. появление пузырей исключительно в местах травматизации кожи;
  - В. поражение слизистой оболочки;
  - С. поражение зубов и ногтей;
  - Д. деформирующие рубцы, миллиумы, мутиляции;
  - Е. отрицательный симптом Nicolsky.
647. Методы лечения вульгарного ихтиоза:
- А. цитостатики;
  - В. витамин А;
  - С. ацитретин;
  - Д. кератолитические мази;
  - Е. увлажняющие кремы.
648. Клинические формы вульгарного ихтиоза:
- А. эритродермическая;
  - В. простая;
  - С. змеевидная;
  - Д. иглистая;
  - Е. ксеродермическая.

649. Методы лечения буллезного эпидермолиза:
- А. кератолитические мази;
  - В. циклоспорин и синтетические ретиноиды;
  - С. витамины Е, А, В, С, РР;
  - Д. кортикостероидная терапия;
  - Е. ингибиторы коллагеназы.
650. Клинические формы ихтиоза:
- А. вульгарный;
  - В. дистрофический;
  - С. сцепленный с полом;
  - Д. ламеллярный;
  - Е. ихтиозиформная эритродермия.
651. Вульгарный ихтиоз наследуется по следующему типу:
- А. аутосомно-рецессивный;
  - В. аутосомно-доминантный;
  - С. Х-сцепленный;
  - Д. Y-сцепленный;
  - Е. неизвестный.
652. Вульгарный ихтиоз проявляется, как правило:
- А. при рождении;
  - В. на 1 – 3 месяце жизни;
  - С. в 1 – 4 года;
  - Д. в 5 – 10 лет;
  - Е. в 10 – 14 лет.
653. Характерные клинические признаки вульгарного ихтиоза:
- А. поражение складок;
  - В. сухость кожи;
  - С. десквамативные высыпания;
  - Д. эритематозные высыпания;
  - Е. буллезные высыпания.
654. Ихтиозиформная эритродермия наследуется по следующему типу:
- А. аутосомно-рецессивный;
  - В. аутосомно-доминантный;
  - С. Х-сцепленный;
  - Д. Y-сцепленный;
  - Е. неизвестный.
- Соответствующие клинические признаки различных форм ихтиоза:
655. Ксеродерма. А. роговые бляшки, с наличием глубоких трещин;
656. Простой ихтиоз. В. сухая кожа с наличием отрубевидных чешуек;
657. Зауриазный ихтиоз. С. роговые, бородавчатые наслоения в виде шипов или игл;
658. Шиповидный ихтиоз. Д. мелкие, пластинчатые чешуйки, на фоне сухой, утолщенной и жесткой кожи.
659. Характерные патоморфологические изменения вульгарного ихтиоза:
- А. пролиферативный гиперкератоз;
  - В. ретенционный гиперкератоз;
  - С. гранулез;
  - Д. дефект синтеза кератогиалина;
  - Е. фолликулярный гиперкератоз.
660. Простой буллезный эпидермолиз наследуется по следующему типу:
- А. аутосомно-рецессивный;
  - В. аутосомно-доминантный;
  - С. Х-сцепленный;

- D. Y-сцепленный;
- E. неизвестный.

661. Методы исследования, подтверждающие диагноз буллезного эпидермолиза:

- A. микроскопический;
- B. культуральный;
- C. биопсия;
- D. антенатальный анамнез (установление повышенного уровня в крови  $\alpha$ -фетопroteина у матери)
- E. положительный семейный анамнез.

### **Злокачественные заболевания кожи**

662. Преимущественная локализация саркомы Kaposi (эндемическая форма):

- A. лицо;
- B. волосистая часть головы;
- C. туловище;
- D. проксимальная часть конечностей;
- E. дистальная часть конечностей.

663. Ангиоретикулёз Kaposi является заболеванием:

- A. обменным;
- B. нейроэндокринным;
- C. токсико-аллергическим;
- D. неопластическим;
- E. наследственным.

664. Грибовидный микоз является заболеванием:

- A. грибковым;
- B. обменным
- C. нейро-эндокринным;
- D. токсико-аллергическим;
- E. неопластическим.

665. Морфологический субстрат саркомы Kaposi:

- A. подкожная клетчатка;
- B. мышечная ткань;
- C. нервная ткань;
- D. эндотелий сосудов;
- E. лимфатические сосуды.

666. Характерные клинические симптомы базалиомы:

- A. плотные, цвета кожи или слабо розового цвета узелки;
- B. "перламутровый", валик язвы;
- C. ранние метастазы в регионарных лимфатических узлах;
- D. ранние отдаленные метастазы;
- E. телеангиэктазии.

667. Злокачественные заболевания кожи:

- A. спиналиома;
- B. базалиома;
- C. кератоакантома;
- D. меланома;
- E. папилома.

668. Базалиома не является эпителиальной опухолью (рак):

- A. правильно;
- B. неправильно.

669. Спиналиома представляет собой саркому:  
А. правильно;  
В. неправильно.
670. Эпителиальная ткань является морфологическим субстратом кожного рака:  
А. правильно;  
В. неправильно.
671. Морфологическим субстратом базалиомы является:  
А. базальная мембрана;  
В. базальные клетки;  
С. шиповидные клетки;  
D. зернистые клетки;  
Е. роговые клетки.
672. Клинические формы базалиомы:  
А. узелковая;  
В. плоско-рубцующаяся;  
С. язвенная типа *ulcus rodens*;  
D. склеродермоподобная;  
Е. метастатическая.
673. Преимущественная локализация базалиомы:  
А. слизистые;  
В. переходные зоны кожи в слизистую оболочку;  
С. нижние конечности;  
D. верхняя часть лица и волосистая часть головы;  
Е. ладони и подошвы.
674. Наиболее эффективный метод лечения базалиомы:  
А. цитостатики;  
В. химическая каутеризация;  
С. криодеструкция;  
D. рентгенотерапия;  
Е. хирургическое удаление.
675. Клинические формы спиналиома:  
А. узелково-язвенная;  
В. язвенно-вегетирующая;  
С. язвенно-эндофитная (канкроид);  
D. плоско-рубцующаяся;  
Е. *epithelioma cuniculatum*.
676. Характерные клинические признаки спиналиома:  
А. эритемато-папуло-сквамозные, инфильтрированные и плотные высыпания;  
В. неровная поверхность высыпаний, с наличием бородавчатых вегетаций;  
С. стойкие, кратерообразные и прогрессирующие язвы;  
D. ранние регионарные и отдаленные метастазы;  
Е. поздние метастазы.
677. Преимущественная локализация спиналиома:  
А. слизистые и вокруг естественных отверстий;  
В. лицо;  
С. тыл кистей;  
D. ладони и подошвы;  
Е. закрытые участки туловища.
678. Методы лечения спиналиома:  
А. хирургическое удаление;  
В. кюретаж и электрокаутеризация;  
С. рентгенотерапия;

- Д. цитостатики;
  - Е. УФО.
- 679. Метод исследования, подтверждающий диагноз спиналиомы:
  - А. цитодиагностика;
  - В. биопсия;
  - С. рентгендиагностика;
  - Д. культуральной метод;
  - Е. серологический метод.
- 680. Патоморфологические изменения характерные для Т-лимфомы:
  - А. лимфоцитарный инфильтрат в сетчатом слое дермы;
  - В. атипичные фунгоидные клетки;
  - С. микроабсцессы Munro в эпидермисе;
  - Д. микроабсцессы Pautrier в эпидермисе;
  - Е. отсутствие эпидермотропизма.
- 681. Характерные признаки классической формы саркомы Kaposi:
  - А. болеют в основном женщины;
  - В. эритематозные пятна, исчезающие при надавливании;
  - С. локализация на конечностях;
  - Д. опухолевидные образования с возможным изъязвлением;
  - Е. длительное течение.
- 682. Характерные признаки формы Alibert-Bazin Т-лимфомы:
  - А. полиморфные, эритемато-папуло-узловатые, прогрессирующие высыпания;
  - В. появление опухолей в начале заболевания;
  - С. сильный зуд;
  - Д. раннее возникновение эритродермии;
  - Е. поздняя генерализованная лимфоаденопатия.
- 683. Патоморфологические признаки саркомы Kaposi:
  - А. периваскулярные инфильтраты и пролифераты;
  - В. отложения гемосидерина;
  - С. инфекционная гранулема;
  - Д. ангиоматозные очаги (разрастание вновь образованных сосудов);
  - Е. фибробластические очаги (наличие множественных молодых фибробластов).
- 684. Методы лечения саркомы Kaposi:
  - А. цитостатики;
  - В. интерферроны;
  - С. витамины;
  - Д. общая кортикостероидная терапия;
  - Е. биогенные стимуляторы.
- 685. Лимфоцитарный инфильтрат при Т-лимфоме является эпидермотропным:
  - А. правильно;
  - В. неправильно.
- 686. Эпидермотропизм характерен для В-лимфом:
  - А. правильно;
  - В. неправильно.
- 687. Клинические формы Т-лимфом:
  - А. классическая Alibert-Bazin;
  - В. эпидемическая Kaposi;
  - С. опухолевидная Vidall-Brocq;
  - Д. эритродермическая Hallopeau-Besnier;
  - Е. грибовидный микоз.
- 688. Последовательность стадий Т-лимфом Alibert-Bazin:
  - А. опухолевая;



- В. эритематозная;
  - С. инфильтративная.
689. Эритродермия характерна для Т-лимфомы Vidall-Brocq:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
690. Образование опухолей в начале заболевания характерно для Т-лимфомы Vidall-Brocq:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
691. Т-лимфома Hallopeau-Besnier представляет собой эритродермическую форму заболевания:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
692. Лейкемический синдром при Т лимфомах:
- А. Graham-Little-Lassueur;
  - В. Sezary;
  - С. Lyell;
  - Д. Stevens-Johnson;
  - Е. Raynaud.
693. Микроабсцессы Мунго в эпидермисе характерны для Т-лимфом:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
694. Клеточный состав микроабсцессов Pautrier при грибовидном микозе:
- А. нейтрофилы;
  - В. эозинофилы;
  - С. лимфоциты;
  - Д. эритроциты;
  - Е. моноциты.
695. Методы лечения Т-лимфом:
- А. химиотерапия;
  - В. преднизолон;
  - С. биогенные стимуляторы;
  - Д. витамины;
  - Е. ПУВА-терапия.

