Федеральное государственное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

им. проф. В.И. Прохоренкова

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

сборник тестовых заданий с эталонами ответов

для ординаторов, обучающихся по специальности

31.08.32. – Дерматовенерология

Красноярск

2018

УДК 616.5(076.1)

ББК 55.8

Д 36

Составители: д.м.н., проф. Карачева Ю.В.

к.м.н., доц. Яковлева Т.А.

Рецензенты**:**

зав. кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,

д.м.н., профессор Тихонова Е.П.

зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, д.м.н., профессор Харьков Е.И.

**Дерматовенерология:** сб. тестовых заданий с эталонами ответов для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32. –Дерматовенерология / сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева. – Красноярск :

тип. КрасГМУ, 2018. – 164 с.

Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.32. –Дерматовенерология; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.32. –Дерматовенерология.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.)

УДК 616.5(076.1)

ББК 55.8

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Оценочные средства | | Эталон ответа | Уровень применения | | Код формируемой компетенции | |
| 001  002  003  004  005  006  007  008  009  010  011  012  013  014  015  016  017  018  019  020  021  022  023  024  025  026  027  028  029  030  031  032  033  034  035  036  037  038  039  040  041  042  043  044  045  046  047  048  049  050  051  052  053  054  055  056  057  058  059  060  061  062  063  064  065  066  067  068  069  070  071  072  073  074  075  076  077  078  079  080  081  082  083  084  085  086  087  088  089  090  091  092  093  094  095  096  097  098  099  100  101  102  103  104  105  106  107  108  109  110  111  112  13  114  115  116  117  118  119  120  121  122  123  124  125  126  127  128  129  130  131  132  133  134  135  136  137  138  139  140  141  142  143  144  145  146  147  148  149  150  151  152  153  154  155  156  157  158  159  160  161  162  163  164  165  166  167  168  169  170  171  172  173  174  175  176  177  178  179  180  181  183  183  184  185  186  187  188  189  190  191  192  193  194  195  196  197  198  199  200  201  202  203  204  205  206  207  208  209  210  211  212  213  214  215  216  217  218  219  220  221  222  223  224  225  226  227  228  229  230  231  232  233  234  235  236  237  238  239  240  241  242  243  244  245  246  247  248  249  250  251  252  253  254  255  256  257  258  259  260  261  262  263  264  265  266  267  268  269  270  271  272  273  274  275  276  277  278  279  280  281  282  283  284  285  286  287  288  289  290  291  292  293  294  295  296  297  298  299  300  301  302  303  304  305  306  307  308  309  310  311  312  313  314  315  316  317  318  319  320  321  322  323  324  325  326  327  328  329  300  331  332  333  334  335  336  337  338  339  340  341  342  343  344  345  346  347  348  349  350  351  352  353  354  355  356  57  358  359  360  361  362  363  364  365  366  367  368  369  370  371  372  373  374  375  376  377  378  379  380  381  382  383  384  385  386  387  388  389  390  391  392  393  394  395  396  397  398  399  400  401  402  403  404  405  406  407  408  409  410  411  412  413  414  415  416  417  418  419  420  421  422  423  24  425  426  427  428  429  430  431  32  433  434  435  436  437  438  439  440  441  442  443  444  445  446  447  448  449  450  451  452  453  454  455  456  457  458  459  460  461  462  463  464  465  466  467  468  469  470  471  472  473  474  475  476  477  478  479  480  481  482  483  484  485  486  487  488  489  490  491  492  493  494  495  496  497  498  499  500  501  502  503  504  505  506  507  508  509  510  511  512  513  514  515  516  517  518  519  520  521  522  523  524  525  526  527  528  529  530  531  532  533  534  535  536  537  538  539  540  541  542  543  544  545  546  547  548  549  550  551  552  553  554  555  556  557  558  559  560  561  562  563  564  565  566  567  568  569  570  571  572  573  574  575  576  577  578  579  580  581  582  583  584  585  586  587  588  589  590  591  592  593  594  595  596  597  598  599  600  601  602  603  604  605  606  607  608  609  610  611  612  613  614  615  616  617  618  619  620  621  622  623  624  625  626  627  628  629  630  631  632  633  634  635  636  637  638  639  640  641  642  643  644  645  646  647  648  649  650  651  652  653 | СТРУКТУРА РАБОТЫ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ  1) приказом МЗ РФ от 30 июля 2001 года №291 « О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»  2) приказом МЗ РФ «Организация серологической помощи»  3) перечнем стандартов медицинской помощи больным при различных заболеваниях  4) основами законодательства РФ об охране здоровья граждан  5) проблемами формирования единой системы стандартизации в здравоохранении  КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР ОБЯЗАН  1) своевременно и качественно оказывать специализированную дерматовенерологическую помощь населению  2) организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия по предотвращению распространения ИППП и заразных кожных заболеваний  3) обеспечивать весь комплекс профилактических, диагностических и лечебно - реабилитационных мероприятий больным дерматовенерологического профиля  4) своевременно оказывать специализированную помощь , организовывать, проводить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия  5) нет правильного ответа  СТРУКТУРА ДИСПАНСЕРА  1) амбулаторное и стационарное отделения  2) организационно - методический отдел  3) отдел первичной профилактики  4) диагностическая лаборатория  5) амбулаторное, стационарное отделения; организационно – методический и первичной профилактики отделы, диагностическая лаборатория  ДИСПАНСЕРНЫЙ МЕТОД РАБОТЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ  1) ежегодный медицинский осмотр с проведением определенного объема лабораторного исследований  2) дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики  3) выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующих возникновению и развитию заболевания  4) выявление заболеваний на ранних стадиях  5) ежегодный медицинский осмотр с проведением лабораторного исследования; дообследование нуждающихся; выявление лиц с факторами риска и заболеваний  ОБЯЗАННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ДИСПАНСЕРА  1) розыск контактов заболевших ИППП  2) привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП  3) передача данных о контактах заболевших ИППП в полицию  4) розыск контактов заболевших ИППП; привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП  5) розыск контактов заболевших ИППП; привлечение к обследованию контактов заболевших ИППП; передача данных о контактах заболевших ИППП в полицию  ЗАДАЧИ ОТДЕЛА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ  1) предупреждение распространения ИППП  2) предупреждение развития болезней и их осложнений  3) уменьшение риска ВИЧ-инфицирования  4) предупреждение распространения ИППП, предупреждение развития болезней и их осложнений, уменьшение риска ВИЧ-инфицирования  5) лечение больных  КЛАССЫ ИЗ ПЕРЕЧНЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ  1) класс I  2) класс II  3) класс XII  4) класс XIV  5) классы I, II, XII, XIV  К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ  1) полнота трудоустройства нуждающихся больных  2) полнота охвата больных противорецидивным лечением  3) полнота охвата больных стационарным лечением  4) полнота охвата больных санаторно-курортным лечением  5) полнота охвата больных лабораторным обследованием  ПРАВИЛЬНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ КАК НАУКИ ЯВЛЯЕТСЯ  1) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении  2) социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения  3) социальная гигиена – система мероприятий по охране здоровья населения  4) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении; социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения; социальная гигиена – система мероприятий по охране здоровья населения  5) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении; социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения  1.2. Основы законодательства о здравоохранении.  Основы медицинского страхования  ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ  1) виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно  2) медицинскую помощь, предоставляемую в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования  3) медицинскую помощь, предоставляемую за счет средств бюджетов всех уровней  4) нормативы объемов медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования Программы  5) нормативы объемов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования Программы  БЕСПЛАТНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  1) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц  2) амбулаторно-поликлиническая помощь  3) стационарная помощь  4) скорая медицинская помощь; амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь  5) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц; амбулаторно-поликлиническая помощь.  В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ  1) амбулаторно-поликлиническая помощь  2) стационарная помощь  3) медицинская помощь при беременности, родах и в послеродовый период  4) медицинская помощь при абортах и отдельных состояниях, возникших в перинатальный период  5) амбулаторно-поликлиническая,стационарная помощь; медицинская помощь при беременности, родах, при абортах и состояниях в перинатальный период  МЕРОПРИЯТИЯ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ  1) профилактика заболеваний  2) диспансерное наблюдение  3) диспансерное наблюдение здоровых детей  4) профилактика абортов  5) профилактика заболеваний; диспансерное наблюдение; диспансерное наблюдение здоровых детей; профилактика абортов  В ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НЕ ВХОДИТ СТАТЬЯ  1) Статья 30. Права пациента  2) Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья  3) Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство  4) Статья 37. Медицинская стерилизация  5) Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан  СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СТАТЬЕЙ  1) Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью  2) Статья 55. Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности  3) Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой  4) Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности  5) Статья 58. Лечащий врач  СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ  1) медицинское учреждение  2) гражданин  3) орган управления здравоохранением  4) медицинское учреждение; гражданин  5) медицинское учреждение; гражданин; орган управления здравоохранением  В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВХОДЯТ  1) перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС  2) стоимость различных видов медицинской помощи  3) организация добровольного медицинского страхования  4) перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС; стоимость различных видов медицинской помощи  5) перечень, виды и объем медицинских услуг, осуществляемые за счет средств ОМС; стоимость различных видов медицинской помощи; организация добровольного медицинского страхования  ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) медицинская помощь больным на дому  2) лечебно-диагностическое обслуживание населения  3) профилактическая работа  4) медицинская помощь больным на дому; лечебно-диагностическое обслуживание населения  5) медицинская помощь больным на дому; лечебно-диагностическое обслуживание населения; профилактическая работа  В ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПО СОКРАЩЕНИЮ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ПАЦИЕНТОВ НА ПОСЕЩЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ВКЛЮЧАЕТСЯ  1) анализ интенсивности потока больных по времени  2) нормирование деятельности врачей  3) правильная организация графика приема врачей  4) четкая работа регистратуры  5) дисциплина персонала  1.3. Этика и деонтология в дерматовенерологии  К ПРИНЦИПАМИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БОЛЬНОГО НЕ ОТНОСИТСЯ  1) определение диагноза  2) уважения к личности каждого клиента  3) уважения права индивидуума на принятие решения  4) уважения способности индивидуума принимать решение  5) соблюдения конфиденциальности  ЭТАПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СЛУЖБАХ ИППП:  1) приветствие  2) оценка потребностей  3) медицинское просвещение  4) описание и объяснение; информация о повторном визите  5) приветствие; оценка потребностей; медицинское просвещение; объяснение; информация о повторном визите  НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМОЙ ФОРМОЙ ОБРАЩЕНИЯ К БОЛЬНОМУ ЯВЛЯЕТСЯ  1) больной  2) пациент  3) клиент  4) по имени и отчеству  5) по фамилии  НАВЫКАМИ ОБЩЕНИЯ ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) невербальное общение  2) открытые вопросы  3) внимательное выслушивание  4) отражение/перефразирование  5) невербальное общение, открытые вопросы, внимательное выслушивание, отражение/перефразирование  НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП У РАБОТНИКОВ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА  1) аутрич  2) принудительное освидетельствование на ИППП с привлечением полиции  3) регламентация проституции  4) введение санитарных книжек  5) хороши все средства  ПРАВА ПАЦИЕНТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ  1) статья 30  2) статья 31  3) статья 32  4) статья 33  5) статья 34  ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ  1) статья 60  2) статья 61  3) статья 62  4) статья 63  5) статья 64  ЗАРАЖЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ УК РФ  1) статья 120  2) статья 121  3) статья 122  4) статья 123  5) статья 124  ЗАРАЖЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СТАТЬЕЙ УК РФ  1) статья 120  2) статья 121  3) статья 122  4) статья 123  5) статья 124  ПРАВА КЛИЕНТА НЕ ВКЛЮЧАЮТ  1) права на правдивую и полную информацию  2) доступности услуг и выбор  3) обязательного присутствия в кабинете медсестры  4) уважения чувства достоинства клиента  5) выражения мнения о качестве оказываемых услуг  КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НЕ ПРЕСЛЕДУЕТ ЦЕЛЬ  1) ознакомления пациентов с информацией об ИППП/ВИЧ  2) оценки индивидуальных факторов риска инфицирования пациента  3) постановки диагноза  4) предложения неосуждающего совета об изменении сексуального поведения  5) убеждения в необходимости лечения ИППП у клиента и его сексуальных партнеров  ФОРМА СЕКСУАЛЬНОГО КОНТАКТА С НИЗКОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ИППП  1) генито-анальный секс без презерватива  2) фелляция без презерватива  3) взаимная мастурбация  4) генито-вагинальный секс без презерватива  5) орально-анальный секс без презерватива  ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕЗЕРВАТИВОВ НЕ СЛЕДУЕТ  1) использовать в качестве смазки жир  2) при каждом половом акте применять новый презерватив  3) не пользоваться просроченными презервативами  4) хранить презервативы в сухом прохладном месте  5) выбрасывать презерватив, если его упаковка помята или распечатана  ФОРМЫ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ  1) положение корпуса  2) выражение лица  3) визуальный контакт  4) жестикуляция  5) положение корпуса, выражение лица, визуальный контакт, жестикуляция  ВИДЫ ВОПРОСОВ ПРИ РАБОТЕ С КЛИЕНТАМИ/ПАЦИЕНТАМИ  1) открытые  2) закрытые  3) полуоткрытые  4) открытые, закрытые  5) открытые, закрытые, полуоткрытые  СТАДИИ ИЗМЕНЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ  1) отсутствие размышления  2) размышление  3) подготовка  4) действие и поддержка  5) отсутствие размышления, размышление, подготовка, действие и поддержка  К ГРУППАМ РИСКА ПО ЗАРАЖЕНИЮ ИППП НЕ ОТНОСЯТСЯ  1) работники коммерческого секса  2) гомосексуалисты  3) наркоманы, вводящие наркотики внутривенно  4) стабильные половые партнеры  5) подростки  2. ОБЩАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ  2.1. Морфология, физиология нормальной кожи человека.  Гистопатология кожи  ДЕРМА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ  1) сетчатый  2) шиповатый  3) роговой  4) зернистый  5) базальный  СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ  1) базального и зернистого  2) шиповатого и рогового  3) зернистого и рогового  4) блестящего и базального  5) шиповатого и базального  КЛЕТКИ ЛАНГЕРГАНСА РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛОЕ КОЖИ  1) блестящем  2) зернистом  3) роговом  4) шиповатом  5) сетчатом  СЛОИ ДЕРМЫ  1) сосочковый и сетчатый  2) базальный и шиповидный  3) зернистый  4) гранулярный  5) шиповидный  АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛОЖЕНЫ  1) в подмышечных впадинах  2) на ладонях  3) на голове  4) на подошвах  5) вокруг рта  АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ОТСУТСТВУЮТ  1) в подмышечных впадинах  2) в области заднего прохода  3) на ладонях и подошвах  4) на животе вокруг пупка  5) имеются во всех перечисленных местах  ЧУВСТВО ХОЛОДА ВОСПРИНИМАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ  1) телец Фатера-Пачини  2) телец Мейснера  3) колб Краузе  4) телец Руффини  5) клеток Меркеля  ТЕЛЬЦА РУФФИНИ  1) самый крупный рецептор кожи  2) расположены в гиподерме  3) расположены в глубоких слоях дермы  4) ответственны за чувство глубокого давления  5) ответственны за чувство холода  ТЕПЛОПРОДУКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНА  1) обменом веществ  2) теплоизлучением  3) теплопроведением  4) испарением воды с поверхности кожи  5) сосудодвигательными реакциями  МЕЛАНИНОВЫЙ ПИГМЕНТ СИНТЕЗИРУЕТСЯ  1) кератиноцитами  2) меланоцитами  3) клетками Лангерганса  4) клетками Меркеля  5) тельцами Мейснера  ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ВОЛОКНИСТЫХ СУБСТАНЦИЙ ДЕРМЫ  1) предохранение кожи от разрывов  2) терморегуляция  3) защитная  4) бактерицидная  5) иммунная  КОЖА НЕ ЗАЩИЩАЕТ  1) от ультрафиолетовых лучей  2) от рентгеновских лучей  3) от микробов  4) от механических повреждений  5) от химических раздражителей  ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В СОБСТВЕННО КОЖЕ  1) спонгиоз  2) дискератоз  3) папилломатоз  4) акантоз  5) вакуольная дегенерация  ГИПЕРКЕРАТОЗ – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ  1) эпидермиса  2) шиповидного слоя  3) зернистого слоя  4) базального слоя  5) рогового слоя  ГРАНУЛЕЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ  1) красном плоском лишае  2) крапивнице  3) отрубевидном лишае  4) вульгарной пузырчатке  5) папулезном сифилиде  ДЛЯ ПАРАКЕРАТОЗА ХАРАКТЕРНО  1) утолщение зернистого слоя  2) межклеточные щели с жидкостью  3) папилломатоз  4) акантоз  5) наличие клеток с ядрами в роговом слое  ГИПЕРТРОФИЯ ЭПИДЕРМИСА – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ  1) рогового слоя  2) зернистого слоя  3) сосочкового слоя  4) шиповидного слоя  5) всех слоёв эпидермиса  ДЛЯ ГИПЕРКЕРАТОЗА ХАРАКТЕРНО  1) клетки с палочковидными ядрами  2) утолщение рогового слоя  3) межклеточные щели с жидкостью  4) утолщение зернистого слоя  5) атрофия шиповидного слоя  АКАНТОЗ – ЭТО  1) скопление в межклеточных щелях отечной жидкости  2) раздвижение эпителиальных клеток  3) растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей  4) формирование микровезикул  5) утолщение шиповидного слоя эпидермиса  2.2. Общие принципы диагностики кожных заболеваний.  