

616.5  
B50  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIȚANU"

CATEDRA DERMATOVENEROLOGIE

Mircea BEȚIU  
Gheorghe MUȘET  
Nina FIODOROVA

**DERMATOVENEROLOGIA  
ÎN TESTE**  
Дерматовенерология в тестах

Ediția a II-a

Издание второе

Chișinău 2007

3/3.5  
B.50

616.5:616.97(679)=135.1=161.1

B. 50

Aprobat de Consiliul metodic central al Universității de Stat de Medicină și Farmacie  
*Nicolae Testemițanu* din Republica Moldova,  
procesul verbal nr.7 din 20.05.04

**Autori:**

*Bețiu Mircea*, doctor în științe medicale, conferențiar universitar;  
*Mușet Gheorghe*, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit;  
*Fiodorova Nina*, asistent universitar

**Recenzenți:**

*Gugulan Leonid*, doctor în științe medicale, conferențiar universitar;  
*Morcov Grigore*, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

**Перевод на русский язык:**

*Федорова Нина Михайловна*, ассистент кафедры Дерматовенерологии

Culegerea de teste este adresată studenților, rezidenților, dermatologilor începători, precum și medicilor de familie, acoperind în fond capitolele programului universitar de instruire în domeniul dermatovenerologiei. Lucrarea este concepută în calitate de asistență didactică de inițiere în pregătirea către examenul testat de promovare la dermatovenerologie, precum și de admitere în rezidențiat.

Сборник тестов включает все разделы учебной программы по дерматовенерологии для медицинского университета и предназначен для студентов, резидентов, начинающих врачей-дерматовенерологов, а также семейных врачей. Тесты могут использоваться в качестве исходного методического материала для подготовки к экзамену студентами, а также для врачей при поступлении в резидентуру по дерматовенерологии.

**Redactor:** *Lidia Căssa*.

**Corector:** *Nicolae Bătrânu*

**Machetare computerizată:**

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Bețiu Mircea

Dermatovenerologia în teste = Дерматовенерология в тестах. Ediția a II-a /  
Mircea Bețiu, Gheorghe Mușet, Nina Fiodorova; Universitatea de Stat de Medicină și  
Farmacie *Nicolae Testemițanu* din Rep.Moldova. Catedra Dermatovenerologie. – Ch.:

Tipografia „Ericon”, 2007. – 240 p.

ISBN 978-9975-9679-4-5

500 ex.

616.5:616.97(679)=135.1=161.1

701291

Universitatea de Stat de  
Medicină și Farmacie  
«Nicolae Testemițanu»  
Biblioteca Științifică Medicală

File №1

© Tipografia „Ericon”, 2007  
© M.Bețiu și alții, 2007

31

## CUPRINS

Anatomia, histologia și fiziologia pielii.....	5
Aspecte de histopatologie și fiziopatologie cutanată.....	13
Diagnosticul dermatologic.....	14
Tratamentul dermatologic.....	24
Piodermitele.....	28
Micozele cutaneo-mucoase.....	33
Epizoonozele (scabia, pediculozele).....	44
Dermatozele alergice.....	47
Virozele cutanate.....	54
Afecțiunile buloase.....	58
Eritemul polimorf, sindromul Stevens-Johnson.....	62
Afecțiunile micobacteriene.....	63
Toxidermiile, sindromul Lyell.....	67
Dermatozele profesionale.....	69
Psoriazisul. Lichenul plan.....	69
Bolile țesutului conjunctiv.....	75
Manifestările cutanate în insuficiența venoasă cronică.....	80
Genodermatozele.....	82
Tumorile cutanate maligne.....	85
Porfiria cutanată tardivă.....	89
Vasculitele.....	91
Pitiriazisul rozat Gibert.....	94
Rozaceea.....	95
Sindromul seboreic. Acneea vulgară.....	96
Alopecia areata.....	98
Vitiligo.....	100
Sifilisul.....	101
Gonoreea.....	114
Trichomoniază.....	120
Infecțiile urogenitale cu Chlamydia și Mycoplasma.....	122
Infecția HIV.....	124
Cheia testelor.....	235

## СОДЕРЖАНИЕ

Анатомия, гистология и физиология кожи.....	127
Патоморфологические изменения в коже.....	134
Основные принципы диагностики болезней кожи.....	135
Основные принципы лечения заболеваний кожи.....	144
Пиодермиты.....	147
Грибковые заболевания кожи.....	152
Эпизоонозы (чесотка, педикулез).....	162
Аллергические дерматозы.....	164
Вирусные заболевания кожи.....	170
Буллезные дерматозы.....	174
Многоформная экссудативная эритема.....	177
Туберкулез кожи. Лепра.....	179
Токсидермии.....	182
Профессиональные дерматозы.....	183
Псориаз. Красный плоский лишай.....	184
Болезни соединительной ткани.....	189
Поражение кожи при хронической венозной недостаточности.....	194
Наследственные дерматозы.....	195
Злокачественные заболевания кожи.....	198
Поздняя кожная порфирия.....	201
Аллергические васкулиты.....	203
Розовый лишай Gibert.....	205
Розацеа.....	206
Себорея. Вульгарные угри.....	207
Круговидное облысение.....	209
Витилиго.....	210
Сифилис.....	211
Гонорея.....	224
Трихомониаз.....	229
Негонорейные заболевания, мочеполового тракта, обусловленные Chlamydia и Mycoplasma.....	230
Вич-инфекция.....	232
Ответы.....	235

## ANATOMIA, HISTOLOGIA ȘI FIZIOLOGIA CUTANATĂ

1. Proveniența embriogenetică a pielii:
  - A. Exclusiv din ectoderm
  - B. Exclusiv din mezoderm
  - C. Exclusiv din endoderm
  - D. Ectoderm și mezoderm
  - E. Mezoderm și endoderm
  
2. Din ectoderm se formează:
  - A. Dermul și anexele cutanate
  - B. Epidermul și anexele cutanate
  - C. Hipodermul și anexele cutanate
  - D. Exclusiv anexele cutanate
  - E. Epidermul, dermul, hipodermul și anexele cutanate
  
3. Din mezoderm se formează:
  - A. Exclusiv epidermul
  - B. Exclusiv dermul
  - C. Exclusiv hipodermul
  - D. Epidermul și dermul
  - E. Dermul și hipodermul
  
4. Din endoderm se formează:
  - A. Epidermul
  - B. Dermul
  - C. Hipodermul
  - D. Anexele cutanate
  - E. Nici unul din cele menționate
  
5. Originea embriogenetică a melanocitelor:
  - A. Ectoderm de acoperire
  - B. Neuroectoderm
  - C. Mezoderm
  - D. Endoderm
  - E. Nici unul din cele menționate
  
6. Succesiunea corectă a straturilor epidermului (începând cu membrana bazala):
  - A. Stratul lucid
  - B. Stratul bazal
  - C. Stratul granulos
  - D. Stratul spinos
  - E. Stratul cornos
  
7. Numărul de rânduri celulare ce formează stratul bazal:
  - A. 1
  - B. 2-3
  - C. 5-10
  - D. 10-15
  - E. 15-20

8. Corneocitele sunt celule nucleate:
- A. Da
  - B. Nu
9. Celule rezidente în epiderm:
- A. Keratinocite
  - B. Melanocite
  - C. Fibroblaști
  - D. Celule Langerhans
  - E. Celule Merkel
10. Dendrocitele epidermului:
- A. Keratinocitele
  - B. Melanocitele
  - C. Celulele Langerhans
  - D. Celulele Merkel
  - E. Mastocitele
11. Cota prezenței epidermice a melanocitelor:
- A. 1-2%
  - B. 5-6%
  - C. 10-12%
  - D. 20-30%
  - E. 40-50%
12. Cota prezenței epidermice a celulelor Langerhans:
- A. 1-2%
  - B. 3-8%
  - C. 10-15%
  - D. 20-25%
  - E. 40-50%
13. Funcția principală a keratinocitelor stratului bazal:
- A. Senzitivă
  - B. Melanogeneză
  - C. Excretoare
  - D. Germinativă
  - E. Secretoare
14. Realizează legăturile intercelulare în stratul bazal al epidermului:
- A. Fibrele de colagen
  - B. Fibrele elastice
  - C. Desmozomii
  - D. Fibrele reticulare
  - E. Hemidesmozomii
15. Nu se încadrează în keratogeneză:
- A. Eleidina
  - B. Tirozina
  - C. Hialina
  - D. Keratohialina
  - E. Tonofilamentele

16. Nu se încadrează în melanogeneză:

- A. Tirozina
- B. Dihidroksifenilalanina
- C. Acidul arahidonic
- D. Dopa-chinona
- E. Hidro-chinona

17. Funcția celulelor Langerhans:

- A. Senzitivă
- B. Imunologică
- C. Excretoare
- D. Melanogeneză
- E. Keratogeneză

18. Stratul granulos lipsește pe:

- A. Mucoase
- B. Palme și plante
- C. Semimucoase
- D. Patul unghial
- E. Corticala firului de păr

19. Numărul de rânduri celulare ce constituie în mod normal stratul granulos:

- A. 1
- B. 2-3
- C. 4-6
- D. 7-10
- E. 10-14

20. Prezența topografică a stratului lucid:

- A. Față
- B. Bulb pilar
- C. Palme și plante
- D. Patul unghial
- E. Mucoase

21. Stratul conjunctum reprezintă:

- A. Parte a stratului cornos, compactă, aderentă stratului granulos sau lucid
- B. Parte a stratului cornos, superficială, realizează descuamarea fiziologică
- C. Parte a stratului granulos
- D. Parte a stratului spinos
- E. Parte a dermului

22. Stratul disjunctum reprezintă:

- A. Parte a stratului cornos, compactă, aderentă stratului granulos sau lucid
- B. Parte a stratului cornos, superficială, realizează descuamarea fiziologică
- C. Parte a stratului granulos
- D. Parte a stratului spinos
- E. Parte a dermului

23. Prezența topografică maximală a stratului cornos:

- A. Mucoase

- B. Față
- C. Pleoape
- D. Palme și plante
- E. Regiunea interscapulară

24. Membrana bazala reprezintă:

- A. Joncțiunea dintre derm și hipoderm
- B. Joncțiunea dintre epiderm și derm
- C. Joncțiunea dintre epiderm și hipoderm
- D. Joncțiunea dintre hipoderm și țesuturile subiacente
- E. Joncțiunea epidermică intercelulară

25. Structura membranei bazale nu include:

- A. Hemidesmozomi
- B. Desmozomi
- C. Lamina lucida
- D. Lamina densa
- E. Fibre de ancoră

26. Conținutul membranei bazale la microscopul electronic:

- A. Membrană plasmatică
- B. Lamina lucida
- C. Lamina densa
- D. Lamina reticularis
- E. Lamina papilaris

27. Vascularizarea epidermului include:

- A. Doua rețele de vase sanguine (superficială și profundă)
- B. O rețea superficială de vase sanguine
- C. O rețea profundă de vase sanguine
- D. O rețea arcadă vasculară
- E. Nu este vascularizat

28. În epiderm keratina are un conținut crescut de cistină și sulf:

- A. Corect
- B. Incorect

29. Corticala firului de păr și unghii are un conținut redus de cistină și sulf:

- A. Corect
- B. Incorect

30. Stimulează creșterea indicelui mitotic al keratinocitelor:

- A. Estrogenii
- B. Acetilcolina
- C. Prostaglandina F
- D. Adrenalina
- E. Prostaglandina E

31. Straturile anatomice ale dermului:

- A. Papilar
- B. Granular
- C. Reticular



- D. Spinos
- E. Cornos

32. Constituenții histologici ai dermului:

- A. Substanță fundamentală
- B. Keratinozomi (granule lamelare Odland)
- C. Sistem fibrilar
- D. Sistem celular
- E. Sistem desmozomal

33. Sistemul celular normal al dermului nu include:

- A. Fibroblaști
- B. Histiocite
- C. Melanocite
- D. Fibrocite
- E. Mastocite

34. Sistemul fibrilar al dermului nu include:

- A. Substanță fundamentală
- B. Fibre de colagen
- C. Fibre elastice
- D. Fibre de reticulină (argirofile)
- E. Tonofibrile

35. Substanțele sintetizate în mod normal de fibroblaști:

- A. Colagen
- B. Elastină
- C. Hialină
- D. Mucină
- E. Mucopolizaharide

36. Acizii aminați predominanți în fibrele de colagen:

- A. Glicină
- B. Hidroxiprolină
- C. Prolină
- D. Valină
- E. Leicină

37. Fibrele elastice diferă de cele de colagen prin conținutul mult mai redus de hidroxiprolină:

- A. Corect
- B. Incorect

38. Anexele cutanate nu includ:

- A. Glande sebacee
- B. Glande sudoripare
- C. Vase și nervi cutanați
- D. Unghii
- E. Fire de păr

39. Tipul secreției glandelor sudoripare apocrine:

- A. Merocrin

- B. Holocrin
- C. Holomerocrin
- D. Toate cele menționate
- E. Nici unul din cele menționate

40. Tipul de secreție a glandelor sudoripare ecrine:

- A. Merocrin
- B. Holocrin
- C. Holomerocrin
- D. Toate cele menționate
- E. Nici unul din cele menționate

41. Tipul de secreție a glandelor sebacee:

- A. Merocrin
- B. Holocrin
- C. Holomerocrin
- D. Toate cele menționate
- E. Nici unul din cele menționate

42. Ariile cutanate lipsite de glande sudoripare apocrine:

- A. Axile
- B. Regiunea genitală și perigenitală
- C. Regiunea perinală
- D. Regiunea mamelonului
- E. Palme și plante

43. Ariile cutanate lipsite de glande sebacee:

- A. Frunte
- B. Scalp
- C. Torace
- D. Palme și plante
- E. Bărbie

44. Ariile cutanate lipsite de glande sudoripare:

- A. Palme și plante
- B. Glandul penian
- C. Versantul mucos al prepuțului
- D. Labiile mici
- E. Regiunea pubiană

45. Categoriile de păr:

- A. Lanugo
- B. Imago
- C. Velus
- D. Peri intermediari
- E. Peri definitivi (terminali)

Tipul predominant de melanină și culoarea părului respectivă:

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 46. Eumelanina    | A. Roșie         |
| 47. Feomelanina   | B. Castanie      |
| 48. Tricosiderina | C. Galben-roșcat |

Definițiile corespunzătoare ale ciclului pilar:

49. Anagen  
50. Catagen  
51. Telogen
- A. Reducerea activității piloformatoare  
B. Dezvoltarea activă pilară  
C. Repaus pilar complet
52. Melanina se dezvoltă din tirozină:  
A. Corect  
B. Incorect
53. Chalona epidermică reprimă mitozele bazale:  
A. Corect  
B. Incorect
54. Stimulează epidermopoieza:  
A. Androgenii  
B. Corticosteroidii  
C. Hormonii tiroidieni  
D. Extractele de timus  
E. Vitamina D
55. Inhibă melanogeneza:  
A. Cortizonul  
B. Hormonii tiroidieni  
C. Prolactina  
D. Aldosteronul  
E. Estrogenii și androgenii
56. Stimulează pigmentogeneza:  
A. Vit. C, B1  
B. Hidrochinona  
C. Cuprul  
D. Arsenicul  
E. Radiațiile ionizante și cele termice
57. Secreția sebacee este inhibată de estrogeni:  
A. Corect  
B. Incorect
58. Androgenii stimulează pilogeneza la nivelul părții păroase a capului:  
A. Corect  
B. Incorect
59. Androgenii inhibă pilogeneza la nivelul bărbii și trunchiului:  
A. Corect  
B. Incorect
60. Limfocitele nu se găsesc în mod normal la nivelul epidermului:  
A. Corect  
B. Incorect
61. Funcțiile epidermice specifice (proprie numai epidermului):  
A. Keratogeneza

- B. Melanogeneză
- C. Termoreglare
- D. Plasticitate
- E. Neurovasculară

62. Funcțiile dermice specifice (proprie numai dermului):

- A. Rezistență (tensiune cutanată)
- B. Elasticitate
- C. Plasticitate
- D. Keratogeneză
- E. Melanogeneză

63. Manifestările histologice de îmbătrânire a pielii:

- A. Îngroșarea epidermului
- B. Subțierea fibrelor de colagen
- C. Subțierea fibrelor elastice
- D. Scăderea epidermopoeziei
- E. Diminuarea rețelei vasculare

64. Aparatul secretor al pielii:

- A. Glande sebacee
- B. Glande Meibomius
- C. Glande Tyson și Montgomery
- D. Glande Littre
- E. Glande sudoripare

65. Conținutul normal al sudorii:

- A. Uree
- B. Acid lactic
- C. Colesterol
- D. Apă
- E. NaCl

66. Conținutul normal al sebumului:

- A. Trigliceride
- B. Acizii grași liberi
- C. Glucide
- D. Colesterol
- E. Squalen