### **Поздняя кожная порфирия**

696. Поздняя кожная порфирия представляет собой заболевание:
- А. токсикоаллергическое;
  - В. ферментопатия;
  - С. неопластическое;
  - Д. аутоиммунное;
  - Е. инфекционное.
697. При поздней кожной порфирии наблюдается недостаточность:
- А. порфобилиногенсинтетазы;
  - В. уропорфириногенсинтетазы;
  - С. уропорфириногендекарбоксилазы;
  - Д. копропорфириногеноксидазы;
  - Е. протопорфириногеноксидазы.
698. Провоцирующие факторы поздней кожной порфирии:
- А. алкоголь и полициклические галогенизированные углеводороды;
  - В. андрогены;

- С. эстрогены;
  - Д. железо, свинец, мышьяк;
  - Е. вирусы гепатита.
699. Приобретенные и наследственные формы поздней кожной порфирии:
- А. спорадическая;
  - В. семейная, аутосомно-рецессивная;
  - С. семейная, аутосомно-доминантная;
  - Д. семейная, Х-сцепленная;
  - Е. семейная, Y-сцепленная.
700. При приобретенной форме поздней кожной порфирии наблюдается дефект:
- А. порфобилиногенсинтетазы;
  - В. уропорфириногенсинтетазы;
  - С. копропорфириногеноксидазы;
  - Д. печеночной уропорфириногендекарбоксилазы;
  - Е. эритроцитарной уропорфириногендекарбоксилазы.
701. При наследственной форме поздней кожной порфирии наблюдается дефект:
- А. порфобилиногенсинтетазы;
  - В. уропорфириногенсинтетазы;
  - С. копропорфириногеноксидазы;
  - Д. печеночной уропорфириногендекарбоксилазы;
  - Е. эритроцитарной уропорфириногендекарбоксилазы.
702. Последовательность патогенетических стадий поздней кожной порфирии:
- А. выброс лизосомальных ферментов в ткани;
  - В. накопление уропорфиринов в коже;
  - С. высыпания на открытых участках кожи;
  - Д. оксидативный стресс под воздействием УФО;
  - Е. ферментный дефект синтеза гема.
703. Характерные клинические признаки приобретенной поздней кожной порфирии:
- А. начало в детском возрасте;
  - В. эритема и пузыри на открытых участках кожи;
  - С. дисхромии, рубцы и миллиумы;
  - Д. снижение эластичности кожи;
  - Е. гипотрихоз на лице.
704. Гипертрихоз на лице не характерен для поздней кожной порфирии:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
705. Исследования, подтверждающие диагноз поздней кожной порфирии:
- А. биопсия и прямая иммунофлуоресценция;
  - В. цитодиагностика Tzanck и эозинофилия в крови и пузырях;
  - С. анализ мочи и люминисцентная диагностика при помощи лампы Wood;
  - Д. патологические изменения со стороны функциональных проб печени;
  - Е. сидеремия.
706. Цвет мочи больных с поздней кожной порфирией:
- А. желто-зеленый;
  - В. зеленый;
  - С. светло-коричневый;
  - Д. красно-коралловый;
  - Е. бесцветный.
707. Патологические изменения в моче при поздней кожной порфирии:
- А. увеличение уропорфиринов;
  - В. увеличение  $\delta$ -аминолевулиновой кислоты;
  - С. увеличение порфобилиногена;

- D. темный цвет мочи;
- E. отсутствие флуоресценции под лампой Wood.
- 708. Сидеремия и гемохроматоз характерны для поздней кожной порфирии:
  - A. правильно;
  - B. неправильно.
- 709. Сахарный диабет и снижение толерантности к глюкозе не характерны для поздней кожной порфирии:
  - A. правильно;
  - B. неправильно.
- 710. Методы лечения поздней кожной порфирии:
  - A. ПУВА-терапия;
  - B. флеботомия и кровопускание;
  - C. препараты железа;
  - D. десферриоксамин;
  - E. препараты хинолинового ряда.
- 711. Не рекомендуется при поздней кожной порфирии:
  - A. фотозащитные средства;
  - B. пребывание на солнце;
  - C. алкоголь;
  - D. контрацептивные препараты;
  - E. препараты железа.

### **Аллергические васкулиты**

- 712. Первичный морфологический элемент узловой эритемы:
  - A. пузырь;
  - B. папула;
  - C. волдырь;
  - D. узел;
  - E. бугорок.
- 713. Механизм развития васкулитов:
  - A. эндокринный;
  - B. наследственный;
  - C. иммуно-аллергический;
  - D. неопластический;
  - E. нейрогенный.
- 714. Тип аллергических реакций при васкулитах (по Gell и Coombs):
  - A. тип I;
  - B. тип II;
  - C. тип III;
  - D. тип IV;
  - E. ни один из вышеперечисленных.
- 715. Преимущественная локализация узловой эритемы:
  - A. лицо;
  - B. задняя поверхность голеней;
  - C. передняя поверхность голеней;
  - D. ладони и подошвы;
  - E. туловище.
- 716. Преимущественная локализация пурпуры Schonlein-Henoch:
  - A. сгибательная поверхность конечностей;
  - B. разгибательная поверхность конечностей;
  - C. волосистая часть головы;

- Д. лицо;
  - Е. ладони и подошвы.
- 717. Узловатая эритема представляет собой:
  - А. ангионевроз;
  - В. ангиопатию;
  - С. ангиоорганопатию;
  - Д. сосудистую опухоль;
  - Е. ни одно из вышеперечисленных.
- 718. При васкулите Gougerot-Ruiter поражаются:
  - А. капилляры;
  - В. артериолы и посткапиллярные венулы;
  - С. артерии;
  - Д. аорта;
  - Е. ни один из вышеперечисленных.
- 719. Тест для определения ломкости сосудов при пурпуре Schonlein-Henoch:
  - А. Baltzer;
  - В. Wickham;
  - С. Jadasson;
  - Д. Rumpell-Leede-Koncalovsky;
  - Е. Auspitz.
- 720. Преимущественная локализация высыпаний при артериолите Gougerot-Ruiter:
  - А. лицо;
  - В. ладони и подошвы;
  - С. слизистые оболочки;
  - Д. верхние конечности;
  - Е. нижние конечности.
- 721. Общая характеристика высыпаний при синдроме Gougerot-Ruiter:
  - А. мономорфизм;
  - В. эволютивный полиморфизм;
  - С. истинный полиморфизм;
  - Д. симметричность;
  - Е. асимметричность.
- 722. Методы лечения узловатой эритемы:
  - А. холодные примочки;
  - В. антибиотики;
  - С. кортикостероидные и нестероидные противовоспалительные средства;
  - Д. гипосенсибилизирующие и антигистаминные средства;
  - Е. иодистый калий.
- 723. Локализация патологического процесса при узловатой эритеме:
  - А. эпидермис;
  - В. сосочковый слой дермы;
  - С. сетчатый слой дермы;
  - Д. подкожная клетчатка;
  - Е. внутренние органы.
- 724. Основной патогенетический фактор васкулитов:
  - А. нейтрофилы;
  - В. лимфоциты;
  - С. циркулирующие иммунные комплексы;
  - Д. комплемент;
  - Е. иммуноглобулины.
- 725. По типу периваскулярного инфильтрата васкулиты подразделяются на:
  - А. лейкоцитокластические;

- В. макрофагальные;
  - С. гранулематозные;
  - Д. лимфоцитарные;
  - Е. гиперкомплементарные.
726. Тип аллергической реакции при крапивнице по типу васкулита (по Gell и Coombs):
- А. тип I;
  - В. тип II;
  - С. тип III;
  - Д. тип IV;
  - Е. ни один из вышеперечисленных.
727. Снижение уровня комплемента в сыворотке характерно для сосудистой крапивницы по типу васкулита:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
728. Пурпура Schonlein-Henoch не является поверхностной формой васкулита:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
729. Методы лечения пурпуры Schonlein-Henoch:
- А. кинетотерапия;
  - В. средние дозы кортикостероидных препаратов;
  - С. длительный ортостатизм;
  - Д. аспирин или сульфоны;
  - Е. антигистаминные препараты.

### Розовый лишай Gibert

730. Первичный морфологический элемент при розовом лишае Gibert:
- А. волдырь;
  - В. пустула;
  - С. пятно;
  - Д. узел;
  - Е. пузырь.
731. Методы наружного лечения розового лишая Gibert:
- А. кератолитические мази;
  - В. настойка иода;
  - С. дерматокортикостероиды;
  - Д. ванны с применением щелочного мыла;
  - Е. жидкость Castellani.
732. Преимущественная локализация высыпаний розового лишая Gibert:
- А. лицо;
  - В. предплечье и голени;
  - С. ладони и подошвы;
  - Д. тыл кистей и стоп;
  - Е. туловище.
733. Характерные клинические признаки розового лишая Gibert:
- А. наличие эритемато-сквамозной материнской бляшки в начале заболевания;
  - В. розеолезные или шелушащиеся папулезные высыпания, появляющиеся одновременно с материнской бляшкой;
  - С. розеолезные или шелушащиеся папулезные высыпания, появляющиеся через несколько дней от начала заболевания;
  - Д. шероховатая поверхность высыпаний, с наличием отрубевидных чешуек;
  - Е. гладкая, блестящая поверхность высыпаний, без чешуек.