Морфологические элементы сыпи  К ОСЛОЖНЕНИЮ, НАБЛЮДАЮЩЕМУСЯ ПРИ НАРУЖНОМ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ОТНОСИТСЯ  1) атрофия кожи  2) гипертрофия эпидермиса  3) келлоидный рубец  4) гиперкератоз  5) выпадение пушковых волос  В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ КОЖНОГО ЗУДА НЕ УЧАСТВУЮТ  1) пруритогенные киназы  2) гистамин  3) серотонин  4) брадикинин  5) фракция С5 комплемента  БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ  1) крапивнице  2) аллергическом дерматите  3) экземе  4) кожном зуде  5) атопическом дерматите  ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА  1) истинной экземы  2) микробной зкземы  3) профессиональной экземы  4) псориаза  5) красного плоского лишая  ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ  1) чешуйка  2) рубец  3) папула  4) язва  5) эрозия  К ВТОРИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСИТСЯ  1)бугорок  2) волдырь  3) папула  4) пятно  5) трещина  ПОЯВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЭЛЕМЕНТА ПУЗЫРЬКА ОБУСЛОВЛЕНО  1) гиперкератозом  2) спонгиозом  3) акантозом  4) акантолизом  5) паракератозом  ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ  1) чешуйка  2) рубец  3) папула  4) язва  5) эрозия  К ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ СЫПИ ОТНОСИТСЯ  1) лихенификация  2) корка  3) чешуйка  4) язва  5) узелок  ОБРАЗОВАНИЕ ВОЛДЫРЯ ОБУСЛОВЛЕНО  1) инфильтрацией подкожной клетчатки  2) отеком сосочкового слоя дермы  3) акантолизом  4) акантозом  5) папилломатозом  МОНОМОРФНЫЕ ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ  НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ  1) псориазе  2) герпетиформном дерматите Дюринга  3) истинной пузырчатке  4) экземе  5) везикулопустулезе  К ПЕРВИЧНЫМ ПОЛОСТНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ СЫПИ ОТНОСИТСЯ  1) пузырь  2) волдырь  3) пятно  4) узел  5) бугорок  ПУСТУЛА  1) вторичный морфологический элемент  2) характерна для пиодермии  3) характерна для крапивницы  4) бесполостной морфологический элемент  5) характерна для лепры  ШЕЛУШЕНИЕ ВОЗМОЖНО ПРИ ЭВОЛЮЦИИ  1) бугорка  2) волдыря  3) папулы  4) рубца  5) узла  ВТОРИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ  1) чешуйка  2) папула  3) пузырь  4) пятно  5) бугорок  ЯЗВА  1)это глубокий дефект кожи  2) это поверхностный дефект кожи  3) развивается из папулы  4) характерна для псориаза  5) характерна для крапивницы  ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ ЯЗВЕ  1) пузырь  2) пузырек  3) волдырь  4) гнойничок  5) бугорок  ЭРОЗИЯ  1) глубокий дефект кожи  2) поверхностный дефект кожи  3) может развиваться из бугорка  4) не исчезает бесследно  5) оставляет рубец  КОРКА МОЖЕТ БЫТЬ  1) геморрагической  2) гипертрофической  3) сухой  4) влажной  5) атрофической  ВЕГЕТАЦИИ – ЭТО РАЗРАСТАНИЕ  1) сосочкового слоя  2) сетчатого слоя  3) шиповатого слоя  4) базального слоя  5) рогового слоя  ТРЕЩИНА-ЭТО  1) разновидность экскориации  2) линейный дефект кожи  3) ссохшийся экссудат  4) первичный морфологический элемент  5) новообразованная ткань кожи  БОЛЬ ПРИ УДАЛЕНИИ ЧЕШУЕК ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ  1) псориазе  2) красной волчанке  3) себорее  4) экземе  5) микозе стоп  ПРИ КОЖНОМ ЗУДЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ  1) экскориации  2) волдыри  3) узлы  4) везикулы  5) папулы  РУБЕЦ ОСТАЕТСЯ ПОСЛЕ ЭВОЛЮЦИИ  1) папулы  2) везикулы  3) бугорка  4) волдыря  5) пятна  МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ  1) папула  2) рубец  3) пятно  4) волдырь  5) лихенификация  ДЛЯ ИСТИННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ХАРАКТЕРНО  1) первичные элементы одного вида  2) элементы одного размера  3) несколько первичных морфологических элементов  4) вторичные морфологические элементы  5) элементы одной формы  ПЕРВИЧНЫЙ ПОЛОСТНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ  1) пятно  2) узелок и узел  3) бугорок  4) волдырь  5) пузырь  2.3. Иммунитет и иммунопатологические реакции  НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕДИАТОРЫ, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ КЕРАТИНОЦИТЫ  1) метаболиты жирных кислот  2) простагландины  3) лейкотриены  4) гидроксиды жирных кислот  5) метаболиты жирных кислот, простагландины, лейкотриены, гидроксиды жирных кислот  КОЛИЧЕСТВО ТИПОВ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ  1) 1  2) 2  3) 3  4) 4  5) 5  ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ I ТИПА ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ  1) тип I анафилактоидный  2) опосредуются Ig Е  3) взаимодействие с антигеном приводит к выбросу гистамина, простагландинов из тучных клеток  4) тип I анафилактоидный; опосредуются Ig Е; взаимодействие с антигеном  5) тип I анафилактоидный, опосредуются Ig Е  ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, В ОСНОВЕ КОТОРЫХ ЛЕЖИТ I ТИП ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ  1) крапивница  2) отек Квинке  3) анафилактический шок  4) крапивница, отек Квинке  5) крапивница, отек Квинке, анафилактический шок  ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ II ТИПА ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ  1) тип II цитотоксический  2) опосредован Ig G и Ig М или комплементом  3) комплементопосредованная цитотоксичность  4) антителозависимая клеточная цитотоксичность или активация фагоцитоза  5) тип II цитотоксический, опосредован Ig G и Ig М или комплементом, комплементопосредованная, антителозависимая цитотоксичность, активация фагоцитоза  К МЕТОДАМ И СРЕДСТВАМ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ ОТНОСЯТСЯ  1) гормоны и медиаторы иммунной системы  2) фармакологические средства  3) эстракорпоральные методы  4) гормоны и медиаторы иммунной системы, фармакологические средства, эстракорпоральные методы  5) фармакологические средства, эстракорпоральные методы  К ПРЕПАРАТАМ, БЛОКИРУЮЩИМ Н2-ГИСТАМИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ, ОТНОСЯТСЯ  1) циметидин  2) димедрол  3) супрастин  4) фенкарол  5) диазолин  К ПРЕПАРАТАМ, ТОРМОЗЯЩИМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕ МЕДИАТОРНЫХ ВЕЩЕСТВ ИЗ ТУЧНЫХ КЛЕТОК, ОТНОСЯТСЯ  1) задитен  2) кромолин-натрий  3) циметидин  4) задитен, кромолин-натрий  5) ламизил  МЕСТНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА  1) феномен Артюса - Сахарова  2) контактный аллергический дерматит  3) конъюнктивит  4) фарингит  5) глоссит  2.4. Принципы лечения дерматологических больных  ГИПОАЛЛЕРГЕННУЮ ДИЕТУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ С  1) псориазом  2) буллезными дерматозами  3) склеродермией  4) экземой, атопическим дерматитом  5) нейрофиброматозом  ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ  1) исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков  2) ограничение углеводов  3) ограничение белков  4) ограничение поваренной соли  5) снижение калорийности пищевого рациона  ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ  1) тиосульфат натрия  2) пантотеновая кислота  3) аскорбиновая кислота  4) сернокислая магнезия  5) тиосульфат натрия, пантотеновая, аскорбиновая кислота, сернокислая магнезия  ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ ИСКЛЮЧАЕТ ОБОГАЩЕНИЕ  1) животными белками  2) продуктами, содержащими соли калия  3) продуктами, содержащими соли кальция  4) углеводами и жирами  5) продуктами, содержащими соли кальция, углеводами и жирами  ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПИОДЕРМИЕЙ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ  1) ограничение углеводов  2) ограничение животных жиров  3) ограничение белков  4) увеличение белков  5) увеличение витаминов  ОСЛОЖНЕНИЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫХ ГОРМОНОВ  1) атрофия кожи  2) пиодермия  3) келоидный рубец  4) гиперкератоз  5) атрофия кожи, пиодермия  ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА С ИГРАЕТ ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ ПРИ  1) болезни бери-бери  2) пеллагре  3) цинге  4) макрохейлите  5) рахите  К СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К ДЕФИЦИТУ ВИТАМИНА Д, ОТНОСЯТСЯ  1) недостаточное облучение кожи УФ -лучами спектра В  2) недостаточное поступление предшественников витамина Д в организм  3) тяжелый физический труд  4) нервно-психическое перенапряжение  5) недостаточное облучение кожи УФ -лучами, недостаточное поступление витамина Д, тяжелый физический труд, нервно-психическое перенапряжение  ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ  В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ  1) антигистаминные средства  2) стабилизаторы мембран тучных клеток  3) глюкокортикоиды  4) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)  5) антигистаминные средства, стабилизаторы мембран тучных клеток, глюкокортикоиды, НПВС  ПРИ ВЫБОРЕ ФОРМ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ УЧИТЫВАЮТ  1) степень распространения процесса, его локализация, характер и глубина воспалительного процесса  2) стадия заболевания  3) анамнестические данные о переносимости различных видов и средств наружной терапии  4) степень распространения, локализация, характер и глубина воспалительного процесса, стадия заболевания, переносимость средств наружной терапии  5) степень распространения процесса, его локализация, характер и глубина воспалительного процесса, стадия заболевания  ОСНОВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ  1) примочки  2) присыпки  3) паста, мази, кремы  4) примочки, присыпки, паста, мази, кремы  5) примочки, присыпки  МАСЛА , ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ  1) персиковое  2) льняное, подсолнечное  3) оливковое масло, рыбий жир  4) персиковое, льняное, подсолнечное, оливковое, рыбий жир  5) персиковое, льняное, подсолнечное  МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОЖНЫХ БОЛЬНЫХ  1) светолечение  2) ультразвуковая терапия  3) магнитотерапия  4) светолечение, ультразвуковая терапия  5) светолечение, ультразвуковая терапия, магнитотерапия  3. ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ  ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ  3.1.Пиодермии. Чесотка  ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЧЕСОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ  1) Sarcoptes scabiei hominis  2) Demodex folliculorum  3) Leishmania tropica  4) Treponema pallidum  5) Chlamydia trachomatis  ЧЕСОТКА ВЫЗЫВАЕТСЯ  1) головными вшами  2) платяными вшами  3) чесоточным клещом  4) лейшманиями  5) туберкулезной палочкой  ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕСОТКОЙ  1) алиментарный  2) воздушно- капельный  3) трансмиссивный  4) контактный  5) парентеральный  НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ У БОЛЬНЫХ ЧЕСОТКОЙ  1) дневной зуд  2) ночной зуд  3) боль  4) жжение  5) парестезии  ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЧЕСОТКИ  1) зуд в вечернее и ночное время  2) парное расположение морфологических элементов сыпи  3) узелки, чесоточные ходы  4) зуд в вечернее и ночное время; парное расположение морфологических элементов сыпи  5) зуд в вечернее и ночное время; парное расположение элементов сыпи; узелки, чесоточные ходы  ДЛЯ ЧЕСОТКИ ХАРАКТЕРНЫ  1) бугорки  2) узлы  3) парно расположенные пузырьки и узелки  4) волдыри  5) полигональные папулы  НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧЕСОТКИ  1) вторичная пиодермия  2) сепсис  3) рубцовая атрофия кожи  4) флегмоны  5) эритродермия  ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ ПРИ ЧЕСОТКЕ У ВЗРОСЛЫХ  1) на коже туловища, кистей рук  2) на волосистой части головы  3) на коже ладоней  4) в межлопаточной области  5) на коже лица  ЗУД, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ЧЕСОТКИ, ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ  1) утром  2) в период с 15 до 16 часов  3) вечером и ночью  4) время суток не имеет значения  5) зуд при чесотке отсутствует  НОРВЕЖСКАЯ ЧЕСОТКА  1) представляет географическую разновидность обычной чесотки  2) вызывается аномальной реакцией хозяина  3) вызывается чесоточными клещами – паразитами животных  4) обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей  5) вызывается аномальной реакцией хозяина; обычно бывает у инвалидов и умственно отсталых людей  СИМПТОМ АРДИ НАБЛЮДАЕТСЯ НА  1) локтях  2) гениталиях  3) кистях  4) животе  5) волосистой части головы  ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧЕСОТОЧНЫХ ХОДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ  1) пробу Ядассона  2) масляную пробу  3) йодную пробу  4) фенолфталеиновую пробу  5) реакцию Манту  К ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ  1) чесотка  2) псориаз  3) экзема  4) сифилис  5) рубромикоз  У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ВОЗМОЖНА ЧЕСОТКА  1) английская  2) норвежская  3) датская  4) американская  5) испанская  ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ЧЕСОТКОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ  1) исключение острой пищи  2) лечение бензилбензоатом  3) применение УФО  4) применение ПУВА – терапии  5) назначение кортикостероидных мазей  ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ ПО МЕТОДУ ДЕМЬЯНОВИЧА, РАСТВОРОМ №1 ЯВЛЯЕТСЯ  1) 6% раствор хлористоводородной кислоты  2) 60% раствор раствор натрия тиосульфата  3) 20% раствор бензилбензоата  4) 30% раствор натрия тиосульфата  5) 10% раствор хлористого кальция  В ЛЕЧЕНИИ ПЕДИКУЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ  1) ниттифор  2) синафлан  3) целестодерм  4) микозолон  5) преднизолон  ПОВЕРХНОСТНАЯ ФОРМА СТАФИЛОДЕРМИИ  1) остиофолликулит  2) фурункул  3) гидраденит  4) карбункул  5) импетиго  ФУРУНКУЛ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ОПАСЕН  1) развитием рожистого воспаления лица  2) развитием флегмоны шеи  3) развитием заглоточного абсцесса  4) развитием тромбоза кавернозного синуса  5) развитием флегмоны дна полости рта  ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ФУРУНКУЛОМ И ФУРУНКУЛЕЗОМ  1) локализация высыпаний  2) количество высыпаний  3) течение  4) общая семиотика  5) развитие осложнений  РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА СПОСОБСТВУЕТ  1) псориаз  2) экзема  3) сифилис  4) сахарный диабет  5) онихомикоз  У БОЛЬНОГО ФУРУНКУЛ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 36.6 ГРАДУСОВ. НАЗНАЧЬТЕ ЛЕЧЕНИЕ  1) мазь Вишневского  2) мазь с антибиотиками  3) немедленное вскрытие фурункула  4) противогрибковая мазь  5) согревающий компресс  БОЛЬНОМУ ФУРУНКУЛЕЗОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА  1) билирубин  2) С-реактивный белок  3) сахар  4) общий белок  5) трансаминазы  МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СОЗРЕВШЕГО ФУРУНКУЛА НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ  1) антибиотики внутрь  2) повязка с мазью с антибиотиками  3) вскрытие фурункула  4) горячая ванна  5) ихтиоловая "лепешка"  ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА РЕКОМЕНДУЕТСЯ  1) в стадии начальной инфильтрации  2) в стадии размягчения центральной части  3) в стадии формирования стержня  4) при абсцедировании  5) нет правильного ответ  ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ НАЗНАЧАЕТСЯ  1) анилиновые красители  2) местно повязка с чистым ихтиолом  3) мазь целестодерм  4) обкалывание гидрокортизоном  5)вскрытие фурункула  ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ БОЛЬНОГО  1) на задней поверхности шеи  2) в пояснично-крестцовой области  3) на лице  4) на коже живота  5) на коже предплечья  ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ  1) апокриновые потовые железы  2) эккриновые потовые железы  3) сальные железы  4) волосяные фолликулы  5) тельца Мейснера  ПРИ ГИДРАДЕНИТЕ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ  1) ламизил  2) госсипол  3) цинковую пасту  4) повязку с мазью Вишневского  5) мазь с антибиотиками  ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ШАНКРИФОРМНУЮ ПИОДЕРМИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ  1) на бледную трепонему серозного отделяемого  с поверхности язвы  2) реакцию Грегерсена  3) реакцию Манту  4) пробу Бальзера  5) пробу Ядассона  ЯЗВА ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ  1) правильных округлых или овальных очертаний  2) неправильных очертаний  3) дно неровное, бугристое  4) сопровождается болезненностью  5) в основании отсутствует уплотнение  ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ  1) не спаяны между собой и с окружающей кожей  2) спаяны между собой и с окружающей кожей  3) болезненные  4) нагнаиваются  5) мягкой консистенции  ПРИ ШАНКРИФОРМНОЙ ПИОДЕРМИИ, ПОКА НЕ ИСКЛЮЧЕН ДИАГНОЗ СИФИЛИСА, НАЗНАЧАЮТСЯ  1) антибиотики  2) повязки с физиологическим раствором  3) сульфаниламиды  4) мази с антибиотиками  5) противовирусные мази  ПРИ ВУЛЬГАРНОЙ ЭКТИМЕ БОЛЬНОМУ НАЗНАЧАЮТСЯ  1) антибиотики  2) противогрибковые средства  3) примочки с 2% раствором борной кислоты  4) мази с кортикостероидами  5) противовирусные средства  К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ЧЕСОТКЕ ОТНОСЯТСЯ  1) регулярные осмотры детей в детских коллективах  2) осмотры работников бытовых учреждений, осмотр и профилактическое лечение членов семьи больного  3) дезинфекция одежды, белья и постельных принадлежностей больного  4) регулярные осмотры детей в детских коллективах; осмотры работников бытовых учреждений, осмотр и профилактическое лечение членов семьи больного  5) регулярные осмотры детей и работников бытовых учреждений, профилактическое лечение членов семьи больного; дезинфекция одежды и белья больного  В ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИТОВ АНТИБИОТИКИ КОМБИНИРУЮТ С  1) неспецифической терапией  2) специфической иммунотерапией  3) общеукрепляющими средствами  4) физиотерапевтическими методами  5) неспецифической и специфической иммунотерапией, общеукрепляющими средствами, с физиотерапией  ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИЙ ХАРАКТЕРНО  1) гнойнички плоские, дряблые  2) пузыри полушаровидной формы  3) поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез  4) остиофолликулиты в области ладоней  5) фолликулиты в области малых половых губ  К ПОВЕРХНОСТНОЙ ФОРМЕ СТАФИЛОДЕРМИИ ОТНОСИТСЯ  1) вульгарный сикоз  2) фурункул  3) гидраденит  4) карбункул  5) подрывающий фолликулит Гоффманна  ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТИОФОЛЛИКУЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ  1) появление на коже мелких пустул  2) пустулы пронизаны в центре волосом  3) наличие воспалительного венчика по периферии пустул  4) мелкие пустулы, пронизанные в центре волосом, с воспалительным венчиком по периферии  5) появление на коже мелких пустул, пронизанных в центре волосом  ПРИ ВСКРЫВШЕМСЯ ФУРУНКУЛЕ НАЗНАЧАЕТСЯ  1) УВЧ  2) повязка с анилиновыми красителями  3) повязка с чистым ихтиолом  4) повязка с гипертоническим раствором  5) глюкокортикостероидные мази  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЮТ  1) медифокс  2) тиосульфат натрия 60% и соляная кислота 6%  3) спрегаль  4) бензилбензоат  5) медифокс; тиосульфат натрия 60% и соляная кислота 6%; спрегаль; бензилбензоат  ПРИ ВУЛЬГАРНОМ СИКОЗЕ НАЗНАЧАЕТСЯ  1) УВЧ  2) повязка с чистым ихтиолом  3) анилиновые красители  4) эпиляция волос  5) анилиновые красители и эпиляция волос  МАСЛЯНЫЙ ФОЛЛИКУЛИТ ВОЗНИКАЕТ  1) при длительном контакте с ГСМ  2) в результате фолликулярного гиперкератоза  3) в результате активизации роста бактерий под влиянием масла  4) в результате изменения свойств кожного сала  5) при длительном контакте с ГСМ, в результате гиперкератоза, активизации роста бактерий, изменения свойств кожного сала  