67. Filmul hidrolipidic cutanat are un pH bazic:

- A. Corect
- B. Incorect

68. Structurile anatomic responsabile de senzațiile tactile și presiune (mecanorecepție):

- A. Corpusculi Krauze
- B. Corpusculi Ruffini
- C. Corpusculi Meissner
- D. Discuri și celule Merkel
- E. Corpusculi Pacini

69. Structurile anatomice cutanate responsabile de senzațiile termice:

- A. Corpusculi Meissner
- B. Corpusculi Ruffini
- C. Corpusculi Krause
- D. Discuri și celule Merkel
- E. Corpusculi Pacini

## ASPECTE DE HISTOPATOLOGIE ȘI FIZIOPATOLOGIE CUTANATĂ

Termenii și definițiile histopatologice corespunzătoare:

- 70. Acantoză A. Îngroșare marcată a stratului cornos
- 71. Acantoliză B. Keratinizare incompletă
- 72. Spongioză C. Alterare a coeziunii intercelulare epidermice
- 73. Hiperkeratoză D. Îngroșare a stratului spinos
- 74. Parakeratoză E. Distensie patologică a spațiilor intercelulare cu edem intercelular

Termenii și definițiile histopatologice corespunzătoare:

- 75. Degenerescentă hidropică A. Îngroșare patologică a stratului granulos
- 76. Cariorexis B. Apariție a unui material omogen, eozinofil, strălucitor în dermul superficial
- 77. Granulom C. Dezintegrare a nucleelor celulare
- 78. Hipergranuloză D. Vacuolizare a celulelor stratului bazal
- 79. Degenerescenta hialina E. Inflamație cronică cu aglomerări în special de limfocite, macrofage, celule gigante Langerhans

80. Procesele de histopatologie epidermică:

- A. Hiperkeratoză
- B. Infiltrate inflamatorii acute și cronice
- C. Acantoliză
- D. Acantoză
- E. Papilomatoză

81. Procesele de histopatologie dermică:

- A. Inflamație granulomatoasă
- B. Diskeratoză
- C. Papilomatoză
- D. Spongioză
- E. Hipergranuloză

82. Histopatologia acantozei:

- A. Îngroșare a stratului spinos
- B. Keratinizare incompletă cu păstrarea nucleelor în celulele cornoase
- C. Alterare a coeziunii intercelulare epidermice
- D. Îngroșare marcată a stratului cornos
- E. Edem intercelular (spinos/granulos)

83. Histopatologia acantolizei:

- A. Îngroșare a stratului spinos
- B. Keratinizare incompletă cu păstrarea nucleelor în celulele cornoase
- C. Alterare a coeziunii intercelulare epidermice
- D. Îngroșare marcată a stratului cornos

- E. Edem intercelular (spinos/granulos)
84. Hiperkeratoza ortokeratozică reprezintă creșterea numărului de celule cornoase incomplet maturate:
- A. Corect  
B. Incorect
85. Hiperkeratoza parakeratozică reprezintă creșterea numărului de celule cornoase normal maturate:
- A. Corect  
B. Incorect

## DIAGNOSTICUL DERMATOLOGIC

86. Leziunile elementare primare:
- A. Maculă  
B. Papulă  
C. Eroziune  
D. Pustulă  
E. Urtică
87. Leziunile elementare primare:
- A. Nodul  
B. Tubercul  
C. Exulcerație  
D. Bulă  
E. Veziculă
88. Leziunile elementare primare:
- A. Lichenificare  
B. Pustulă  
C. Fisură  
D. Crustă  
E. Urtică
89. Leziunile elementare primare infiltrative:
- A. Veziculă  
B. Papulă  
C. Nodul  
D. Urtică  
E. Bulă
90. Leziunile elementare primare exudative:
- A. Maculă  
B. Urtică  
C. Tubercul  
D. Bulă  
E. Pustulă
91. Leziunile elementare primare cavitare:
- A. Pustulă  
B. Veziculă

- C. Bulă
- D. Urtică
- E. Papulă

92. Leziunile elementare secundare:

- A. Fisură
- B. Ulcerație
- C. Purpură
- D. Telangiectazie
- E. Lichenificare

93. Leziunile elementare secundare:

- A. Papulă
- B. Pustulă
- C. Eroziune
- D. Crustă
- E. Scuamă

94. Leziunile elementare secundare:

- A. Nodozitate
- B. Vegetație
- C. Cicatrice
- D. Excoriație
- E. Tubercul

Leziunile elementare primare și definițiile corespunzătoare:

- 95. Maculă                      A. Proeminență cutanată de consistență solidă localizată în epiderm și dermul superficial
- 96. Papulă                     B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, edem circumscris al stratului papilar al dermului
- 97. Pustulă                    C. O arie circumscrisă de tegument cu colorația modificată
- 98. Urtică                      D. O leziune proeminentă, circumscrisă, cavitară, plină de conținut purulent

Leziunile elementare primare și definițiile corespunzătoare:

- 99. Veziculă                    A. O formațiune infiltrativă, proeminentă, sediul în hipoderm, poate ulceră, lăsând cicatrici
- 100. Nodozitate                B. O leziune proeminentă, cavitară, cu conținut serocitrin, localizată intraepidermic
- 101. Tubercul                   C. O leziune elementară, infiltrativă, circumscrisă, proeminentă, sediul în dermul profund, poate ulceră, lăsând cicatrici
- 102. Bulă                        D. O leziune proeminentă, cavitară, cu conținut serocitrin, localizată intra- și sub-epidermal

Leziunile elementare secundare și definițiile corespunzătoare:

- 103. Maculă secundară        A. Depozite pe suprafața pielii rezultate din uscarea unor serozități existente
- 104. Scuamă                    B. Lipsa de substanță cu traiect liniar, produsă prin grataj
- 105. Crustă                      C. Discromia suprafeței lezionale în urma evoluției leziunilor precedente

106. Fisură D. Depozite de celule cornoase exfoliate  
107. Excoriație E. Pierdere de substanța liniară, datorată pierderii elasticității cutanate

Leziunile elementare secundare și definițiile corespunzătoare:

108. Eroziune A. Repararea unei pierderi de substanță prin țesut conjunctiv de neoformație, fără glande și fire de păr  
109. Ulcerație B. Excrescențe papilomatoase grupate  
110. Cicatrice C. Îngroșarea limitată a unei zone de tegument constând în accentuarea desenului cutanat  
111. Lichenificare D. O pierdere de substanță, care afectează atât epidermul cât și dermul, producându-se cicatrici  
112. Vegetație E. O pierdere de substanță superficială ce interesează epidermul

113. Definiția urticii:

- A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial  
B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului  
C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat  
D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent  
E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm

114. Definiția bulei:

- A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial  
B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului  
C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat  
D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent  
E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm

115. Definiția maculei:

- A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial  
B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului  
C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat  
D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent  
E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm

116. Definiția papulei:

- A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial  
B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului



- C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat
  - D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent
  - E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm
117. Definiția pustulei:
- A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial
  - B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului
  - C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat
  - D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent
  - E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm
118. Definiția veziculei:
- A. Leziune infiltrativă, necavitară, proeminentă, ce reprezintă un infiltrat dermic profund, cu evoluție, de obicei, spre ulceratie și cicatrici
  - B. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid clar, dimensiuni mai mici de 1 cm, localizată exclusiv în epiderm
  - C. Leziune infiltrativă fermă, palpabilă, bine delimitată, cu sediul în dermul profund și/sau hipoderm
  - D. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid, dimensiuni mai mari de 1 cm, localizată epidermal și/sau subepidermal
  - E. Nici una din cele menționate
119. Definiția nodozității (nodus):
- A. Leziune infiltrativă, necavitară, proeminentă, ce reprezintă un infiltrat dermic profund, cu evoluție, de obicei, spre ulceratie și cicatrici
  - B. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid clar, dimensiuni mai mici de 1 cm, localizată exclusiv în epiderm
  - C. Leziune infiltrativă fermă, palpabilă, bine delimitată, cu sediul în dermul profund și/sau hipoderm
  - D. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid, dimensiuni mai mari de 1 cm, localizată epidermal și/sau subepidermal
  - E. Nici una din cele menționate
120. Definiția bulei:
- A. Leziune infiltrativă, necavitară, proeminentă, ce reprezintă un infiltrat dermic profund, cu evoluție, de obicei, spre ulceratie și cicatrici
  - B. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid clar, dimensiuni mai mici de 1 cm, localizată exclusiv în epiderm
  - C. Leziune infiltrativă fermă, palpabilă, bine delimitată, cu sediul în dermul profund și/sau hipoderm
  - D. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid, dimensiuni mai mari de 1 cm, localizată epidermal și/sau subepidermal
  - E. Nici una din cele menționate

121. Definiția tuberculului:
- A. Leziune infiltrativă, necavitară, proeminentă, ce reprezintă un infiltrat dermic profund, cu evoluție, de obicei, spre ulceratie și cicatrici
  - B. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid clar, dimensiuni mai mici de 1 cm, localizată exclusiv în epiderm
  - C. Leziune infiltrativă fermă, palpabilă, bine delimitată, cu sediul în dermul profund și/sau hipoderm
  - D. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid, dimensiuni mai mari de 1 cm, localizată epidermal și/sau subepidermal
  - E. Nici una din cele menționate
122. Eritrodermia este o afectare selectivă și parțială a tegumentelor:
- A. Corect
  - B. Incorect
123. Definiția maculei secundare:
- A. Produs al uscării unui secret sau exudat la suprafața pielii
  - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
  - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
  - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
  - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
124. Definiția excoriației:
- A. Produs al uscării unui secret fluid sau exudat la suprafața pielii
  - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
  - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
  - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
  - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
125. Definiția crustei:
- A. Produs al uscării unui secret fluid sau exudat la suprafața pielii
  - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
  - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
  - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
  - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
126. Definiția fisurii:
- A. Produs al uscării unui secret fluid sau exudat la suprafața pielii
  - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
  - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
  - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
  - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
127. Definiția scuamei:
- A. Produs al uscării unui secret fluid sau exudat la suprafața pielii
  - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
  - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
  - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
  - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
128. Definiția ulceratiei:
- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros

701291

- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

129. Definiția eroziunii:

- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros
- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

130. Definiția cicatricii:

- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros
- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

131. Definiția lichenificării:

- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros
- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

132. Definiția vegetației:

- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros
- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

133. Dermatozele cu leziuni primare de macule:

- A. Vitiligo
- B. Pemfigus
- C. Vasculite alergice

- D. Ihtioză vulgară
  - E. Pitiriazis versicolor
134. Dermatozele cu eventuale eritrodermii în evoluția clinică:
- A. Psoriazis
  - B. Sifilis
  - C. Limfom cu celule T
  - D. Ihtioză vulgară
  - E. Toxidermii post-medimentoase
135. Dermatozele cu leziuni primare de papule:
- A. Eritem nodos
  - B. Psoriazis
  - C. Eritrasmă
  - D. Lichen plan
  - E. Verucă vulgară
136. Dermatozele cu leziuni primare de pustule:
- A. Vegetații veneriene
  - B. Sicozis vulgar
  - C. Pitiriazis rozat Gibert
  - D. Acnee vulgară
  - E. Sicozis tricofitic
137. Pustulele pot fi sterile (fără floră microbiană):
- A. Corect
  - B. Incorect
138. Dermatozele cu leziuni primare de tubercule:
- A. Eritem polimorf
  - B. Lupus vulgar
  - C. Lupus eritematos
  - D. Lepră
  - E. Sifilis
139. Dermatozele cu leziuni primare de nodozități:
- A. Eritem nodos
  - B. Purpură Henoch-Schonlein
  - C. Tricofitție antropofilă
  - D. Lepră
  - E. Sifilis terțiar
140. Dermatozele cu leziuni primare de vezicule:
- A. Rozacee
  - B. Eczemă
  - C. Herpes simplex
  - D. Pitiriazis rozat Gibert
  - E. Dermatită herpetiformă Duhring
141. Dermatozele cu leziuni primare de bule:
- A. Sindrom Stevens-Johnson
  - B. Psoriazis

- C. Sindrom Lyell
  - D. Pemfigus vulgar
  - E. Porfirie cutanată tardivă
142. Dermatozele cu leziuni primare de plăci urticariene (urtici):
- A. Dermatită de contact (urzică)
  - B. Epidermoliză buloasă
  - C. Angioedem Quincke
  - D. Dermografism în parasimpaticotonie
  - E. Lupus eritematos discoïdal
143. Dermatozele manifestând și plăci urticariene:
- A. Toxidermie
  - B. Psoriazis
  - C. Lupus eritematos de sistem
  - D. Dermatita herpetiformă Duhring
  - E. Mastocitoza
144. Dermatozele caracterizate prin creșterea periferică și confluența leziunilor:
- A. Sifilis
  - B. Psoriazis
  - C. Lupus vulgar
  - D. Sindromul Lyell
  - E. Sindromul Stevens-Johnson
145. Dermatozele caracterizate prin gruparea leziunilor:
- A. Sifilis secundar în primul epizod
  - B. Sifilis secundar în recidive
  - C. Herpes Zoster
  - D. Dermatită herpetiformă Duhring
  - E. Pemfigus vulgar
146. Dermatoza cu distribuție dermatomală:
- A. Porfirie cutanată tardivă
  - B. Eczemă
  - C. Sifilis secundar
  - D. Herpes Zoster
  - E. Scabie
147. Dermatozele caracterizate prin distribuția lineară a leziunilor:
- A. Herpes zoster
  - B. Sclerodermia
  - C. Nevii cutanați
  - D. Lupus eritematos
  - E. Lichen plan
148. Dermatozele cu leziuni situate în "cocardă":
- A. Eritem polimorf
  - B. Microsporia
  - C. Favus
  - D. Sifilis
  - E. Acneea vulgară

149. Dermatozele cu leziuni de tip serpiginos:
- A. Urticaria
  - B. Sifilis terțiar
  - C. Neurodermita
  - D. Porfirie cutanată tardivă
  - E. Rozacea
150. Dermatoza cu leziuni grupate în “perechi”:
- A. Pediculoză
  - B. Sclerodermie
  - C. Scabie
  - D. Rozacee
  - E. Psoriazis
151. Dermatozele cu leziuni monomorfe:
- A. Dermatită herpetiformă Duhring
  - B. Psoriazis vulgar
  - C. Eritem polimorf
  - D. Arteriolită alergică Ruitter
  - E. Vitiligo
152. Leziunile monomorfe nu sunt caracteristice pentru:
- A. Urticarie
  - B. Veruci vulgare
  - C. Lichen plan
  - D. Dermatită atopică
  - E. Eczemă microbiană
153. Dermatozele cu polimorfism veridic:
- A. Dermatită herpetiformă Duhring
  - B. Vitiligo
  - C. Eczemă
  - D. Psoriazis pustulos
  - E. Lichen plan
154. Leziunile veridic polimorfe nu sunt caracteristice pentru:
- A. Eritem exudativ
  - B. Rozacee
  - C. Pemfigus vulgar
  - D. Pitiriazis versicolor
  - E. Eczemă
155. Dermatozele cu reacția izomorfică Köbner pozitivă:
- A. Pemfigus vulgar
  - B. Sclerodermie
  - C. Psoriazis
  - D. Scabie
  - E. Lichen plan
156. Obiectivează pruritul:
- A. Fisura

- B. Ulcerația
- C. Eroziunea
- D. Excoriația
- E. Semnul Auspitz

157. Pruritul nu este caracteristic pentru:

- A. Psoriazis
- B. Prurigo
- C. Sclerodermie
- D. Micozis fungoid
- E. Dermatita atopică a adultului

158. Pruritul este caracteristic pentru:

- A. Pitiriazis rozat Jibert
- B. Eczema microbiană
- C. Eczema varicoasă
- D. Lichen plan
- E. T-limfom

159. Afecțiunile cu interesare comună a comisurii bucale (perleș, cheilită angulară):

- A. Candidoză
- B. Streptodermie
- C. Stafilodermie
- D. Herpes simplex labial
- E. Herpes Zoster

160. Afecțiunile cu interesare comună a mucoaselor:

- A. Ihtioza vulgară
- B. Sindrom Stevens-Johnson
- C. Pemfigus seboreic
- D. Lichen plan
- E. Psoriazis

161. Afecțiunile cu interesare predominantă a suprafețelor extensorii ale extremităților:

- A. Lupus vulgar
- B. Psoriazis
- C. Ihtioză vulgară
- D. Rozacee
- E. Eritem polimorf

162. Afecțiunile cu interesare predominantă a pliurilor:

- A. Ihtioza vulgară
- B. Ihtioza congenitală
- C. Dermatită atopică
- D. Porfirie cutanată tardivă
- E. Pemfigus vegetant

163. Afecțiunile cu interesare unghială comună:

- A. Microsporie
- B. Tricofitie cronică
- C. Pitiriazis versicolor
- D. Lichen plan