734. Для розового лишая Gibert характерно самопроизвольное разрешение:  
А. правильно;  
В. неправильно.
735. При розовом лишае проба Baltzer отрицательная:  
А. правильно;  
В. неправильно.
736. Отличительные признаки высыпаний при розовом лишае Gibert:  
А. побледнение в центре;  
В. шелушащиеся, слегка очерченные края;  
С. незначительный зуд;  
D. положительный симптом Wickham;  
Е. положительный симптом Baltzer.
737. Высыпания при розовом лишае Gibert располагаются по линиям Langer:  
А. правильно;  
В. неправильно.
738. Высыпания при розовом лишае Gibert обычно разрешаются в течение:  
А. нескольких дней;  
В. одной недели;  
С. 3 – 8 недель;  
D. 5 – 6 месяцев;  
Е. не разрешается спонтанно.
739. Для розового лишая Gibert характерны частые рецидивы:  
А. правильно;  
В. неправильно.
740. Основным методом лечения розового лишая Gibert является общая кортикостероидная терапия:  
А. правильно;  
В. неправильно.

### Розацеа

741. Преимущественная локализация высыпаний при розацеа:  
А. туловище;  
В. ладони и подошвы;  
С. сгибательная поверхность конечностей;  
D. лицо;  
Е. волосистая часть головы.
742. Клещ, часто обнаруживаемый при розацеа:  
А. *Sarcoptes scabiei*;  
В. *Pyemotes ventricosus*;  
С. *Trombicula splendens*;  
D. *Demodex folliculorum*;  
Е. *Alladermanyssus sanguineus*.
743. Патогенетические факторы, играющие роль в развитии розацеа:  
А. функциональные аномалии сосудов кожи;  
В. патология желудочно-кишечного тракта;  
С. эндокринные нарушения;  
D. длительное применение кортикостероидных мазей;  
Е. применение фотозащитных средств.
744. Правильная последовательность стадий розацеа:  
А. папулезная;  
В. ринофима;  
С. эритематозная, преходящая;  
D. пустулезная;

- Е. эритемато-телеангиэктатическая.
745. Отличительные признаки розацеа:
- А. начало в раннем возрасте;
  - В. чаще встречается у женщин;
  - С. наличие множественных комедонов;
  - Д. поражение выступающих участков лица;
  - Е. эритематозный и телеангиэктатический фон высыпаний.
746. Ринофима является начальным клиническим проявлением розацеа:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
747. Методы лечения розацеа:
- А. пребывание на солнце;
  - В. горячие ванны;
  - С. криотерапия;
  - Д. пиротерапия;
  - Е. кератопластические мази.
748. Для общего лечения розацеа применяются следующие антибиотики:
- А. тетрациклины;
  - В. цефалоспорины;
  - С. макролиды;
  - Д. пенициллины;
  - Е. сульфаниламиды.
749. Дерматокортикостероиды являются провоцирующим фактором в развитии розацеа:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
750. При розацеа противопоказаны:
- А. горячая и пикантная пища;
  - В. алкоголь;
  - С. производные никотиновой кислоты;
  - Д. дерматокортикостероиды;
  - Е. метронидазол.

### **Себорея. Вульгарные угри**

751. Невоспалительные элементы при вульгарных угрях:
- А. папулы;
  - В. пустулы;
  - С. узлы и кисты;
  - Д. мелкие комедоны;
  - Е. открытые и закрытые комедоны.
752. Воспалительные высыпания при вульгарных угрях:
- А. мелкие комедоны;
  - В. открытые и закрытые комедоны;
  - С. папулы и пустулы;
  - Д. узлы и кисты;
  - Е. гиперпигментированные пятна, рубцы.
753. Остаточные проявления вульгарных угрей:
- А. гиперпигментированные пятна;
  - В. открытые и закрытые комедоны;
  - С. папулы и пустулы;
  - Д. узлы и кисты;
  - Е. рубцы, атрофические пятна.

754. Первичные элементы при вульгарных угрях:
- A. папулы;
  - B. пустулы;
  - C. узлы;
  - D. комедоны;
  - E. кисты.
755. Анаэробная флора, способствующая развитию вульгарных угрей:
- A. *Staphylococcus* spp.;
  - B. *Streptococcus* spp.;
  - C. *Acinetobacter* spp.;
  - D. *Propionbacterium* spp.;
  - E. *Pityrosporum* spp.;
756. Аэробная флора, способствующая развитию вульгарных угрей:
- A. *Escherichia coli*;
  - B. *Staphylococcus epidermidis*;
  - C. *Streptococcus pyogenes*;
  - D. *Corynebacterium minutissimum*;
  - E. *Propionbacterium acnes*.
757. Локализация высыпаний при себорее:
- A. конечности;
  - B. лицо и волосистая часть головы;
  - C. ягодицы;
  - D. живот;
  - E. грудная клетка.
758. Дерматозы, возникающие на фоне себореи:
- A. вульгарные угри;
  - B. экзема, возникающая в результате сенсибилизации к *Streptococcus* spp.;
  - C. экзема, возникающая в результате сенсибилизации к *Pityrosporum* spp.;
  - D. очаговое облысение;
  - E. андрогенное облысение.
759. Для лечения вульгарных угрей применяются:
- A. тетрациклины и макролиды;
  - B. изотретиноин и третиноин;
  - C. эстрон и эстродиол;
  - D. прогестерон и тестостерон;
  - E. ацетат ципротерона и ацетат ципромидона.
760. Патогенетические факторы, играющие важную роль в развитии вульгарных угрей:
- A. эндокринный;
  - B. аллергический;
  - C. бактериальный;
  - D. обструктивный;
  - E. воспалительный.
761. Препараты для лечения розацеа:
- A. пенициллины;
  - B. метронидазол;
  - C. дерматокортикостероиды;
  - D. кератопластические мази;
  - E. фотозащитные кремы.
762. Антиандрогенный препарат для лечения вульгарных угрей:
- A. циклоферрон;
  - B. ципрофibrate;
  - C. ципрогептадин;



- D. ацетат ципротерона;  
E. ципрофлоксацин.
763. Препараты, снижающие салоотделение при себорее:
- A. тестостерона ацетат;  
B. ципротерона ацетат;  
C. этинилэстрадиол;  
D. изотретиноин;  
E. спиронолактон.
764. Синтетический ретиноид, применяющийся для общего лечения тяжелых форм вульгарных угрей:
- A. ацитретин;  
B. этретинат;  
C. изотретиноин;  
D. третиноин;  
E. ретинол.
765. Препараты, снижающие обструкцию сально-волосяных фолликулов при вульгарных угрях:
- A. салициловая кислота;  
B. налидиксовая кислота;  
C. азелаиксовая кислота;  
D. ретинойная кислота;  
E. мефенаминовая кислота.
766. Противовоспалительные препараты, эффективные в отношении *Propionbacterium asnes* при вульгарных угрях:
- A. пенициллины;  
B. тетрациклины;  
C. макролиды;  
D. метронидазол;  
E. раствор бензил пероксида.

## Круговидное облысение

770. Анаген. А. 3 – 4 месяца;  
771. Катаген. В. 2 – 4 лет;

772. Телоген. С. 1 – 3 недель.
773. Клинические формы пелады:
- А. очаговая;
  - В. тотальная;
  - С. универсальная;
  - Д. офиазис;
  - Е. ареолярная.
774. При круговидном облысении изменяется структура волоса:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
775. При круговидном облысении зуд, как правило, отсутствует:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
776. Ассоциированные патологические состояния при круговидном облысении:
- А. дисфункция щитовидной железы;
  - В. поражение ногтей;
  - С. поражение глаз;
  - Д. формирование рубцовых изменений;
  - Е. очаги фокальной инфекции.
777. Общее лечение круговидного облысения:
- А. общая кортикостероидная терапия;
  - В. адреналин и норадреналин;
  - С. витамины, нуклеиновые кислоты и микроэлементы;
  - Д. эстрогены;
  - Е. антиандрогены.
778. Наружное лечение круговидного облысения:
- А. ПУВА-терапия;
  - В. контактная аллергенотерапия (динитрохлорбензол, дибутилэстер сквариновой кислоты);
  - С. дерматокортикостероиды;
  - Д. неспецифические раздражающие средства (цигнолин, настойка стручкового перца);
  - Е. адреномиметики.

### Витилиго

779. Первичный морфологический элемент при витилиго:
- А. папула;
  - В. волдырь;
  - С. пятно;
  - Д. пузырек;
  - Е. узел.
780. Пятно при витилиго – это:
- А. вторичная гиперпигментация;
  - В. вторичная гипопигментация;
  - С. врожденная первичная гипопигментация;
  - Д. приобретенная первичная гипопигментация;
  - Е. сосудистое пятно.
- Типы витилиго и соответствующая физиологическая характеристика меланоцитов:
781. Допа-отрицательный. А. наличие нормальных, но малоактивных меланоцитов;
782. Тип I, Допа-положительный. В. функция меланоцитов сохраняется, но количество их снижено;

783. Тип II, Допа-положительный. С. меланоциты отсутствуют.
784. При Допа-отрицательном типе витилиго прогноз заболевания благоприятный:  
 А. правильно;  
 В. неправильно.
- Соответствующая клиническая характеристика дисхромий:
785. Витилиго. А. шелушащиеся, с неровной поверхностью, белые или светло-коричневые пятна, локализованные чаще на лице;
786. Сифилитическая лейкодерма. В. белые, неправильной формы, безболезненные, различной величины пятна;
787. Разноцветный лишай. С. гиперпигментированные по периферии пятна с гипопигментацией в центре;
788. Розовый лишай Gibert. D. желтого-коричневого цвета пятна, часто депигментированные, с незначительной эритемой и шелушением;
789. Простой лишай. Е. эритемато-сквамозная бляшка, сочетающиеся с более мелкими, пятнами, с незначительным шелушением;
790. При витилиго симптом Baltzer положительный:  
 А. правильно;  
 В. неправильно.
791. Витилиго является заболеванием:  
 А. пролиферативным;  
 В. сосудистым;  
 С. аутоиммунным;  
 D. фотодерматозом;  
 Е. инфекционным.
792. Для витилиго характерно поражение ладоней и подошв:  
 А. правильно;  
 В. неправильно.
793. Для витилиго субъективные симптомы, как правило, не характерны:  
 А. правильно;  
 В. неправильно.
794. Методы лечения витилиго:  
 А. ПУВА-терапия;  
 В. рентгенотерапия;  
 С. дерматокортикостероиды;  
 D. контактная аллерготерапия и неспецифические раздражители;  
 Е. витамины и микроэлементы.