ПРИ ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЮТСЯ  1) эккриновые потовые железы  2) апокриновые потовые железы  3) волосяные фолликулы  4) колбы Краузе  5) тельца Мейснера  ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССАХ У ДЕТЕЙ НАЗНАЧАЮТСЯ  1) антибиотики  2) вскрытие абсцессов  3) анилиновые красители  4) местно ихтиоловая мазь  5) антибиотики; вскрытие абсцессов; анилиновые красители; ихтиоловая мазь  ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) антибиотики  2) чистый ихтиол  3) анилиновые красители  4) УВЧ  5) УФО  ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАФИЛОДЕРМИЯМИ НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ АНТИБИОТИКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) пенициллин  2) канамицин  3) цепорин  4) ампиокс  5) линкомицин  НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПИОДЕРМИТАМИ ВКЛЮЧАЕТ  1) аутогемотерапию  2) пирогенал и продигиозан  3) ликопид  4) аутогемотерапию и ликопид  5) аутогемотерапию, пирогенал, продигиозан, ликопид  3.2. Грибковые заболевания кожи  К ТРИХОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ  1) трихофития, эпидермофития, фавус  2) фавус, дрожжевой глоссит  3) микроспория, фавус, трихофития  4) трихофития, микроспория, хейлит  ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ  1) стрептококки  2) стафилококки  3) грибы  4) вирусы  5) гонококки  ЗООФИЛЬНЫМИ ГРИБАМИ ВЫЗЫВАЕТСЯ  1) микроспория  2) поверхностная трихофития  3) розовый лишай  4) разноцветный лишай  5) микоз стоп  СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МИКРОСПОРИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ  1) (+) симптом Дюбуа  2) (+)симптом Авситидийского  3) (+) симптом «скошенного луга»  4) (+) симптом зонда  5) (+) симптос Поспелова  К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСИТСЯ  1) микоз стоп  2) фавус  3) отрубевидный лишай  4) микроспория  5) бластомикоз  ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ ПОРАЖАЕТСЯ  1) кожа туловища  2) ладони  3) подошвы  4) слизистые  5) ногти  ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ  1) гистологическую биопсию  2) пробу Ядассона  3) кожные пробы  4) РИФ  5) пробу Бальзера  ДЛЯ ПРОБЫ БАЛЬЗЕРА ИСПОЛЬЗУЮТ  1) 5% йодную настойку  2) 5% салициловый спирт  3) тетрациклиновая мазь  4) настойку календулы  5) эритромициновая мазь  К КЕРАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТСЯ  1) трихофития  2) микроспория  3) эритразма  4) отрубевидный лишай  5) хромомикоз  НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ ОТРУБЕВИДНОМ ЛИШАЕ  1) ладони  2) волосистая часть головы  3) половые органы  4) кожа туловища, плечевой пояс  5) подошвы  ПРИ КЕРАТОМИКОЗЕ ПОРАЖАЕТСЯ  1) сосочковый слой  2) сетчатый слой  3) зернистый слой  4) роговой слой  5) базальный слой  ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЯТЕН ПРИ РАЗНОЦВЕТНОМ ЛИШАЕ  1) стопы  2) ладони  3) плечевой пояс  4) крупные складки кожи  5) слизистые оболочки  ДЛЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО  1) жжение  2) отрубевидное шелушение  3) крупнопластинчатое шелушение  4) интенсивный зуд  5) локализация на ладонях и стопах  ПОДМЫШЕЧНЫЙ ТРИХОМИКОЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ  1) стрептококками  2) грибами  3) стафилококками  4) коринебактериями  5) вирусами  МИКРОСПОРИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПОРАЖАЕТ  1) гладкую кожу и волосистую часть головы  2) сальные железы  3) слизистую оболочку полости рта  4) тельца Руффини  5) потовые железы  ТРИХОФИТИЯ ОТНОСИТСЯ  1) к дерматомикозам  2) к кандидозам  3) к глубоким микозам  4) к кератомикозам  5) к псевдомикозам  ОСНОВНЫМ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В КЛИНИКЕ ФАВУСА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ  1) воспалительных пятен  2) бугорков  3) узлов  4) пузырей  5) скутул  ВОЗБУДИТЕЛЕМ РУБРОМИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ  1) Malassezia fufur  2) Corynebacterium minutissimum  3) Tricoph. Rubrum  4) Trichofiton schonleinii  5) Candida albicans  ИСТОНЧЕНИЕ И ОТТОРЖЕНИЕ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНКИ ОТ НОГТЕВОГО ЛОЖА – ЭТО  1) кератолизис  2) онихолизис  3) трихолизис  4) эпидермолизис  5) сквамолизис  ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ РУБРОМИКОЗОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ  1) дезинфекция обуви и чулок  2) виролекс  3) антигистаминные препараты  4) преднизолон  5) фтивазид  РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЕТ  1) сахарный диабет  2) солнечный загар  3) растительная диета  4) васкулит кожи  5) гипертоническая болезнь  КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАНДИДОЗА КОЖИ  1) бугорки  2) влажные эрозии  3) рубцы  4) «серозные колодцы»  5) инфильтрация кожи  УКАЖИТЕ СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КАНДИДОЗА  1) эритематозно-сквамозные высыпания в межпальцевых и межягодичных складках  2) паронихии и онихии  3) беловатые крошковидные высыпания  4) периодический зуд и жжение в области высыпаний  5) наличие периферического валика с фестончатыми очертаниями  КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КАНДИДОЗА КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) нечеткие границы очагов, наличие эрозий  2) бугорки  3) рубчики  4) пластинчатое шелушение  5) четкие границы очагов поражения  ВЫСЫПАНИЯ ПРИ АКТИНОМИКОЗЕ  1) пузырьки  2) деревянистые инфильтраты  3) волдыри  4) лихенификация  5) экскориации  ПРИЧИНОЙ АКТИНОМИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ  1) бактерии  2) актиномицеты  3) вирусы  4) простейшие  5) насекомые  ДЛЯ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ  1) пенициллин  2) ламизил  3) фтивазид  4) вильпрафен  5) оксолиновая мазь  ФУНГИЦИДНЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ  1) трихопол  2) микосептин  3) целестодерм  4) адвантан  5) элоком  ЭРИТРАЗМА ОТНОСИТСЯ  1) к кератомикозам  2) к дерматофитиям  3) к псевдомикозам  4) к глубоким микозам  5) к кандидозам  СПРЕЙ ЛАМИЗИЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ  1) при болях в горле  2) при заложенном носе  3) при грибковых поражениях кожи  4) как освежитель полости рта  5) в качестве интим-геля  ВОЗБУДИТЕЛЕМ АНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ЯВЛЯЕТСЯ  1) трихофитон фиолетовый  2) трихофитон тонзуранс  3) трихофитон акуминатный  4) трихофитон кратериформный  5) трихофитон флавум  ПОВЕРХНОСТНАЯ ТРИХОФИТИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ  1) мелкими множественными очагами с неизмененными волосами  2) белой муфтой у основания волос  3) зеленым свечением под лампой Вуда  4) крупными и мелкими очагами с черными точками  5) поредением волос в лобной, височной областях  ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ВОЛОС ПРИ МИКРОСПОРИИ ХАРАКТЕРНО  1) обламывание волос в очаге поражения на высоте 6-8 мм  2) обламывание волос в очаге поражения на высоте 1-2 мм  3) отсутствие муфты вокруг волоса  4) локализация преимущественно в краевой зоне  5) фиолетовое свечение волос в лучах лампы Вуда  КЛИНИЧЕСКИМИ РАЗНОВИДНОСТЯМИ МИКОЗА СТОП ЯВЛЯЮТСЯ  1) дисгидротическая  2) интертригинозная  3) сквамозно-гиперкератотическая  4) папулезная  5) дисгидротическая, интертригинозная, сквамозно-гиперкератотическая  ВОЛОСЫ ОБЛАМЫВАЮТСЯ НА ВЫСОТЕ 5-8 ММ ОТ УРОВНЯ КОЖИ  1) при поверхностной трихофитии  2) при микроспории  3) при фавусе  4) при инфильтративно-нагноительной трихофитии  5) при алопеции  КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗА  1) поверхностный  2) хронический генерализованный  3) висцеральный  4) поверхностный, хронический генерализованный, висцеральный  5) поверхностный, висцеральный  ДИАГНОСТИКА КАНДИДОЗА ОСНОВАНА НА  1) клинической картине  2) микроскопическом исследовании  3) культуральномисследовании  4) клинической картине, микроскопическом и культуральном исследовании  5) данных анамнеза  К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОЗА, ОТНОСЯТСЯ  1) диабет  2) длительный прием антибиотиков  3) повышенное потоотделение  4) иммунодефицит  5) диабет, длительный прием антибиотиков, повышенное потоотделение, иммунодефицит  3.3. Туберкулез кожи. Лейшманиоз. Лепра.  К ЛОКАЛИЗОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСЯТСЯ  1) гематогенный диссеминированный  2) колликвативный  3) папуло-некротический  4) лихеноидный  САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ  1) скрофулодерма  2) волчанка туберкулезная  3) туберкулез кожи бородавчатый  4) туберкулез милиарно-язвенный  5) туберкулез кожи папуло-некротический  ВОЛЧАНКА ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ  1) бугорков  2) папул  3) геморрагических пятен  4) пустул  5) волдырей  ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО  1) хроническое течение  2) медленно прогрессирующее, рецидивирующее течение  3) быстро прогрессирующее течение  4) инволюционное течение  5) рецидивирующеее течение  ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО  1) бугорки плотной консистенции  2) рубцевание язвы начинается с периферической части очага  3) рубец гладкий, нежный, обесцвеченный  4) рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный  5) на рубцах не появляются свежие высыпания  ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ПОСПЕЛОВА, ФЕНОМЕН «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ», ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ  1) туберкулезной волчанки  2) третичного сифилиса  3) вторичного сифилиса  4) туберкулоидного типа лепры  5) лейшманиоза  ПРИ ИЗЪЯЗВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ  1) края язвы мягкие, неровные, подрытые  2) края язвы плотные, ровные, штампованные  3) дно язвы гладкое, чистое, без налета  4) дно язвы зернистое  5) края язвы мягкие, неровные, подрытые; дно язвы зернистое  ПРИ БОРОДАВЧАТОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ВТОРИЧНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) гиперпигментация  2) лихенизация  3) рубцовая атрофия  4) вегетации  5) корка  ТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВОЛЧАНКУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ  1) с бугорковыми сифилидами  2) с мелкоузелковым саркоидозом  3) с туберкулоидной лепрой, с туберкулоидным лейшманиозом  4) с бугорковыми сифилидами, туберкулоидной лепрой, туберкулоидным лейшманиозом  5) с бугорковыми сифилидами, мелкоузелковым саркоидозом, туберкулоидными лепрой и лейшманиозом  ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫСОКОЙ БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА  1) пенициллин  2) изониазид  3) фуросемид  4) преднизолон  5) тавегил  ТУБЕРКУЛОИДНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ - ЭТО  1) лейшманиоз у больного туберкулезной волчанкой  2) лейшманиоз кожи у больного любой формой туберкулеза кожи  3) особый вид поздно изъязвляющегося лейшманиоза кожи у больного, инфицированного туберкулезом  4) особый вид поздно изъязвляющегося лейшманиоза кожи  5) ничего из перечисленного  ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ  1) 10-20 дней  2) 1-1.5 месяца  3) 2-3 месяца  4) от 3 месяцев до 1 года  5) более 1 года  БУГОРКИ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ  1) мягкие  2) эластичные  3) плотные, покрыты чешуйками  4) гладкие  5) внешне не специфичны  БУГОРКИ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ  1) розово-красные  2) красные  3) красновато-коричневые или красновато-синюшные  4) желтые  5) цвета здоровой кожи  ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ ПРИ ПОЗДНО ИЗЪЯЗВЛЯЮЩЕМСЯ ЛЕЙШМАНИОЗЕ КОЖИ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ БУГОРКОВ ПРОИСХОДИТ НЕ РАНЕЕ  1) 1-2 месяцев  2) 3-4 месяцев  3) 5-6 месяцев  4) 1 года  5) возможно в любые сроки  ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ  1) в соскобе со слизистой перегородки носа  2) в крови  3) в моче  4) в лимфе  5) в пунктате лимфатического узла  ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЫ  1) острое  2) подострое  3) хроническое с обострениями  4) хроническое без обострений  5) возможны все перечисленные варианты  БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ  1) крупные  2) мелкие и плоские  3) остроконечные  4) полушаровидные  5) не имеют специфического вида  К ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ  1) язвенный  2) первичный шанкриформный  3) колликвативный  4) бородавчатый  5) острый диссеминированный милиарный  ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ  1) люпоидный сикоз  2) эритематоз (красная волчанка)  3) лимфоцитома, плоскоклеточный рак  4) люпоидный сикоз, лимфоцитома, плоскоклеточный рак  5) люпоидный сикоз, эритематоз; лимфоцитома, плоскоклеточный рак  МУЖЧИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО  1) уплотненной эритемой Базена  2) скрофулодермой  3) бородавчатым туберкулезом кожи  4) острым милиарным туберкулезом кожи  5) туберкулезной волчанкой  ЖЕНЩИНЫ СТРАДАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО  1) уплотненной эритемой Базена  2) скрофулодермой  3) бородавчатым туберкулезом кожи  4) золотушным лишаем  5) острым милиарным туберкулезом кожи  ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ  1) Поспелова  2) Кебнера  3) Пинкуса  4) Асбо-Хансена  5) Никольского  УЗЛЫ ПРИ КОЛЛИКВАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ  1) плотные и малоболезненные  2) мягкие и безболезненные  3) эластичные и безболезненные  4) мягкие и болезненные  5) плотные и болезненные  ЛЮПУС- КАРЦИНОМА – ЭТО  1) одновременное возникновение туберкулезной волчанки и рака кожи  2) развитие туберкулезной волчанки на фоне рака кожи  3) развитие рака кожи у больного туберкулезной волчанкой не зависимо от локализации обоих заболеваний  4) развитие рака кожи на фоне туберкулезной волчанки или на рубце после туберкулезной волчанки  5) одновременное возникновение туберкулезной волчанки и рака кожи вне очагов волчанки  ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОЛЛИКВАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА  1) боковые поверхности шеи, подчелюстная и надчелюстная  2) подмышечная  3) пахово-бедренная  4) локтевая  5) парастернальная  ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКЕ  1) пятно  2) папула  3) узел  4) волдырь  5) бугорок  ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕПРЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ  1) в соскобе со слизистой перегородки носа  2) в соскобе с поверхности инфильтрата  3) в пункционном материале из инфильтрата  4) в слизистой желудка  5) в соскобе со слизистой перегородки носа, с поверхности инфильтрата, в пункционном материале из инфильтрата  ДЛЯ «ЛЬВИННОГО ЛИЦА» ПРИ ЛЕПРЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ  1) глубокие инфильтраты кожи и подкожной клетчатки на лице  2) грубые складки на лице  3) утолщение носа, губ, ушных раковин  4) истончение и атрофия крыльев носа и ушных раковин  5) выпадение бровей  УЗЛЫ ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОЙ ЛЕПРЕ  1) не возвышаются над уровнем кожи и обнаруживаются лишь при пальпации  2) возвышаются над уровнем кожи  3) захватывают подкожную клетчатку  4) проникают в кости  5)возвышаются над уровнем кожи; захватывают подкожную клетчатку; проникают в кости  ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ  1) хронические отеки и слоновость  2) пахово-бедренные адениты  3) изъязвления  4) расстройства чувствительности  5) хронические отеки и слоновость, пахово-бедренные адениты, изъязвления, расстройства чувствительности  БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ  1) крупные  2) мелкие и плоские  3) остроконечные  4) полушаровидные  5) не имеют специфического вида  БУГОРКИ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ  1) лежат изолированно  2) сливаются и немногочисленные  3) многочисленные  4) лежат изолированно, сливаются и немногочисленные, многочисленные  5) не сливаются  НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ЯВЛЯЮТСЯ  1) парезы, параличи  2) атрофия, трофические язвы, мутиляции  3) контрактуры, деформации кистей и стоп  4) лагофтальм  5) парезы, параличи; атрофия, трофические язвы, мутиляции; контрактуры, деформации кистей и стоп; лагофтальм  ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЕ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ГЛАЗ ВСТРЕЧАЮТСЯ  1) постоянно  2) часто  3) редко  4) не встречается  5) постоянно; часто  ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЛЕПРЫ  1) клеточный состав гранулемы  2) микобактериальная насыщенность  3) количество и расположение лимфоцитов  4) инфильтрация периферических нервов и субэпидермальной зоны  5) клеточный состав гранулемы; микобактериальная насыщенность; количество лимфоцитов; инфильтрация нервов и субэпидермальной зоны  ПРИ ЛЕПРОМАТОЗНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ РАЗВИВАЮТСЯ  1) хронические отеки и слоновость  2) пахово-бедренные адениты  3) изъязвления  4) расстройства чувствительности  5) хронические отеки и слоновость, пахово-бедренные адениты, изъязвления, расстройства чувствительности  ПРИ ТУБЕРКУЛОИДНОМ ТИПЕ ЛЕПРЫ ХАРАКТЕРНО  1) раннее нарушение чувствительности  2) поражение зрительного анализатора  3) поражение ЦНС  4) поражение опорно-двигательного аппарата  5) поражение слухового анализатора  ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛОИДНОЙ ЛЕПРЫ  1) острое  2) подострое  3) хроническое с обострениями  4) хроническое без обострений  5) острое, подострое, хроническое с обострениями, хроническое без обострений  3.4.Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях,  ВИЧ инфекции  ВОЗБУДИТЕЛЯМИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА ЯВЛЯЮТСЯ  1) стрептококки  2) боррелии Бурдгорфера  3) энтеровирусы  4) хламидофилы  5) коксовирусы  В ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА ВЫДЕЛЯЮТ  1) 2 стадии  2) 3 стадии  3) 4 стадии  4) 5 стадий  5) 6 стадий  ПРИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА НЕХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ  1) мигрирующая эритема Афцелиуса – Липшютца  2) эритематозная сыпь на ладонях по типу капилляритов, уртикарных высыпаний  3) доброкачественная лимфоцитома кожи Шпиглера  4) акродерматит атрофический хронический  5) папуло-везикулезная сыпь  004. ПРИ ДИФТЕРИИ НА КОЖЕ МОГУТ БЫТЬ  1) язвы  2) бугорки  3) узлы  4) волдыри  5) атрофия  ПРИ КОРИ НА КОЖЕ И СЛИЗИСТЫХ МОГУТ БЫТЬ  1) пятна Филатова - Коплика  2) розеола  3) папулы  4) пятна Филатова-Коплика, розеола  5) пятна Филатова-Коплика, розеола, папулы  ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ  1) ангина  2) увеличение верхнешейных лимфоузлов  3) бледность носогубного треугольника  4) ярко-розовая или красная мелкоточечная сыпь, точечные кровоизлияния  5) ангина, увеличение верхнешейных лимфоузлов, бледность носогубного треугольника  ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ НА КОЖЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ  1) розеола  2) петехии  3) узлы  4) розеола, петехии, узлы  5) розеола, петехии  ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ НА КОЖЕ ИМЕЮТ МЕСТО  1) волдыри  2) папулы  3) везикулы  4) папулы, везикулы  5) волдыри, папулы, везикулы  ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ТИПИЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) пиодермии  2) микозы  3) вирусные дерматозы  4) саркома Капоши  5) пиодермии, микозы, вирусные дерматозы, саркома Капоши  СПИД-МАРКЕРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЮТ  1) оппортунистические инфекции внутренних органов  2) поражения нервной системы  3) саркому Калоши  4) волосатую лейкоплакию языка  5) все перечисленное  ИНФЕКЦИЯ ВИЧ НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ  1) трансфузионным путем  2) трансмиссивным путем  3) от заболевшей матери к плоду  4) инъекционным путем  5) половым путем  ПРИЗНАКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  1) лихорадка более одного месяца  2) длительная лимфаденопатия  3) потеря массы тела более 10%  4) волосатая лейкоплакия языка  5) все выше перечисленные    ГРУППЫ РИСКА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  1) наркоманы и токсикоманы  2) грудные дети  3) пожилые люди  4) больные красной волчанкой  5) больные с нарушениями в иммунной системе  ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ВИЧ ПОДЛЕЖАТ  1) больные гепатитом В и С  2) грудные дети  3) пожилые люди  4) люди молодого возраста  5) больные аллергодерматозами  САРКОМА КАПОШИ У ВИЧ БОЛЬНЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ  1) в молодом возрасте  2) в пожилом возрасте  3) на коже в области суставов  4) на волосистой части головы  5) в складках кожи  В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНО ЗАБОЛЕВАНИЕ  1) атопический дерматит  2) рецидивирующие гнойные инфекции  3) эритематоз  4) вульгарная пузырчатка  5) многоформная экссудативная эритема  ХАРАКТЕРНОЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  1) поражение Т-клеточного звена иммунитета  2) повышение Т-лимфоцитов хелперов в крови  3) поражение В-клеточного звена иммунитета  4) повышение иммунорегуляторного индекса  5) поражение неспецифического звена иммунитета  КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ  1) саркома Капоши  2) кандидозные онихопаронихии  3) рецидивирующая герпетическая инфекция  4) рецидивирующие пиодермии  5) все вышеперечисленные  3.5. Вирусные дерматозы  ДЛЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ  1) гнойнички, язвы  2) узелки, чешуйки  3) папулы, волдыри  4) бугорки  5) пузырьки, эрозии  НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРОСТОГО ГЕРПЕСА  1) склонность к рецидивированию  2) хроническое длительное течение без периодов ремиссий  3) начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте  4) возникновение рецидивов после нервного перенапряжения  5) провоцирующее воздействие нарушений в диете  К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ ОТНОСЯТСЯ  1) волдыри  2) сгруппированные пузырьки  3) папулы лентикулярные  4) язвы  5) рубцы  ДЛЯ ПАПУЛ ПРИ КОНТАГИОЗНОМ МОЛЛЮСКЕ ХАРАКТЕРНО  1) цвет нормальной кожи  2) (+) симптом Поспелова  3) синюшно-красный цвет  4) сетка Уикхема  5) зуд  ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС  1) относится к ИППП  2) дифференцируют с розовым лишаем  3) никогда не рецидивирует  4) необходимо назначение кортикостероидов  5) необходимо назначение фунгицидных средств  ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНЫ  1) отсутствие болезненности  2) удовлетворительное состояние  3) диссеминация высыпаний по ходу сосудов  4) асимметричность и группировка высыпаний  5) рецидивы  ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО И ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЮТ  1) синафлан  2) анилиновые красители  3) ихтиоловую мазь  4) серную мазь  5) медифокс  КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК  1) вульгарные  2) плоские  3) ладонно-подошвенные  4) мозаичные  5) все вышеперечисленное верно  ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ  1) противовирусные препараты  2) витамин А  3) цитостатики  4) глюкокортикостероиды  5) фунгицидные препараты  ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК  1)клиническая картина  2)анамнестические данные  3)гистологическое исследование  4) все вышеперечисленное верно  5) все вышеперечисленное неверно  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ  1) преднизолоновая мазь  2) флуцинар  3) синтомициновая эмульсия  4) салициловая мазь  5) анилиновые красители  К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ  1) ламизил  2) метисазон  3) нистатин  4) фуцидин  5) дифлюкан  ПРОТИВОВИРУСНОЕ ДЕЙСТВИЕ АЦИКЛОВИРА ОБУСЛОВЛЕНО  1) замедлением репликации вирусной РНК  2) замедлением репликации вирусной ДНК  3) повреждением клеточной стенки  4) действием ацикловир-дифосфата  5) повышением иммунологической реактивности организма  ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА  1) фамцикловир 250 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней  2) валацикловир 1000 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней  3) фамцикловир 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней  4) фамцикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней  5) валацикловир 1000 мг перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней  ОГРАНИЧЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ СРЕДСТВ СВЯЗАНО  1) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами  2) с отсутствием противовирусных антибиотиков  3) с плохим проникновением препаратов в кожу  4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии  5) правильного ответа нет  ИНТЕРФЕРОН И ИНДУКТОРЫ ИНТЕРФЕРОНА  1) защищают неинфицированные вирусом клетки (ткани)  2) подавляют репродукцию вируса  3) стимулируют специфический иммунитет  4) стимулируют неспецифический иммунитет  5) предупреждают пиогенизацию очагов  ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ИММУНИТЕТА  1) фамцикловир 250 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней  2) валацикловир 1000 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней  3) фамцикловир 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 10 дней  4) ацикловир 800 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней  5) ацикловир 800 мг перорально 3 раза в сутки в течение 10 дней  ВИРУС, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС, ИДЕНТИЧЕН  1) вирусу простого герпеса типа 1  2) вирусу ветряной оспы  3) вирусу простого герпеса типа 2  4) коксовирусу  5) цитомегаловирусу  МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА  1) реакция преципитации  2) РПГА  3) световая микроскопия  4) тест Тцанка  5) ПЦР-тест  ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ СПОСОБСТВУЕТ НАЛИЧИЕ  1) фимоза  2) воспалительных заболеваний мочеполового тракта  3) интертриго  4) хронического простатита  5) фимоза, воспалительных заболеваний мочеполового тракта, интертриго, хронического простатита  У БОЛЬНЫХ ПРОСТЫМ ГЕРПЕСОМ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИММУНИТЕТА ОСОБЕННОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ  1) эрозивно-язвенная форма  2) генерализованное поражение кожи  3) энцефалит герпетический  4) эрозивные высыпания с необычной локализацией  5) эрозивно-язвенная форма, генерализованное поражение, энцефалит и эрозивные высыпания  ОСОБЕННОСТЬЮ ДЕРМАТОЗОВ, ВЫЗВАННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСОМ ЧЕЛОВЕКА И ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ  1) генерализованность поражений  2) высокая частота рецидивов  3) резистентность к терапии  4) необычность клинических проявлений  5) генерализованность поражений; высокая частота рецидивов; резистентность к терапии; необычность клинических проявлений  КОРРЕКЦИЮ ДОЗ АЦИКЛОВИРА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ  1) при повышенной чувствительности к ацикловиру в анамнезе  2) при повышенной чувствительности к пропиленгликолю  3) при назначении препарата новорожденным  4) при одновременном пероральном и местном применении препарата  5) при нарушении функции почек  ПРИ КОРРЕКЦИИ ДОЗЫ АЦИКЛОВИРА ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ  1) СОЭ  2) клиренс креатинина  3) уровень эритроцитов и гемоглобина  4) концентрация IgG  5) время кровотечения  ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ПОЯВЛЕНИЮ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК, ЯВЛЯЕТСЯ  1) гипергидроз  2) микоз стоп  3) снижение иммунитета  4) применение антибиотиков  5) травматические повреждения  ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ  1) при назначении их в комплексе с другими препаратами  2) при назначении их в первые часы (дни) заболевания  3) при длительном применении их  4) при применении препарата в различных лекарственных формах  5) при микстинфекции  ВИРУС ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННО ВОЗБУДИТЕЛЕМ  1) инфекционного мононуклеоза  2) эпидемического паротита  3) ветряной оспы  4) цитомегалии  5) парагриппа  ПАТОМОРФОЛОГИЯ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ИДЕНТИЧНА ТАКОВОЙ ПРИ БОРОДАВКАХ  1) обычных  2) подошвенных  3) плоских  4) остроконечных  5) мозаичных  ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАПОМИНАЮТ CANCER IN SITU ПРИ  1) фокальной эпителиальной гиперплазии  2) бовеноидном папулезе  3) генерализованном веррукозе  4) контагиозном моллюске  5) остроконечных кондиломах  СВИДЕТЕЛЬСТВОМ ПЕРВИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ОБЫЧНО ЯВЛЯЮТСЯ  1) гингивостоматит  2) сепсис  3) афтоид Поспишилла-Фейртера  4) герпетическая экзема  5) гингивостоматит, сепсис, афтоид Поспишилла-Фейртера, герпетическая экзема  ПРИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМАХ НАИБОЛЕЕ БЫСТРЫМ И ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  1) диатермокоагуляция, сургетрон  2) 20-25% спиртовой раствор подофиллина  3) криодеструкция  4) иссечение  5) применение противовирусных мазей  4. НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ  4.1. Аллергические дерматозы  ОБЛИГАТНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей  2) полимеры  3) синтетические моющие средства  4) слабые растворы кислот  5) слабые растворы щелочей  ОБЛИГАТНЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ  1) концентрированные кислоты  2) полимеры  3) синтетические моющие средства  4) слабые растворы щелочей  5) слабые растворы кислот  К ФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ, ОТНОСЯТСЯ  1) растения  2) воздействия низких и высоких температур  3) кислоты  4) щелочи  5) полимеры  ПРИ КОНТАКТНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАИМЕНЕЕ ПОРАЖАЮТСЯ  1) веки  2) шея  3) половые органы  4) руки  5) ладони  ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ  1) эпидермиты  2) аллергические контактные дерматиты  3) экзему истинную  4) экзему микробную  5) эритродермию  ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ СЫПИ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ  1) пятно  2) пузырек  3) волдырь  4) пузырь  5) узелок  ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ИСПОЛЬЗУЮТ  1) кортикостероиды  2) тигазон  3) рентгенотерапию  4) ПУВА-терапию  5) гемодез  БЫСТРЕЕ ВСЕХ ПРИВЕДЕТ К РАЗРЕШЕНИЮ ОТЕКА КВИНКЕ  1) преднизолон  2) пипольфен  3) адреналин  4) глюконат кальция  5) димедрол  У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ  1) симметричное расположение очагов  2) асимметричное расположение очагов  3) появление буллезных элементов  4) наличие резких границ очагов поражения  5) появление бугорков  ДЛЯ СЕБОРЕЙНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО  1) язвы  2) узлы  3) боль, жжение  4) симптом Поспелова  5) жирные желтые чешуйки  БОЛЬНОМУ С ОСТРОЙ МОКНУЩЕЙ ЭКЗЕМОЙ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ  1) мазь  2) присыпку  3) крем  4) примочку  5) желе  ВО ВРЕМЯ МОКНУТИЯ И ВЕЗИКУЛЯЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ  1) нитрофунгин  2) раствор цинка сульфата 0.25%  3) 10% серную мазь на вазелине  4) бензилбензоат  5) формалиновую мазь  ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ  1) папилломатоз  2) баллонирующая дистрофия  3) гиперкератоз  4) спонгиоз  5) акантолиз  ДЛЯ ЭКЗЕМЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО  1) локализация в области лица  2) мозаичные рубцы  3) отсутствие мокнутия  4) симптом Бенье положительный  5) симптом Никольского  ТОКСИКОДЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ  1) бурной воспалительной реакцией кожи  2) отсутствием эритемы  3) хорошим общим состоянием  4) медленным регрессом после устранения контакта с аллергеном  5) хроническим течением  ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ  1) гипосенсибилизирующие и антигистаминные средства  2) цитостатики  3) фтивазид  4) ламизил  5) дифлюкан  КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА  1) молниеносное появление папул и волдырей  2) положительная проба Ядассона  3) выраженная болезненность как пораженной, так и неизмененной на вид кожи  4) положительный симптом Поспелова  5) положительный симптом Бенье  БОЛЬНОМУ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА НАЗНАЧАЮТ  1) антибиотики  2) кортикостероиды  3) сульфаниламиды  4) витамины  5) цитостатики  ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНО  1) отсутствие зуда  2) лихенификация  3) локализация на спине, волосистой части головы  4) острое течение  5) поражение придатков кожи  ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ  1) ихтиоз  2) стрептостафилодермия  3) катаракта  4) бронхиальная астма  5) склеродермия  ОЖОГ, ВЫЗВАННЫЙ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ЩЕЛОЧЬЮ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ  1) сухим струпом  2) мягким струпом  3) четкими границами  4) отсутствием субъективных ощущений  5) умеренным зудом  ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА ИСПОЛЬЗУЮТ  1) полиоксидоний  2) циклоспорин  3) рентгенотерапию  4) терапию Н1-гистаминоблокаторами  ФАКТОРЫ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ЭКЗЕМУ  1) психоэмоциональные  2) облигатные химические раздражители  3) кортикостероидные мази  4) прием антигистаминных средств  5) прием ретиноидов  ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАРУЖНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К  1) полному выздоровлению  2) подавлению глюкокортикоидной функции коры надпочечников  3) гипертрофии эпидермиса  4) выпадению пушковых волос  5) частым рецидивам  ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ  1) токсикодермию  2) аллергические контактные дерматиты  3) масляные фолликулиты  4) стрептодермию  5) стафилодермию  ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ  1) с рождения  2) во время прикорма ребенка  3) в пубертатном периоде  4) в дошкольном возрасте и в любом возрате одинаково часто  5) после года жизни  ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА  1) отсутствие зуда  2) пузыри и везикулы  3) лихенификация  4) острое течение  5) эффект от противовирусных препаратов  В ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫДЕЛЯЮТСЯ  1) сезонные стадии  2) четыре стадии в зависимости от активности процесса  3) три стадии возрастной динамики  4) три стадии в зависимости от осложнений  5) стадийность не выявляется  ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ  1) антигистаминные препараты  2) антибиотики  3) противовирусные средства  4) противогрибковые средства  5) ламизил  ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ  1) эпидермиты  2) неаллергические контактные дерматиты  3) масляные фолликулиты  4) гиперкератозы  5) эпидермиты, неаллергические контактные дерматиты, масляные фолликулиты, гиперкератозы  К ФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ, ОТНОСЯТСЯ  1) механические воздействия  2) воздействия низких и высоких температур  3) различные виды лучистой энергии  4) воздействие электрическим током  5) механические воздействия, воздействия низких и высоких температур, лучевая энергия, электрический ток  К ВЕЩЕСТВАМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТСЯ  1) продукты перегонки каменного угля  2) продукты перегонки нефти  3) продукты перегонки сланцев  4) некоторые лекарства и растения  5) продукты перегонки каменного угля, нефти, сланцев; некоторые лекарства и растения  ПРОНИКНОВЕНИЕ АЛЛЕРГЕНОВ В КОЖУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПУТЯМИ  1) трансэпидермальным  2) трансгландулярным  3) трансфолликулярным  4) трансэпидермальным, трансгландулярным, трансфолликулярным  5) трансгландулярным, трансфолликулярным  ПУТИ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ИЗ КОЖИ  1) катаболический  2) иммунный  3) транспортный  4) анаболический  5) катаболический, иммунный, транспортный  ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОСТОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ  1) рецидивирующее течение  2) острое течение  3) подострое течение  4) хроническое течение  5) латентное течение  ПРИ КОНТАКТНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАИМЕНЕЕ ПОРАЖАЮТСЯ  1) веки  2) шея  3) половые органы  4) руки  5) ладони  КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА  1) моновалентная чувствительность  2) поливалентная чувствительность  3) высыпания по всему кожному покрову  4) доминируют мокнутие и серозные колодцы  5) эволюционный полиморфизм  ХАРАКТЕРНАЯ ЧЕРТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ  1) поражение преимущественно стоп  2) связь с психотравмами  3) быстрый регресс в условиях стационара  4) поражение преимущественно кистей  5) поражение кистей и предплечий; связь с психотравмами; быстрый регресс в условиях стационара  ОБЛИГАТНЫМИ РАЗДРАЖИТЕЛЯМИ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА ЯВЛЯЮТСЯ  1) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей  2) газообразные и парообразные вещества (сероводород и др.)  3) боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия(БОВ)  4) концентрированные растворы солей тяжелых и щелочных металлов  5) концентрированные растворы кислот и щелочей, газообразные и парообразные вещества , БОВ, концентрированные растворы солей тяжелых и щелочных металлов  ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ФОТОДЕРМАТИТЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ  1) углеводородами каменного угля, нефти  2) фосфорорганическими пестицидами и соединениями  3) полиэфирными маслами  4) аминазином  5) углеводородами каменного угля и нефти, фосфорорганическими пестицидами и соединениями, полиэфирными маслами  ВЕЩЕСТВАМИ СЕНСИБИЛИЗАТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) полимеры  2) соли тяжелых металлов  3) фосфорорганические и хлорорганические пестициды и инсектициды  4) медикаменты  5) полимеры, соли тяжелых металлов, фосфорорганические и хлорорганические пестициды и инсектициды, медикаменты  ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО КОНТАКТНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА  1) рецидивирующий  2) острый  3) подострый  4) хронический  5) латентный  4.2. Псориаз. Красный плоский лишай  ТИПИЧНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ  1) папулами  2) узлами  3) бугорками  4) волдырями  5) эрозиями  ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ПСОРИАЗА ЯВЛЯЮТСЯ  1) кожа ладоней и подошв  2) кожа волосистой части головы  3) складки  4) ногтевые фаланги  5) разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов  ОБЩИМ ДЛЯ ТИПИЧНОГО СЛУЧАЯ ПСОРИАЗА И КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЕТСЯ  1) наличие папул  2) нестерпимый зуд  3) локализация на передней поверхности конечностей  4) поражение слизистых оболочек  5) артралгии  КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА  1) экссудативно-гиперемическая  2) пятнистая  3) бугорковая  4) рубцующаяся  5) узловатая  ЛОКАЛИЗАЦИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА КОЖЕ  1) сгибательная поверхность конечностей  2) волосистая часть головы  3) ушные раковины  4) ладони и подошвы  5) ногтевые пластинки  ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСОРИАЗА  1) на лице  2) на сгибательных поверхностях предплечий  3) на локтях и коленях  4) на туловище  5) на ладонях и подошвах  СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ПОРАЖАЮТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ  1) при артропатическом псориазе  2) при эритродермии  3) при генерализованном пустулезном псориазе  4) при универсальном псориазе  5) при себорейном псориазе  КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ  1) с красной волчанкой  2) со склеродермией  3) с псориазом  4) с атопическим дерматитом  5) с экземой  ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ  1) дегтярных препаратов высокой концентрации наружно  2) циклоспорина  3) тигазона  4) ПУВА-терапии  5) кортикостероидов  КРАТКОВРЕМЕННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПСОРИАЗЕ ПОКАЗАНО  1) всем больным  2) при быстром прогрессировании заболевания  3) при застарелом псориазе  4) при псориазе складок  5) при ладонно-подошвенном псориазе  ПРИНЦИПЫ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА  1) противовирусные средства  2) фунгицидные средства  3) антибиотики  4) сульфаниламиды  5) гипосенсибилизирующая и противовоспалительная терапия  В СТАЦИОНАРНУЮ СТАДИЮ ПСОРИАЗА НАЗНАЧАЮТСЯ МАЗИ  1) кератолитические  2) антисептические  3) фунгицидные  4) противогрибковые  5) противовирусные  К ГРУППЕ ЛОКАЛЬНЫХ ПСОРИАЗИФОРМНЫХ ПУСТУЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ОТНОСИТСЯ  1) герпетиформное импетиго Гебры  2 субкорнеальный пустулез Снеддона-Вилькинсона  3) бактерид Эндрюса  4) папулезный акродерматит детей  5) энтеропластический акродерматит  4.3. Буллезные дерматозы  К БУЛЛЕЗНЫМ ДЕРМАТОЗАМ ОТНОСЯТСЯ  1) пузырчатка акантолитическая  2) экзема истинная  3) буллезное импетиго  4) эпидемическая пузырчатка новорожденных  5) везикулопустулез  ГИПОТЕЗА ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ  1) аутоиммунные процессы в организме  2) поражение эндокринной системы  3) имеется четкая связь с заболеваниями ЖКТ  4) имеется параллелизм с сердечно-сосудистой патологией  5) нарушение процесса обмена веществ  ЭТИОЛОГИЯ ПУЗЫРЧАТКИ  1) это инфекционное заболевание  2) причина неизвестна  3) это генодерматоз  4) это прямой результат травмы  5) это вирусное заболевание  ВТОРИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ  1) эскориации  2) эрозии  3) лихенификация  4) рубцы  5) язвы  К КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ПУЗЫРЧАТКИ ОТНОСИТСЯ  1) язвенная  2) некротическая  3) вульгарная  4) эритематозно-буллезная  5) поверхностная  ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА, КАК ПРАВИЛО, НАЧИНАЕТСЯ С  1) поражения туловища  2) поражения конечностей  3) поражения слизистой оболочки полости рта  4) поражения кожи лица  5) поражения крупных складок  ПРИ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ПУЗЫРИ РАСПОЛАГАЮТСЯ  1) вокруг естественных отверстий, пупка и в области крупных складок кожи  2) в области разгибательных поверхностей предплечий, лучезапястных суставов  3) на волосистой части головы  4) на коже спины  5) на ладонях  ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ НА КОЖЕ  1) лицо  2) волосистая часть головы  3) туловище  4) гениталии  5) ладони и подошвы  ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ  1) Кебнера  2) Поспелова  3) Бальзера  4) Ядассона  5) Никольского  ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРОВОДЯТ  1) бактериологический посев  2) серологические реакции  3) гистологические исследования  4) пробу Ядассона  5) исследование лампой Вуда  РЕШАЮЩИМ В ДИАГНОСТИКЕ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ  1) обнаружение акантолитических клеток  2) (+) симптом Бенье-Мещерского  3) эозинофилия в содержимом пузырей  4) лейкопения  5) субэпидермальное расположение пузыря  В МАЗКАХ-ОТПЕЧАТКАХ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ  1) LE-клетки  2) палочки Ганзена  3) клетки Тцанка  4) тельца Боровского  5) микобактерии Коха  АНТИТЕЛА В ТКАНЯХ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ, ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ  1) Ig A  2) Ig E  3) Ig D  4) Ig G  5) Ig M  НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПУЗЫРЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ  1) спонгиоз  2) акантолиз  3) спонгиоформная пустула Когоя  4) микроабсцессы Мунро  5) акантоз  ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ  1) животные жиры  2) продукты, содержащие соли калия  3) продукты, содержащие соли кальция  4) углеводы  5) продукты, содержащие большое количество поваренной соли  В ЛЕЧЕНИИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ  1) кортикостероидов  2) витаминов  3) антималярийных препаратов  4) препаратов золота  5) антимикотиков  ДЛЯ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО  1) повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам  2) повышенная чувствительность к йоду  3) наличие субкорнеальных пузырей  4) наличие внутриэпидермальных пузырей  5) эозинопения крови  НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ИЗ ВНЕШНЕСРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ДЕРМАТИТЕ ДЮРИНГА ЯВЛЯЮТСЯ  1) кандида-инфекция  2) непереносимость антибиотиков  3) глютен и йодиды  4) вирусная инфекция  5) дисбактериоз  ПУЗЫРИ ПРИ ДЕРМАТИТЕ ДЮРИНГА  1) расположены субэпидермально  2) дряблые  3) не сгруппированы  4) в содержимом пузырей пониженное содержание эозинофилов  5) оставляют после себя рубцы  ДЛЯ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО  1) отсутствие зуда  2) мономорфные высыпания  3) отсутствие склонности высыпаний к группировке  4) пониженное содержание эозинофилов в крови и пузыре  5) полиморфные высыпания  ДЛЯ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО  1) повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам  2) отрицательная проба Ядассона  3) наличие субэпидермальных пузырей  4) наличие внутриэпидермальных пузырей  5) обнаружение акантолитических клеток  ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА  1) боль  2) мономорфные высыпания  3) отсутствие склонности высыпаний к группировке  4) пониженное содержание эозинофилов в крови и пузыре  5) повышенная чувствительность к препаратам йода  ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА  1) отсутствие субъективных ощущений  2) мономорфные высыпания  3) рубцовая атрофия  4) повышенное содержание эозинофилов в крови и пузыре  5) отрицательная проба Ядассона  ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧЕНИЯ  1) продуктов из пшеничной и ржаной муки  2) углеводов  3) жиров  4) минеральной воды  5) молока  В АНАЛИЗАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА  1) лейкопения  2) базофилия  3) эозинофилия  4) эозинопения  5) тромбоцитопения  ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА  1) сульфоновые препараты  2) сульфаниламиды  3) ПУВА-терапия  4) антимикотики  5) антибиотики  ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК, ОТЛИЧАЮЩИЙ ПЕМФИГОИД ОТ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ  1) отсутствие акантолиза  2) (+) проба Бальзера  3) злокачественное течение пемфигоида  4) (+) результат от приема антибиотиков  5) интрадермальное расположение пузыря  4.4. Болезни соединительной ткани  К БОЛЕЗНЯМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОТНОСИТСЯ  1) парапсориаз  2) экзема  3) псориаз  4) красная волчанка  5) болезнь Девержи  КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ  1) эритема, плотно сидяшие чешуйки, атрофия  2) везикулы  3) пузыри  4) узелки  5) лихенификация  ДЛЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО  1) локализация на спине  2) фолликулярный гиперкератоз  3) симптом Никольского  4) симптом Поспелова  5) обнаружение клеток Тцанка  КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ  1) атрофия кожи  2) эритема, гиперкератоз, атрофия  3) эритема  4) гиперкератоз  5) симптом «птичьего глазка»  КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ  1) центрифужная эритема  2) бугорковая  3) папулезная  4) эрозивная  5) язвенная  СТОЙКАЯ И ВОЗВЫШАЮЩАЯСЯ ЭРИТЕМА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ  1) кольцевидной гранулемы  2) синдрома Свита  3) липоидного некробиоза  4) лейкоцитокластического васкулита  5) центробежной эритемы  В ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНЫ  1) антинуклеарные антитела и клетки красной волчанки  2) лейкопения и анемия  3) гиперглобулинемия и ревматоидный фактор  4) тромбоцитопения и гипоальбуминемия  5) гипокомплементемия и ложно-положительная реакция  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ  1) циклоспорин  2) тигазон  3) фтивазид  4) фотозащитные наружные средства  5) зовиракс  МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ  1) вильпрафен  2) фтивазид  3) циклоспорин  4) ламизил  5) глюкокортикостероиды  КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ СКЛЕРОДЕРМИИ  1) ограниченная  2) эритродермическая  3) суставная  4) кожная  5) папулезная  СОЧЕТАНИЕ ОТЛОЖЕНИЯ КАЛЬЦИЯ В ТКАНЯХ ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СИНДРОМ  1) Шарпа  2) Ротмунда-Томсона  3) Шульмана  4) Тибьержа-Вейссенбаха  5) Вернера  ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНЫ  1) пневмосклероз  2) эрозивный гастрит  3) дуоденит  4) пиелонефрит  5) синуситы  ТУБЕРКУЛОИДНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ  1) стойкой возвышающейся эритемы  2) липоидного некробиоза  3) внеклеточного холестериноза  4) кольцевидной гранулемы  5) амилоидного лихена  4.5. Лекарственные поражения кожи. Фотодерматозы.  К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ СИСТЕМНЫЕ ФОТОТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, ОТНОСЯТСЯ  1) антидепрессанты  2) антимикробные средства  3) диуретики  4) нейролептики  5) антидепрессанты, антимикробные средства, диуретики, нейролептики  НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИСТЕМНЫХ ФОТОТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ  1) тетрациклины  2) ломефлоксацин  3) спарфлоксацин  4) сульфаниламиды  5) тетрациклины, ломефлоксацин, спарфлоксацин, сульфаниламиды  К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ МЕСТНЫЕ ФОТОТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, ОТНОСЯТСЯ  1) фурокумарины, деготь  2) таннин  3) фурациллин  4) элоком  5) цинковая паста  К ФАКТОРАМ, КОТОРЫЕ НЕ ВЫЗЫВАЮТ КРАПИВНИЦУ, ОТНОСЯТСЯ  1) лекарственные препараты  2) гипервитаминоз  3) глистная инвазия  4) алиментарные факторы  5) заболевания желудочно-кишечного тракта и печени  ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА НЕРАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЕНИЕ  1) кортикостероидов  2) элиминации причинных факторов  3) α-адреномиметиков  4) терапии Н1-гистаминоблокаторами  5) физраствора  ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ  1) тиосульфат натрия  2) пантотеновая кислота  3) аскорбиновая кислота  4) сернокислая магнезия  5) тиосульфат натрия, пантотеновая кислота, аскорбиновая кислота, сернокислая магнезия  ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТОКСИДЕРМИИ НАЗНАЧАЮТ  1) инфузионную терапию, энтеросорбенты  2) цитостатики  3) нестероидные противовоспалительные препараты  4) аналгетики  5) дифлюкан  КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА  1) молниеносное появление папул и волдырей  2) положительная проба Ядассона  3) выраженная болезненность как пораженной, так и неизмененной на вид кожи  4) положительный симптом Поспелова  5) положительный симптом Бенье  БОЛЬНОМУ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА НАЗНАЧАЮТ  1) антибиотики  2) кортикостероиды  3) сульфаниламиды  4) витамины  5) цитостатики  К ДЕРМАТОЗУ, ФОРМИРУЮЩЕМУСЯ БЕЗ УЧАСТИЯ УФ- ЛУЧЕЙ, ОТНОСИТСЯ  1) «кожа крестьянина»  2) солнечный ожог  3) актинический ретикулоид  4) солнечная реакция  5) розовый лишай  К ДЕРМАТОЗАМ, В ОСНОВЕ КОТОРЫХ ЛЕЖАТ ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, ОТНОСЯТСЯ  1) полиморфный фотодерматоз  2) световая оспа  3) актинический хейлит  4) полиморфный фотодерматоз, световая оспа  5) полиморфный фотодерматоз, световая оспа, актинический хейлит  ДЛЯ АКТИНИЧЕСКОГО РЕТИКУЛОИДА ХАРАКТЕРНО  1) гистологическая картина напоминает Т-клеточнуюлимфому  2) болеют пожилые люди  3) эритема; папулы, бляшки розовато-цианотичные, шелущашиеся  4) гистологическая картина напоминает таковую при Т- клеточной лимфоме; болеют пожилые люди  5) гистологическая картина напоминает  Т-клеточнуюлимфому; болеют пожилые люди; эритема; папулы, бляшки розовато-цианотичные, шелущашиеся  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЛЛАГРОИДНОГО ДЕРМАТИТА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ  1) доксиум  2) никотиновую кислоту  3) витамины группы В  4) кортикостероиды  5) доксиум; никотиновую кислоту, витамины группы В; кортикостероиды  ПОЛИМОРФНЫЙ ФОТОДЕРМАТИТ СЛЕДУЕТ  ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С  1) экземой  2) красной волчанкой  3) порфириновой болезнью  4) розацеа  5) псориазом  ПРИ ФОТОДЕРМАТОЗАХ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ  1) делагил  2) никотиновую кислоту  3) витамин В12  4) бероксан  5) делагил, никотиновую кислоту, витамин В12, бероксан  УСЛОВИЕМ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОЗА ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ЯВЛЯЕТСЯ  1) повреждение кожи (микротравма)  2) наличие других заболеваний кожи  3) предшествующее солнечное облучение  4) одновременное солнечное облучение  5) повреждение кожи (микротравма), наличие других заболеваний кожи, предшествующее солнечное облучение, одновременное солнечное облучение  4.6. Нейродерматозы  В РАЗВИТИИ КОЖНОГО ЗУДА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ  1) функциональные расстройства процессов возбуждения и торможения коры головного мозга  2) диэнцефальные нарушения  3) вегетативные дисфункции  4) изменения в медиаторах, нарушения ферментативных процессов (накопление эндопептидазы и других протеолитических ферментов)  5) функциональные расстройства процессов возбуждения и торможения коры головного мозга; диэнцефальные нарушения; вегетативные дисфункции; изменения в медиаторах  КОЖНЫЙ ЗУД ЯВЛЯЕТСЯ РЕДКИМ СИМПТОМОМ  1) болезней крови  2) акантолитической пузырчатки  3) обменных нарушений  4) поражений печени, почек, поджелудочной железы  5) онкологических заболеваний  ЗУД МОЖЕТ БЫТЬ  1) генерализованным  2) сегментарным  3) локальным  4) универсальный, сегментарным, ограниченным  5) генерализованным, локальным  ПРИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОМ ХАРАКТЕРЕ ЗУДА ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ  1) антигистаминных препаратов  2) физиопроцедур  3) препаратов кальция  4) тиосульфата натрия  5) седативных средств  РАЗНОВИДНОСТИ ПОЧЕСУХИ  1) детская  2) взрослых  3) сенильная  4) узловатая  5) детская, взрослых, сенильная, узловатая  ДЛЯ ПОЧЕСУХИ ХАРАКТЕРНЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ  1) папуло-везикула, папула  2) пузыри  3) экскориации  4) папуло-везикула, папула, экскориации  5) папуло-везикула, папула, пузыри, экскориации  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕСУХИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ  1) антигистаминные препараты  2) препараты кальция, тиосульфат натрия  3) седативные средства  4) ГКС  4) антигистаминные препараты, седативные средства  5) антигистаминные препараты, препараты кальция, тиосульфат натрия, седативные средства, ГКС  ПРИЧИНАМИ КРАПИВНИЦЫ МОГУТ БЫТЬ  1) очаговая инфекция  2) пищевые продукты  3) физические факторы  4) медикаменты  5) очаговая инфекция, пищевые продукты, физические факторы, медикаменты  К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ КРАПИВНИЦЫ ОТНОСЯТСЯ  1) острая  2) хроническая  3) отек Квинке  4) острая, хроническая, отек Квинке  5) острая, хроническая  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ  1) гипоаллергенные питание и режим  2) нормализация работы ЖКТ, симптоматическое лечение  3) электросон  4) гипноз  5) гипоаллергенные питание и режим, нормализация работы ЖКТ, симптоматическое лечение, электросон, гипноз  ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ  1) с рождения  2) во время прикорма ребенка  3) в пубертатном периоде  4) в дошкольном возрасте и в любом возрасте одинаково часто  5) после года жизни  ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА  1) отсутствие зуда  2) пузыри и везикулы  3) лихенификация  4) острое течение  5) эффект от противовирусных препаратов  В ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫДЕЛЯЮТСЯ  1) сезонные стадии  2) пять стадий в зависимости от активности процесса  3) три стадии возрастной динамики  4) три стадии в зависимости от осложнений  5) стадийность не выявляется  АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ  1) пиодермией  2) псориазом  3) склеродермией  4) пузырчаткой  5) розацеа  ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЮТ  1) противогрибковые средства  2) антибиотики  3) противовирусные средства  4) антигистаминные препараты  5) ламизил  ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ  1) антигистаминные препараты  2) адреномиметические средства  3) противовоспалительные  4) иммунокорректоры  5) антигистаминные препараты, адреномиметические средства, противовоспалительные, иммунокорректоры  4.7. Болезни сальных и потовых желез. Дисхромические дерматозы  ПРИЧИНОЙ АНГИДРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ  1) эктодермальная дисплазия  2) болезни ороговения  3) болезни нервной системы  4) эктодермальная дисплазия, болезни нервной системы  5) эктодермальная дисплазия, болезни ороговения, болезни нервной системы  В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ  1) повышенное салоотделение  2) нарушение ороговения сально-железистого аппарата  3) гиперандрогения, генетические факторы  4) повышенноесалоотделение, гиперандрогения, генетические факторы  5) повышенное салоотделение, нарушения ороговения сально-железистого аппарата, гиперандрогения, генетические факторы  КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ  1) ангидроз  2) гипотрихоз  3) гипертермии  4) ангидроз, гипертермии  5) ангидроз, гипотрихоз, гипертермии  В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ  1) наличие клеща железницы  2) сосудистые нарушения  3) болезни желудка  4) наличие клеща железницы, болезни желудка  5) сосудистые нарушения, болезни желудка, наличие клеща железницы  ПРИ НАЛИЧИИ САЛЬНО-ЖЕЛЕЗИСТОГО НЕВУСА НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ  1) генетика  2) косметолога  3) онколога  4) психиатра  5) педиатра  ТОКСИЧЕСКАЯ МЕЛАНОДЕРМИЯ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ  1) продуктов нефти  2) каменного угля  3) при пользовании керосином  4) при пользовании газом  5) продуктов нефти; каменного угля; при пользовании керосином; при пользовании газом  В РАЗВИТИИ МЕЛАНОДЕРМИИ РАЗЛИЧАЮТ СТАДИИ  1) первая  2) вторая  3) третья  4) четвертая  5) первая; вторая; третья, четвертая  ХАРАКТЕРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ДЛЯ ТОКСИЧЕСКОЙ МЕЛАНОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) эритема  2) узлы  3) фолликулярные папулы  4) телеангиэктазии  5) эритема, фолликулярные папулы, телеангиэктазии  ДЛЯ КЛИНИКИ МЕЛАНОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНЫ  1) головные боли  2) недомогание, повышенная утомляемость  3) брадикардия  4) недомогание, повышенная утомляемость, брадикардия  5) головные боли, недомогание, повышенная утомляемость, брадикардия  КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АЛЬБИНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ  1) тотальный  2) неполный  3) частичный  4) субтотальный  5) тотальный, частичный, неполный  ДЛЯ КЛИНИКИ ТОТАЛЬНОГО АЛЬБИНИЗМА ХАРАКТЕРНЫ  1) тотальная депигментация кожи, волос, оболочек глаз  2) гипотрихоз  3) эпителиомы кожи  4) горизонтальный нистагм, страбизм  