- E. Psoriazis
164. Afecțiunile cu alopecii non-cicatriciale:
- A. Microsporie
  - B. Sclerodermie
  - C. Kerion Celsi
  - D. Seboree
  - E. Sifilis secundar
165. Alopeciile cicatriciale:
- A. Areata
  - B. Lupică
  - C. Favică
  - D. Sifilitică
  - E. Androgenică
166. Afecțiunile cu secreție cutanată glandulară redusă:
- A. Ihtioză
  - B. Sclerodermie
  - C. Seboree
  - D. Dermatită atopică
  - E. Micoze
167. Afecțiunile cu eritrodermizare comună:
- A. Sifilis
  - B. Psoriazis
  - C. Eczemă
  - D. Sindrom Lyell
  - E. Sindrom Stevens-Johnson

### TRATAMENTUL DERMATOLOGIC

168. Citostaticele de uz dermatologic:
- A. Prospidină
  - B. Metotrexat
  - C. Metoxalen
  - D. Indometacină
  - E. Ciclofosfan
169. Antimicoticele de uz dermatologic:
- A. Amfotericină B
  - B. Ciclosporină A
  - C. Astemizol
  - D. Ketoconazol
  - E. Grizeofulvină
170. Ketoconazolul are un efect hepatotoxic:
- A. Corect
  - B. Incorrect



171. Ketoconazolul posedă o acțiune antiandrogenă minoră:  
A. Corect  
B. Incorect
172. Medicația topică antimicrobiană:  
A. Bacitracină  
B. Mupirocină  
C. Terbinafină  
D. Zidovudină  
E. Polimixină
173. Medicația antivirală de uz dermatologic:  
A. Valaciclovir  
B. Vancomicină  
C. Aciclovir  
D. Aceclidină  
E. Acitretin
174. Antipaludicele de sinteză de uz dermatologic:  
A. Clorhexidină  
B. Clorochină  
C. Hidroxiclorochina  
D. Hidroxizină  
E. Diaminodifenilsulfonă
175. Reacțiile adverse la utilizarea antipaludecelor de sinteză:  
A. Fotosensibilizare  
B. Retinopatie  
C. Toxidermii lichenoidale  
D. Prurit generalizat  
E. Anemie hemolitică și agranulocitoză
176. Medicația topică antiinflamatoare nesteroidiană:  
A. Piroxicam  
B. Meloxicam  
C. Indometacină  
D. Indigo-carmină  
E. Acid salicilic
177. Medicația antiinflamatoare cu dermatocorticoizi:  
A. Triamconolon  
B. Betametazonă  
C. Itraconazol  
D. Clobetazol  
E. Mebendazol
178. Reacțiile adverse la utilizarea dermatocorticoizilor:  
A. Hipotricoză  
B. Atrofie cutanată  
C. Suprainfectare bacteriană și micotică  
D. Inhibarea funcției suprarenalelor  
E. Hiperpigmentație

179. Pe față este preferabilă utilizarea pomezilor cu dermatocorticoizi de potență înaltă:
- A. Corect
  - B. Incorect
180. Dermatocorticoizii cu activitate antiinflamatorie puternică și foarte puternică:
- A. Clobetazol propionat
  - B. Betametazonă dipropionat
  - C. Hidrocortizon acetat
  - D. Mometazonă furoat
  - E. Triamcinolon
181. Dermatocorticoizii cu activitate antiinflamatoare modestă și moderată:
- A. Prednisolon acetat
  - B. Diflucortolonă valerat
  - C. Fluticazonă propionat
  - D. Betametazonă dipropionat
  - E. Dexametazonă
182. Retinoizii aromatici – derivați ai vitaminei:
- A. E
  - B. D
  - C. C
  - D. B
  - E. A
183. Retinoizii sintetici de uz dermatologic:
- A. Tretinoin
  - B. Etreinat
  - C. Acitretin
  - D. Izotretinoin
  - E. Izoniazid
184. Reacțiile adverse la utilizarea sistemică a retinoizilor sintetici:
- A. Teratogenitate
  - B. Hipersecreție a glandelor sudoripare și sebacee
  - C. Hipertricoză
  - D. Hipertensiune intracraniană
  - E. Perturbări hepatice și lipidice
185. Antihistaminicele de uz dermatologic:
- A. Tiosulfat de sodiu
  - B. Clemastină
  - C. Clorură de calciu
  - D. Loratadină
  - E. Cetirizină
186. Hiposensibilizantele de uz dermatologic:
- A. Budesonidă
  - B. Gluconat de calciu
  - C. Hexaclorciclohexan
  - D. Tiosulfat de sodiu

E. Ciclopirox

187. Imunostimulatoarele de uz dermatologic:

- A. Levodopa
- B. Levamisol
- C. Astemizol
- D. Isoprinosină
- E. Interferonii

188. Medicația topică antiparazitară:

- A. Iodură de potasiu
- B. Sulfur precipitat
- C. Cloramfenicol
- D. Crotamiton
- E. Hexaclorciclohexan

189. Medicația astringentă și antiseptică în comprese umede:

- A. Rivanol
- B. Sulfat de zinc
- C. Cignolin
- D. Tanin
- E. Podofilină

190. Medicația topică cu coloranți anilini:

- A. Nitrat de argint
- B. Albastru de metil
- C. Violet de gențiană
- D. Fucsină bazică
- E. Tinctura de iod

191. Medicația keratolitică topică:

- A. Acid salicilic
- B. Acidul paraminobenzoic
- C. Rezorcină
- D. Ureea
- E. Acid lactic

192. Medicația topică reductoare (keratoplastică)

- A. Oleum cadini
- B. Oleum zinci
- C. Ihtiol
- D. Gudron de huilă
- E. Cignolin

193. Medicația topică fotoprotectoare:

- A. Oxipsoralen
- B. Acid paraminobenzoic
- C. Acid tricloracetic
- D. Bromhidrat de chinină
- E. Antipirină

Formele farmacologice și definițiile corespunzătoare:

- 194. Paste A. Amestecuri de substanțe lichide în care se introduc diverse substanțe active solubile sau insolubile sub formă de suspensii
- 195. Creme B. Un amestec în părți egale de pudre și grăsimi cu efect protector, sicativ și calmant
- 196. Loțiuni C. Topice de consistență moale bazate pe excipienți grași
- 197. Pudre D. Amestecuri de grăsimi hidrofiele cu apă sau soluții apoase cu efect emolient, calmant și răcoritor
- 198. Pomezi E. Un amestec de excipienți pulverulenți cu efect absorbant, sicativ și protector

## PIODERMITELE

- 199. Flora normală a tegumentului:
  - A. Staphylococcus epidermidis
  - B. Micrococcaceae
  - C. Difteroizii
  - D. Corynebacterium acnes
  - E. Pseudomonas aeruginosa
- 200. Agenții cauzali în piodermite:
  - A. Staphylococcus aureus
  - B. Streptococcus pyogenes
  - C. Pseudomonas aeruginosa
  - D. Proteus vulgaris
  - E. Trichophyton violaceum
- 201. Maladia cauzată de germeni piogeni:
  - A. Pemfigus vulgar
  - B. Psoriasis
  - C. Porfirie cutanată tardivă
  - D. Sicoză vulgara
  - E. Sicoză parazitară
- 202. Forma foliculară de piodermită:
  - A. Impetigo contagios Tilbury-Fox
  - B. Impetigo Bockhardt
  - C. Intertrigo
  - D. Erizipel
  - E. Ectimă
- 203. Forma nefoliculară de piodermită:
  - A. Impetigo Bockhardt
  - B. Furuncul antracoid
  - C. Furuncul
  - D. Impetigo contagios Tilbury-Fox
  - E. Sicozis vulgar
- 204. Piodermita cu etiologie primară stafilococică:
  - A. Ectimă
  - B. Eritasmă
  - C. Erizipel

- D. Erizipeloid
- E. Furuncul

205. Piodermita cu etiologie primară streptococică:
- A. Furuncul antracoid
  - B. Sicozis vulgar
  - C. Foliculită superficială
  - D. Erizipel
  - E. Hidrosadenită

Piodermitele și nivelul corespunzător de afectare primara:

- |                         |                                    |
|-------------------------|------------------------------------|
| 206. Impetigo contagios | A. Epidermul superficial în pliuri |
| 207. Intertrigo         | B. Epidermul superficial           |
| 208. Celulită           | C. Foliculul pilos                 |
| 209. Impetigo Bockhardt | D. Dermul                          |
| 210. Erizipel           | E. Hipodermul                      |

211. Definiția foliculitei:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții, survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

212. Definiția sicozei vulgare:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

213. Definiția furunculului:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

214. Definiția botriomicomului:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

215. Definiția hidrosadenitei:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

216. Definiția impetigo-ului contagios:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
  - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
  - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
  - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
  - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
217. Definiția cheilitei angulare:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
  - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
  - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
  - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
  - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
218. Definiția ectimei:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
  - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
  - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
  - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
  - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
219. Definiția erizipelului:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
  - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
  - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
  - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
  - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
220. Definiția intertrigo-ului:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
  - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
  - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
  - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
  - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
221. Furunculul antracoid este o formă diseminată de afectare a mai multor foliculi pilo-sebacei
- A. Corect
  - B. Incorect
222. Agentul cauzal primar în erizipel:
- A. Staphylococcus epidermidis

- B. Staphylococcus aureus
  - C. Streptococcus, grup A
  - D. Pseudomonas aeruginosa
  - E. Erysipelotrix insidiosa
223. Piodermitele nefoliculare:
- A. Impetigo Bockhardt
  - B. Furuncul antracoid
  - C. Impetigo contagios Tilbury-Fox
  - D. Impetigo bulos
  - E. Intertrigo streptococic
224. Piodermitele foliculare:
- A. Impetigo contagios Tilbury-Fox
  - B. Impetigo bulos
  - C. Sicoza vulgară
  - D. Ectima
  - E. Furunculul
225. Stafilocociile pielii glabre:
- A. Impetigo
  - B. Pemfigus epidemic al nou-născuților
  - C. Pemfigus vulgar
  - D. Eritrodermia Ritter von Rittersheim
  - E. Eritrodermia Brocq
226. Piodermitele nefoliculare:
- A. Impetigo contagios Tilbury-Fox
  - B. Impetigo bulos
  - C. Sicozis vulgar
  - D. Ectimă streptococică
  - E. Furuncul
227. Agenții cauzali primari în piodermitele foliculare:
- A. Staphylococcus aureus
  - B. Streptococcus pyogenes
  - C. Staphylococcus epidermidis
  - D. Streptococcus viridans
  - E. Staphylococcus albus
228. Piodermitele streptococice:
- A. Furuncul antracoid
  - B. Sicoză vulgară
  - C. Impetigo contagios
  - D. Erizipel
  - E. Ectimă
229. Imunoterapia specifică în stafilodermii:
- A. Anatoxină stafilococică
  - B. Autovaccin
  - C. Vaccin antistafilococic polivalent
  - D. Piroterapie

- E. Autohemoterapie
230. Imunoterapia nespecifică în stafilodermiile cronice:
- A. Vaccin antistafilococic polivalent
  - B. Piroterapie
  - C. Autohemoterapie
  - D. Preparate imunomodulatoare
  - E. Autovaccin
231. Antibioticele de uz topic eficiente în piodermite:
- A. Polimixină
  - B. Mupirocină
  - C. Bacitracină
  - D. Loratadină
  - E. Terbinafină
232. Algoritmul de tratament local în stadiul de infiltrație al furuncului:
- A. Crioterapie
  - B. Keratoplastice
  - C. Curenți de înaltă frecvență
  - D. Dermatocorticoizi
  - E. Comprese umede reci
233. Algoritmul de tratament local la deschiderea furuncului:
- A. Soluții hipertone
  - B. Soluții dezinfectante
  - C. Curenți de înaltă frecvență
  - D. Dermatocorticoizi
  - E. Masaj
234. Algoritmul de tratament local în sicozis vulgar:
- A. Antimicotice
  - B. Antibiotice
  - C. Dermatocorticoizi
  - D. Coloranți anilini
  - E. Keratoplastice
235. Agenții cauzali în piodermite:
- A. Staphylococcus aureus
  - B. Streptococcus pyogenes
  - C. Pseudomonas aeruginosa
  - D. Trichophyton violaceum
  - E. Borrelia burgdorferi
236. Factorii favorizanți în inițierea piodermitelor:
- A. Focare cronice de infecție
  - B. Igienă defectuoasă
  - C. Diabet zaharat
  - D. Malnutriție
  - E. Psoriazis



237. Dermatozele complicate frecvent cu piodermite secundare:
- Scabia
  - Pediculoza
  - Dermatita atopică
  - Psoriasisul
  - Pemfigusul vulgar
238. Agentul cauzal major în impetigo-ul contagios:
- Streptococcus pyogenes
  - Escherichia coli
  - Staphylococcus aureus
  - Proteus vulagris
  - Pseudomonas aeruginosa
239. Investigațiile informative în furunculoză:
- Imunograma
  - Antibiograma
  - Examenul histopatologic
  - Coprograma
  - Glucosa sângelui

### MICOZELE CUTANEO-MUCOASE

240. Keratomicozele:
- Rubromicoză
  - Pitiriazis versicolor
  - Epidermofiție
  - Microsporie
  - Favus
241. Formele clinice de dermatofiții:
- Tinea capitis
  - Tinea barbae
  - Tinea versicolor
  - Tinea cruris
  - Tinea pedis
242. Manifestările clinice sugestive pentru tricofiția infiltrativ-purulentă:
- Macule inflamatorii cu descuamație furfuracee, fără afectarea părului
  - Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
  - Plăci alopecice rotunde, bine delimitate, mari, cu suprafața scuamoasă, fenomene inflamatorii variabile, părul rupt la 5-8 mm de la emergență
  - Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie având un miros neplăcut comparat cu cel al urinei de șoareci
  - Focare infiltrativ-purulente, cu eliminarea firelor de păr, care afectează ariile păroase a scalpului și bărbii
243. Tricofiția infiltrativ-purulentă a scalpului nu se complică cu alopecie cicatricială:
- Corect
  - Inc corect

244. Manifestările clinice sugestive pentru microsporia antropofilă a scalpului:
- 1-2 focare mari, delimitate, eritemato-scuamoase, cu hiperkeratoză pronunțată, perii în focar rupți uniform la 5-8 mm de la emergență, se extrag ușor, având un manșon alb la teacă
  - Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie, având un miros neplăcut, comparat cu cel de urina de șoareci
  - Focare multiple de dimensiuni mici, contur discret, dispuse frecvent la periferia părții piloase a capului. Peri rupți parțial și neuniform la 5-8 mm de la emergență
  - Focare infiltrativ-purulente, care afectează ariile păroase a scalpului și bărbii
  - Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
245. Manifestările clinice sugestive pentru favusul scalpului:
- Macule neinflamatorii, cu descuamație furfuracee, fără afectarea părului
  - Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
  - Plăci alopecice rotunde, bine delimitate, mari, cu suprafața scuamoasă, fenomene inflamatorii variabile, părul rupt la 5-8mm de la emergență
  - Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie, având un miros neplăcut, comparat cu cel al urinei de șoareci
  - Focare infiltrativ-purulente, care afectează ariile păroase ale scalpului și bărbii
246. Favusul scalpului netratat nu evoluează spre o alopecie cicatricială:
- Corect
  - Incorect
247. Manifestările clinice sugestive pentru Tinea cruris (epidermofitia inghinală):
- Suprafețe buloase, erodate, cu margini neclare, senzații de arsură
  - Suprafețe eritematoase pe trunchi cu contur policiclic constant și descuamare abundentă
  - Plăci eritematoase policiclice, delimitate, pruriginoase, contur elevat și creștere periferică
  - Suprafețe eritemato-pustuloase în ariile piloase, dureroase
  - Plăci eritematoase cu epidermul detașat, albicioas, strict localizate în pliuri
248. Fungii cu artrospori ectotrix "megasporon":
- Trichophyton gypseum
  - Trichophyton violaceum
  - Trichophyton verrucosum
  - Trichophyton tonsurans
  - Pityrosporum ovale
249. Manifestările clinice sugestive pentru pitiriazisul versicolor:
- Macule neinflamatorii, cu descuamare furfuracee, de culoare pal-roză, cafenie sau albă
  - Focare infiltrativ-purulente
  - Plăci alopetice rotunde, bine delimitate, cu suprafața scuamoasă, cu fenomene inflamatorii variabile
  - Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă pe suprafața cărora se află scuame galbene, în formă de farfurie
  - Leziuni dishidrozice la nivelul palmelor și plantelor