## Сифилис

795. Средняя продолжительность инкубационного периода сифилиса:  
 А. 1 – 2 недели;  
 В. 3 – 4 недели;  
 С. 5 – 7 недели;  
 D. 8 – 9 недели;  
 Е. 3 – 4 месяцев.
796. Укорочение инкубационного периода сифилиса наблюдается в случае:  
 А. интеркуррентных инфекционных заболеваний;  
 В. наличия биполярного твердого шанкра;  
 С. наличия множественных твердых шанкров;  
 D. применения в инкубационном периоде антибиотиков;

- Е. повторных половых связей с источником заражения.
797. Иммуитет при сифилисе:
- А. врожденный;
  - В. постоянный, приобретенный (стерильный);
  - С. приобретенный, инфекционный (нестерильный);
  - Д. все вышеперечисленные;
  - Е. не развивается.
798. При первичном сифилисе регионарный лимфаденит наблюдается:
- А. до появления твердого шанкра;
  - В. одновременно с твердым шанкром;
  - С. на 2–3 день после возникновения твердого шанкра;
  - Д. на 7–10 день после возникновения твердого шанкра;
  - Е. на 2–3 недели после возникновения твердого шанкра;
799. Клиническая характеристика сифилитической розеола:
- А. возвышающиеся, зудящие, папулезные высыпания на туловище, ладонях и подошвах;
  - В. сосудистые пятна, величиною 1–1,5 см в диаметре, бледно-розового цвета, безболезненные, исчезающие при надавливании;
  - С. геморрагические пятна;
  - Д. пустулезные высыпания на боковой поверхности туловища, расположенные на инфильтрированном фоне;
  - Е. пузырьки, с прозрачным содержимым, расположенные на эритематозном фоне и по ходу межреберных нервов.
800. Сифилитическая папула располагается в следующих слоях кожи:
- А. подроговый слой;
  - В. надбазальный слой;
  - С. сосочковый слой дермы;
  - Д. сетчатый слой дермы;
  - Е. подкожная клетчатка.
801. Излюбленная локализация сифилитической эктимы:
- А. ладони и подошвы;
  - В. лицо;
  - С. перианальная область;
  - Д. голени;
  - Е. наружные половые органы.
802. Сифилитическая лейкодерма характерна для следующих форм сифилиса
- А. первичный сифилис;
  - В. вторичный сифилис (первый эпизод);
  - С. вторичный рецидивный сифилис;
  - Д. скрытый сифилис;
  - Е. третичный сифилис.
803. Сифилитическая гумма – это:
- А. пустула;
  - В. бугорок;
  - С. папула;
  - Д. язва;
  - Е. узел.
804. Излюбленная локализация сифилитической пузырчатки:
- А. волосистая часть головы;
  - В. ладони и подошвы;
  - С. туловище;
  - Д. конечности;

- Е. слизистая оболочка.
805. Клиническая характеристика диффузной папулезной инфильтрации Hochzinger при раннем врожденном сифилисе:
- А. диффузные, эритемато-папулезные, с отрубевидным шелушением, высыпания на туловище;
  - В. ограниченные, болезненные, со склонностью к слиянию, папулезные высыпания на ладонях и подошвах;
  - С. эритемато-папулезные, диффузные высыпания, с наличием трещин на поверхности, расположенные у естественных отверстий, разрешающиеся радиарными рубцами;
  - Д. эритемато-сквамозные высыпания на волосистой части головы, с обломками волос на уровне кожи;
  - Е. эритродермия, с выраженным шелушением, ознобом и повышенной температурой организма.
806. Клиническая характеристика зубов Hutchinson при позднем врожденном сифилисе:
- А. дистрофии верхних молочных клыков, напоминающих долото;
  - В. дистрофии нижних средних резцов, напоминающих отвертку, с выемкой на жевательной поверхности;
  - С. дистрофии верхних боковых резцов, выгнутые и суженные в проксимальных участках;
  - Д. дистрофии верхних медиальных резцов, растущих наклонно и суженных в дистальных участках, с полулунной выемкой на нижней поверхности;
  - Е. дистрофии молочных клыков, напоминающих «щучьи зубы».
807. Клиническая характеристика симптома Carabelli при позднем врожденном сифилисе:
- А. инфантильный мезинец;
  - В. дополнительный бугорок на жевательной поверхности первого моляра верхней челюсти;
  - С. широко расставленные верхние резцы;
  - Д. утолщение грудинного конца ключицы, чаще справа;
  - Е. радиарные рубцы вокруг рта.
808. Тест Bordet-Wasserman представляет собой реакцию:
- А. иммобилизации;
  - В. прямой гемагглютинации;
  - С. непрямой гемагглютинации;
  - Д. связывания комплемента;
  - Е. ферментную.
809. Превентивное лечение сифилиса назначается для следующих контингентов:
- А. детям, рожденных от больных матерей;
  - В. здоровым лицам, с давностью последнего полового контакта с больным сифилисом 3–5 месяцев;
  - С. больным скрытым сифилисом;
  - Д. здоровым лицам, с давностью последнего полового контакта с больным сифилисом до 2 месяцев;
  - Е. беременным, которые получили противосифилитическое лечение в прошлом и находятся на клинико-серологическом контроле.
810. Длительность пенициллинотерапии для превентивного лечения сифилиса:
- А. 7 дней;
  - В. 12 дней;
  - С. 21 дней;
  - Д. 28 дней;
  - Е. 56 дней.

811. Длительность первичного периода сифилиса (в неделях):
- A. 1 – 2;
  - B. 3 – 4;
  - C. 6 – 8;
  - D. 9 – 10;
  - E. 11 – 12.
812. Суперинфекция при сифилисе – это:
- A. заражение большим количеством бледных трепонем;
  - B. повторный первичный сифилис;
  - C. повторное заражение неизлеченного больного (наслоение новой сифилитической инфекции на имеющийся сифилис);
  - D. наличие гангренозных твердых шанкров;
  - E. интеркуррентные заболевания, наряду с сифилисом.
813. Реакция Jarish-Herxheimer при сифилисе – это:
- A. отрицательная проба на пенициллин;
  - B. положительная проба на пенициллин;
  - C. исчезновение высыпаний после первой инъекции пенициллина;
  - D. повышение температуры организма, озноб, мышечные боли после первой инъекции пенициллина;
  - E. повышение температуры, ознобы, мышечные боли на 7–10 день пенициллинотерапии.
814. Излюбленная локализация сифилитической розеола:
- A. лицо;
  - B. шея;
  - C. туловище;
  - D. половые органы;
  - E. ладони и подошвы.
815. Широкие кондиломы представляют собой:
- A. пятна;
  - B. пузыри;
  - C. узлы;
  - D. бугорки;
  - E. папулы.
816. Широкие кондиломы характерны для первичного сифилиса:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
817. Клиническая характеристика симптома Pincus при сифилисе:
- A. афония, в результате наличия эрозивных папул на языке;
  - B. гнездное облысение и папулы на ладонях;
  - C. облысение в области бровей, ресниц и бороды;
  - D. атрофия кожи в зоне облысения;
  - E. гипопигментированные пятна на боковой и задней поверхности шеи.
818. Клиническая характеристика сифилитической лейкодермы:
- A. папулезные инфильтраты на половых органах;
  - B. эрозивные папулы на слизистых;
  - C. первичные гипопигментированные пятна с наличием гиперпигментированного ободка по периферии, расположенные на шее, туловище и подмышечной впадине;
  - D. вторичные гипопигментированные пятна с наличием гиперпигментированного ободка по периферии, расположенные на шее, туловище и подмышечной впадине;
  - E. гипопигментированные пятна на коже грудной клетки, с едва заметным шелушением и положительной пробой Baltzer.

819. Клинические и лабораторные признаки скрытого сифилиса:

- A. эритемато-папулезные специфические высыпания у больных с положительными серологическими реакциями;
- B. эритемато-папулезные специфические высыпания у больных со слабо-положительными или сомнительными серологическими реакциями;
- C. специфическое поражение внутренних органов и патология со стороны спинномозговой жидкости у больных с положительными серологическими реакциями;
- D. отсутствие активных проявлений у больных с положительными серологическими реакциями;
- E. отсутствие активных специфических проявлений у больных с положительными серологическими реакциями.

820. Клиническая характеристика сифилитической пузырчатки у детей грудного возраста:

- A. пузыри на ладонях и подошвах, расположенные на инфильтрированном фоне с серозно-гнойным содержимым;
- B. сгруппированные, зудящие пузыри и пузырьки, расположенные в подмышечной, паховой области, а также на боковой и задней поверхности шеи у больных, с отягощенным семейным анамнезом;
- C. дряблые, диссеминированные пузыри, расположенные на эритематозном фоне, напоминающей обожженную кожу, с наличием повышенной температуры у ребенка и положительного симптома Nicolsky;
- D. дряблые пузыри, появляющиеся в местах травматизации, разрешающиеся без рубца, у детей с отягощенным наследственным анамнезом;
- E. пузыри, пузырьки, волдыри, вариолиформные рубчики, расположенные на открытых участках кожи у детей с отягощенным наследственным анамнезом.