5) тотальная депигментация кожи, волос, оболочек глаз; гипотрихоз; эпителиомы кожи; горизонтальный нистагм, страбизм  К ГЕНОДЕРМАТОЗАМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЕЙ, НЕ ОТНОСИТСЯ  1) наследственный лентигиноз  2) пойкилодермия врожденная  3) недержание пигмента (синдром Блоха-Сульцбергера)  4) альбинизм  5) дистрофия кожи папиллярно-пигментная  ЦВЕТ КОЖИ ЗАВИСИТ ОТ  1) меланина  2) меланоида  3) каротина, восстановленного и окисленного гемоглобина  4) меланина, меланоида, каротина, восстановленного и окисленного гемоглобина  5) меланина, меланоида  К РАЗНОВИДНОСТЯМ ВИТИЛИГО ОТНОСЯТ НЕВУС  1) Ито  2) Ота  3) пламенеющий  4) сальных желез  5) Сеттона  КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПАПИЛЛЯРНО-ПИГМЕНТНОЙ ДИСТРОФИИ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) доброкачественная  2) злокачественная  3) истинная  4) доброкачественная; злокачественная  5) доброкачественная; истинная  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНЫМ ОБЛЫСЕНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ  1) локальную фотохимиотерапию  2) иммуносупрессивные препараты  3) сосудорасширяющие средства, наружные раздражающие средства  4) локальную фотохимиотерапию, сосудорасширяющие средства, наружные раздражающие средства  5) локальную фотохимиотерапию, иммуносупрессивные, сосудорасширяющие средства, наружные раздражающие средства  ПРИ НАЛИЧИИ ПРИОБРЕТЕННОГО ЛАНУГИНОЗНОГО ГИПЕРТРИХИОЗА БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН ПРОЙТИ ОБСЛЕДОВАНИЕ  1) у онколога  2) у косметолога  3) у хирурга  4) у психиатра  5) у генетика  В СЛУЧАЕ ПОВЫШЕННОГО CАЛООТДЕЛЕНИЯ НА ГОЛОВЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ  1) мыть голову часто, не реже двух раз в неделю  2) использовать постоянно сульсеновое мыло  3) использовать постоянно зеленое мыло с серой  4) мыть голову редко, 1-2 раза к месяц  5) исключить мытье водой и мылом, очищать волосы мукой  ДЛЯ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ АНГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ  1)согревание ребенка  2) частую термометрию тела и воздуха в помещении, охлаждение  3) горячую пищу  4) интенсивные физические упражнения для закаливания  5) горячий душ, горячие ванны  САЛЬНЫЕ КИСТЫ У ДЕТЕЙ  1) появляются в периоде новорожденности на коже лица, вследствие застоя секрета сальных желез  2) это - акне новорожденных  3) это - опухоли сальных желез  4) подлежат оперативному вмешательству  5) лечатся кортикостероидными мазями  САЛЬНЫЕ КИСТЫ У ДЕТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА  1) коже лба, щеках, крыльях носа, носогубных складках, иногда на затылке и половом члене  2) передне-брюшной стенке и туловище  3) в естественных складках  4) кистях, ладонях, области ануса  5) слизистой полости рта  ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ  1) появление в конце второй недели жизни, реже в месячном возрасте; разрешается к 3 месяцам на традиционном лечении  2) появление с шести месяцев жизни  3) трансформируется из экссудативно-катарального дерматита  4) это - проявление атопического дерматита  5) это- разновидность псориаза  ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ СЕБОРЕЙНОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ  1) волосистая часть головы, область шеи, подмышечные, паховые, бедренные складки, ягодицы  2) только подколенные впадины  3) кожа щек  4) голени  5) суставы  ДЛЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ  1) диспепсические расстройства в виде частых срыгиваний, жидкого стула, рвоты, отставание в весе  2) гектическая лихорадка, не поддающаяся действию жаропонижающих средств  3) наличие на лице папуло-пустулезных высыпаний  4) ассиметрия высыпаний на лице  5) симптом мальабсорбции  5. ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ КОЖИ  И ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ  ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГАНГРЕНОЗНОЙ РОЖИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ  1) низкий иммунный ответ организма ребенка  2) вторичное инфицирование стрептококкового поражения фузоспириллезом Плаут - Венсана или синегнойной палочкой  3) большое количество стрептококков  4) токсическая эритемa новорожденных  5) гормональный криз новорожденных  ПИГМЕНТНО-СОСОЧКОВАЯ ДИСТРОФИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНА С  1) аденокарциномой желудка  2) Т-клеточной лимфомой  3) В-клеточной лимфомой  4) эндокринными болезнями  5) генетическими факторами  ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ  1) с рождения  2) в 2-3-месячном возрасте  3) после года  4) в дошкольном возрасте  5) в любом возрасте одинаково часто  НЕВУС СЕТТОНА - ЭТО  1) периневоидная лейкодерма (периневоидное витилиго)  2) анемический невус  3) вторичная послевоспалительная ахромия  4) голубой невус  5) гладкий невус  РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) псевдоаденомы  2) листовидные белые пятна  3) соединительнотканные невусы  4) подногтевые фибромы Коена  5) липомы  ГОРМОНАЛЬНЫЙ КРИЗ НОВОРОЖДЕННЫХ СВЯЗАН С  1) врожденным эндокринным заболеванием  2)c патологией беременности  3) преждевременным половым созреванием  4) применением глюкокортикостероидных гормонов  5) высоким уровнем фетоплацентарных гормонов в крови новорожденного  ЭСТРОГЕННЫЕ УГРИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ  1) сальные кисты у новорожденных во время гормональною криза  2) фолликулиты  3) эскориированные акне  4) проявление болезни Абта-Леттерера-Сиве  5) проявление эндокринного заболевания новорожденного  РЕЗИСТЕНТНОСТЬ УСЛОВНО ПАТОГЕННЫХ МИКРОБОВ АУТОФЛОРЫ КОЖИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ  1) гентамицина в неадекватной дозировке  2) риванола  3) тетрациклина  4) эритромицина  5)линкомицпна  ПИОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ВЫЗЫВАЮТ  1) гноеродные кокки (стафилококки, стрептококки)  2) пневмококки  3) синегнойная палочка  4) кишечная палочка  5) вульгарный протей  ПОКРАСНЕНИЕ И ЭКССУДАЦИЮ В ВЫСЫПНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ ПРИ МАСТОЦИТОЗЕ ВЫЗЫВАЕТ  1) бензилпенициллин  2) полимиксин В  3) линкомицин  4) клиндамицин  5) фузидин  ПРИЧИНА ИРРИТАЦИИ ВЫСЫПНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ МАСТОЦИТОЗЕ ОБУСЛОВЛЕНА  1) либераторным действием на тучные клетки  2) высокой токсичностью  3) повышенной кумуляцией  4) частыми аллергическими реакциями  5) дисбактериозом  ПРЕПАРАТЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО КРИЗА НОВОРОЖДЕННЫХ  1) сульфаниламиды  2) бензилпенициллин  3) пантотенат кальция  4) экстенциллин  5) эритромицин  ФАКТОР РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ, ОБОСТРЕНИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА  1) нарушение микробиоценоза кожи, увеличение в аутофлоре кожи условно патогенных микроорганизмов  2) сухость кожи  3) сочетание с другими наследственными болезнями мультифакториального характера  4) идиосинкразия к пищевому продукту  5) недостаток витаминов  ДИАГНОЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕОБХОДИМО ПОДТВЕРЖДАТЬ  1) патоморфологическим исследованием кожи  2) исследованием уровня lgE в сыворотке крови  3) исследованием фагоцитарной активности  4) исследованием иммунорегуляторного индекса  5) динамическим наблюдением и тщательной дифференциальной диагностикой  АНАЛИЗ РОДОСЛОВНОЙ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕОБХОДИМ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ  1) исключить предполагаемый диагноз атопического дерматита, если среди родственников не выявлены аналогичные больные  2) определить генетический прогноз, риск наследственной отягощенности у потомства или сибсов  3) определить клиническую форму атопического дерматита  4) определить клинический прогноз  5) выявить средовые факторы риска обострений  ВАЖНОЕ СВОЙСТВО НАРУЖНОГО СРЕДСТВА ПРИ МЛАДЕНЧЕСКОМ СЕБОРЕЙНОМ ДЕРМАТИТЕ  1) противозудное действие  2) рассасывающее действие  3) подавляющее действие на липофильную и другую патогенную флору в очагах поражения  4) эпителизирующее действие  5) сосудорасширяющее действие  РЕБЕНКУ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ РЕТИНОИДОВ ВНУТРЬ ПРИ  1) псориазе  2) эстрогенных угрях  3) врожденном ихтиозе  4) простом локализованном буллезном эпидермолизе Вебера - Коккейна  5) вульгарном аутосомно-доминантном ихтиозе  У НОВОРОЖДЕННЫХ СО СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ КОЖИ СВЯЗАНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ  1) наследственная пузырчатка  2) эпидермическая пузырчатка новорожденных  3) сифилитическая пузырчатка  4) вакциниформный пустулез  5) синдром Криста –Сименса  ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ  1) перипорит, остиоперипорит, вызванные стафилококковой инфекцией  2) пиококковый пемфигус  3) папуло-эрозивную стрептодермию  4) пузырьковый лишай  5) остиофолликулит  ПРИ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЕ КАПОШИ ВЫСЫПАНИЯ ПОЯВЛЯЮТСЯ  1) на ладонях и подошвах  2) на лице и тыле кистей  3) по ходу ветвей нервов  4) на гениталиях  5) на локтях и коленях    ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ СВЯЗАНА С  1) аллергическими реакциями немедленного типа  2) вирусом герпеса I типа  3) чувствительностью к клейковине, с непереносимостью глютена  4) стрептококковой инфекцией  5) вирусом гепатита А и Б  ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ ПСОРИАЗОМ, МОЖНО НАЗНАЧАТЬ МАЗЬ С САЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ  1) в 5% концентрации  2) длительно на обширные участки и 2% концентрации  3) в 1 % концентрации на небольшие участки  4) в любой концентрации в сочетании с глюкокортикоидными гормонами длительно  5) в сочетании с ртутными мазями длительно  РЕБЕНКУ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С КОЖНОЙ ФОРМОЙ МАСТОЦИТОЗА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧАТЬ  1) мембраностабилизаторы  2) глюкокортикоидные гормоны  3) цитостатики  4) ПУВА -терапию  5) Н2-гистаминовые блокаторы  АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ОТЛИЧАЕТСЯ OТ ОГРАНИЧЕННОГО НЕЙРОДЕРМИТА  1) полиморфизмом первичных высыпных элементов  2) наличием лихенификации  3) наличием полигональных лихеноидных папул  4) интенсивностью зуда  5) наличием дисхромии  ПРИ ЛИХЕНОИДНОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ЯВЛЯЕТСЯ  1) частые осложнения вторичной инфекцией  2) идиосинкразия к пищевому продукту  3) анемия  4) вторичный иммунодефицит  5) нарушения центральной нервной системы, эмоциональные стрессы  УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ПРИЧИНОЙ СТАФИЛОКОККОВОГО СИНДРОМА ОБОЖЖЕННОЙ КОЖИ МОГУТ БЫТЬ  1) эпидемическая пузырчатка новорожденных  2) буллезное импетиго  3) везикулопустулез  4) псевдофурункулез  5) заболевания дыхательных путей, вызванные некоторыми группами стафилококков, или другие пиококковые очаги  АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО РЕДКО СОЧЕТАЕТСЯ С  1) ангидротической эктодермальной дисплазией I типа  2) вульгарным аутосомно- доминантным ихтиозом  3) синдромом Криста - Сименса II типа  4) вульгарным сцепленным с полом ихтиозом (чернеющий)  5) фенилкетонурией  ВЕЗИКУЛО-БУЛЛЕЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫМ ГЕНОДЕРМАТОЗАМ  1) эксфолиативный дерматит Риттера  2) милиариа кристаллическая  3) буллезная форма пигментной крапивницы  4) энтеропатический акродерматит  5) синдром Лайела  БОЛЬНЫМ ПИГМЕНТНОЙ КСЕРОДЕРМОЙ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ  1) фотохимиотерапии  2) лазеротерапии  3) селективнй ПУВА-терапии  4) рентгенотерапии  5) ретиноидов  ЭКТРОПИОН, ЭКСЛАБИОН, МОНГОЛОИДНЫЙ РАЗРЕЗ ГЛАЗ, ВРОЖДЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ УШНЫХ РАКОВИН ХАРАКТЕРНЫ  1) для врожденного ихтиоза  2) для.атопического дерматита  3) для ангидротической эктодермальной дисплазии  4) для врожденной пахионихии  5) для врожденного дискератоза  КОЖА НОВОРОЖДЕННОГО СОДЕРЖИТ  1) много воды  2) много сахара  3) много холестерина  4) много белка  5) много железа  КОЖА НОВОРОЖДЕННОГО ИМЕЕТ ОКРАСКУ  1) оранжевую  2) синюю  3) зеленую  4) бледно - цианотичную  5) черную  КОЖА НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ ПОКРЫТА  1) творожистой смазкой  2) роговым панцирем  3) обилием чешуе - корок  4) плотно сидящим творожистым белым налетом  5) плотно сидящими серыми пленками на гениталиях  VERNIX CASEOSA СИЛЬНО ВЫРАЖЕНА  1) на волосистой части головы, лице и естественных складках  2) на гениталиях  3) в области ануса  4) на ладонях и подошвах  5) в области пупка  VERNIX CASEOSA СОСТОИТ  1) из жиров, богатых холестерином, гликогеном, элеидином  2) из белка  3) из микробов (стафилококка, стрептококка)  4) хламидий и трихомонад  5) из протопорфирина  ПУШКОВЫЕ ВОЛОСЫ ТИПА LANUGO БЫВАЮТ  1) у новорожденных первой недели жизни, особенно недоношенных  2) у детей 3 месячного возраста  3) у детей 6 месячного возраста  4) у годовалых детей  5) у детей 2 лет  ВОЛОСЫ НА ГОЛОВЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА  1) мягкие  2) жесткие  3) постоянные  4) очень длинные  5) постоянно выпадают  НОГТИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ  1) не доходят до конца пальцев  2) доходят до конца пальцев  3) синюшные  4) растрескавшиеся  5) подногтевой гиперкератоз  НОГТИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА  1) могут отсутствовать при выраженной степени недоношенности  2) черные  3) коричневые  4) синие  5) растрескавшиеся  У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НОГТИ  1) на руках и ногах не доходят до конца пальцев  2) белого цвета с пятнистостью  3) серые, ломкие  4) растрескавшиеся у свободные края  5) утолщенные  ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ  1) в конце 11-й недели жизни  2) на 2-3-й дни жизни, исчезая к 7-10 дню  3) к концу периода новорожденности (21 дню)  4) интенсивно по всей коже и слизистых до 1 месяца  5) очень интенсивна на склерах и коже лица на III неделе жизни  ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННОГО  1) максимально выражена на 2-3 неделе  2) обусловлена повышением уровня билирубина в крови  3) обусловлена повышением уровень билирубина в результате гепатита  4) обусловлена повышением трансаминазы крови  5) обусловлена повышением С - реактивного белка  ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ У ДЕТЕЙ БЫВАЮТ  1) в результате расширенных капилляров кожи (лба, области затылка, век, бровей)  2) это сосудистые невусы, не исчезающие при надавливании  3) это кровоизлияние в кожу  4) это кефалогематома  5) это ливедо, не требующее лечения  СИНИЕ (МОНГОЛЬСКИЕ ПЯТНА)  1) это - врожденные пигментные пятна, часто встречающиеся у новорожденных негров в пояснично-крестцовой области  2) резко возвышаются над кожей  3) исчезают при надавливании  4) локализуются на подошвах и ладонях  5) обусловлены скоплением меланина в подкожно - жировой клетчатке  ПРЕХОДЯЩИЕ ОТЕКИ У ДЕТЕЙ  1) возникают в первые дни жизни новорожденных от сдавления внутриутробно  2) возникают при заболеваниях почек и сердца  3) возникают в результате болезней печени  4) это заболевание периода новорожденности  5) лечатся антибиотиками  ЛИМФАНГИЭКТИЧЕСКИЙ ОТЕК НОВОРОЖДЕННЫХ  1) обусловлен застоем лимфы в коже и разрастанием лимфатических капилляров  2) это - врожденная слоновость  3) это - тестообразный отек кожи живота, ягодиц и бедер  4) самостоятельно не исчезает  5) хирургическое лечение эффективно  ТОКСИЧЕСКАЯ ЭРИТЕМА НОВОРОЖДЕННОГО  1) появляется на 2-4 дни жизни на туловище и коже лица  2) на ладонях и подошвах  3) проявляется в конце периода новорожденности  4) это - митигированная форма кори  5) это - разновидность высыпаний при скарлатине  КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭРИТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ  1) связана с токсикозами беременных, приемом лекарств, пищевых аллергенов и эндокринопатиями  2) возникает вследствие гиперчувствительности немедленного типа  3) протекает с лимфопенией и снижением иммуноглобулинов А, М, G  4) встречается в виде острой и хронических форм  5) связана со злоупотреблением кормящей матерью цитрусовых, красной рыбы и шоколада  К БОЛЕЗНЯМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ  1) физиологический катар кожи (держится 2-3 дня)  2) щетинку  3) сальный ихтиоз  4) desquamatio lamellosa (пластинчатое шелушение)  5) омфалит  К ПЕРЕХОДНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ КОЖИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ  1) гормональный половой криз  2) везикулопустулез  3) псевдофурункулез Фингера  4) пиококковый пемфигус  5) эксфолиативный дерматит Риттера  НАГРУБАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗНИКАЕТ  1) только у девочек  2) только у мальчиков  3) на 3-7 дни жизни в виде опухоли величиной с вишню  4) это - мастит новорожденного  5) эффективен массаж и выдавливание молозива из желез  ДЕСКВАМАТИВНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ - ЭТО  1) аменорея девочки  2) хламидийная инфекция  3) обильные слизисто - кровянистые вагинальные выделения в первые дни жизни  4) проявление сепсиса или злокачественной опухоли гениталий  5) проявления геморрагического васкулита  ГИДРОЦЕЛЕ НОВОРОЖДЕННОГО - ЭТО  1) опухание мошонки вследствие скопления жидкости вокруг семенного канатика  2) гонорея мальчика  3) хламидийная инфекция  4) опухоль, которая держится несколько лет  5) уреаплазменная инфекция  ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ СКЛЕРЕДЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ  1) возникает в результате отека и уплотнения подкожно-жировой клетчатки в силу регулярных нарушений водного обмена  2) возникает от избытка приема белка и витаминов кормящей матерью  3) возникает от перегревания ребенка  4) кожа кистей и стоп горячая на ощупь и хорошо собирается в складку  5) не остается углублений при надавливании на кожу голеней, стоп и половых органов  ПРИ СКЛЕРЕДЕРМЕ КОЖА ИМЕЕТ ОКРАСКУ  1) охряно - желтую  2) ярко красную  3) бледную, иногда цианотичную  4) черную  5) серо-землистую  В ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРЕДЕМЫ ПОКАЗАНО  1) согревание ребенка, кортикостероиды в сочетании с антибиотиками и антиоксидантами  2) цитостатики  3) хирургическое лечение  4) плавание в бассейне, морские купания  5) энтеросорбенты  СКЛЕРЕДЕМА НОВОРОЖДЕННЫХ ВОЗНИКАЕТ  1) при гипотрофии недоношенного после длительного переохлаждения  2) при перегревании  3) после инъекции пенициллина  4) после приема глюкокортикостероидов  5) после приема антибиотиков  ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ СКЛЕРЕДЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ  1) возникновение в первые дни жизни с уплотнением, цианотичностью и похолоданием кожи бедер, ягодиц, туловища, верхних конечностей  2) характерное уплотнение кожи ладоней, подошв, мошонки и полового члена  3) кожа горячая и ярко-красная в области кистей и стоп  4) при надавливании на отечную кожу остаются ямки  5) выражены одышка и тахикардия  АДИПОНЕКРОЗ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ  1) в подкожно - жировой клетчатке в первые дни жизни  2) в кишечнике  3) в желудке  4) в печени и селезенке  5) в головном мозге  ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ АДИПОНЕКРОЗА НОВОРОЖДЕННЫХ  1) обилие инфильтратов и некрозов в подкожно - жировой клетчатке  2) из размягченных вскрывшихся инфильтратов подкожно - жировой клетчатки выделяется гной с кровью  3) сукровичное содержимое  4) выделяется вязкая студенистая (гуммиарабик) жидкость  5) выделяется крошкообразная масса  ПРИЧИНЫ АДИПОНЕКРОЗА  1) затяжные роды с наложением щипцов или кесарево сечение, затвердение жира