250. Proba Baltzer în pitiriazisul versicolor este negativă:  
A. Corect  
B. Incorect
251. Agentul patogen al microsporiei antropofile:  
A. *Microsporum lanosum*  
B. *Microsporum gypseum*  
C. *Microsporum ferrugineum*  
D. *Microsporum canis*  
E. *Microsporum supgypseum*
252. Manifestările clinice sugestive pentru microsporia zooantropofilă:  
A. 1-2 focare mari, bine delimitate, eritemato-scuamoase, cu o hiperkeratoză pronunțată. Perii sunt rupți uniform, la 5-8 mm de la emergență  
B. Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie, având un miros neplăcut, comparat cu cel de urina de șoareci  
C. Focare multiple de dimensiuni mici, contur discret, dispuse frecvent la periferia părții piloase a capului. Peri rupți parțial și neuniform la 5-8 mm de la emergență  
D. Focare infiltrativ-purulente, cu eliminarea firelor de păr, care afectează ariile păroase a scalpului și bărbii  
E. Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
253. Microsporia scalpului de regulă nu evoluează spre o alopecie cicatricială:  
A. Corect  
B. Incorect
254. Agentul patogen al epidermofitiei plantare:  
A. *Microsporum audouinii*  
B. *Trichophyton tonsurans*  
C. *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*  
D. *Epidermophyton floccosum*  
E. *Trichophyton verrucosum*
255. Agentul patogen al rubromicozei:  
A. *Trichophyton tonsurans*  
B. *Trichophyton verrucosum*  
C. *Trichophyton purpureum*  
D. *Trichophyton schoenleinii*  
E. *Trichophyton gypseum*
256. Fungii cu artrospori ectotrix "microides":  
A. *Trichophyton gypseum*  
B. *Trichophyton violaceum*  
C. *Trichophyton verrucosum*  
D. *Trichophyton tonsurans*  
E. *Pityrosporum orbiculare*
257. Levurozele:  
A. Tricofitie  
B. Candidoză  
C. Pitiriazis versicolor

- D. Eritrasma
- E. Criptococoza

258. Țintele biologice ale levurilor:

- A. Pielea
- B. Mucoasa
- C. Unghiile
- D. Organele interne
- E. Firele de păr

259. Manifestările clinice sugestive pentru tricofitia superficială a scalpului:

- A. Macule neinflamatorii, cu descuamație furfuracee, fără afectarea părului
- B. Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
- C. Plăci alopecice rotunde, bine delimitate, mari, cu suprafața scuamoasă, fenomene inflamatorii variabile, părul rupt la 5-8 mm de la emergență
- D. Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie având un miros neplăcut comparat cu cel al urinei de șoareci
- E. Focare infiltrativ-purulente, care afectează ariile păroase a scalpului și bărbii

260. Tricofitia uscată de regulă evoluează spre o alopecie cicatricială:

- A. Corect
- B. Incorect

261. Agentul patogen al microsporiei zooantropofile:

- A. *Microsporum audouinii*
- B. *Microsporum ferrugineum*
- C. *Microsporum canis*
- D. *Microsporum supgypseum*
- E. *Microsporum gypseum*

262. Agentul patogen al favusului:

- A. *Trichophyton mentagrophytes*
- B. *Trichophyton tonsurans*
- C. *Trichophyton schoenleinii*
- D. *Trichophyton verrucosum*
- E. *Epidermophyton floccosum*

263. Agentul patogen comun pentru Tinea cruris:

- A. *Microsporum audouinii*
- B. *Trichophyton tonsurans*
- C. *Trichophyton gypseum*
- D. *Epidermophyton floccosum*
- E. *Trichophyton verrucosum*

264. Expresiile clinice sugestive pentru Tinea capitis:

- A. Focar de alopecie cu piele intactă
- B. Focar de alopecie prin ruperea firelor de păr cu piele eritematoasă și scuamoasă
- C. Focar de alopecie cu cicatrici hipertrofice
- D. Focar infiltrativ-purulent pseudotumoral, eliminarea perilor și puroiului la presiune
- E. Focare de alopecie în "luminișuri"

265. Agenții patogeni ai tricofitiei infiltrativ-purulente:
- A. *Trichophyton rubrum*
  - B. *Trichophyton verrucosum*
  - C. *Trichophyton tonsurans*
  - D. *Trichophyton violaceum*
  - E. *Trichophyton gypseum*
266. Pseudomicozele:
- A. Candidoza
  - B. Rubromicoza
  - C. Pitiriazisul versicolor
  - D. Actinomicoza
  - E. Eritrasma
267. Agenții patogeni în tricofitia uscată (superficială):
- A. *Trichophyton gypseum*
  - B. *Trichophyton verrucosum*
  - C. *Trichophyton tonsurans*
  - D. *Trichophyton schoenleinii*
  - E. *Trichophyton violaceum*
268. Microscopia caracteristică pentru pilomicozele dermatofitice:
- A. Celule levurice
  - B. Coci
  - C. Artrospori
  - D. Micelii
  - E. Pseudomicelii
269. Microscopia caracteristică pentru dermatofitiile palmo-plantare:
- A. Micelii scurte
  - B. Micelii lungi
  - C. Pseudomicelii
  - D. Celule levurice
  - E. Spori
270. Țintele de afectare tipică în tricofitia infiltrativ-purulentă:
- A. Palmele
  - B. Plantele
  - C. Ariile bărbii și mustății
  - D. Scalpul
  - E. Patul unghial
271. Țintele de afectare tipică în microsporie:
- A. Partea piloasă a capului
  - B. Plantele
  - C. Palmele
  - D. Pielea glabră
  - E. Unghiile
272. Țintele de afectare tipică în epidermofitia plantară:
- A. Unghiile plantare I și V
  - B. Toate unghiile

- C. Spațiile interdigitale plantare I și IV
- D. Toate spațiile interdigitale
- E. Bolta plantară

273. Testele informative în diagnosticul pozitiv de candidoză:

- A. Lampa Wood
- B. Medii de cultură
- C. Microscopie
- D. Biopsie
- E. Testul Baltzer

274. Mediul comun de probă în identificarea fungilor prin culturi:

- A. Celular McCoy
- B. Lowenstein-Jensen
- C. Sabouraud
- D. PPLO
- E. Leventhal

275. Antimicoticele sistemice eficiente în dermatofitii:

- A. Natamacină
- B. Grizeofulvină
- C. Astemizol
- D. Ketoconazol
- E. Nistatină

276. Topicele antimicotice:

- A. Clobetazol
- B. Clotrimazol
- C. Ketoconazol
- D. Polimixină
- E. Terbinafină

277. Sursele esențiale de infectare în tricofitia infiltrativ-purulentă:

- A. Persoana bolnavă
- B. Bovine
- C. Pisici
- D. Câini
- E. Rozătoare

278. Fungii antropofili:

- A. *Microsporum ferrugineum*
- B. *Trichophyton schoenleinii*
- C. *Microsporum canis*
- D. *Trichophyton rubrum*
- E. *Trichophyton verrucosum*

279. Fungii zooantropofili:

- A. *Trichophyton violaceum*
- B. *Epidermophyton floccosum*
- C. *Trichophyton verrucosum*
- D. *Microsporum canis*
- E. *Trichophyton gypseum*

280. Țintele de afectare în dermatofitii:
- A. Mucoasele
  - B. Semimucoasele
  - C. Pielea
  - D. Unghiile
  - E. Părul
281. Fungii dermatofiti:
- A. *Microsporum canis*
  - B. *Trichophyton verrucosum*
  - C. *Sporotrix schenckii*
  - D. *Pityrosporum ovale*
  - E. *Trichophyton purpureum*
282. Materialul biologic de rutină în diagnosticul de laborator al dermatofitiilor:
- A. Eliminările urogenitale
  - B. Sputa
  - C. Firele de păr
  - D. Unghiile
  - E. Scuamele
283. Metodele diagnostice informative în dermatofitii:
- A. Examinare în lampa Wood
  - B. Microscopie
  - C. Medii de cultură
  - D. Citodiagnostic Tzanck
  - E. Diascopie
284. Fungii endotrix:
- A. *Trichophyton gypseum*
  - B. *Trichophyton violaceum*
  - C. *Trichophyton verrucosum*
  - D. *Trichophyton tonsurans*
  - E. *Trichophyton schoenleinii*
285. Fungii ectotrix:
- A. *Microsporum* spp.
  - B. *Trichophyton gypseum*
  - C. *Trichophyton schoenleinii*
  - D. *Trichophyton tonsurans*
  - E. *Trichophyton verrucosum*
286. Micozele profunde:
- A. Micetom
  - B. Cromomicoză
  - C. Candidoză
  - D. Sporoticoză
  - E. Micozis fungoid
287. Agenții patogeni în pitiriazisul versicolor:
- A. *Candida albicans*

- B. Pityrosporum ovale
  - C. Pityrosporum orbiculare
  - D. Corynebacterium minutissimum
  - E. Malassezia furfur
288. Metodele diagnostice informative în pitiriazis versicolor:
- A. Microscopie
  - B. Medii de cultură
  - C. Lampa Wood
  - D. Proba cu iod
  - E. Diascopie
289. Țintele de afectare tipică în tricofiția uscată (superficială):
- A. Scalp
  - B. Plante
  - C. Palme
  - D. Ungheil
  - E. Pielea glabră
290. Sursele esențiale de infectare în microsporia zooantropofilă:
- A. Copilul bolnav
  - B. Bovine
  - C. Pisici
  - D. Câini
  - E. Rozătoare
291. Formele clinice în epidermofiția plantară:
- A. Verucoasă
  - B. Eritemato-scuamoasă
  - C. Intertriginoasă
  - D. Pustuloasă
  - E. Dishidroxică
292. Micozele cutanate cu fluorescență pozitivă în examenul cu lampa Wood:
- A. Microsporie
  - B. Tricofiție
  - C. Candidoză
  - D. Pitiriazis versicolor
  - E. Favus
293. Țintele de afectare tipică în rubromicoză:
- A. Exclusiv unghiile plantare I și V
  - B. Toate unghiile
  - C. Exclusiv spațiile interdigitale plantare I și IV
  - D. Toate spațiile interdigitale
  - E. Ariile laterale și dorsale ale plantelor
294. Microscopia caracteristică în candidoză:
- A. Micelii (hife)
  - B. Pseudo-micelii (pseudo-hife)
  - C. Artrospori endotrix
  - D. Artrospori ectotrix



E. Celule levurice înmugurite

295. Formele clinice de candidoză cutanată:

- A. Stomatită
- B. Intertrigo
- C. Afectarea palmelor și plantelor
- D. Balanopostită și vulvovaginită
- E. Paronihie

296. Formele clinice de candidoză a mucoaselor:

- A. Paronihie
- B. Balanopostită și vulvovaginită
- C. Perleș
- D. Mărgăritărel
- E. Intertrigo

297. Semnele clinice de candidoză:

- A. Focare hipopigmentate, la periferie fundal hiperpigmentat
- B. Focare erodate, macerate, la periferie cu epiderm detașat
- C. Depuneri albicioase, cazeoase, inițial ușor detașabile
- D. Depuneri membranoase, hemoragice, inițial fixe
- E. Focare-fiice adiacente

298. Topicele eficiente în tratamentul candidozei:

- A. Cotrimoxazol
- B. Ketoconazol
- C. Clotrimazol
- D. Clobetazol
- E. Albastru de metilen

299. Preparatele de uz general eficiente în tratamentul candidozei:

- A. Grizeofulvină
- B. Nistatină 1-2 mln UA/zi
- C. Fluconazol
- D. Ketoconazol
- E. Itraconazol

300. Micozele din grupul dermatofitiilor:

- A. Eritrasma
- B. Microsporie
- C. Tricofitie
- D. Rubromicoză
- E. Favus

301. Formele clinice ale rubromicozei:

- A. Plantară
- B. Palmo-plantară
- C. Generalizată
- D. Unghială
- E. Scalpului

302. Sursele esențiale de infectare în dermatofitii:
- Bolnavi
  - Pisici
  - Câini
  - Bovine
  - Insecte
303. Investigațiile informative în diagnosticul tricofitiei supurative:
- Examen microscopic
  - Însămânțări pe medii de cultură
  - Examen cu lampa Wood
  - Aprecierea fenomenului “faguri de miere”
  - Teste cutanate
304. Antimicoticele sistemice eficiente în pitiriazis versicolor:
- Grizeofulvină
  - Ketoconazol
  - Itraconazol
  - Nistatină 1-2 mln UA/zi
  - Fluconazol
305. Doza zilnică de grizeofulvină eficientă în pilomicoze dermatofitice (mg/kg):
- 10–14
  - 15–25
  - 26–40
  - 41–60
  - 61–100
306. Algoritmul curativ topic în Tinea capitis:
- Keratolitice
  - Tinctură de iod
  - Dermatocorticoizi
  - Antimicotice
  - Keratoplastice
307. Concentrația de KOH pentru realizarea microscopiei directe a dermatofitelor:
- 0,5%
  - 2%
  - 5%
  - 10%
  - 20-40%

Micozele și fluorescența corespunzătoare la examinarea cu lampa Wood:

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| 308. Microsporia zooantropofilă | A. Rosu-coral     |
| 309. Microsporia antropofilă    | B. Galben-verzuie |
| 310. Pitiriazis versicolor      | C. Verde-pală     |
| 311. Eriasma                    | D. Lipseste       |
| 312. Trichofitje                | E. Verde-vie      |
313. Specia dominantă de candida în patologia dermatologică:
- Candida krusei
  - Candida stellatoidea

- C. Candida tropicalis
- D. Candida albicans
- E. Candida glabrata

314. Candida albicans nu este un saprofit exclusiv pentru:

- A. Cavitatea bucală
- B. Tubul digestiv
- C. Uretră și vezica urinară
- D. Vagin
- E. Pielea sănătoasă

315. Factorii de teren pentru candidoză:

- A. Diabetul zaharat
- B. Contracepția orală
- C. Tetracilinele sistemice
- D. Hipotermia
- E. Gravida

316. Debutul tipic al onixisului candidozic:

- A. Baza unghiei
- B. Marginile laterale ale unghiei
- C. Marginile anterioare ale unghiei
- D. Patul unghial
- E. Articulația interfalangiană distală

317. Afectarea comisurii labiale (perleșul) este caracteristică pentru:

- A. Rozacee
- B. Candidoză
- C. Sifilis
- D. Streptodermii
- E. Lupus vulgar

318. Secreția vaginală tipică în vulvovaginita candidozică:

- A. Mucoasă
- B. Purulentă
- C. Brânzoasă
- D. Spumoasă
- E. Hemoragică

319. Pulsurile săptămânale suficiente în puls-terapie cu itraconazol pentru Tinea unguium plantară:

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5

320. În puls-terapia cu itraconazol pentru Tinea unguium palmară sunt necesare 3 pulsuri săptămânale:

- A. Corect
- B. Incorect

321. Semnele clinice distincte ale sicozisului parazitar (vs. cel vulgar):
- A. Infiltrație mai pronunțată
  - B. Infiltrație mai discretă
  - C. Evoluție acută
  - D. Evoluție recidivantă
  - E. Margine bine delimitată
322. Topicele antimicotice:
- A. Clobetazol
  - B. Clotrimazol
  - C. Betametazonă
  - D. Terbinafină
  - E. Naftifină
323. Derivații imidazolici antimicotici:
- A. Metronidazol
  - B. Clotrimazol
  - C. Ketoconazol
  - D. Bifonazol
  - E. Ciclopiroxolamina
324. Numărul rezultatelor micologice negative necesare pentru controlul vindecării în pilomicoze:
- A. 1
  - B. 2
  - C. 3
  - D. 6
  - E. Nu se apreciază
325. Termenul inițierii controlului de vindecare micologică în pilomicoze:
- A. 1 săptămână
  - B. 2 săptămâni
  - C. 3 săptămâni
  - D. 4 săptămâni
  - E. 6 săptămâni

### SCABIA. PEDICULOZA

326. Leziunile patognomonice pentru scabie:
- A. Vezicula perlata
  - B. Urtică
  - C. Scuamă
  - D. Pustulă
  - E. Șanțul acarian
327. Complicațiile frecvente în scabie:
- A. Eczematizare
  - B. Piodermizare
  - C. Vitiligo
  - D. Alopecie
  - E. Hipertricoză

328. Vectorii de transmitere a scabiei umane:
- A. Bolnavi
  - B. Obiecte personale și de anturaj ale bolnavului
  - C. Țânțari
  - D. Muște
  - E. Șoareci
329. Sursele de infectare în pediculoză:
- A. Animale domestice
  - B. Animale casnice
  - C. Animale sălbatice
  - D. Persoane bolnave prin contact direct
  - E. Persoane bolnave prin contact indirect
330. Sugestive în diagnosticul pediculozei pielii capului:
- A. Depistarea paraziților adulți pe scalp
  - B. Prezența ouălor parazitului (lindeni)
  - C. Teste cutanate
  - D. Biopsie cutanată
  - E. Leziuni de impetigo pe scalp
331. Căile de infectare în scabie:
- A. Sexuală
  - B. Directă de contact
  - C. Indirectă de contact
  - D. Aerogenă
  - E. Alimentară
332. Zonele de afectare preferențială în scabie la adulți:
- A. Față și gât
  - B. Spațiile interdegetale ale mâinilor
  - C. Abdomen
  - D. Palme și plante
  - E. Fese și coapse
333. Semnele clinice sugestive pentru scabie:
- A. Papule plate ombilicate
  - B. Șanțul acarian și vezicule perlate
  - C. Prurit sever cu exarcerbare nocturnă
  - D. Prurit cu exarcerbare la rece
  - E. Semnul Hardi
334. Particularitățile clinice ale scabiei la copii:
- A. Afectarea mucoaselor
  - B. Afectarea facială
  - C. Afectarea palmo-plantară
  - D. Prurit discret sau absent
  - E. Impetiginizare frecventă
335. Semnele clinice sugestive pentru ftiriza pubiană:
- A. Depistarea paraziților adulți și ouă
  - B. Prurit intens