821. Радиарные рубцы Robinson-Fournier (Pargot) являются стигмами следующей формы сифилиса:

- A. первичный сифилис;
- B. вторичный сифилис;
- C. третичный сифилис;
- D. ранний врожденный сифилис;
- E. поздний врожденный сифилис.

822. Клиническая характеристика симптома Avsitiidsky при врожденном сифилисе:

- A. инфантильный мизинец;
- B. добавочный бугорок на первом моляре верхней челюсти;
- C. широко расставленные верхние резцы;
- D. утолщение грудинного конца ключицы;
- E. олимпийский лоб.

823. Клиническая характеристика симптома Gochet при врожденном сифилисе:

- A. псевдопаралич;
- B. седловидный нос;
- C. широко расставленные верхние резцы;
- D. ягодицеобразный череп;
- E. радиарные рубцы.

824. Количественная реакция Wasserman проводится в случае (реакция Boas):

- A. отрицательной RW;
- B. RW 1+;
- C. RW 2+;
- D. RW 3+;
- E. RW 4+.

825. Основной антибиотик для лечения сифилиса:

- A. тетрациклин;

- В. эритромицин;
- С. рифампицин;
- Д. пенициллин;
- Е. ципрофлоксацин.

826. Трепоне́мы, патогенные для человека:

- А. *Treponema genitalis*;
- В. *Treponema bejel*;
- С. *Treponema pallidum*;
- Д. *Treponema carateum*;
- Е. *Treponema microdentium*.

Соответствующие возбудители трепанематозов:

- 827. Сифилис. А. *Treponema bejel*;
- 828. Пинта. В. *Treponema pertenue*;
- 829. Фрамбезия. С. *Treponema pallidum*;
- 830. Эндемичный невенерический сифилис. Д. *Treponema carateum*;

831. Деление *Treponema pallidum* происходит в течение:

- А. 6 – 8 часов;
- В. 10 – 12 часов;
- С. 15 – 20 часов;
- Д. 30 – 33 часов;
- Е. 40 – 50 часов.

832. Продолжительность вторичного периода сифилиса:

- А. 6 – 8 недель;
- В. 2 – 3 месяцев;
- С. 6 – 12 месяцев;
- Д. 2 – 3 лет;
- Е. 20 – 30 лет.

833. При раннем скрытом сифилисе реинфекция невозможна:

- А. правильно;
- В. неправильно.

834. Реинфекция при сифилисе не означает повторное развитие первичного сифилиса:

- А. правильно;
- В. неправильно.

835. Папулезные сифилиды характерны для следующего периода сифилиса:

- А. первичный серонегативный;
- В. первичный серопозитивный;
- С. вторичный;
- Д. скрытый;
- Е. третичный.

836. Клиническая характеристика «воротничка» Bielt при сифилисе:

- А. эритематозный ободок по периферии папул;
- В. папулы типа «кольцо в кольце»;
- С. геморрагический фон папул;
- Д. шелушение по периферии папул;
- Е. папулы с приподнятыми краями и плотно сидящими чешуйками в центре.

837. Сифилитическая алопеция характерна для следующего периода сифилиса:

- А. первичный серонегативный;
- В. вторичный (первый эпизод);
- С. вторичный (рецидивы);
- Д. скрытый;
- Е. третичный.



838. Патоморфологический признак бугорковых сифилидов:
- А. микроабсцессы в эпидермисе с наличием нейтрофилов;
  - В. микроабсцессы в эпидермисе с наличием лимфоцитов;
  - С. эозинофильный периваскулярный инфильтрат;
  - Д. инфекционная гранулема;
  - Е. фиброма.
839. Врожденный сифилис представляет собой заболевание:
- А. наследственное;
  - В. обменное;
  - С. инфекционное;
  - Д. аутоиммунное;
  - Е. неопластическое.
840. Диффузная папулезная инфильтрация Hohnsinger характерна для следующей формы сифилиса:
- А. первичный;
  - В. вторичный;
  - С. третичный;
  - Д. ранний врожденный;
  - Е. поздний врожденный.
841. Причина функциональной недостаточности верхних и нижних конечностей при псевдопараличе Раггот у больных врожденным сифилисом:
- А. поражение спинного мозга;
  - В. боль;
  - С. нарушение обмена веществ;
  - Д. пролиферация костной ткани;
  - Е. наследственная.
842. Клиническая характеристика симптома Dubois-Ghissar при врожденном сифилисе:
- А. инфантильный мизинец;
  - В. полидактилия;
  - С. функциональная недостаточность верхних и нижних конечностей;
  - Д. ягодицеобразный череп;
  - Е. дисфония.
843. Характерные клинические и лабораторные признаки позднего скрытого сифилиса:
- А. диссеминированные высыпания;
  - В. отсутствие данных сексуального анамнеза, подтверждающих заражение;
  - С. длительность заболевания до 1 года;
  - Д. высокий титр реактивов;
  - Е. высокий процент иммобилизации бледных трепонем.
844. Реакция иммобилизации бледных трепонем оценивается в:
- А. пульсах;
  - В. оптической плотности;
  - С. условных единицах;
  - Д. абсолютных единицах;
  - Е. процентах.
845. Разовая доза пенициллина для лечения сифилиса у взрослых (ЕД):
- А. 50 000/100 000;
  - В. 200 000/300 000;
  - С. 500 000/1 000 000;
  - Д. 2 000 000/2 400 000;
  - Е. 3 000 000/4 000 000.
846. Разовая доза бензатин-пенициллина для лечения сифилиса у взрослых (ЕД):
- А. 500 000;

- В. 1 000 000;
- С. 1 400 000;
- Д. 2 000 000;
- Е. 2 400 000.

847. Курсовая доза бензатинпенициллина для превентивного лечения сифилиса у взрослых (ЕД):

- А. 600 000;
- В. 1 200 000;
- С. 2 400 000;
- Д. 4 800 000;
- Е. 9 600 000.

848. Курсовая доза бензатинпенициллина для взрослых при первичном сифилисе (ЕД):

- А. 600 000;
- В. 1 200 000;
- С. 2 100 000;
- Д. 4 800 000;
- Е. 9 600 000.

849. Курсовая доза бензатинпенициллина для взрослых при вторичном сифилисе (ЕД):

- А. 6 000 000/1 200 000;
- В. 1 800 000/2 100 000;
- С. 4 800 000/7 200 000;
- Д. 9 600 000/12 000 000;
- Е. 14 400 000/16 800 000.

850. Курсовая доза бензатинпенициллина для взрослых при раннем скрытом сифилисе (ЕД):

- А. 6 000 000/1 200 000;
- В. 1 800 000/2 100 000;
- С. 4 800 000/7 200 000 ;
- Д. 9 600 000/12 000 000;
- Е. 14 400 000/16 800 000.

851. Классификация первичного сифилиса:

- А. скрытый;
- В. серонегативный;
- С. серопозитивный;
- Д. свежий;
- Е. поздний.

852. Клиническая характеристика сифилитической эритематозной ангины:

- А. бессимптомное течение;
- В. нарушение общего состояния (температура, озноб, слабость);
- С. четкая эритема;
- Д. эрозивные папулы;
- Е. дисфония и осиплость голоса.

853. Клиническая характеристика сифилитических бугорков:

- А. асимметричные, плотные, высыпания снюшно-красного цвета;
- В. появление новых бугорков на грубых рубцах;
- С. положительный симптом «яблочного желе» при надавливании зондом;
- Д. наличие жемчужного ободка;
- Е. отсутствие температурной чувствительности;

Соответствующие серологические тесты:

854. Иммунизации трепонем.

А. РПГА – ТРНА;

855. Связывание комплемента.

В. ИФА – ELISA;

856. Иммунофлюоресценции.

С. MPC – VDRL; RPR, MRP;

857. Преципитации. D. РИФ, РИФ-абс. – FTA, FTA-abs;
858. Гемагглютинации. E. РИБТ – TPI (RIT);
859. Иммуноферментный. F. реакция Bordet-Wasserman – RW.
860. Неспецифические серологические реакции (возможно ложно-положительные) при сифилисе:
- A. реакция иммобилизации бледных трепонем – TPI;
  - B. реакция связывания комплемента – Bordet-Wasserman;
  - C. непрякая иммунофлуоресценция – FTA, FTA-abs;
  - D. микрореакции на стекле – VDRL, RPR, MRP (MRS);
  - E. реакция пассивной гемагглютинации – TPHA.
861. Трепонемные серологические тесты:
- A. реакция пассивной гемагглютинации – TPHA;
  - B. иммуноферментный анализ – ELISA;
  - C. непрякая иммунофлуоресценция – FTA, FTA-abs;
  - D. микрореакции на стекле – VDRL, RPR, MRP (MRS);
  - E. реакция иммобилизации бледных трепонем – TPI.
862. Типичный сифилитический твердый шанкр представляет собой:
- A. эрозию;
  - B. трещину;
  - C. экскориацию;
  - D. чешуйку;
  - E. язву.
863. Характерные высыпания третичного сифилиса:
- A. папулы;
  - B. бугорки;
  - C. волдыри;
  - D. узлы;
  - E. пузырьки.
864. Обычные лабораторные методы обследования больных сифилисом:
- A. культуральный метод;
  - B. серологический метод;
  - C. аллергологические тесты;
  - D. микроскопия в темном поле зрения;
  - E. микроскопия мазков, окрашенных по Gram.
865. Длительность лечения ранних форм сифилиса (первичный, вторичный, ранний скрытый):
- A. бензилпенициллин в течение 7 дней;
  - B. бензилпенициллин в течение 14 дней;
  - C. бензилпенициллин в течение 28 дней;
  - D. бензатинпенициллин – 2–3 дозы (1 доза в неделю);
  - E. бензатинпенициллин – 4–5 доз (1 доза в неделю).
866. Глубокие пустулезные сифилиды:
- A. импетигиозные;
  - B. оспеновидные;
  - C. акнеиформные;
  - D. эктиматозные;
  - E. рупиоидные.
867. Характерные клинические и лабораторные признаки раннего скрытого сифилиса:
- A. сифилитическая алоpecia и лейкодерма;
  - B. бессимптомное течение;
  - C. давность заболевания до 2 лет;
  - D. высокий титр реактивов;