и возникновение некрозов  2) снижение содержания пальмитиновой и стеариновой кислот  3) повышение количества олеиновой кислоты  4) снижение чувствительности к витамину D  5) неспособность кальция проникать в ткани  В ЛЕЧЕНИИ АДИПОНЕКРОЗА ПОКАЗАНЫ  1) кортикостероиды внутрь, сухое тепло  2) цитостатики  3) сульфаниламиды  4) фурановые препараты  5) антимикотические средства  ПРИЧИНЫ ОМФАЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ  1) инфицирование пупочного остатка стафилококком, стрептококком, кишечной, синегнойной, дифтерийной и столбнячной палочкой  2) туберкулезная палочка  3 гонококк  4) бледная спирохета  5) бацилла Ганзена  ДЛЯ ОМФАЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНЫ  1) воспаление и инфильтрация кожи и подкожно-жировой клетчатки вокруг пупка  2) воспаление подкожно-жировой клетчатки стоп и кистей  3) воспаление кожи и подкожно-жировой клетчатки ягодиц и бедер  4) покраснение кожи и отек в области лица и шеи  5) выраженный отек и покраснение кожи в области голени  ОСЛОЖНЕНИЯ ОМФАЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ  1) артериит, флебит пупочных сосудов, сепсис, перитонит, рожа пупка и гангрена пупка  2) дизентерия  3) сальмонеллез  4) корь  5) скарлатина  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОМФАЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИМЕНЯЮТСЯ  1) фузидин натрия, ампиокс курсами, противостафилококковый гаммаглобулин, иммунокоректоры (полиоксидоний)  2) ламизил внутрь  3) дифлюкан  4) орунгал  5) ДДС  ОПРЕЛОСТИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ  1) в естественных складках  2) в области спины и лопаток  3) на передней брюшной стенке  4) на ладонях  5) на подошвах  В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ОПРЕЛОСТИ БЫВАЮТ  1) легкой (I) степени; средней (II) степени; тяжелой (III) степени  2) в виде острой, подострой, хронической форм  3) в виде генерализованной формы  4) в виде гранулематозной формы  5) в виде питириоидной формы  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПРЕЛОСТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ  1) присыпку с цеолитами, цинком, чайным деревом и смазывание кожи метиленовым синим  2) смазывание 2% настойкой йода  3) лечение стероидными кремами  4) антибиотики внутрь  5) преднизолон внутрь  ДЛЯ ДЕСКВАМАТИВНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ ЛЕЙНЕРА - МУССУ ХАРАКТЕРНЫ  1) начало в первые 3 месяца жизни с триадой симптомов - себорейным дерматитом, диареей, мальабсорбцией  2) положительный симптом Никольского  3) наличие рогового панциря  4) положительный симптом Унны  5) наличие пузырей на коже в области костных выступов  ЭРИТРОДЕРМИЮ ЛЕЙНЕРА - МУССУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С  1) себорейным дерматитом  2) корью  3) скарлатиной  4) туберкулезом кожи  5) лепрой  ДЕСКВАМАТИВНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ ЛЕЙНЕРА-МУССУ - ЭТО  1) врожденный ихтиоз  2) факоматоз  3) врожденнаякератодермия ладоней и подошв  4) атопический дерматит  5) тяжелая форма себорейного дерматита с синдромом мальабсорбции  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСКВАМАТИВНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ ЛЕЙНЕРА – МУССУ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ  1) альбумин, плазму, ферменты, биопрепараты, витамин А  2) ДДС (дапсон)  3) бисептол, бактрим  4) пирогенал  5) противовирусные препараты  ДЛЯ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ  1) интенсивный кожный зуд, повышенная чувствительность к йоду, брому, хлору  2) наличие в мазках-отпечатках акантолитических клеток Тцанка  3) резко положительный симптом Никольского  4) положительный симптом Асбо - Ганзена  5) отсутствие кожного зуда  ЛАБОРАТОРНЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ У ДЕТЕЙ С ГЕРПЕТИФОРМНЫМ ДЕРМАТОЗОМ ДЮРИНГА ЯВЛЯЮТСЯ  1) снижение уровня Ig А, Ig М, Ig G, Ig Е  2) гипер-Ig А в сыворотке крови и обилие аутоантител к Ig А под базальной мембраной  3) эозинопения крови  4) отсутствие эозинофилов в содержимом пузырей  5) наличие акантолитических клеток  В ДИАГНОСТИКЕ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА ПРИМЕНЯЮТ  1) кожный тест Ядассона (с 50% мазью йодида калия)  2) лампу Вуда  3) поиск телец Боровского  4) микроскопическое исследование покрышек пузырьков на грибы  5) забор мазков из уретры, вульвы, ректума на хламидии  ДЕТЯМ С ГЕРПЕТИФОРМНЫМ ДЕРМАТОЗОМ ДЮРИНГА ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ  1) дапсоном  2) сумамедом  3) препаратами, содержащими йод  4) препаратами брома  5) нестероидными противовоспалительными препаратами  6. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ  6.1. Сифилис  ЧИСЛО ЗАВИТКОВ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ  1) 2-4  2) 6-8  3) 8-12  4) 14-18  НЕ СУЩЕСТВУЮЩИЕ ФОРМЫ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ  1) L-форма  2) цисты  3) бледные трепонемы в полимембранных фагосомах  4) амебоподобные формы  5) спиралевидные формы  НЕВОЗМОЖНЫЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ СИФИЛИСОМ  1) половой  2) трансплацентарный  3) гемотрансфузионный  4) трансмиссивный  5) бытовой  ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИМЕНЯЮТ  1) исследование нативных препаратов в темном поле  2) окраска по Романовскому – Гимзе  3) окраска по Граму  4) культивирование на питательных средах  5) окраска метилиновым синим  ПОСЛЕ КОНТАКТА С БОЛЬНЫМ СИФИЛИСОМ ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ  1) 1 неделю  2) 2 недели  3) 3-5 недель  4) 6-7 недель  5) 8-9 недель  ТВЕРДЫЙ ШАНКР ПРЕДСТАВЛЕН  1) чешуйкой  2) пятном  3) бугорком  4) язвой  5) лихенификацией  ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТВЕРДОГО ШАНКРА  1) генитальные  2) эзофагальные  3) подмышечные  4) ягодичные  5) слизистые  К АТИПИЧНЫМ ТВЕРДЫМ ШАНКРАМ ОТНОСЯТСЯ  1) индуративный отек  2) широкие кондиломы  3) эктима  4) фликтена  5) баланит  ЭВОЛЮЦИЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ЭРОЗИИ  1) рубец  2) исчезает бесследно  3) лихенификация  4) рубцовая атрофия  5) вегетации  СРЕДИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ВЫДЕЛЯЮТ  1) индуративный отек  2) фимоз  3) парафимоз  4) гангренизацию  5) баланопостит  ШАНКР-АМИГДАЛИТ - ЭТО  1) эрозия миндалины  2) язва миндалины  3) увеличенная в размерах синюшно-красная миндалина  4) увеличенная в размерах обычной окраски миндалина  5) заглоточный абсцесс  ДЛЯ РЕГИОНАРНОГО СКЛЕРАДЕНИТА ХАРАКТЕРНО  1) болезненность  2) узлы спаяны между собой  3) мягкая консистенция  4) абсцедирование  5) безболезненность  К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТВЕРДОГО ШАНКРА ОТНОСИТСЯ  1) фимоз  2) шанкр-амигдалит  3) шанкр-панариций  4) бартолинит  5) индуративный отек  ПОСЛЕ ОБРАЗОВАНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА КЛАССИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СТАНОВЯТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ЧЕРЕЗ  1) 3-5 дней  2) 1 неделю  3) 2-4 недели  4) 40 дней  5) 6-7 недель  ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ  1) через 1 месяц  2) через 2-3 месяца  3) через 5-6 месяцев  4) через 6-8 месяцев  5) через 1 год  ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ СВЕЖЕМ СИФИЛИСЕ ОБЫЧНО  1) необильные  2) обильные  3) несимметричные  4) неяркой окраски  5) сгруппированные  К РАЗНОВИДНОСТЯМ ПУСТУЛЕЗНОГО СИФИЛИДА ОТНОСИТСЯ  1) псориазиформный сифилид  2) импетигинозный  3) себорейный сифилид  4) узловатый  5) широкие кондиломы  ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РОЗЕОЛЕЗНОГО СИФИЛИДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ  1) с токсикодермией  2) с псориазом  3) с красным плоским лишаем  4) с экземой  5) с контагиозным моллюском  ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РОЗЕОЛЕЗНОГО СИФИЛИДА  1) красный плоский лишай  2) псориаз  3) пятна от укусов площиц  4) болезнь Девержи  5) рубромикоз  ПАПУЛЕЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С  1) красным плоским лишаем  2) парафимозом  3) отрубевидным лишаем  4) экземой  5) пузырчаткой  ПЯТНИСТЫЙ СИФИЛИД НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С  1) пятнами при коре, краснухе  2) кондиломами  3) красным плоским лишаем  4) вегетирующей пузырчаткой  5) чешуйчатым лишаем  ПРИ ВТОРИЧНОМ СИФИЛИСЕ ИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ  1) пигментные  2) пятнистые  3) пустулезные  4) бугорковые  5) гуммозные  ХАРАКТЕРНОЕ ШЕЛУШЕНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКИХ ПАПУЛ  1) от периферии к центру  2) от центра к периферии  3) по всей поверхности папулы  4) по правой половине папулы  5) по левой половине папулы  СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ЛЕЙКОДЕРМА ВОЗНИКАЕТ С МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ  1) 5 – 6месяцев  2) 1 – 2 месяца  3) 3 недели  4) 2 недели  5) 1 неделю  СИФИЛИТИЧЕСКАЯ МЕЛКООЧАГОВАЯ АЛОПЕЦИЯ ВОЗНИКАЕТ С МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ  1) 6 месяцев  2) 1 неделю  3) 1 месяц  4) 2 недели  5) 3 недели  РАЗНОВИДНОСТИ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ОБЛЫСЕНИЯ  1) мелкоочаговое, диффузное, смешанное  2) мелкоочаговое, язвенно-некротическое, трихофитоидное  3) язвенно-некротическое  4) диффузное  5) трихофитоидное  СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНГИНА БЫВАЕТ  1) эритематозная  2) лакунарная  3) очаговая  4) разлитая  5) фолликулярная  КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА  1) папулы ладоней и подошв  2) обильная розеолезная сыпь  3) сгруппированные бугорки  4) широкие кондиломы  5) мелкоочаговое облысение  ХАРАКТЕРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА  1) узел, бугорок  2) папула, волдырь  3) везикула, пятно  4) пустула  5) папула  ГУММА ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ  1) 3-50 лет после заражения  2) 1 неделю после заражения  3) I месяц после заражения  4) 2 месяца после заражения  5) 1 неделю после появления твердого шанкра  ЭВОЛЮЦИЯ БУГОРКОВОГО СИФИЛИДА  1) трансформация в гумму  2) бесследное исчезновение  3) рассасывание с рубцовой атрофией  4) формирование вегетации  5) переход в лихенизацию  ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ ГУММЫ  1) изъязвление, замещение фиброзной тканью  2) бесследное исчезновение  3) вегетация  4) лихенификация  5) нет верного ответа  ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ  1) сгруппированные папулы  2) лейкодерма  3) алопеция  4) широкие кондиломы  5) звездчатые рубцы  КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА  1) пятнистый сифилид  2) папулезный сифилид  3) серпигинирующие бугорки туловища  4) широкие кондиломы  5) сифилитическое импетиго  СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ГУММУ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С  1) нейродермитоми  2) широкими кондиломам  3) туберкулезом кожи  4) псориазом  5) красным плоским лишаем  ГУММОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НА КОЖЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С  1) скрофулодермой  2) псориазом  3) болезнью Девержи  4) контактным дерматитом  5) чесоткой норвежской  ПОРАЖЕНИЕ ЯЗЫКА В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ПРОТЕКАЕТ В ВИДЕ  1) диффузного склерозирующего глоссита  2) трещины  3) афтозного стоматита  4) «лоснящихся» папул  5) твердого шанкра  СИФИЛИТИЧЕСКУЮ ГУММУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С  1) нейродермитом  2) широкими кондиломами  3) туберкулезом кожи  4) экземой  5) псориазом  СИФИЛИТИЧЕСКАЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ  1) в грудном отделе аорты  2) в восходящей части дуги аорты  3) в нисходящем отделе грудной аорты  4) в брюшном отделе аорты  НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА  1) орхит  2) энтерит  3) мезаортит  4) нефросклероз  5) пиелит  У БОЛЬНОГО АНЕВРИЗМА ВОСХОДЯЩЕЙ ЧАСТИ ДУГИ АОРТЫ. СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ  1) ревматизм  2) туберкулез  3) сифилис  4) красную волчанку  5) заболевание крови  СТРОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЗУБОВ ГЕТЧИНСОНА ЯВЛЯЕТСЯ  1) уменьшенные размеры  2) полулунная выемка на режущем крае  3) сужение режущего края не менее, чем на 2мм относительно шейки зуба  4) бочкообразная форма  5) наличие диастемы  БУГОРКОВЫЙ СИФИЛИД СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С  1) псориазом  2) рубромикозом  3) контактным дерматитом  4) трихофитией  5) туберкулезной волчанкой  РУБЦЫ РОБИНСОНА-ФУРНЬЕ РАСПОЛОЖЕНЫ  1) на коже спины  2) на в/ч головы  3) на задней стенке глотки  4) вокруг рта  5) в локтевых сгибах  ПРИЗНАКИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА  1) симптом Робинсона-Фурнье  2) псевдопаралич Парро  3) триала Гетчинсона  4) саблевидная голень  5) лабиринтная глухота  ДЛЯ СИФИЛИСА ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПАТОГНОМОНИЧНО  1) сифилитическая пузырчатка  2) только папулезная сыпь  3) лейкоплакия слизистых  4) петехиальная сыпь  5) эпидемическая пузырчатка  В «ТРИАДУ ГЕТЧИНСОНА» ПРИ ПОЗДНЕМ ВРОЖДЕННОМ СИФИЛИСЕ ВХОДЯТ  1) гумма твердого неба  2) паренхиматозный кератит  3) саблевидные голени  4) «кисетообразные» зубы (моляры)  5) ягодицеобразный череп  ДОСТОВЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ  1) бугорковая сыпь туловища  2) лабиринтная глухота  3) седловидный нос  4) саблевидные голени  5) ягодицеобразный череп  ПРОЯВЛЕНИЯ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ В ВОЗРАСТЕ  1) от 2 до 4 лет  2) от 4 до 17 лет  3) от 17 до 25 лет  4) от 25 до 35 лет  5) от 35 лет и старше  ДЛЯ СИФИЛИСА СКРЫТОГО РАННЕГО ХАРАКТЕРНА РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ  1) с низким титром реагинов  2) с высоким титром реагинов  3) с низким у одних больных и высоким у других титром реагинов  4) правильного ответа нет  ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИНОМ  1) эмболия  2) некроз на месте инъекции  3) нефропатия  4) полиневриты  5) анафилактический шок  ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА У БОЛЬНОЙ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННОЙ ПРОИСХОДИТ НА  1) 1 -2 месяце беременности  2) 3 месяце беременности  3) 4- 5 месяце беременности  4) 6-7 месяце беременности  5) 8-9 месяце беременности  ТИПИЧНОЙ ФОРМОЙ СУЩЕСТВОВАНИЯ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ  1) спиралевидная  2) тетракокковая  3) шаровидная  4) треугольная  5) бобовидная  ДОМИНИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ  1) инцистированная  2) спиралевидная  3) зернистая  4) L-форма  5) делящаяся  ДОМИНИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ПРИ СКРЫТОМ ПОЗДНЕМ СИФИЛИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ  1) спиралевидная  2) зернистая  3) инцистированная  4) L-форма  5) в стадии деления  ПЕНИЦИЛЛИН НАИБОЛЕЕ АКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ  1) спиралевидной формы  2) инцистированной формы  3) растущей формы  4) L-формы  5) зернистой формы  ЦИСТЫ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ ЯВЛЯЮТСЯ  1) неживыми организмами  2) живыми организмами  3) дегенеративными организмами  4) размножающимися  5) движущимися  МАНИФЕСТНЫЕ ФОРМЫ ПРИОБРЕТЕННОГО СИФИЛИСА РЕГИСТРИРУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ  1) 18-20-лет  2) 21-30 лет  3) 31-40 лет  4) 41-50 лет  5) 51-60 лет  ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ТВЕРДЫЕ ШАНКРЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ  1) на коже рук  2) на коже туловища  3) на коже ног  4) на губах и слизистой оболочке рта  5) на волосистой части головы  ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИФИЛИДОВ ИМЕЮТСЯ В  1) кровеносных и лимфатических сосудах  2) эпидермисе  3) мышцах  4) дерме  5) гиподерме  ДЛЯ ИНФИЛЬТРАТА В ОСНОВАНИИ ТВЕРДОГО ШАНКРА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ХАРАКТЕРНО  1) меньшая его выраженность  2) большая его выраженность  3) изменений не наблюдается  4) большая площадь  5) меньшая площадь  РЕГИОНАРНЫЙ СКЛЕРАДЕНИТ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ РАЗВИВАЕТСЯ  1) еще до появления до твердого шанкра  2) спустя 5-9 дней после появления твердого шанкра  3) одновременно с появлением твердого шанкра  4) спустя 20 дней после появления твердого шанкра  5) спустя 15 дней после появления твердого шанкра  НА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) пятна  2) папулы  3) язвочки (афты)  4) бугорки  5) гуммы  ДЛЯ СКРЫТОГО РАННЕГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНО  1) наличие резидуальных явлений после разрешения сифилидов  2) отсутствие резидуальных явлений после разрешения сифилидов  3) наличие или отсутствие резидуальных явлений после разрешения сифилидов  4) чувство зуда после регресса сифилидов  5) чувство жжения после регресса сифилидов  ПРИ РАННИХ СТАДИЯХ СИФИЛИСА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПОРАЖЕНИЯ  1) мезенхимы  2) паренхимы  3) глии  4) серого вещества головного мозга  5) белого вещества головного мозга  В ОСНОВЕ ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА ПОРАЖЕНИЕ  1) оболочек головного мозга  2) вещества головного мозга  3) сосудов головного мозга  4) сосудов спинного мозга  5) корешков спинного мозга  ДЛЯ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ХАРАКТЕРНО  1) его удлинение  2) его укорочение  3) изменений не отмечается  4) нет правильного ответа  4) нет данных в литературе  УКОРОЧЕНИЕ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ОТМЕЧАЕТСЯ  1) при развитии одиночного твердого шанкра  2) при биполярном расположении твердых шанкров  3) при развитии множественных твердых шанкров  4) при экстрагенитальном твердом шанкре  5) при приеме антибиотиков  РМП У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ СТАНОВЯТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ТВЕРДОГО ШАНКРА В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ  1) 5-7 дней  2) 2-3 недели  3) 5-6 недель  4) 7-8 недель  5) 9-10 недель  ОСНОВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ НА КОЖЕ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ ПРИ ТРЕТИЧНОМ ПЕРИОДЕ СИФИЛИСА  1) розеола  2) узлы  3) папулы  4) пустулы  5) волдыри  РЕНТГЕНОГРАФИЮ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА ДО 3 МЕС ЖИЗНИ  1) не следует делать  2) следует выполнять  3) на усмотрение врача  4) на усмотрение родителей  5) на усмотрение заведующего отделением  К ПОРАЖЕНИЯМ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ РАННЕМ СИФИЛИСЕ ОТНОСИТСЯ  1) остеохондрит, периостит  2) периостит  3) экзостозы  4) остит  5) артрит  ПРИ ПРОГРЕССИВНОМ ПАРАЛИЧЕ  1) изменения в цереброспинальной жидкости отсутствуют  2) серологические реакции в СМЖ отрицательные  3) изменения связаны со стадией патологического процесса  4) нет плеоцитоза в СМЖ  5) изменения в цереброспинальной жидкости коррелируют с КСР крови  ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ МОГУТ БЫТЬ ПРИ  1) гонорее  2) трихомониазе  3) псориазе  4) эндемических трепонематозах  5) красном плоском лишае  СПИННОМОЗГОВАЯ ПУНКЦИЯ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СМЖ ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ  1) по желанию врача  2) по желанию пациента  3) при типичном течении первичного сифилиса  4) при типичном течении вторичного сифилиса  5) при клинической неврологической патологии у больного сифилисом  НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕСТАМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА ЯВЛЯЮТСЯ  1) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200; РИФ-абс  2) РПГА  3) ИФА  4) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200, РИФ-абс, РПГА, ИФА  5) реакция иммунофлюоресценции РИФ-200, РИФ-абс, РПГА  НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ СЕРОЛОГИЧЕСКИМ ТЕСТОМ НА СИФИЛИС ЯВЛЯЕТСЯ  1) РИФ-200  2) РИФ-абс  3) ИФА  4) РМП  5) реакция иммуноблота  РЕАКЦИЯ ИММУНОБЛОТА ПРОВОДИТСЯ  1) для подтверждения диагноза первичного сифилиса  2) для подтверждения диагноза вторичного сифилиса  3) для контроля за лечением  4) для подтверждения диагноза скрытого сифилиса  5) для решения вопроса о снятии с диспансерного наблюдения  СЛЕДУЕТ РАЗЛИЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ  1) специфическое  2) превентивное  3) профилактическое  4) пробное  5) специфическое, превентивное, профилактическое, пробное  ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ЯВЛЯЮТСЯ  1) желание больного  2) желание врача  3) типичное течение первичного сифилиса  4) типичное течение вторичного сифилиса  5) непереносимость больным антибактериальных препаратов  БОЛЬНОМУ ПЕРВИЧНЫМ СИФИЛИСОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧИТЬ  1) растворимый пенициллин  2) бициллин-5  3) экстенциллин  4) доксициклин  5) эритромицин  БОЛЬНОМУ ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧИТЬ  1) ретарпен  2) растворимый пенициллин  3) бициллином-1  4) оксациллин  5) доксициклин  БОЛЬНОМУ ВТОРИЧНЫМ СИФИЛИСОМ И ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧИТЬ  1) экстенциллин  2) растворимый пенициллин  3) бициллином-1  4) бициллином-5  5) доксициклин  6.2. Мягкий шанкр. Венерическая лимфогранулема. Паховая гранулема  ВОЗБУДИТЕЛЕМ МЯГКОГО ШАНКРА ЯВЛЯЕТСЯ  1) Ureaplasma urealуticum  2) Mycoplasma hominis  3) Hаemophilus Ducreyi  4) Mycoplasma buccaie  5) Mycoplasma hominis  ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД МЯГКОГО ШАНКРА  1) 2 - 3 сут  2) 2 - 5 месяцев  3) 2 - 5 лет  4) 25 лет  5) 30 лет  НА МЕСТЕ ИНОКУЛЯЦИИ HАEMOPHILUS DUCREYI ПОЯВЛЯЕТСЯ  1) отечное пятно  2) бугорок  3) твердый шанкр  4) язва  5) красное пятно, бугорок, твердый шанкр, язва  ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЯГКОГО ШАНКРА ЯВЛЯЕТСЯ  1) бактериоскопический метод  2) серологический метод  3) иммунологический метод  4) аллергологический метод  5) иммуногистохимический метод  ЯЗВА ПРИ МЯГКОМ ШАНКРЕ ИСЧЕЗАЕТ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕРЕЗ  1) 1 неделю  2) 1-2 месяца  3) 1 год  4) 2 дня  5) 2 года  ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ  1) Chlamydia trachomatis  2) палочка Коха  3) Treponema pallidum  4) Mycoplasma hominis  5) Hаemophilus Ducreyi  ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ  1) воздушно-капельный  2) половой  3) фекально-оральный  4) трансплацентарный  5) инъекционный  НА МЕСТЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМОЙ ПОЯВЛЯЕТСЯ  1) папула с венчиком гиперемии  2) твердый шанкр  3) бугорок  4) язва  5) гумма  ВЕНЕРИЧЕСКУЮ ЛИМФОГРАНУЛЕМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С  1) сифилисом  2) мягким шанкром  3) донованозом  4) туберкулезом лимфатических узлов  5) сифилисом, мягким шанкром, донованозом, туберкулезом лимфатических узлов  ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ  1) рифампицин  2) бензилпенициллин  3) бициллин-1  4) доксициклин  5) ванкомицин  ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПАХОВОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ  1) Calymmatobacterium granulomatis  2) Ureaplasma urealуticum  3) Mycoplasma hominis  4) Hаemophilus Ducreyi  5) Mycoplasmabuccaie  ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПАХОВОЙ ГРАНУЛЕМЫ  1) от нескольких дней до 3 месяцев  2) 2 года  3) 5 лет  4) 4 часа  5) 16 часов  ОСНОВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НА КОЖЕ ПРИ ПАХОВОЙ ГРАНУЛЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ  1) лихенификация  2) язвы мясисто-красного цвета  3) твердые шанкры  4) бугорки  5) гуммы  ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ МИКРОСКОПИИ МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ ОТ БОЛЬНОГО ПАХОВОЙ ГРАНУЛЕМОЙ ЯВЛЯЮТСЯ  1) тельца Донована  2) тельца Микулича  3) клетка Пирогова-Лангханса  4) клетки Лангерганса  5) клетки Тцанка  ПОСЛЕ ПАХОВОЙ ГРАНУЛЕМЫ ВОЗМОЖНО ПОСЛЕДСТВИЕ В ВИДЕ  1) лимфедемы и слоновости полового члена, мошонки, вульвы  2) рубцевания на месте язвы  3) бесследного разрешения  4) стеноза ануса, уретры, влагалища, элефантиаза  5) развития экземы  6.3. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов  ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ - ГОНОКОКК ОТНОСИТСЯ  1) к парным коккам грам-отрицательным  2) к парным коккам грам-положительным  3) к парным коккам грам-вариабельным  4) к коккобациллам грам-отрицательным  5) к коккобациллам грам-вариабельным  В СРЕДАХ С САХАРАМИ ГОНОКОКК РАЗЛАГАЕТ  1) лактозу  2) галактозу  3) декстрозу  4) сахарозу  5) рибозу  НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВОВ ГОНОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ АССОЦИАЦИЯ ГОНОКОККОВ С  1) хламидиями  2) дрожжевым мицелием  3) трихомонадами  4) уреаплазмой  5) гарднереллами  ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ГОНОРЕЯ ПОЛУЧЕНА У  1) человекообразных обезьян  2) морских свинок  3) кроликов  4) собак  5) ни у одного животного  НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ  1) многослойным плоским неороговевающим эпителием  2) переходным эпителием  3) цилиндрическим эпителием  4) многослойным плоским ороговевающим эпителием  5) кубическим эпителием  ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГОНОРЕЕ  1) 1-2 дня  2) 3-4 дня  3) 10-14 дней  4) 8-10 дней  5) 5-7 дней  ПРИ ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ ФОРМАХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГОНОРЕИ ПОКАЗАНА ТЕРАПИЯ  1) гоновакциной  2) местным лечением  3) антибиотиками  4) трихополом  5) пирогеналом  ПРИ УРЕТРИТАХ, ВЫЗВАННЫХ ГРАМ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ДИПЛОКОККАМИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ  1) аминогликозидов  2) цефалоспоринов  3) линкомицина  4) полимиксина  5) противогрибковых препаратов  ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРЕТРИТОВ, ВЫЗВАННЫХ ДРОЖЖЕПОДОБНЫМИ ГРИБАМИ, НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ  1) канамицин  2) цепорин  3) полимиксин  4) пенициллин  5) дифлюкан  С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН ИССЛЕДУЕТСЯ СОСКОБ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ  1) уретры  2) уретры и цервикального канала  3) цервикального канала и прямой кишки  4) уретры, цервикального канала и прямой кишки  5) все вышеперечисленное неверно  С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У МУЖЧИН ИССЛЕДУЕТСЯ  1) соскоб слизистой оболочки прямой кишки  2) соскоб слизистой оболочки уретры, секрет простаты  3) соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки  4) все вышеперечисленное верно  5) все вышеперечисленное неверно  ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОНОРЕЕ У ДЕВОЧКИ В ФАЗЕ РЕМИССИИ НАБЛЮДАЕТСЯ  1) учащенное болезненное мочеиспускание  2) зуд в области половых органов  3) гнойные выделения из половой щели  4) гиперемия наружных половых органов  5) отсутствие жалоб  ГОНОРЕЯ ГЛАЗ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ  1) континуитатно  2) распространения инфекции лимфогенным путем  3) распространения инфекции гематогенным путем  4) всего перечисленного  5) занесения инфекции в глаза загрязненными руками  ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НА ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ  1) t 35-37С, рН >5.7  2) t 38-40С, pН > 4.0  3) t 35-37С, рН > 4.0  4) t 35-37С, рН < 4.0  5) t 38-40С, рН < 4.0  КУЛЬТИВИРОВАНИЕ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ПРОИЗВОДИТСЯ  1) в термостате при t 35-37 С  2) в термостате при повышенной концентрации СО2  3) в анаэростате  4) в изоляции на клетках Мак-Коя  5) в термостате при повышенной концентрации СО2 и в анаэростате одновременно  ОСНОВНЫМ ПРОДУКТОМ ФЕРМЕНТАЦИИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ КИСЛОТА  1) молочная  2) уксусная  3) муравьиная  4) янтарная  5) масляная  БОЛЬШИНСТВО ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ПРЕПАРАТАМ  1) группы аминогликозидов  2) группы фторхинолонов  3) группы тетрациклина  4) группы метронидазола  5) группы цефалоспоринов  В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЛАГАЛИЩНАЯ ГАРДНЕРЕЛЛА ОТНЕСЕНА В ГРУППУ  1) облигатно-патогенных микроорганизмов  2) условно-патогенных микроорганизмов  3) резидентной микрофлоры  4) все перечисленное правильно  5) все перечисленное неверно  ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА  1) уменьшение или исчезновение лактобацилл  2) наличие «ключевых» клеток  3) отсутствие местной лейкоцитарной реакции  4) увеличение смешанной микробной микрофлоры;  5) все перечисленное верно  ТЕРМИНОМ «КЛЮЧЕВАЯ» КЛЕТКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ  1) клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения  2) клетка влагалищного эпителия, покрытая грам-вариабельной мономорфной, упорядоченной палочковой флорой  3) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами  4) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам- положительной палочковой флорой  5) споровая форма микроорганизма  У НОВОРОЖДЕННОГО С ХЛАМИДИОЗОМ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ  1) со слизистой оболочки носа  2) со слизистой оболочки задней стенки глотки  3) с наружного слухового прохода  4) с паховой складки  5) с пуповинного ocтатка  НАЛИЧИЕ ГИПЕРЕМИИ, ОТЕКА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ  1) патогномоничным признаком  2) следствием сопутствующей инфекции  3) отражением степени воспалительного процесса  4) отражением давности заболевания  5) отражением вирулентности инфекционного агента  БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ, ПРОТЕКАЮЩИЙ В ВИДЕ МОНОИНФЕКЦИИ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЖАЛОБАМИ НА  1) незначительное количество выделений с неприятным запахом, усиливающимся во время менструации и полового контакта  2) обильные выделения с неприятным запахом, зуд, жжение в области наружных половых органов  3) дизурические явления, зуд, жжение в области наружных половых органов  4) ноющие боли внизу живота, обильные выделения с неприятным запахом  5) все перечисленное правильно  ЗАБОР МАТЕРИАЛА У ЖЕНЩИН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ПРОИЗВОДИТСЯ ИЗ ОЧАГОВ  1) заднего и боковых сводов влагалища  2) уретры, цервикального канала, влагалища  3) уретры, цервикального канала  4) уретры, эндоцервикального канала, прямой кишки  5) эндоцервикального канала  БОЛЬШИНСТВО ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГАРДНЕРЕЛЛЫ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ПРЕПАРАТАМ  1) группы аминогликозидов  2) группы фторхинолонов  3) группы тетрациклина  4) группы метронидазола  5) группы цефалоспоринов  ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОГО УРЕТРИТА ПРИМЕНЯЮТ  1) пенициллин  2) метронидазол  3) доксициклин  4) левамизол  5) гентамицин  СУБЪЕКТИВНЫЕ СИМПОТОМЫ УРЕАПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН  1) все нижеперечисленное верно  2) выделения из половых путей  3) диспареуния  4) дизурия  5) боль в нижней части живота  У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГОНОКОККОМ ПОРАЖАЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ  1) влагалища  2) полости рта  3) цервикального канала  4) матки и придатков матки  5) глаз  МЕТОД ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА  1) окраска мазков метиленовым синим  2) окраска мазков по Романовскому-Гимзе  3) исследование нативного преперата  4) полимеразная цепная реакция  5) реакция Колмера  ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕИ И ХЛАМИДИОЗА ПРИМЕНЯЮТСЯ  1) антибактериальные препараты  2) противогрибковые препараты  3) противовирусные препараты  4) противопротозойные препараты  5) метотрексат  ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ  1) пенициллин  2) метронидазол  3) джозамицин  4) сульфопрепараты  5) ципрофлоксацин  ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА ХАРАКТЕРНЫ  1) уретрит, простатит  2) дерматит  3) деменция  4) недостаток вит. В6  5)обнаружение в мазках трихомонад  ВЛАГАЛИЩНАЯ ГАРДНЕРЕЛЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ  1) грам-отрицательные коккобациллы  2) грам-вариабельные коккобациллы  3) грам-положительные кокковые формы микроорганизмов  4) грам-положительные бациллярные формы микроорганизмов  5) клетку влагалищного эпителия, покрытую сплошь или частично грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами  К СЕМЕЙСТВАМ ПОРЯДКА CHLAMYDIALES ОТНОСЯТСЯ  1) семейство Chlamydiaceae  2) семейство Paraсhlamydiaceae  3) семейство Simkaniaceae  4) семейство Waddliaceae  5) семейства Chlamydiaceae, Paraсhlamydiaceae, Simkaniaceae, Waddliaceae  К ВИДАМ ПОРЯДКА CHLAMYDIALES ОТНОСЯТСЯ  1) Chlamydia, Chlamydophila  2) Parachlamydia  3) Simkania  4) Waddlia  5) Chlamydia, Chlamydophila, Parachlamydia, Simkania, Waddlia  ПУТЯМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ХЛАМИДИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ  1) плода - анте-иинтранатальный  2) воздушно-капельный  3) половой  4) половой; инфицирование плода анте-иинтранатально  5) инфицирование плода анте-иинтранатально; воздушно-капельный, половой  К ФОРМАМ СУЩЕСТВОВАНИЯ ХЛАМИДИЙ ОТНОСЯТСЯ  1) вульгарные тельца  2) элементарные тельца  3) ретикулярные тельца  4) элементарные тельца, ретикулярные тельца  5) вульгарные, элементарные, ретикулярные тельца  У МУЖЧИН ХЛАМИДИИ ВЫЗЫВАЮТ  1) уретрит  2) эпидидимит, простатит  3) конъюнктивит  4) болезнь Рейтера  5) уретрит, эпидидимит, простатит, конъюнктивит, болезнь Рейтера  У ЖЕНЩИН ХЛАМИДИИ ВЫЗЫВАЮТ  1) уретрит  2) бартолинит  3) эндоцервицит  4) эндометрит  5) уретрит; бартолинит, эндоцервицит, эндометрит  ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ  1) микробиологического исследования (выделение чистой культуры возбудителя)  2) ПИФ  3) ПЦР  4) ИФА  5) микроскопического исследования  МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ХЛАМИДИИ ЯВЛЯЕТСЯ  1) соскоб из уретры или цервикального канала (у девочек - из вульвы)  2) соскоб с конъюнктивы  3) секрет простаты  4) осадок мочи  5) соскоб из уретры или цервикального канала (у девочек - из вульвы), соскоб с конъюнктивы, секрет простаты, осадок мочи  В ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ  1) антибиотики тетрациклинового ряда  2) макролиды  3) сульфопрепараты  4) антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды  5) фторхинолоны  СОГЛАСНО МКБ-10 К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ТРИХОМОНИАЗА ОТНОСЯТСЯ  1) урогенитальный трихомоноз  2) трихомоноз других локализаций  3) мочеполовой трихомоноз  4) урогенитальный трихомоноз, трихомоноз других локализаций  5) урогенитальный трихомоноз, трихомоноз других локализаций, мочеполовой трихомоноз  ИНФИЦИРОВАНИЕ ТРИХОМОНИАЗОМ ПРОИСХОДИТ  1) половым путем  2) у детей при прохождении через родовые пути больной матери  3) у детей контактно-бытовым путем  4) половым; у детей - интранатальным и контактно-бытовым путем  5) через воду  ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРНЫ  1) выделения из половых путей, нередко – пенистые, с неприятным запахом  2) диспареуния, дизурия  3) зуд/жжение в области наружных половых органов  4) выделения из половых путей, нередко – пенистые, с неприятным запахом; диспареуния, дизурия; зуд/жжение в области наружных половых органов  5) выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; зуд/жжение в области наружных половых органов  ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН ХАРАКТЕРНЫ  1) слизистые выделения из уретры  2) боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку  3) диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия  4) слизистые выделения из уретры, диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия  5) слизистые выделения из уретры; боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку; диспареуния и дизурия, редко – гематоспермия  К МЕТОДАМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА  НЕ ОТНОСЯТСЯ  1) микроскопия нативного препарата  2) микроскопия по Граму  3) культуральный  4) прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА)  5) ПЦР  ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОТИВОТРИХОМОНАДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  1) обнаружение T. vaginalis при микроскопическом и/или культуральном исследованиях  2) обнаружение T. vaginalis при исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента, либо у его полового партнера  3) обнаружение T. vaginalis методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ)  4) обнаружение T. vaginalis при микроскопическом и/или культуральном исследованиях; обнаружение T. vaginalis при исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента либо у его полового партнера; обнаружение T. vaginalis методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ)  5) обнаружение T. vaginalis при микроскопическом и/или культуральном исследованиях, молекулярно-биологическими методами у пациента, либо у его полового партнера  ОСЛОЖНЕНИЯ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН  1) сальпингоофорит  2) эндометрит  3) цистит  4) бесплодие  5) все вышеперечисленное верно  ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ТРИХОМОНИАЗОМ, ПРОВОДИТСЯ  1) не ранее II триместра  2) в первом триместре  3) не проводится  4) на любом сроке  5) все вышеперечисленное неверно | 1  4  5  5  4  4  5  1  1  5  4  5  5  4  4  5  2  5  2  1  5  4  5  1  1  2  2  3  3  3  3  1  5  4  5  4  1  5  4  1  1  3  3  3  1  2  1  2  3  5  1  5  5  2  5  1  5  5  3  3  5  2  3  5  2  1  1  2  3  1  1  5  2  1  1  2  2  1  3  4  3  5  5  2  4  5  5  4  1  4  1  4  1  5  4  3  5  3  5  5  4  4  4  5  1  3  4  2  5  3  1  1  3  5  1  3  1  2  2  2  1  1  4  3  4  2  3  3  4  2  3  1  5  1  1  2  1  5  5  5  3  1  4  4  5  5  5  1  5  1  1  5  3  3  1  3  3  1  5  1  4  4  4  3  2  2  1  1  5  3  2  1  1  2  5  1  2  2  2  2  2  3  2  4  1  5  2  4  4  5  2  2  1  2  3  1  5  3  5  2  4  4  3  3  1  3  2  5  5  5  3  1  1  1  4  1  5  5  4  5  5  2  2  5  3  5  5  1  3  2  2  5  1  5  5  5  4  5  2  5  1  1  1  1  2  1  5  5  1  2  1  1  4  2  5  1  4  5  2  2  3  1  1  2  2  5  5  5  5  2  2  3  3  2  5  1  1  1  2  5  1  3  1  1  1  5  4  2  4  1  1  1  3  2  2  5  2  4  1  2  3  2  3  3  1  5  5  5  4  5  2  5  1  4  5  5  5  2  1  5  1  1  1  3  3  3  1  2  5  1  3  1  2  2  3  3  1  1  3  5  3  1  3  4  2  1  2  3  1  5  3  5  4  1  3  1  1  4  1  2  2  1  1  1  4  5  1  4  1  4  5  5  1  2  3  5  1  3  2  5  5  5  5  3  4  4  5  2  5  2  5  4  5  5  4  5  2  3  3  1  4  5  5  5  5  5  3  5  5  5  5  5  5  4  4  5  4  5  1  4  1  1  1  1  1  1  2  5  2  1  2  5  1  1  1  1  1  1  1  5  2  3  3  2  1  2  2  3  1  1  4  5  4  4  5  1  1  4  1  1  1  1  2  1  1  2  2  1  1  1  1  1  1  5  1  3  3  1  1  3  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  5  1  1  2  1  1  3  4  4  1  3  4  1  1  2  1  3  5  1  3  2  2  2  3    1  1  2  2  1  1  1  1  3  1  1  3  1  5  3  3  1  1  3  2  3  3  3  5  4  2  1  2  2  2  2  5  3  1  2  3  1  2  2  4  1  1  2  2  1  1  1  1  2  2  2  2  1  5  4  5  4  5  4  5  5  1  2  2  3  1  1  1  2  1  2  1  5  4  1  1  2  1  4  1  3  3  5  3  5  3  5  5  2  5  5  3  5  5  2  4  2  5  3  2  2  1  1  4  3  1  1  4  1  3  1  5  5  5  4  4  5  5  3  5  3  4  4  4  5  4  5  5  1 | | ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА  ВК ТК ГИА | УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-2, ПК-4  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6  УК-1, ПК-6 | |