- C. Excoriații, uneori impetiginizate
- D. Vezicule perlate grupate
- E. Macule caerulee

336. Topicele eficiente în tratamentul scabiei:

- A. Crotamiton
- B. Benzoil peroxid
- C. Benzoat de benzil
- D. Sulf precipitat
- E. Lindan

Topicele antiscabiene și concentrațiile corespunzătoare pentru adulți:

- |                         |           |
|-------------------------|-----------|
| 337. Sulf precipitat    | A. 20%    |
| 338. Benzoat de benzil  | B. 60%    |
| 339. Lindan             | C. 6%     |
| 340. Tiosulfat de sodiu | D. 20-33% |
| 341. HCl                | E. 1%     |

Topicele antiscabiene și concentrațiile corespunzătoare pentru copiii sub 10 ani:

- |                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| 342. Sulf precipitat    | A. Contraindicat |
| 343. Benzoat de benzil  | B. 10%           |
| 344. Lindan             | C. 3%            |
| 345. Tiosulfat de sodiu | D. 30%           |
| 346. HCl                | E. 10-15%        |

347. Formele clinice de pediculoza:

- A. Scalpului
- B. Palmo-plantară
- C. Corpului
- D. Pubiană
- E. Genitală

348. Originea agenților patogeni ai pediculozelor:

- A. Arahnide
- B. Bacterii
- C. Insecte
- D. Viruși
- E. Fungi

349. Agenții patogeni ai pediculozelor:

- A. *Pediculus humanus capitis*
- B. *Phtirus pubis*
- C. *Sarcoptes hominis*
- D. *Pediculus humanus corporis*
- E. Larva migrans

350. Complicațiile comune în pediculoza pielii capului:

- A. Piodermite secundare
- B. Alopecie în focare
- C. Descuamarea scalpului
- D. Pete hiperpigmentate pe frunte
- E. Pitiriazis alb

351. Semnele clinice sugestive pentru pediculoza pielii capului:
- A. Depistarea paraziților adulți pe scalp
  - B. Depistarea lindenilor
  - C. Prurit
  - D. Impetiginizare secundară
  - E. Macule cerulee
352. Opțiuni curative eficiente și sigure în pediculoza pielii capului:
- A. Gaz lampant + ulei vegetal 3:1
  - B. Lindan 1% în pudră sau loțiune
  - C. Permetrină sau malathion
  - D. Benzoil peroxid
  - E. Cotrimaxazol oral
353. Algoritmul curativ rațional în pediculoza corporală:
- A. Benzoat de benzil
  - B. Benzoil peroxid
  - C. Antihistaminice
  - D. Anestezice
  - E. Prelucrarea sanitară a veșmintelor
354. Algoritmul curativ în ftiriază pubiană:
- A. Raderea pilozității pubiene
  - B. Benzoat de benzil
  - C. Benzoil peroxid
  - D. Benzil penicilină
  - E. Lindan
355. Preparatele opționale în tratamentul scabiei:
- A. Hexaclorociclohexan
  - B. Benzpiren
  - C. Benzoat de benzil
  - D. Sulf
  - E. Sulfone

## DERMATOZELE ALERGICE

356. Reacțiile de hipersensibilizare (Gell și Coombs) caracteristice pentru eczema alergică de contact:
- A. Tip I
  - B. Tip II
  - C. Tip III
  - D. Tip IV
  - E. Toate cele menționate
357. Semnul histopatologic caracteristic pentru eczema acută:
- A. Acantoză
  - B. Spongioză
  - C. Parakeratoză
  - D. Hiperkeratoză
  - E. Acantoliză

358. Antiinflamatorul nesteroidian preferențial în tratamentul dermatitei atopice:
- A. Meflochină
  - B. Metoxsalen
  - C. Meloxicam
  - D. Clobetazol
  - E. Mebendazol
359. Manifestările clinice sugestive pentru eczema subacută:
- A. Lichenificare
  - B. Veziculație discretă
  - C. Placarde eritematoase acoperite de cruste
  - D. Zemuire pronunțată
  - E. Escaladare rapidă a stadiilor evolutive
360. Declanșatorii non-imunologici ai urticariilor:
- A. Penicilină
  - B. Aspirină
  - C. Co-trimoxazol
  - D. Alcaloizi (morfina, codeina)
  - E. Substanțe radiologice de contrast
361. Reacțiile de hipersensibilizare (Gell și Coombs) implicate în patogenia urticariei:
- A. Tip I
  - B. Tip II
  - C. Tip III
  - D. Tip IV
  - E. Absente (reacții non-imunologice)
362. Mecanismele de realizare a urticariilor imunologice:
- A. IgE dependent
  - B. IgA dependent
  - C. IgG dependent
  - D. IgM dependent
  - E. Complement dependent
363. Concentrația scăzută de AMPc facilitează eliberarea mediatorilor în urticarii:
- A. Corect
  - B. Incorect
364. Concentrația crescută de GMPc nu facilitează eliberarea mediatorilor în urticarii:
- A. Corect
  - B. Incorect
365. Urticariile prin reacții de sensibilizare tip III (Gell și Coombs):
- A. Alimentară
  - B. Colinergică
  - C. Vasculitică (boala serului)
  - D. În boli autoimune
  - E. Factuală (dermografism)



366. Semnele clinice sugestive pentru urticaria acută:
- A. Prurit constant și generalizat
  - B. Urtice
  - C. Persistența erupțiilor timp de 48 ore
  - D. Pusee repetate zilnic pe parcursul a cel mult 4-6 săptămâni
  - E. Testul pozitiv cu metacolină
367. Semnele distinctive ale leziunilor în angioedemul Quincke:
- A. Sunt foarte pruriginoase
  - B. Sunt nedpresibile
  - C. Au limite imprecise
  - D. Nu au tendință de recurență în aceleași regiuni
  - E. Se mențin mai mult de 24 ore
368. Dermografismul tipic în urticarie:
- A. Lipsește
  - B. Alb
  - C. Rosu
  - D. Mixt
  - E. Nici unul din cele menționate
369. Testele utile în diagnosticul urticariei:
- A. Dieta de excludere/reintroducere
  - B. Biopsie cutanată
  - C. Teste cutanate prin scarificare
  - D. Radioalergosorbent test (RAST)
  - E. Teste la fricționare, gheață, caldură, efort, lumină
370. Semnele clinice sugestive pentru dermatita (eczema) de contact simplă (ortoergică):
- A. Apariția leziunilor în rezultatul sensibilizării
  - B. Apariția leziunilor în exclusivitate pe locul acțiunii iritantului
  - C. Creșterea periferică a leziunilor
  - D. Lipsa tendinței de diseminare a leziunilor
  - E. Dispariția leziunilor după încetarea acțiunii iritantului
371. Dermatita de contact simplă (ortoergică) este provocată de alergeni:
- A. Corect
  - B. Incorect
372. Dermatita de contact alergică apare la prima expunere la alergen:
- A. Corect
  - B. Incorect
373. Iritanții frecvent implicați în dermatita de contact simplă (ortoergică):
- A. Urzică
  - B. Acizi și baze concentrate
  - C. Polen
  - D. Nichel
  - E. Apa fierbinte
374. Alergenii frecvent implicați în dermatita de contact alergică:
- A. Neomicină, benzocaină

- B. Acizi și baze concentrate
- C. Nichel, crom, cobalt
- D. Parafenilendiamină
- E. Urzică

375. Semnele sugestive pentru dermatita (eczema) de contact alergică:

- A. Apariția leziunilor la prima expunere la alergen
- B. Sensibilizarea de tip întârziat
- C. Sensibilizarea de tip imediat
- D. Tendința leziunilor spre diseminare și creștere periferică
- E. Apariția leziunilor în exclusivitate pe locul acțiunii iritantului

376. Leziunile distinctive pentru eczema acută:

- A. Descuamare
- B. Lichenificare
- C. Eritem
- D. Veziculație
- E. Edem și zemuire

377. Leziunile distinctive pentru eczema cronică:

- A. Placarde infiltrate pruriginoase, bine delimitate
- B. Veziculație
- C. Zemuire
- D. Lichenificare
- E. Descuamare

378. Semnele histopatologice sugestive pentru eczema cronică:

- A. Acantoză
- B. Spongioză
- C. Infiltrat limfocitar perivascular
- D. Hiperkeratoză și parakeratoză
- E. Acantoliză

379. Opțiunile utile de tratament local în eczema cronică lichenificată:

- A. Comprese umede cu soluții dezinfectante
- B. Suspensii uleioase și paste moi
- C. Pomezi cu dermatocorticoizi
- D. Pomezi cu keratoplastice, keratolitice și reductoare slabe
- E. Metoda pansamentelor ocluzive

380. Opțiunile utile de tratament local în eczema acută zemuindă:

- A. Pomezi cu dermatocorticoizi și keratoplastice
- B. Comprese umede cu soluții dezinfectante
- C. Coloranți anilinici
- D. Metoda pansamentelor ocluzive
- E. Spray-uri cu dermatocorticoizi

381. Opțiunile utile curative în urticaria acută:

- A. Antihistaminice și hiposensibilizante
- B. Antibiotice
- C. Corticosteroizi
- D. Vitamine grup B

E. Diuretice

382. Algoritmul medicamentos în angioedemul Quincke al laringelui:

- A.  $\alpha$ -adrenoblocatori
- B. Antihistaminice și diuretice
- C. Corticosteroizi i.v.
- D. Adrenalină i.v.
- E. Perfuzii hidrosaline masive

383. Antibioticele sunt absolut necesare în tratamentul eczemei microbiene:

- A. Corect
- B. Incorect

384. Semnele clinice sugestive pentru dermatita atopică la adulți:

- A. Prurit intens
- B. Asociere cu febra de fân
- C. Afectare preponderent facială
- D. Dermografism roșu
- E. Lichenificare pronunțată în pliuri

385. Testele alergologice cutanate *in vivo*:

- A. Epicutan (patch test)
- B. Prin scarificare (scratch test)
- C. Cutireacția (prick test)
- D. Rozetelor (imunocitoaderență)
- E. Intradermoreacția

386. Opțiunile utile de tratament sistemic în eczema acută:

- A. Infuzii hidrosaline masive
- B. Citostatice
- C. Corticosteroizi
- D. Hiposensibilizante și antihistaminice
- E. Diuretice

387. Semnele sugestive pentru dermatita atopică:

- A. Antecedente personale sau familiale de atopie
- B. Eczemă și prurit
- C. Limfocite Th2 hiporeactive
- D. Interferon-gama seric crescut
- E. IgE serice crescute

388. Criteriile diagnostice minore în dermatita atopică:

- A. Seboree
- B. Pliul Dennie-Morgan
- C. Plasa Wickham
- D. Keratoză pilară
- E. Xeroză

389. Dermatita atopică este o maladie:

- A. Constituțională
- B. Cu transmitere autosomal dominantă
- C. Cu evoluție cronică recidivantă.

- D. Cu hiperproducere de IgA
  - E. Asociată frecvent cu astm bronșic, conjunctivită și rinită alergică
390. Complicațiile caracteristice ale dermatitei atopice:
- A. Infecții cutanate piogene
  - B. Infecții cutanate fungice
  - C. Eczema herpeticum
  - D. Eczema vaccinatum
  - E. Seboree
391. Opțiunile utile de tratament sistemic în dermatita atopică:
- A. Regim igienico-dietetic
  - B. Antihistaminice
  - C. PUVA-terapie
  - D. Cure prelungite de corticosteroizi
  - E. Enterosorbenți
392. Opțiunile utile de tratament topic în dermatita atopică:
- A. Dermatocorticoizi
  - B. Gudroane
  - C. Soluții alcoolice și săpunuri alcăline
  - D. Benzoat de benzil
  - E. Tacrolimus și Pimecrolimus
393. Semnele sugestive pentru complexul atopic:
- A. Eczemă
  - B. Astm bronșic
  - C. Rinită alergică
  - D. Vasculită alergică
  - E. Conjunctivită alergică
394. Reacțiile de hipersensibilizare (Gell și Coombs) implicate în patogenia dermatitei atopice:
- A. Tip I
  - B. Tip II
  - C. Tip III
  - D. Tip IV
  - E. Absente (reacții non-imunologice)
395. Perturbările imuno-biochimice sugestive pentru dermatita atopică:
- A. Micșorarea IgE serice
  - B. Expansiunea limfocitelor Th2 secretoare de IL-4 și IL-5
  - C. Creșterea limfocitelor Th1 secretoare de interferon-gama
  - D. Micșorarea IgA secretorii
  - E. Scăderea de AMPciclic intracelular
396. Stadiile evolutive în funcție de vârsta ale dermatitei atopice:
- A. Sugarului și copilului mic
  - B. Copilului și adolescentului
  - C. Adultului
  - D. Senilă
  - E. Paraneoplazică

397. Datele sugestive pentru dermatita atopică a sugarului și copilului mic:
- Debut la naștere
  - Aspect de eczemă lichenificată
  - Eritem, edem, veziculație și zemuire
  - Localizare preponderentă pe obraji, menton, frunte
  - Anamneză heredo-colaterală pozitivă
398. Nu este posibilă remiterea spontană a dermatitei atopice a sugarului și copilului mic:
- Corect
  - Inc corect
399. Datele sugestive pentru dermatita atopică a copilului și adolescentului:
- Aspect de eczemă acută
  - Predominanța lichenificării în zonele flexoare
  - Afectare preponderent facială
  - Prurit accentuat
  - Xeroză
400. Datele sugestive pentru dermatita atopică a adultului:
- Aspect de eczemă lichenificată
  - Dermografism roșu
  - Localizare preponderent flexoare și laterocervicală
  - Aspect de neurodermită circumscrișă
  - Prurit intens
401. Criteriile diagnostice majore în dermatita atopică:
- Eczemă cu evoluție cronică și recidivantă
  - Prurit
  - Antecedente personale sau familiale de atopie
  - Xeroză
  - Pitiriazis alb al feței
402. În tratamentul dermatitei atopice sunt de preferat dermatocorticoizii cei mai potenți:
- Corect
  - Inc corect
403. Neurodermita circumscrișă poate fi o manifestare particulară de dermatită atopică:
- Corect
  - Inc corect
404. Succesiunea corectă a stadiilor evolutive în eczemă:
- Veziculație
  - Crustificare
  - Eritematoasă
  - Descuamare
  - Zemuire

Stadiile evolutive ale eczemei și tratamentul local corespunzător:

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 405. Stadiul de zemuire      | A. Dermatocorticoizi, preferențial în creme                 |
| 406. Stadiul de crustificare | B. Dermatocorticoizi/keratoplastice, preferențial în pomezi |

407. Stadiul de descumare C. Suspensii uleioase cu coloranți anilini, paste moi
408. Stadiul de lichenificare D. Comprese umede cu soluții dezinfectante, spray-uri cu dermatocorticoizi

### VIROZELE CUTANATE

409. Originea agentului patogen în molluscum contagiosum:
- A. Bacterie
  - B. Fung
  - C. Virus
  - D. Protozoar
  - E. Molusc
410. Opțiunile utile de tratament local în herpes simplex:
- A. Coloranți anilini
  - B. Fluocinolon
  - C. Aciclovir
  - D. Clotrimazol
  - E. Tetraciclină
411. Schimbările histopatologice în veruca vulgară:
- A. Acantoliză
  - B. Acantoză
  - C. Papilomatoză
  - D. Hiperkeratoză
  - E. Spongioză
412. Opțiunile utile de tratament sistemic în herpes simplex:
- A. Grizeofulvină
  - B. Prednisolon
  - C. Aciclovir
  - D. Foscarnet
  - E. Doxiciclină
413. Constituții virușilor dermatofili:
- A. ADN și ARN
  - B. ADN sau ARN
  - C. Capsidă
  - D. Înveliș protido-lipidic
  - E. Ribozomi
414. Semnele clinice sugestive pentru veruca vulgară:
- A. Prurit accentuat
  - B. Evoluție lentă asimptomatică
  - C. Localizarea preponderentă pe față
  - D. Papule neinflamatoare
  - E. Limfadenopatie regională
415. Familia taxonomică pentru veruca vulgară:
- A. Herpesviridae
  - B. Papovaviridae

- C. Poxviridae
- D. Parvoviridae
- E. Hepadnaviridae

Papilomavirusurile umane și tabloul clinic corespunzător:

- 416. Verucă vulgară A. Papule epidermice turtite, ferme la palpare, lucide, frecvent localizate pe dosul mâinilor, regiunea cefalică, fața
  - 417. Verucă plantară B. Formațiuni papuloase vegetante de consistența moale, frecvent macerate, cu localizare ano-genitală
  - 418. Verucă plană C. Formațiuni exofitice, pediculate, de culoarea pielii, localizate mai ales în regiunea cefalică, periorifical, regiunea bărbii
  - 419. Verucă filiformă D. Papule rotund-ovalare bine circumscrise, suprafața keratozică, de culoarea pielii sau gri-cenușie, localizate frecvent pe dosul mâinilor/degetelor, subiectiv asimptomatice
  - 420. Condilom acuminat E. Papule keratozice plate, înconjurate de un inel cornos, de culoarea pielii, localizate pe zonele de presiune
421. Diagnosticul paraclinic informativ pentru papilomavirusurile umane:
- A. Examenul bacteriologic
  - B. Examenul microscopic
  - C. Examenul histopatologic
  - D. Tehnici biochimice de analiză moleculară
  - E. Reacția de hemaglutinare
422. Arealul de cantonare și propagare a virusului varicelo-zosterian:
- A. Cornurile anterioare medulare
  - B. Nodulii limfatici regionali
  - C. Dermatometrul de afectare
  - D. Nervii senzitivi
  - E. Ganglionii senzitivi cranieni sau rahidieni
423. Semnele histopatologice sugestive pentru zona zoster:
- A. Spongioză
  - B. Degenerescență balonizată (hidropică)
  - C. Acantoliză degenerativă
  - D. Acantoză
  - E. Granuloză
424. Opțiunile curative utile în molluscum contagiosum:
- A. Crioterapie cu azot fluid
  - B. Tetracicline sistemice
  - C. Antivirale sistemice
  - D. Chiuretare și electrocoagulare
  - E. Exprimarea conținutului și prelucrarea cu antiseptice iodate
425. Semnele clinice sugestive pentru zona zoster:
- A. Leziuni asimptomatice subiectiv
  - B. Prurit generalizat
  - C. Plăci eritematoase cu vezicule grupate
  - D. Distribuție dermatomală

- E. Simptom Nicolsky – pozitiv
426. Dermatovirozele:
- A. Veruca vulgară
  - B. Zona zoster
  - C. Condiloame acuminate
  - D. Condiloame late
  - E. Molluscum contagiosum
427. Semnele clinice sugestive pentru herpes simplex:
- A. Senzații de arsură în zona afectată
  - B. Vezicule grupate și eroziuni policiclice
  - C. Localizări muco-cutanate
  - D. Nevralgii postherpetice
  - E. Recurențe frecvente
428. Afecțiunile încadrate în papilomavirusurile umane:
- A. Condiloame late
  - B. Condiloame acuminate
  - C. Nodulii mulgătorilor
  - D. Molluscum contagiosum
  - E. Veruca
429. Afecțiunile încadrate în infecții cu poxvirusuri:
- A. Varicela
  - B. Variola
  - C. Veruca
  - D. Molluscum contagiosum
  - E. Nodulii mulgătorilor
430. Opțiunile curative utile în papilomavirusurile umane:
- A. Acid tricloracetic
  - B. Podofilină și podofilotoxină
  - C. Aciclovir
  - D. Crioterapie
  - E. Ferezol
431. Datele sugestive pentru molluscum contagiosum:
- A. Lipsa senzațiilor subiective
  - B. Papule perlate emisferice ombilicate, de culoarea tegumentului
  - C. Papule plate, poligonale, ombilicate, de culoarea roz-violacee cu luciu specific
  - D. Exprimarea conținutului albicios, grăuncios, format din celule epidermice afectate
  - E. Incidență înaltă la copii și la imunodeprimați
432. Modalitățile de contaminare în molluscum contagiosum:
- A. Contact direct habitual
  - B. Contact indirect
  - C. Contact sexual
  - D. Autoinoculare
  - E. Hemotransfuzii



433. Complicațiile eventuale în zona zoster:
- A. Piodermie secundară
  - B. Nevralgie postherpetică
  - C. Cicatrici hipertrofice și cheloide
  - D. Varicela
  - E. Hipoacuzie și complicații oculare
434. Zona zoster evoluează cu recurențe frecvente:
- A. Corect
  - B. Incorect
435. Opțiunile curative utile în zona zoster:
- A. Repaus
  - B. Antivirale
  - C. Analgetice
  - D. Dermatocorticoizi
  - E. Antiseptice topice
436. Opțiunile curative utile în nevralgia post-herpetică:
- A. Antibiotice
  - B. Analgetice
  - C. Anticonvulsivante
  - D. Corticosteroizi
  - E. Anestezice locale
437. Investigațiile informative în diagnosticul herpes simplex:
- A. Citodiagnostic
  - B. Culturi aceluare
  - C. Imunofluorescență directă
  - D. Microscopie electronică
  - E. Serologie pentru primo-infecție
438. Expresia clinică a primo-infecției în cazul zonei zoster:
- A. Herpes simplex
  - B. Vaccina
  - C. Variola
  - D. Varicela
  - E. Hepatita B
439. Nu este comun pentru zona zoster:
- A. Nevralgie dermatomală preeruptivă
  - B. Vezicule grupate pe un fundal eritematos
  - C. Topografie unilaterală
  - D. Nevralgie postherpetică
  - E. Contagiozitate sporită și recidive frecvente
440. Factorii declanșatori pentru zona zoster:
- A. Corticoterapia sistemică
  - B. Terapia cu citostatice
  - C. Administrarea gamma-globulinelor
  - D. Neoplaziile maligne
  - E. Hipertensiunea arterială

441. Doza nictemerală eficientă de aciclovir în zona zoster:
- A. 100mg x 1/zi
  - B. 200mg x 2/zi
  - C. 400mg x 3/zi
  - D. 600mg x 4/zi
  - E. 800mg x 5/zi
442. Herpes simplex virus tip I se transmite, de regulă, prin contact sexual:
- A. Corect
  - B. Incorect
443. Doza nictemerală eficientă de aciclovir în primo-infecția cu herpes simplex:
- A. 100mg x 2/zi
  - B. 200mg x 2/zi
  - C. 200mg x 3/zi
  - D. 200mg x 4/zi
  - E. 200mg x 5/zi
444. Dermatovirozele cu transmitere sexuală:
- A. Condiloame acuminate
  - B. Herpes simplex
  - C. Molluscum contagiosum
  - D. Herpes Zoster
  - E. Hepatita virală A

### DERMATOZELE BULOASE

445. Depozitele dermice de imunoglobuline relevante pentru dermatita herpetiformă Duhring:
- A. IgM
  - B. IgG
  - C. IgE
  - D. IgA
  - E. IgD
446. Leziunea primară tipică pentru pemfigusul vulgar:
- A. Eritem
  - B. Veziculă perlată
  - C. Bulă
  - D. Urtică
  - E. Pustulă
447. Originea dermatitei herpetiforme Duhring:
- A. Bacteriană
  - B. Autoimună/toxico-alergică
  - C. Virotică
  - D. Fungică
  - E. Protozoică
448. Proveniența celulelor acantolitice Tzanck în pemfigusul vulgar:
- A. Strat cornos

- B. Strat spinos
- C. Strat bazal
- D. Dermă
- E. Melanocite

449. Relevanța histopatologică a semnelor Nicolsky în pemfigusul vulgar:

- A. Parakeratoză
- B. Acantoză
- C. Spongioză
- D. Acantoliză
- E. Granuloză

450. Sediul clivajului (de formare a bulelor) în dermatita herpetiformă Duhring:

- A. Stratul cornos
- B. Stratul granulos
- C. Membrana bazală și vârful papilelor dermice
- D. Stratul spinos
- E. Stratul reticular al dermei

451. Originea pemfigusului vulgar:

- A. Bacteriană
- B. Virotică
- C. Fungică
- D. Infecțioasă-alergică
- E. Autoimună

452. Depozitele epidermice de imunoglobuline relevante pentru pemfigusul vulgar:

- A. Ig A
- B. Ig G
- C. Ig M
- D. Ig E
- E. Ig D

453. Semnele clinice sugestive pentru pemfigusurile autoimune:

- A. Auspitz
- B. Nicolsky
- C. Baltzer
- D. Asboe-Hansen
- E. Wickham

454. Metodele de efectuare a testului Iadassohn în dermatita herpetiformă Duhring:

- A. Administrarea topică ocluzivă a ung. KI 50%
- B. Badijonarea superficială cu T-rae Iodi 3%
- C. Administrarea soluției de KI 3% per os
- D. Vitro-presiune
- E. Sondă-presiune

455. Tratamentul de întreținere în pemfigusul autoimun:

- A. Prednisolon 20-40mg/zi timp de 1-3 luni
- B. Prednisolon 20-40mg/zi timp de 3-6 luni
- C. Prednisolon 20-40mg/zi timp de 6-12 luni
- D. Prednisolon 20-40mg/zi timp de minimum 5 ani

- E. Preparate de Kaliu, Calciu, antacide, anabolice, vitamine
456. Maladiile buloase cu clivaj (de formare a bulelor) suprabazal (în stratul spinos):
- A. Pemfigus foliaceu
  - B. Pemfigus vulgar
  - C. Pemfigus vegetant
  - D. Pemfigoid bulos
  - E. Pemfigus seboreic
457. Maladiile buloase cu clivaj (de formare a bulelor) subcorneal (în stratul granulos):
- A. Pemfigus vulgar
  - B. Pemfigus foliaceu
  - C. Pemfigus vegetant
  - D. Pemfigus seboreic
  - E. Pemfigoid bulos
458. Leziunile sugestive pentru dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Vezicule și bule tensionate
  - B. Plăci eritemato-urticariene
  - C. Papule
  - D. Tuberculi
  - E. Nodozități
459. Opțiunile curative utile în dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Antimalarice de sinteză
  - B. Sulfone, sulfanilamide și corticoizi
  - C. Excluderea halogenilor
  - D. Antiinflamatoare nesteroidiene
  - E. Regim alimentar fără gluten
460. Anamneză sugestivă pentru dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Enteropatie
  - B. Sensibilizare la polen
  - C. Sensibilizare la gluten
  - D. Agravare determinată de halogeni
  - E. Agravare determinată de alcaline
461. Reperetele diferențiale ale pemfigusului foliaceu (vs. vulgar):
- A. Severitate mai pronunțată
  - B. Clivaj acantolitic mai superficial
  - C. Scuame-cruste pluristratificate
  - D. Respectarea mucoaselor
  - E. Pronostic mai nefavorabil
462. Reperetele diferențiale ale pemfigusului vegetant (vs. vulgar):
- A. Localizare preponderentă în pliuri
  - B. Clivaj acantolitic (de formare a bulelor) în stratul granulos
  - C. Leziuni papilomatoase, succedând veziculo-bule flasce și pustule
  - D. Evoluție mai severă
  - E. Apariție la indivizi cu o bună reactivitate imună

463. Opțiunile tratamentului de atac în pemfigusul autoimun:
- A. Antibioterapie prelungită
  - B. Prednisolon în doze medii (40-60mg/zi)
  - C. Prednisolon în doze mari (pană la 3mg/kg/zi)
  - D. Citostatice
  - E. Plasmafereză
464. Testele informative în pemfigusul autoimun:
- A. Medii de cultură
  - B. Citodiagnostic Tzanck
  - C. Lampa Wood
  - D. Imunofluorescența directă și indirectă
  - E. Examen histopatologic
465. Testele informative în dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Eozinofilie în bule și sânge
  - B. Prezența imunofluorescenței granulare de IgA în vârful papilelor dermice
  - C. Prezența imunofluorescenței de IgG în stratul malpighian al epidermului
  - D. Semn Jadassohn – pozitiv
  - E. Semn Nicolsky – pozitiv
466. Semnele clinice sugestive pentru dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Prurit intens
  - B. Eruții monomorfe
  - C. Eruții polimorfe
  - D. Gruparea leziunilor
  - E. Eritem adiacent eruțiilor
467. Medicamentele contraindicate în dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Cotrimoxazol
  - B. Dermatocorticoizi fluorinați
  - C. Iodură de potasiu
  - D. Bromuri sedative
  - E. Clorură de calciu
468. Evoluția dermatitei herpetiforme Duhring la vârstnici sugerează un proces paraneoplazic:
- A. Corect
  - B. Incorect
469. Formele clinice ale pemfigusului autoimun:
- A. Vulgar
  - B. Neonatorum
  - C. Vegetant
  - D. Foliaceu
  - E. Seboreic
470. Afectarea mucoaselor este caracteristică pentru dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Corect
  - B. Incorect

471. Țintele antigenice ale autoanticorpilor în pemfigusurile autoimune:

- A. Desmogleina I
- B. Desmogleina III
- C. Placoglobulina
- D. Centromer
- E. Nucleu

472. Spectrul anticorpilor circulanți în dermatita herpetiformă Dühring:

- A. Antidesmozomali
- B. Antigliadină
- C. Antireticulină
- D. Anti-topoizomerază
- E. Antiendomisiu

### ERITEM POLIMORF

473. Mecanismele fiziopatologice comune implicate în patogenia eritemului polimorf:

- A. Infecțios-alergic
- B. Autoimun
- C. Toxic-alergic
- D. Tumoral
- E. Dismetabolic

474. Formele clinice ale eritemului polimorf minor:

- A. Tuberculoasă
- B. Eritemato-papuloasă
- C. Nudoasă
- D. Veziculo-buloasă
- E. Lichenoidă

475. Semnele clinice sugestive pentru eritemul polimorf minor:

- A. Debut acut
- B. Eruptii eritemato-papuloase și/sau veziculo-buloase cu localizare preponderent acrală
- C. Bule flasce ce apar pe pielea aparent intactă
- D. Evoluție spre vindecare spontană
- E. Caracter și recurente sezoniere

476. Semnele clinice sugestive pentru eritemul polimorf major:

- A. Prodrom febril accentuat
- B. O posibilă afectare respiratorie sau renală
- C. Afectare erozivo-buloasă marcată a mucoaselor și progresivă a pielii
- D. Afectare a peste 50% de suprafeță cutanată
- E. Evoluție spre vindecare spontană

477. Afectarea mucoaselor este obligatorie în eritemul polimorf major:

- A. Corect
- B. Incorect

478. Aspectele de leziuni tipice în eritemul polimorf:

- A. Serpiginos
- B. Anular
- C. Herpetiform
- D. În țintă (în cocardă)

E. Herpes iris

479. Cauza principală a recurențelor în eritemul polimorf minor:

- A. Streptocociile
- B. Stafilocociile
- C. Micozele
- D. Medicamentele
- E. Herpesul simplex

480. Opțiunile curative utile în eritemul polimorf minor:

- A. Antiinflamatoare nesteroidiene
- B. Antibiotice
- C. Hiposensibilizante
- D. Antihistaminice
- E. Corticoizi sistemic în doze mari

481. Sindromul ce reprezintă eritemul polimorf major:

- A. Lyell
- B. Senear-Usher
- C. Reiter
- D. Stevens-Johnson
- E. Raynaud

482. Opțiunile curative utile în eritemul polimorf major:

- A. Reechilibrare hidroelectrolitică
- B. Sulfonamide
- C. Barbiturice
- D. Corticoterapie în doze mari
- E. Detoxicare

483. Eritemul polimorf minor evoluează spre vindecare spontană:

- A. Corect
- B. Incorect

### **LEPRA. TUBERCULOZA CUTANATĂ**

484. Agentul patogen al leprei:

- A. Bacilul Koch
- B. Bacilul Hansen
- C. Bacilul Calmette-Guerin
- D. Borrelia Burgdorpheri
- E. Haemophilus Ducreyi

485. Leziunea elementară tipică pentru lupusul vulgar:

- A. Papulă
- B. Maculă
- C. Pustulă
- D. Tubercul
- E. Nodozitate

486. Localizarea tipică a scrofulodermei:

- A. Față

- B. Palme și plante
- C. Regiunea cervico-submaxilară
- D. Partea anterioară a gambelor
- E. Regiunea sacrală

487. Localizarea tipică a lupusului vulgar:

- A. Regiunea hipogastrică
- B. Regiunea sacrală
- C. Gambe
- D. Față și gât
- E. Regiunea extensorie a membrelor

488. Leziunea elementară tipică pentru eritemul indurat Basin:

- A. Papulă
- B. Tubercul
- C. Nodozitate
- D. Bulă
- E. Urtică

489. Leziunea elementară tipică pentru scrofulodermă:

- A. Maculă
- B. Papulă
- C. Bulă
- D. Tubercul
- E. Nodozitate

490. Semnele clinice pozitive în lupusul vulgar:

- A. Asboe-Hansen
- B. Pospelov
- C. Jadasson
- D. "Jeleului de măr"
- E. Nicolsky

491. Nu sunt utile în tratamentul tuberculozei cutanate:

- A. Rifampicina
- B. Penicilina
- C. Isoniazida
- D. Etambutolul
- E. Difenildiaminsulfona

492. Formele polare ale leprei:

- A. Tuberculoidă
- B. "Borderline"-tuberculoidă
- C. "Borderline"
- D. "Borderline"-lepromatoasă
- E. Lepromatoasă