- Е. высокий уровень иммобилизации бледных трепонем.
868. Профилактическое противосифилитическое лечение назначается в следующих случаях:
- А. детям, рожденным от больных матерей;
  - В. больным скрытым сифилисом;
  - С. здоровым лицам, если с момента последнего контакта с больным сифилисом прошло не более 2 месяцев;
  - Д. бытовым контактам больных сифилисом;
  - Е. беременным, получившим лечение по поводу сифилиса и находящихся на клинико-серологическом контроле.
869. Характеристика сифилитического твердого шанкра:
- А. эрозивно-язвенное образование с нечеткими краями;
  - В. наличие плотно-эластического инфильтрата у основания;
  - С. серозное отделяемое на поверхности;
  - Д. болезненное образование;
  - Е. постоянно кровоточащее, эрозивно-язвенное образование.
870. Преимущественная локализация широких кондилом:
- А. крупные складки;
  - В. разгибательная поверхность конечностей;
  - С. перианальная область;
  - Д. перигенитальная область;
  - Е. ладони и подошвы.
871. Морфологические типы *Treponema pallidum*:
- А. диплококки;
  - В. споры;
  - С. спираль;
  - Д. цисты;
  - Е. L-формы.
872. Характерные клинические признаки сифилитического шанкра-амигдалита:
- А. эрозивно-язвенные высыпания;
  - В. одностороннее поражение;
  - С. четкие края;
  - Д. болезненность при глотании;
  - Е. регионарный лимфаденит.
873. Проба Baltzer для сифилитической розеола положительная:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
874. Характерные высыпания вторичного сифилиса:
- А. распространенные эритематозные бляшки;
  - В. папулезные и пустулезные высыпания;
  - С. твердый шанкр;
  - Д. гуммозные высыпания;
  - Е. алопеция и лейкодерма.
875. В начале первичного сифилиса реакция связывания комплемента отрицательная:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
876. Обычный метод обследования больных с первичным серо-негативным сифилисом:
- А. серологический;
  - В. культуральный;
  - С. микроскопия в темном поле зрения;
  - Д. микроскопия мазков, окрашенных по Gram;
  - Е. аллергологические тесты.
877. Характерные клинические признаки первичного сифилиса:

- А. эритематозная ангина;
  - В. твердый шанкр;
  - С. эрозивные папулы;
  - Д. регионарный лимфаденит;
  - Е. специфический лимфангит.
878. Атипичные формы твердого шанкра:
- А. индуративная эритема;
  - В. индуративный отек;
  - С. шанкр-панариций;
  - Д. шанкр-амигдалит;
  - Е. фagedенизм.
879. Клиническая характеристика сифилитической эктимы:
- А. эрозия, покрытая серозной коркой;
  - В. эрозивная папула с фибринозным налетом;
  - С. язва, покрытая плотно сидящей коркой;
  - Д. язва, покрытая многослойной, неплотно сидящей, конической коркой;
  - Е. язвенный твердый шанкр.
880. Давность сифилиса при наличии рупии составляет не менее одного года:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
881. Высыпания характерные для злокачественного течения сифилиса:
- А. множественные розеолезные высыпания;
  - В. миллиарные папулы;
  - С. лентикулярные папулы;
  - Д. гипертрофированные папулы;
  - Е. рупии и эктимы.
882. Клинические формы сифилитической алопеции:
- А. гнездная;
  - В. диффузная;
  - С. себорейная;
  - Д. круговидная;
  - Е. офиазис.
883. Достоверные клинические признаки позднего врожденного сифилиса:
- А. кератит;
  - В. седловидный нос;
  - С. лабиринтит ;
  - Д. аномалии верхних средних резцов;
  - Е. аномалия первого верхнего моляра.
884. Триада Hutchinson не является достоверным признаком позднего врожденного сифилиса:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
885. Клинические и лабораторные данные, подтверждающие диагноз третичного сифилиса:
- А. гуммы и бугорки;
  - В. розеола и множественные папулы;
  - С. поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и нервной системы;
  - Д. высокий титр реактивов;
  - Е. высокий уровень иммобилизации бледных трепонем.

886. Гангренозный твердый шанкр при сифилисе возникает в результате присоединения анаэробной флоры:

- А. правильно;
- В. неправильно.

887. Клиническая характеристика лимфатических узлов при сифилитическом лимфадените:

- А. мягкая консистенция;
- В. склонность к размягчению;
- С. подвижные и не спаянные с окружающей тканью
- Д. безболезненные;
- Е. множественное поражение.

888. Преимущественная локализация сифилитической лейкодермы:

- А. боковая и задняя поверхность шеи;
- В. боковая поверхность туловища;
- С. лицо;
- Д. половые органы;
- Е. ладони и подошвы.

889. Характерные признаки сифилитической розеолы:

- А. сосудистые пятна невоспалительного характера (телеангиэктазии);
- В. сосудистые пятна воспалительного характера размером 5–10 мм;
- С. сосудистые пятна воспалительного характера размером 5–10 см;
- Д. геморрагические пятна;
- Е. дисхромичные пятна.

890. Преимущественная локализация сифилитической розеолы:

- А. лицо;
- В. половые органы;
- С. ладони и подошвы;
- Д. крупные складки;
- Е. боковая поверхность туловища.

891. Клинические и лабораторные данные, подтверждающие диагноз вторичного сифилиса:

- А. наличие одностороннего регионарного лимфаденита;
- В. наличие высыпаний;
- С. наличие твердого шанкра;
- Д. наличие алопеции и лейкодермы;
- Е. высокий уровень иммобилизации бледных трепонем.

892. Осложнения твердого шанкра у мужчин:

- А. баланит и баланопостит;
- В. фимоз и парафимоз;
- С. индуративный отек;
- Д. гангренозный твердый шанкр;
- Е. шанкр-амигдалит.

893. Клинические разновидности папулезных сифилидов:

- А. милиарные;
- В. лентикулярные;
- С. нуммулярные;
- Д. остроконечные кондиломы;
- Е. широкие кондиломы.

894. Возможный исход беременности у больной сифилисом:

- А. спонтанный аборт;
- В. преждевременные роды мертворождением или нежизнеспособным ребенком;

- С. преждевременные роды или в срок ребенка, с последующим появлением высыпаний характерных для раннего или позднего врожденного сифилиса;
- Д. роды в срок здоровым ребенком, в последующем со скрытым сифилисом;
- Е. роды в срок здоровым ребенком, которому не показано профилактическое лечение.

895. Не обязательно информировать полового партнера больного сифилисом о наличии заболевания:

- А. правильно;
- В. неправильно

896. Пути заражения сифилисом:

- А. прямой контакт (половой, неполовой);
- В. непрямой контакт;
- С. переливание крови;
- Д. через плаценту;
- Е. генетический (наследственный).

897. Характерные клинические признаки вторичного рецидивного сифилиса:

- А. твердый шанкр;
- В. односторонний регионарный лимфаденит;
- С. обильная и симметричная розеола;
- Д. широкие кондиломы;
- Е. алопеция и лейкодерма.

898. Папулезные сифилиды на слизистой оболочке, как обычно, не эрозируются:

- А. правильно;
- В. неправильно.

899. Условия для развития скрытого течения сифилиса:

- А. повышение специфической реактивности;
- В. снижение специфической реактивности;
- С. наличие серологической анергии (феномен прозоны);
- Д. повышение специфического иммунитета;
- Е. снижение специфического иммунитета.

900. Характерные клинические признаки врожденного сифилиса грудного возраста:

- А. остеохондриты и остеопериоститы;
- В. специфический насморк;
- С. твердый шанкр;
- Д. пузырьчатка на ладонях и подошвах;
- Е. диффузная папулезная инфильтрация Hohnsinger.

901. Длительность клинико-серологического контроля у больных с нормальным естественным иммунитетом, получивших адекватное противосифилитическое лечение (в месяцах):

- А. 1;
- В. 2 – 3;
- С. 6 – 12;
- Д. 18 – 24;
- Е. не проводится.

902. Снижение в 4 раза титра неспецифических серологических реакций при проведении клинико-серологического контроля свидетельствует об эффективности проведенного лечения больным свежими формами сифилиса:

- А. правильно;
- В. неправильно.

903. Резистентность к пенициллину не характерна для *Treponema pallidum*:

- А. правильно;
- В. неправильно.

## Гонорея

904. *Neisseria gonorrhoeae* представляет собой грамм-положительный кокк:  
А. правильно;  
В. неправильно.
905. *Neisseria gonorrhoeae* представляет собой анаэроб:  
А. правильно;  
В. неправильно.
906. *Neisseria gonorrhoeae* представляет собой диплококк:  
А. правильно;  
В. неправильно.
907. Обнаружение грамм-отрицательных, расположенных внеклеточно диплококков является патогномоничным признаком гонореи:  
А. правильно;  
В. неправильно.
908. Патогенетическая роль пилей гонококков:  
А. снижают эффект прилипания к эпителию;  
В. усиливают фагоцитоз нейтрофилов и антиген-представляющих клеток;  
С. участвуют в переносе метаболитов и генетического материала (плазмиды);  
D. осуществляют гемагглютинацию лейкоцитов и эритроцитов;  
Е. индуцируют иммунный ответ.
909. Атипичные формы гонококка:  
А. В-форма;  
В. А-форма;  
С. L-форма;  
D. сферопласт;  
Е. диплококк.
910. Клинико-эволютивные формы гонореи:  
А. первичная;  
В. хроническая;  
С. вторичная;  
D. третичная;  
Е. острая.
911. Характерные клинические признаки хронического гонококкового простатита:  
А. простаторея;  
В. признаки тотального уретрита;  
С. неравномерное увеличение долей простаты;  
D. выраженная средняя борозда простаты при пальпации;  
Е. умеренная болезненность при пальпации.
912. При гонорее первично поражаются следующие органы:  
А. уретра;  
В. прямая кишка;  
С. конъюнктив;  
D. миндалины;  
Е. кожа.
913. Клинические формы нисходящей гонореи у женщин:  
А. эндометрит;  
В. пельвиоперитонит;  
С. бартолинит;  
D. вульвовагинит;  
Е. цистит.



914. Линические формы восходящей гонореи у женщин:
- A. аднексит;
  - B. вестибулит;
  - C. вульвит;
  - D. пиелонефрит;
  - E. цистит.
915. Основной лабораторный метод исследования для подтверждения диагноза гонореи:
- A. микроскопический;
  - B. посев на селективные среды;
  - C. серологический;
  - D. кожные пробы;
  - E. биопсия.
916. Селективные среды для выделения культуры гонококков:
- A. Muller-Hinton;
  - B. Feinberg-Whittington;
  - C. Sabouraud;
  - D. Thayer-Martin;
  - E. Lowenstein.
917. Средняя продолжительность инкубационного периода гонореи:
- A. 6 – 12 часов;
  - B. 15 – 24 часов;
  - C. 2 – 5 дней;
  - D. 7 – 10 дней;
  - E. 21 – 30 дней.
918. Препарат для специфической иммунотерапии гонореи:
- A. пирогенал;
  - B. левамизол;
  - C. изопринозин;
  - D. гонококковая вакцина;
  - E. стафилококковый анатоксин.
919. Диагностическая проба для определения распространенности гонококкового уретрита у мужчин:
- A. Baltzer;
  - B. Wickham;
  - C. Thompson;
  - D. Auspitz;
  - E. Tzanck.
920. Результаты двустаканной пробы у мужчин при остром переднем гонококковом уретрите:
- A. прозрачная I порция;
  - B. мутная I порция;
  - C. прозрачная II порция;
  - D. мутная II порция;
  - E. терминальная гематурия во II порции.
921. Обычные методы окраски гонококков для микроскопического исследования:
- A. Romanovsky-Giemsa;
  - B. Gram;
  - C. Ziehl-Nielsen;
  - D. раствор метиленовой сини;
  - E. темное поле зрения.
922. По распространенности гонококковый уретрит у мужчин подразделяется на:
- A. наружный;

- В. передний;
  - С. диссеминированный;
  - Д. внутренний;
  - Е. тотальный.
923. Уретральные осложнения хронической гонореи у мужчин:
- А. тизониты;
  - В. литреиты;
  - С. скенииты;
  - Д. бартолиниты;
  - Е. морганиты.
924. Первично при гонорее мочеполового тракта у женщин поражаются:
- А. наружные половые органы;
  - В. влагалище;
  - С. шейка матки;
  - Д. эндометрий;
  - Е. уретра.
925. Первично при экстрагенитальных формах гонореи поражаются:
- А. глотка и миндалины;
  - В. кожа;
  - С. прямая кишка;
  - Д. конъюнктива;
  - Е. губы.
926. Для гонококковой инфекции характерно поражение следующего вида эпителия:
- А. многослойный плоский ороговевающий;
  - В. однослойный плоский ороговевающий;
  - С. цилиндрический;
  - Д. кубический;
  - Е. все вышеперечисленные.
927. Контроль излеченности гонореи у мужчин проводится после окончания лечения через:
- А. 1 – 2 дня;
  - В. 7 – 10 дня;
  - С. 2 – 3 месяца;
  - Д. 3 – 4 месяца;
  - Е. не проводится.
928. Контроль излеченности гонореи у женщин проводится (после окончания лечения):
- А. на 1 – 2 день;
  - В. на 7 – 10 день;
  - С. в течение 2 менструальных циклов после первого контроля;
  - Д. в течение 4 менструальных циклов после первого контроля;
  - Е. не проводится.
929. Характерные клинические признаки острого переднего гонококкового уретрита у мужчин:
- А. беловато-желтые, пенистые, жидкие, с неприятным запахом выделения;
  - В. обильные, гнойные, желто-зеленые, густые выделения;
  - С. болезненность и жжение в конце мочеиспускания;
  - Д. частое, императивное мочеиспускание с тенезмами;
  - Е. отек и сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала.
930. Пути заражения гонореей:
- А. трансплацентарный;
  - В. интранатальный;
  - С. прямой (половой);

- Д. не прямой (бытовой);
  - Е. воздушно-капельный.
931. Клинико-морфологические формы гонококкового простатита:
- А. инфильтративный;
  - В. катаральный;
  - С. фолликулярный;
  - Д. glandулярный;
  - Е. паренхиматозный.
932. Клинико-эволютивные формы гонококкового простатита:
- А. свежая;
  - В. острая;
  - С. молниеносная;
  - Д. торпидная;
  - Е. хроническая.
933. Характерные клинические признаки острого тотального гонококкового уретрита у мужчин:
- А. обильные, желто-зеленые, пенистые, прозрачные, с неприятным запахом выделения;
  - В. болезненность и жжение в начале мочеиспускания;
  - С. частое, императивное мочеиспускание с тенезмами;
  - Д. терминальная гематурия;
  - Е. болезненные и частые эрекции, гемоспермия.
934. Местные осложнения гонококкового уретрита:
- А. баланит;
  - В. баланопостит;
  - С. простатит;
  - Д. фимоз;
  - Е. парафимоз.
935. Уретроскопические формы хронического гонококкового уретрита у мужчин:
- А. инфильтративный;
  - В. десквамативный;
  - С. гранулярный;
  - Д. glandулярный;
  - Е. торпидный.
936. Методы лабораторной диагностики гонорей:
- А. микроскопия окрашенных мазков;
  - В. посевы на избирательные среды;
  - С. серологическая диагностика;
  - Д. кожные пробы;
  - Е. биопсия.
937. Осложнения гонорей у мужчин со стороны половых органов:
- А. эпидидимит и фуникулит;
  - В. орхит;
  - С. баланопостит;
  - Д. литреит и морганит;
  - Е. простатит.
938. Экстагенитальные осложнения гонорей у мужчин:
- А. артрит;
  - В. эндокардит;
  - С. перигепатит;
  - Д. простатит;
  - Е. эпидидимит.

939. Экстагенитальные формы гонореи:

- A. офтальмия;
- B. пельвиоперитонит;
- C. простатит;
- D. фарингит;
- E. проктит.

Соответствующие методы провокации при гонорее:

940. Биологическая. A. инстиляции уретры раствором нитрата серебра, протаргола и др;

941. Алиментарная. B. обследование после менструации;

942. Механическая. C. бужирование уретры, уретроскопия;

943. Химическая. D. гонококковая вакцина;

944. Физиологическая. E. употребление пива, соленой и острой пищи.

945. Целесообразный метод лечения острой гонореи:

- A. антибиотики;
- B. гонококковая вакцина;
- C. иммуностимуляторы;
- D. витамины;
- E. местное лечение.

946. Методы лечения хронической гонореи:

- A. антибиотики;
- B. гонококковая вакцина;
- C. иммуностимуляторы;
- D. цитостатики;
- E. местное лечение.

947. Местное лечение при острой гонорее не проводится:

- A. правильно;
- B. неправильно.

948. *Neisseria gonorrhoeae* не вырабатывает устойчивость к антибиотикам:

- A. правильно;
- B. неправильно.

949. Для одномоментного лечения гонореи используются следующие препараты:

- A. цефтриаксон;
- B. офлоксацин;
- C. доксициклин;
- D. пенициллин;
- E. спектиномицин.

950. Эффективные антибактериальные препараты для лечения гонореи:

- A. метронидазол;
- B. ко-тримоксазол;
- C. клотримазол;
- D. ципрофлоксацин;
- E. азитромицин.

951. Основными носителями асимптомных форм гонореи являются мужчины:

- A. правильно;
- B. неправильно.

952. При гонорее девочек поражаются:

- A. уретра;
- B. эндометрий;
- C. наружные половые органы;
- D. шейка матки;
- E. влагалище.

## Трихомониаз

953. Возбудитель трихомониаза представляет собой:

- A. бактерию;
- B. вирус;
- C. простейшее;
- D. гриб;
- E. клещ.

954. Средняя продолжительность инкубационного периода трихомониаза (в днях):

- A. 1 – 2;
- B. 3 – 5;
- C. 7 – 10;
- D. 20 – 30;
- E. 35 – 60.

955. Возбудитель уро-генитального трихомониаза:

- A. *Trichomonas hominis*;
- B. *Trichomonas tenax*;
- C. *Trichomonas vaginalis*;
- D. *Haemophilus vaginalis*;
- E. *Gardnerella vaginalis*.

956. Оптимальная среда (pH) для возбудителя трихомониаза:

- A. 1,2 – 2,2;
- B. 2,3 – 3,7;
- C. 3,8 – 4,4;
- D. 4,9 – 7,5;
- E. 7,6 – 8,6.

957. В дистиллированной воде возбудитель трихомониаза погибает:

- A. правильно;
- B. неправильно.

958. Возбудитель трихомониаза поражает цилиндрический эпителий:

- A. правильно;
- B. неправильно.

959. Эффективные препараты для общего лечения трихомониаза:

- A. клотримазол;
- B. метронидазол;
- C. мебендазол;
- D. тинидазол;
- E. орнидазол.

960. Эффективные препараты для местного лечения трихомониаза:

- A. анузол;
- B. атемизол;
- C. метронидазол;
- D. клотримазол;
- E. дистиллированная вода.

961. Первично при трихомониазе у женщин поражаются:

- A. влагалище;
- B. шейка матки;
- C. уретра;
- D. железы Bartholin и Skene;
- E. наружные половые органы.