493. Opțiunile curative utile în reacțiile leproase de tip I:

- A. Suspendarea terapiei specifice și imobilizare
- B. Majorarea dozelor curative
- C. Corticoterapie generală adecvată
- D. Chinetoterapie



- E. Citostatice
494. Opțiunile curative utile în reacțiile leproase de tip II:
- A. Suspendarea terapiei specifice și imobilizare
  - B. Majorarea dozelor curative
  - C. Administrarea talidomidei
  - D. Chinetoterapie
  - E. Citostatice
495. În lupusul vulgar consistența leziunilor este dură:
- A. Corect
  - B. Incorect
496. Manifestările clinice sugestive pentru lepra lepromatoasă:
- A. Debut cu pete discrete cu creșterea periferică și evoluție spre formarea nodozităților
  - B. Contagiozitate sporită
  - C. Contagiozitate diminuată sau absentă
  - D. Localizarea frecventă a nodozităților pe față, urechi, frunte, părțile extensorii ale membrelor
  - E. Respectarea viscerală
497. Semnele clinice caracteristice pentru lepra tuberculoidă:
- A. Leziuni unice sau în număr mic dispuse asimetric
  - B. Pete hipopigmentate sau eritematoase cu margini bine delimitate
  - C. Hipostezie (anestezia) tactilă, doloară și calorică a erupțiilor
  - D. Contagiozitate sporită
  - E. Atingeri masive viscerale și ale oaselor
498. Testele diagnostice informative în lepră:
- A. Examen microscopic
  - B. Examen histopatologic
  - C. Teste cu pilocarpină și histamină
  - D. Test cu lepromină
  - E. Însămânțări pe medii de cultură
499. Formele clinice ale tuberculozei cutanate tipice:
- A. Ulceroase (șancru)
  - B. De tip tubercul (lupus)
  - C. Gomoase (scrofuloderma)
  - D. Tuberculide
  - E. Hiperplazice (verucoasă)
500. Formele clinice ale tuberculozei cutanate atipice (tuberculide):
- A. Micropapuloase (lichen scrofulosorum)
  - B. Papuloase (acnitis, folliclis)
  - C. De tip tubercul (lupus)
  - D. Ulceroase (Pautrier)
  - E. Hipodermice (eritem indurat Bazin)
501. Reacția cu lepromină în lepra lepromatoasă este intens pozitivă:
- A. Corect
  - B. Incorect

502. În lepra lepromatoasă afectarea senzitivă debutează cu perturbări ale recepției tactile:  
A. Corect  
B. Incorect
503. În lepra lepromatoasă erupțiile cutanate sunt precedate de afectarea neurologică senzitivă:  
A. Corect  
B. Incorect
504. Pentru lepra lepromatoasă nu este caracteristică afectarea organelor interne:  
A. Corect  
B. Incorect
505. Semnele clinice sugestive pentru lepra nedeterminată:  
A. Macule unice depigmentate, dispuse asimetric  
B. Leziuni bine delimitate  
C. Afectare neurologică senzitivă pronunțată  
D. Evoluție posibilă spre formele polare  
E. Hipertrofie și indurație ale nervelor periferici
506. Reacția la lepromină este negativă în lepra tuberculoidă:  
A. Corect  
B. Incorect
507. Preparatele antileprozice:  
A. Dapsona  
B. Rifampicina  
C. Penicilina  
D. Tetraciclina  
E. Clofazimina
508. Durata tratamentului în lepra lepromatoasă:  
A. 1 luna  
B. 3 luni  
C. 6 luni  
D. 1 an  
E. 2 ani
509. Durata tratamentului în lepra tuberculoidă:  
A. 1 luna  
B. 3 luni  
C. 6 luni  
D. 1 an  
E. 2 ani
510. Durata monitorizării post-terapeutice în lepra lepromatoasă:  
A. 1 an  
B. 2 ani  
C. 3 ani  
D. 4 ani  
E. 5 ani

511. Durata monitorizării post-terapeutice în lepra tuberculoidă:
- A. 1 an
  - B. 2 ani
  - C. 3 ani
  - D. 4 ani
  - E. 5 ani
512. Agentul patogen al tuberculozei cutanate:
- A. Bacilul Hansen
  - B. Bacilul Calmette-Guerin
  - C. Borrelia Burgdorpheri
  - D. Bacilul Koch
  - E. Haemophilus Ducreyi
513. Modalitățile de infectare în tuberculoza cutanată:
- A. Dintr-o sursă exogenă
  - B. Dintr-o sursă endogenă
  - C. Prin autoinoculare
  - D. Transfuzional
  - E. Pe cale sexuală
514. Formele clinice de infectare exogenă în tuberculoza cutanată:
- A. Lupus vulgar
  - B. Scrofuloderma
  - C. Tuberculoza cutanată verucoasă
  - D. Șancru tuberculos
  - E. Lichen scrofulosorum
515. Formele clinice de infectare endogenă în tuberculoza cutanată:
- A. Tuberculoza miliară acută
  - B. Tuberculoza verucoasă
  - C. Șancru tuberculos
  - D. Lupus vulgar
  - E. Scrofuloderma
516. Testele de laborator informative pentru tuberculoza cutanată:
- A. Examen microscopic
  - B. Însămânțări pe medii de cultură
  - C. Examen histopatologic
  - D. Reacția Mitsuda
  - E. Inocularea produsului patologic la cobai

### **TOXIDERMILE, SINDROMUL LYELL**

517. Forma clinică comună de toxicodermie medicamentoasă la sulfanilamide:
- A. Acnee
  - B. Urticarie
  - C. Eritrodermie
  - D. Eritem fix
  - E. Veziculație

518. Sindromul de toxicodermie majoră:
- A. Stevens-Johnson
  - B. Senear-Usher
  - C. Lyell
  - D. Graham-Little-Lassueur
  - E. Melkersson-Rosenthal
519. Factorul alimentar declanșează frecvent epidermonecroliza toxică:
- A. Corect
  - B. Incorect
520. Leziunea elementară esențială în epidermonecroliza toxică:
- A. Veziculă
  - B. Pustulă
  - C. Urtică
  - D. Papulă
  - E. Bulă
521. Apariția leziunilor în sindromul Lyell este de regulă precedată de febra:
- A. Corect
  - B. Incorect
522. Eritrodermizarea este caracteristică pentru sindromul Lyell:
- A. Corect
  - B. Incorect
523. Procesul histopatologic caracteristic pentru sindromul Lyell:
- A. Acantoliza autoimună
  - B. Acantoliza toxică
  - C. Acantoză
  - D. Hiperkeratoză
  - E. Hipergranuloză
524. Sediul comun al debutului leziunilor în sindromul Lyell:
- A. Mucoase
  - B. Părțile distale ale membrelor
  - C. Față și cutia toracică
  - D. Scalp
  - E. Părțile de extensie ale membrelor
525. În sindromul Lyell semnele Nicolsky și Asboe-Hansen sunt negative:
- A. Corect
  - B. Incorect
526. Opțiunile curative utile în toxicodermiile postmedicamentoase:
- A. Hiposensibilizare nespecifică
  - B. Hiposensibilizare specifică
  - C. Diuretice
  - D. Purgative
  - E. Enterosorbenți

527. Opțiunile curative utile în sindromul Lyell:
- A. Citostatice
  - B. Corticosteroizi în doze mari cu păstrarea ulterioară a dozei de susținere
  - C. Reechilibrare hidroelectrolitică
  - D. Detoxicare adecvată
  - E. Corticosteroizi în doze medii pe durate scurte

### **DERMATOZELE PROFESIONALE**

528. Dermatozele profesionale provocate de factori chimici:

- A. Erizipeloid Rosenbach
- B. Scabie cerealieră
- C. Dermatită/eczemă de contact alergica
- D. Acnee (foliculită) oleică
- E. Melanodermie toxică

529. Dermatozele profesionale provocate de factori fizici:

- A. Calozități și clavusuri
- B. Nodulii mulgătorilor
- C. Dermatita actinică
- D. Eritem pernio
- E. Antrax

530. Dermatozele profesionale provocate de factori biotici:

- A. Acnee (foliculită) clorică
- B. Erizipeloid Rosenbach
- C. Sicozis parazitar
- D. Antrax
- E. Nodulii mulgătorilor

Dermatoze profesionale și tratamentul corespunzător:

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| 531. Nodulii mulgătorilor  | A. Antifungice       |
| 532. Sicozis parazitar     | B. Antibiotice       |
| 533. Erizipeloid Rosenbach | C. Antivirale        |
| 534. Dermatită de contact  | D. Detoxicare        |
| 535. Melanodermie          | E. Dermatocorticoizi |

### **PSORIAZIS. LICHEN PLAN**

536. Durata medie de realizare a reacției Köbner în psoriazis:

- A. Câteva ore
- B. 24 ore
- C. 1-3 zile
- D. 7-9 zile
- E. 20-30 zile

537. Testul clinic sugestiv pentru lichenul plan:

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

538. Anomalia fiziopatologică esențială responsabilă de leziunile psoriazice:
- A. Distrugerea punților intercelulare
  - B. Degenerescenta colagenului
  - C. Hiperproliferarea keratinocitelor
  - D. Fragilitatea cutanată
  - E. Dereglarea vasculară
539. Semnele clinice sugestive pentru psoriazisul pustulos Barber:
- A. Leziuni eritemato-papulo-pustuloase simetrice palmo-plantare
  - B. Eritrodermie cu apariția numeroaselor pustule pe suprafață
  - C. Alterări de stare generală și homeostază
  - D. Leziunile respectă de obicei degetele
  - E. Evoluție cu pusee și exitus în faza acută netratată
540. Leziunea elementară principală în psoriazis:
- A. Tubercul
  - B. Papulă
  - C. Nodozitate
  - D. Urtică
  - E. Bulă
541. Mecanismul acțiunii curative ale razelor UV în psoriazis:
- A. Inhibiția sintezei de ADN celular
  - B. Scăderea mitozelor keratinocitare
  - C. Efect imunostimulator asupra limfocitelor T
  - D. Efect imunostimulator asupra limfocitelor B
  - E. Efect imunosupresor asupra celulelor Langerhans
542. Testul clinic sugestiv pentru psoriazis:
- A. Nicolsky
  - B. Jadasson
  - C. Auspitz
  - D. Thompson
  - E. Baltzer
543. Datele clinice caracteristice pentru stadiul de stagnare al psoriazisului:
- A. Fenomen Köbner – negativ
  - B. Înălbirea centrală a leziunilor
  - C. Creșterea periferică și confluența leziunilor
  - D. Apariția leziunilor noi
  - E. Scuamele acoperă toată suprafața papulelor
544. Formele clinice ale psoriazisului pustulos:
- A. Palmo-plantară Barber
  - B. Generalizată Barber
  - C. Palmo-plantară Zumbusch
  - D. Generalizată Zumbusch
  - E. Toate cele menționate
545. Opțiunile curative topice utile în stadiul de avansare al psoriazisului:
- A. Ung. Arievici

- B. Ung. Whitefield
- C. Uree 10-20%
- D. Acid salicilic 1-2%
- E. Dermatocorticoizi

546. Factorii declanșatori de apariție a leziunilor psoriazice:

- A. Litiu și beta-blocante
- B. Keratolitice concentrate
- C. Traumatisme cutanate repetate
- D. Citostatice
- E. Dermatocorticoizi

547. Factorii de eritrodermizare psoriazică secundară:

- A. Corticoizi sistemici
- B. Citostatice sistemice
- C. Antimalarice și săruri de aur
- D. Dermatocorticoizi
- E. Utilizarea intempestivă și/sau exagerată a tratamentului topic

548. Opțiunile terapiei cu retinoizi în psoriazis:

- A. Retinol acetat
- B. Azatioprină
- C. Acitretin
- D. Ciproteron acetat
- E. Tocoferol acetat

549. Semnele clinice sugestive pentru psoriazis în stadiul de avansare:

- A. Fenomen Köbner – pozitiv
- B. Înălbirea centrală a leziunilor
- C. Creșterea periferică și confluența leziunilor
- D. Apariția leziunilor noi
- E. Scualele acoperă toată suprafața papulelor

550. Semnele histopatologice epidermice sugestive pentru psoriazisul vulgar:

- A. Acantoliză
- B. Acantoză
- C. Hiperkeratoză proliferativă
- D. Papilomatoză
- E. Parakeratoză

551. Opțiunile utile de tratament sistemic în lichenul plan:

- A. Corticoterapie în doze de atac și în cure îndelungate
- B. Antihistaminice și sedative
- C. Metronidazol
- D. Antimalarice de sinteză (în caz de evoluție cronică)
- E. Vitamine din grupul A,C,B

552. Topografia preferențială a leziunilor în psoriazisul vulgar:

- A. Scalp
- B. Mucoase
- C. Fețele de flexie ale articulațiilor mari
- D. Fețele de extensie ale articulațiilor mari

- E. Regiunea lombo-sacrată
553. Semnele clinice sugestive pentru lichenul plan:
- A. Prurit intens
  - B. Leziune papuloasă, proeminentă, hiperkeratozică, asimetrică
  - C. Leziune papuloasă, poligonală, ombilicată, cu fațete strălucitoare, de culoare violacee
  - D. Leziune maculoasă descuamativă, de culoare roz-roșie, bine delimitată
  - E. Atingeri ale mucoasei bucale
554. Topografia preferențială a leziunilor în lichenul plan:
- A. Față
  - B. Palme și plante
  - C. Fața anterioară a antebrațelor, gambelor, articulației pumnului
  - D. Mucoasa bucală
  - E. Regiunea lombară
555. Semnele histopatologice sugestive pentru lichenul plan:
- A. Hiperkeratoză cu parakeratoză
  - B. Hipergranuloză
  - C. Infiltrat limfo-histiocitar dispus “în bandă” în dermul superior
  - D. Degenerescență hidropică a stratului bazal al epidermului
  - E. Acantoză neregulată cu aspect “dinți de ferestru”
556. Semnele clinice sugestive de afectare unghială în lichenul plan:
- A. Pterigium unghial
  - B. Striații longitudinale
  - C. Depresiuni punctiforme
  - D. Hiperkeratoză subunghială
  - E. Melanonichia longitudinală
557. Semnele clinice sugestive pentru psoriazisul pustulos Zumbusch:
- A. Leziuni eritemato-papulo-pustuloase simetrice palmo-plantare
  - B. Eritrodermie cu apariția numeroaselor pustule pe suprafață
  - C. Alterări de stare generală și homeostază
  - D. Hipocalcemie, hipoalbumemie, VSH crescut
  - E. Evoluție cu pusee și exitus în faza acută netratată
558. Pustula spongiformă Kogoj-Lapier în psoriazul pustulos este constituită din monocite:
- A. Corect
  - B. Incorect
559. Pustula Kogoj-Lapier în psoriazul pustulos nu este sterilă:
- A. Corect
  - B. Incorect
560. Variantele clinice ale lichenului plan:
- A. Verucoasă
  - B. Atrofică
  - C. Foliculară
  - D. Veziculo-buloasă
  - E. Numulară



561. Formele clinice ale psoriazisului vulgar:
- A. Punctată
  - B. Gutată
  - C. Numulară
  - D. În placarde
  - E. Eritrodermică
562. Semnele clinice sugestive pentru psoriazisul artropatic:
- A. Afectarea articulațiilor interfalangiene distale și proximale
  - B. Spondilită și sacroileită
  - C. Prezență de factor reumatoid în sânge
  - D. Reacția Vaaler-Rouse și latex-testul – negative
  - E. Distrucție articulară anarhică și hiperproliferare osoasă
563. Opțiunile curative utile pentru psoriazis vulgar în stadiul de avansare:
- A. Detoxicare
  - B. Metilxantine (papaverină, teofilină, etc.)
  - C. Antihistaminice și hiposensibilizante
  - D. Raze UVB eritematoase
  - E. Citostatice
564. Citostaticele uzuale administrate în psoriazis:
- A. Metotrexat
  - B. Ciprofloxacina
  - C. Ciproteron
  - D. Ciclosporină
  - E. Ciclofosfamidă
565. Opțiunile curative utile pentru psoriazisul vulgar în stadiul stagnare/regresiune:
- A. Antipaludice de sinteză
  - B. Piroterapie
  - C. Corticosteroizi sistemici
  - D. PUVA-terapie
  - E. Băi curative
566. Opțiunile topice utile în tratamentul psoriazisului vulgar în stadiul stagnare/regresiune:
- A. Keratolitice și keratoplastice
  - B. Cignolin
  - C. Calcipotriol
  - D. Lindan
  - E. Permetrină
567. Turnoverul keratinocitelor în psoriazis este diminuat:
- A. Corect
  - B. Încorect
568. Semnele clinice sugestive pentru psoriazisul vulgar:
- A. Pata de spermanțet
  - B. Pelicula terminală
  - C. Auspitz
  - D. Wickham
  - E. Köbner