962. Первично при трихомониазе у мужчин поражаются:

- А. уретра;
- В. головка полового члена;
- С. крайняя плоть;
- Д. прямая кишка;
- Е. все вышеперечисленные.

963. Основные клинические признаки трихомониаза у мужчин:

- А. обильные, гнойные, густые выделения из уретры;
- В. прозрачные, скудные выделения из уретры;
- С. сужение и отек наружного отверстия уретры;
- Д. чувство жжения и дискомфорта при мочеиспускании;
- Е. болезненные эрозии на головке полового члена и крайней плоти

964. Основные клинические признаки трихомониаза у женщин:

- А. жжение во влагалище;
- В. желто-зеленые, густые выделения;
- С. жидкие, пенистые, беловато-желтые выделения;
- Д. неприятный запах выделений;
- Е. эритема и отек наружных половых органов.

965. Препараты для лечения острой смешанной инфекции моче-полового тракта (гонорея + трихомониаз):

- А. доксициклин;
- В. пирогенал;
- С. гонококковая вакцина;
- Д. метронидазол;
- Е. антисептические средства (местно).

966. Препараты для лечения смешанной инфекции моче-полового тракта (гонорея + трихомониаз + кандидоз) у женщин:

- А. метронидазол для общего лечения;
- В. доксициклин для общего лечения;
- С. флуконазол для общего лечения;
- Д. мебендазол для общего лечения;
- Е. клотримазол для местного лечения.

967. Лечение гонореи предшествует лечению трихомониаза:

- А. правильно;
- В. неправильно.

### **Негонорейные заболевания моче-полового тракта, обусловленные *Chlamydia* и *Mycoplasma***

968. Заболевания, обусловленные хламидиями:

- А. трахома;
- В. венерическая гранулема;
- С. венерический лимфогранулематоз;
- Д. фтириаз;
- Е. пситтакоз и орнитоз.

969. Длительность инкубационного периода (в днях) хламидиозного уретрита:

- А. 1 – 2;
- В. 3 – 5;
- С. 7 – 14;
- Д. 20 – 30;
- Е. 35 – 45.

970. Клинические формы уро-генитального хламидиоза у женщин:
- A. вульвовагинит;
  - B. уретрит;
  - C. цервицит;
  - D. пельвиоперитонит;
  - E. эндометрит.
971. Клинические формы уро-генитального хламидиоза у мужчин:
- A. пельвиоперитонит;
  - B. перигепатит;
  - C. уретрит;
  - D. простатит;
  - E. эпидидимит.
972. Основные методы лабораторного обследования больных уро-генитальным хламидиозом:
- A. транскрипционная амплификация и полимеразная реакция;
  - B. посевы на неклеточные среды;
  - C. посевы на клеточные среды;
  - D. прямая и непрямая иммунофлуоресценция;
  - E. иммуно-ферментный анализ (ELISA).
973. Эффективные антибиотики для лечения хламидиоза:
- A. офлоксацин;
  - B. пенициллин;
  - C. спектиномицин;
  - D. доксициклин;
  - E. азитромицин.
974. Антигены гистосовместимости для синдрома Reiter:
- A. HLA-DR2;
  - B. HLA-DR4;
  - C. HLA-B8;
  - D. HLA-B27;
  - E. HLA-A1.
975. Основные клинические признаки синдрома Reiter:
- A. конъюнктивит;
  - B. артрит;
  - C. паховый лимфаденит;
  - D. уретрит;
  - E. лабиринтит.
976. Дополнительные клинические признаки синдрома Reiter:
- A. алопеция;
  - B. псориазиформные высыпания;
  - C. эрозивные высыпания в полости рта;
  - D. эрозивные высыпания на половых органах;
  - E. дистрофии ногтей.
977. Препараты для лечения синдрома Reiter:
- A. пенициллины и цефалоспорины;
  - B. тетрациклины и макролиды;
  - C. нестероидные противовоспалительные средства;
  - D. кортикостероиды;
  - E. цитостатики.
978. Виды микоплазм, вызывающие воспалительные заболевания моче-полового тракта:
- A. *Mycoplasma orale*;
  - B. *Mycoplasma hominis*;

- C. *Mycoplasma genitalium*;
  - D. *Mycoplasma salivarium*;
  - E. *Ureaplasma urealyticum*.
979. Микоплазмы являются сапрофитами человека и вызывают заболевание при определенных условиях:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
980. Выделение культуры микоплазм возможно только на клеточных средах:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
981. Эффективные антибиотики для лечения урогенитальной инфекции, вызванной микоплазмами:
- A. пенициллины;
  - B. цефалоспорины;
  - C. тетрациклины;
  - D. макролиды;
  - E. фторхинолоны.

### ВИЧ-инфекция

982. Вирус иммунодефицита человека представляет собой:
- A. Parovavirus;
  - B. Herpesvirus;
  - C. Parvovirus;
  - D. Paramyxovirus;
  - E. Retrovirus.
983. Биохимический состав вируса иммунодефицита человека:
- A. ДНК;
  - B. РНК;
  - C. белки;
  - D. гликопротеины;
  - E. липиды.
984. Клетки-мишени для вируса иммунодефицита человека:
- A. макрофаги;
  - B. клетки Langerhans;
  - C. лимфоциты T helper;
  - D. цитотоксические лимфоциты T;
  - E. моноциты.
985. Специфические клеточные рецепторы для вируса иммунодефицита человека:
- A. CD2+;
  - B. CD4+;
  - C. CD8+;
  - D. CD19+;
  - E. CD28+.
986. ВИЧ передается:
- A. половым путем;
  - B. через инструменты, шприцы и нестерильные иглы;
  - C. путем переливания зараженной крови;
  - D. через плаценту или молоко матери;
  - E. через укусы насекомых.
987. Для заражения ВИЧ-инфекцией имеют значение следующие биологические среды:
- A. слюна;
  - B. кровь;



- С. слезы;
  - Д. сперма;
  - Е. отделяемое цервикального канала.
988. Длительность инкубационного периода ВИЧ-инфекции:
- А. 1 – 2 недели;
  - В. 3 – 12 недель;
  - С. 4 – 6 месяцев;
  - Д. 8 – 10 месяцев;
  - Е. 12 – 24 месяцев.
989. Сероконверсия при ВИЧ-инфекции характеризуется следующими данными:
- А. снижение количества лимфоцитов Т4;
  - В. соотношение лимфоцитов Т4/Т8 -1:1;
  - С. выявление в крови белка р24;
  - Д. выявление антител анти-ВИЧ;
  - Е. отсутствие антител анти-ВИЧ.
990. Среди первичных проявлений ВИЧ-инфекции поражение кожи не является характерным:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
991. Дерматоз, наиболее часто встречающийся при ВИЧ-инфекции:
- А. эксфолиативный дерматит;
  - В. себорейный дерматит;
  - С. контактный дерматит;
  - Д. атопический дерматит;
  - Е. герпетиформный дерматит Dühring.
992. Клинические признаки первичных проявлений ВИЧ-инфекции (острый ретровирусный синдром)
- А. саркома Кароси;
  - В. псевдогриппозный и псевдомононуклеозный синдром;
  - С. генерализованная персистирующая лимфаденопатия;
  - Д. кандидоз с поражением пищевода, бронхов, легких;
  - Е. кореподобная сыпь.
993. Характерные клинические проявления пред-СПИДА:
- А. персистирующие и рецидивирующие стоматиты, вызванные *Candida albicans*;
  - В. генерализованные, симметричные формы опоясывающего лишая;
  - С. распространенные, затяжные формы простого пузырькового лишая;
  - Д. саркома Кароси;
  - Е. волосатая лейкоплакия языка.
994. Характерные клинические проявления манифестной стадии СПИДа:
- А. висцеральный кандидоз с поражением пищевода, глотки, трахеи, бронхов и легких;
  - В. орофарингиальный кандидоз;
  - С. диссеминированный криптококкоз;
  - Д. внелегочной и легочной туберкулез;
  - Е. саркома Кароси.
995. Сосудистая опухоль характерная для СПИДа:
- А. спиналиома;
  - В. базалиома;
  - С. саркома Кароси;
  - Д. Т-лимфома;
  - Е. В-лимфома.

996. Характерные анамнестические и клинические данные эпидемической формы саркомы Kaposi:

- A. болеют чаще женщины;
- B. характерна для гетеросексуалов;
- C. начало в молодом возрасте;
- D. высыпания расположены на лице, туловище, слизистой оболочке;
- E. агрессивное течение.

997. Типичные высыпания при саркоме Kaposi:

- A. пустула;
- B. узел;
- C. пузырь;
- D. пятно;
- E. волдырь.

998. Лабораторные методы исследования для выявления больных, подтверждения диагноза и выбора лечения ВИЧ-инфекции:

- A. цитодиагностика Tzanck;
- B. посевы на искусственные (неклеточные) среды;
- C. иммуноферментный тест (Elisa);
- D. полимеразная цепная реакция (PCR);
- E. тест Western-Blot.

999. Специфические иммунные нарушения при ВИЧ-инфекции:

- A. преимущественное снижение лимфоцитов T8;
- B. снижение коэффициента T4/T8 (ниже 1,3-1);
- C. снижение или отсутствие гиперчувствительности замедленного типа;
- D. повышение уровня спонтанной секреции иммуноглобулинов;
- E. повышение синтеза интерферонов.

1000. Анти-ретровирусные химиотерапевтические препараты, применяемые при ВИЧ-инфекции:

- A. нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы;
- B. нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы;
- C. нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы;
- D. ингибиторы липазы;
- E. ингибиторы протеазы.

1001. Специфические анти-ретровирусные препараты, применяемые при ВИЧ-инфекции:

- A. ацикловир;
- B. фоскарнет;
- C. индинавир;
- D. зидовудин;
- E. невирапин.