569. Proliferarea celulelor stratului bazal în psoriazis este condiționată de:
- A. Creșterea chalonelor epidermale
  - B. Creșterea GMPc și reducerea AMPc
  - C. Scăderea conținutului de poliamine în leziunile psoriazice
  - D. Creșterii activității fosfolipazei C și a calmodulinei
  - E. Acumularea excesivă a LTB<sub>4</sub> și 12HETE
570. Activarea limfocitelor Th1 facilitează proliferarea keratinocitară în psoriazis:
- A. Corect
  - B. Incorect
571. Citokinele limfocitelor T ce stimulează hiperproliferarea keratinocitară în psoriazis:
- A. IFN-gama
  - B. TNF-alfa
  - C. IL-2
  - D. IL-4
  - E. IL-5
572. Citokinele keratinocitelor activate ce mențin hiperproliferarea celulară în psoriazis:
- A. IL-1
  - B. IL-4
  - C. IL-6
  - D. IL-8
  - E. TGF-alfa
573. Semnele histopatologice dermice sugestive pentru psoriazisul vulgar:
- A. Microabscese Munro
  - B. Microabscese Potrier
  - C. Granulom infecțios
  - D. Infiltrat inflamator perivascular
  - E. Papilomatoză
574. Conținutul celular al microabsceselor Munro:
- A. Limfocite
  - B. Plasmocite
  - C. Histiocite
  - D. Neutrofile
  - E. Eozinofile
575. Formele grave (exudative) de psoriazis:
- A. Vulgară
  - B. Artropatică
  - C. Eritrodermică
  - D. Pustuloasă
  - E. Seboreică
576. Succesiunea etapelor de obținere a triadei psoriazice de grataj:
- A. Auspitz
  - B. Pata de spermanțet
  - C. Pelicula terminală

577. Semnele clinice sugestive pentru onicodistrofia psoriazică:
- Depresiuni punctiforme
  - Onicoliză
  - Șanț transversal (linia Beau)
  - Pterigium unghial
  - Hiperkeratoză subunghială
578. Semnele clinice sugestive pentru eritrodermia psoriazică:
- Alterarea stării generale, febrilitate
  - Limfadenopatie și prurit intens
  - Aspect numular al leziunilor
  - Modificări unghiale severe și alopecie difuză
  - Tegumente eritematoase, scuamoase, infiltrate, uneori exudative
579. Sediul pustulelor în psoriazis:
- Hipoderm
  - Derm profund
  - Derm papilar
  - Epiderm
  - Toate cele menționate
580. Fotosensibilizatorii pentru efectuarea PUVA-terapiei în psoriazis:
- 5-methoxipsoralen
  - 8-methoxipsoralen
  - Acid paraaminobenzoic
  - Clorochină
  - Acid nicotinic
581. Lungimea de undă UVB pentru fototerapie în psoriazis:
- 210-230 nm
  - 240-280 nm
  - 290-320 nm
  - 320-400 nm
  - 410-450 nm
582. Lungimea de undă UVA pentru PUVA-terapie în psoriazis:
- 210-230 nm
  - 240-280 nm
  - 290-320 nm
  - 320-400 nm
  - 410-450 nm

### **LUPUS ERITEMATOS. SCLERODERMIA**

583. Originea celulei lupice:
- Limfocit
  - Polimorfonuclear
  - Monocit
  - Eozinofil
  - Bazofil

584. Antipaludicul de sinteza utilizat în tratamentul lupusului eritematos cronic:
- A. Hidrocortizonă
  - B. Hidroxizină
  - C. Hidroximetilnicotinamidă
  - D. Hidroxocobalamină
  - E. Hidroxiclorochină
585. Semnele clinice sugestive pentru lupusul eritematos cronic discoidal:
- A. Nicolsky
  - B. Besnier-Mescersky
  - C. Asboe-Hansen
  - D. Dopuri keratozice
  - E. Pospelov
586. Formele clinice ale sclerodermiei:
- A. Circumscrișă
  - B. Eritrodermică
  - C. Intertriginoasă
  - D. Numulară
  - E. Difuză
587. Factorii umorali de inducere a celulelor lupice:
- A. Mediatorii mastocitului
  - B. Histamina eozinofilului
  - C. Autoanticorpii antinucleari
  - D. Autoanticorpii anticitoplasmatici
  - E. Frațiile complementului
588. Investigațiile informative în diagnosticul lupusului eritematos cronic discoidal:
- A. Depistarea celulelor lupice circulante
  - B. Examen histopatologic
  - C. Aprecierea complementului seric
  - D. Imunofluorescența directă
  - E. Imunofluorescența indirectă
589. Opțiunile utile de tratament local în lupusul eritematos cronic:
- A. Psoraleni
  - B. Dermatocorticoizi
  - C. Tetraciclina
  - D. Fotoprotectori
  - E. Coloranți anilinici
590. Semnele clinice complementare în lupusul eritematos cronic discoidal:
- A. Dereglări de pigmentație (hipo- și hiperpigmentări)
  - B. Excoriații
  - C. Infiltrație
  - D. Telangiectazii
  - E. Lichenificare
591. Localizarea preponderentă a leziunilor în lupusul eritematos cronic discoidal:
- A. Față
  - B. Dosul mâinilor

- C. Pliurile mari
- D. Scalp
- E. Regiunea decolteului

592. Semnele clinice cardinale (principale) în lupusul eritematos cronic discoidal:

- A. Infiltrație
- B. Plăci eritematoase
- C. Telangiectazii
- D. Hiperkeratoza foliculară (punctată)
- E. Atrofie

593. Semnele histopatologice sugestive pentru sclerodermia circumscrisă:

- A. Anexe și folicule cutanate hipertrofiate
- B. Acantoză
- C. Omogenizarea fasciculelor colagene
- D. Subțierea epidermului
- E. Subțierea pereților vasculari

594. Opțiunile sistemice utile în tratamentul sclerodermiei circumscrise:

- A. Corticosteroizi – în faza de atrofie
- B. Antibiotice – în faza de edem inflamator și indurație
- C. Vit E, B6, PP
- D. Agenți antifibrozanți
- E. Vasodilatatoare periferice

595. Factorii de inducere sau întreținere a leziunilor de lupus eritematos:

- A. Medicamente
- B. Infecție bacteriană
- C. Infecție virală
- D. Expunere la soare, vânt, frig
- E. Sensibilizare la gluten

596. Semnele histopatologice caracteristice pentru lupusul eritematos cronic discoidal:

- A. Parakeratoză
- B. Hiperkeratoză cu dopuri keratozice foliculare
- C. Hipergranuloză
- D. Degenerescență hidropică a celulelor stratului bazal
- E. Infiltrate inflamatorii limfocitare perivascularare în derm

597. Datele de laborator sugestive pentru lupusul eritematos de sistem:

- A. VSH accelerată
- B. Anemie
- C. Leucocito- și trombocitopenie
- D. Hipogamaglobulinemie
- E. Creșterea complementului seric total

598. Formele clinice ale lupusul eritematos cronic:

- A. Discoidal
- B. Exudativ
- C. Diseminat
- D. Profund
- E. Eritem centrifug Biett

599. Formele clinice ale sclerodermiei circumscrise:
- A. În plăci
  - B. Liniară
  - C. Discoidală
  - D. Gutată (boala petelor albe)
  - E. Inelară
600. Semnele clinice sugestive pentru lupusul eritematos cronic diseminat:
- A. Leziuni cu hiperkeratoză pronunțată
  - B. Leziuni bine delimitate
  - C. Leziuni cu dimensiuni mici
  - D. Afectare concomitentă a feței, scalpului, decolteului, dosului mâinilor
  - E. Afectarea concomitentă a articulațiilor
601. Testele paraclinice informative în diagnosticul lupusului eritematos de sistem:
- A. Analiză generală a sângelui și la celule LE
  - B. Imuno-fluorescența indirectă
  - C. Examen histopatologic
  - D. Citodiagnostic Tzanck
  - E. Determinarea dozei eritematoase minime
602. Originea patogenetică a lupusului eritematos:
- A. Dismetabolică
  - B. Infecțioasă
  - C. Neoplazică
  - D. Autoimună
  - E. Toxic-alergică
603. Erupțiile pe scalp în lupusul eritematos cronic discoidal se complică cu alopecie cicatricială:
- A. Corect
  - B. Incorect
604. Semnele clinice sugestive pentru eritemul centrifug Biett:
- A. Hiperkeratoză foliculară marcată
  - B. Atrofie rezultantă
  - C. Localizare preponderentă pe față
  - D. Distribuție asimetrică
  - E. Eritem cu raspandire adiacenta fara senzații subiective
605. Semnele clinice sugestive pentru lupusul eritematos cronic profund:
- A. Cicatrizare inestetică
  - B. Infiltrate și nodozități subcutane
  - C. Ulcerare frecventă
  - D. Asociere cu forme discoide
  - E. Localizare submaxilară și cervicală
606. Cea mai frecventă manifestare sistemică a lupusului eritematos de sistem:
- A. Articulară
  - B. Renală
  - C. Pulmonară

- D. Cardiovasculară
- E. Neurologică

607. Cel mai important factor de afectare în prognosticul nefavorabil al lupusului eritematos de sistem:

- A. Pulmonar
- B. Cardiovascular
- C. Gastrointestinal
- D. Renal
- E. Articular

608. Cea mai frecventă cauză a mortalității în lupusul eritematos de sistem:

- A. Corticoterapia
- B. Insuficiența renală
- C. Miopatia
- D. Poliserozita
- E. Agranulocitoza

609. Opțiunile utile de tratament sistemic în lupusul eritematos de sistem:

- A. Antimalarice de sinteză
- B. Citostatice
- C. Fototerapie artificială cu UVB
- D. Corticosteroizi
- E. Grizeofulvină

610. Țintele autoanticorpilor în lupusul eritematos de sistem:

- A. Nucleu
- B. ADN
- C. Desmogleină
- D. Cardioliplină
- E. Plakoglobină

611. Originea patogenetică a sclerodermiei:

- A. Dismetabolică
- B. Infecțioasă
- C. Neoplazică
- D. Autoimună
- E. Toxic-alergică

612. Borelioza poate să condiționeze unele cazuri de sclerodermie circumscrișă:

- A. Corect
- B. Incorect

613. Mecanismele patogenetice de producere a fibrozei în sclerodermie:

- A. Afectare vasculară prin obliterare
- B. Afectare nervoasă prin excitare
- C. Afectarea țesutului conjunctiv lax
- D. Creșterea limfocitelor T helper
- E. Inhibarea fibroblastelor

614. Stadiile evolutive ale sclerodermiei în plăci:

- A. Papuloasă

- B. Edematoasă
- C. Indurativă
- D. Atrofică
- E. Telangiectazică

Stadiile sclerodermiei circumscrise în plăci și expresia clinică corespunzătoare:

- 615. Stadiul I                                      A. Indurație
- 616. Stadiul II                                   B. Atrofie
- 617. Stadiul III                                 C. Edem inflamator
  
- 618. În stadiul de atrofie a sclerodermiei circumscrise în plăci este prezent haloul violaceu periferic:
  - A. Corect
  - B. Incorect
  
- 619. Scleroderma liniară se întâlnește mai des la mături:
  - A. Corect
  - B. Incorect
  
- 620. Sindromul de hemiatrofie facială în cadrul sclerodermiei liniare:
  - A. Reiter
  - B. CREST
  - C. Parry-Romberg
  - D. Lyell
  - E. Stevens-Johnson
  
- 621. Opțiunile utile de tratament local în scleroderma circumscrisă:
  - A. Dermatocorticoizi – în stadiul de atrofie
  - B. Antibiotice – în stadiul de atrofie
  - C. 5-Fluoruracil
  - D. Ionizări cu hialuronidază
  - E. Heparină

## MANIFESTĂRILE CUTANATE ÎN INSUFICIENȚA VENOASĂ CRONICĂ

- 622. Semnele clinice sugestive pentru flebedem:
  - A. Debutează tardiv
  - B. Este cianotic, dur, dureros
  - C. Este alb, moale, indolor
  - D. Localizare pe 1/3 inferioară a coapsei
  - E. Se accentuează la căldură și ortostatism
  
- 623. Factorii de apariție și de întreținere pentru eczema de stază:
  - A. Colonizare bacteriană
  - B. Colonizare cu Pityrosporum ovale
  - C. Contact cu secrețiile ulcerului
  - D. Sensibilizare la topicele aplicate
  - E. Flux sanguin diminuat la nivelul membrelor inferioare
  
- 624. Constituenți esențiali în mecanismul de instalare a ulcerului venos:
  - A. Insuficiența venelor superficiale
  - B. Insuficiența venelor profunde



- C. Insuficiența venelor comunicante
  - D. Insuficiența venulelor dermale
  - E. Insuficiența arteriolelor dermale
625. Opțiunile curative utile în insuficiența venoasă cronică:
- A. Clinostatism prelungit
  - B. Ortostatism prelungit
  - C. Conținție elastică
  - D. Scleroterapie
  - E. Venotonice
626. Opțiunile terapeutice utile în ulcerul venos de gambă:
- A. Antibiotice
  - B. Venotonice
  - C. Corticoterapie de durată
  - D. Diuretice
  - E. Aspirină
627. Opțiunile utile de tratament local în ulcerul venos de gambă:
- A. Dezinfectare cu antiseptice
  - B. Debridare cu iruxol
  - C. Stimularea granulației cu nitrat de argint 25%
  - D. Stimularea epitelizării și cicatrizării cu zinc hialuronat 0,2%
  - E. Tratament chirurgical (grefare, scleroterapie, stripping)
628. Sindromul algic este mai exprimat în ulcerele venoase vs. cele arteriale:
- A. Corect
  - B. Incorect
629. În ulcerul venos de gambă durerea dispare la clinostatism:
- A. Corect
  - B. Incorect
630. Cea mai frecventă cauză de apariție a ulcerului membrelor inferioare:
- A. Insuficiența arterială
  - B. Insuficiența circulatorie cronică venoasă
  - C. Neuropatia diabetică
  - D. Infecțiile mixte cutanate ale gambelor
  - E. Neoplaziile distructive
631. Manifestările cutanate ale insuficienței venoase cronice:
- A. Limfedem acut
  - B. Dermatită ocră și purpurică
  - C. Eczemă de stază
  - D. Dermohipodermită varicoasă
  - E. Ulcer venos
632. Mecanismele de apariție a dermatitei ocre și purpurice varicoase:
- A. Extravazarea eritrocitelor
  - B. Extravazarea leucocitelor
  - C. Acumulare de Cu și Zn
  - D. Acumulare de hemosiderina

- E. Melanogeneză inflamatorie
633. Dermohipodermita varicoasă este un proces de dermoscleroză:  
A. Corect  
B. Incorect
634. Dermohipodermita varicoasă se manifestă după instalarea ulcerului venos de gambă:  
A. Corect  
B. Incorect
635. Manifestările clinice caracteristice pentru ulcerul venos de gambă:  
A. Margini neregulate  
B. Sindrom algic pronunțat  
C. Dispariția durerilor în ortostatism  
D. Eczematizare adiacentă frecventă  
E. Contaminare frecventă cu strepto-stafilococi
636. Metodele clinice de investigare a funcției venoase în insuficiența venoasă cronică:  
A. Palparea și măsurarea circumferinței gambelor  
B. Percuția și testul tusei  
C. Testul Perthes  
D. Testul Tredelenburg I-II  
E. Testul Rumpell-Leede-Konchalovsky
637. Metodele paraclinice de investigare a funcției venoase în insuficiența venoasă cronică:  
A. Flebografie  
B. Ultrasonografie Doppler  
C. Pletismografie  
D. Pulsometrie  
E. Capilaroscopie

## GENODERMATOZELE

638. Originea nozologică a epidermolizei buloase:  
A. Dismetabolică  
B. Neuroendocrină  
C. Ereditară  
D. Infecțioasă  
E. Neoplazică
639. Sediul cutanat al clivajului (formarea bulelor) în epidermoliza buloasă simplă:  
A. Hîpoderm  
B. Dermul reticular  
C. Dermul papilar  
D. Membrana bazală  
E. Epiderm
640. Originea nozologică a ichtiozei:  
A. Infecțioasă  
B. Neuroendocrină  
C. Dismetabolică  
D. Ereditară

- E. Alergică
641. Sediul cutanat al clivajului (formarea bulelor) în epidermoliza buloasă distrofică polidisplastică:
- A. Hipoderm
  - B. Dermul reticular
  - C. Dermul papilar
  - D. Membrana bazală
  - E. Epiderm
642. Localizarea de elecție ale leziunilor în ichtioza vulgară:
- A. Marele pliuri
  - B. Scalp
  - C. Organe genitale
  - D. Suprafețe extensorii ale membrelor
  - E. Trunchi (mai pronunțat în regiunea sacrală)
643. Semnele clinice sugestive pentru epidermoliza buloasă simplă:
- A. Apariția bulelor în zonele supuse traumatismului
  - B. Apariția cicatricilor reziduale
  - C. Prezența miliumului
  - D. Simptom Nicolsky – negativ
  - E. Absența modificărilor dentare, ale unghiilor și părului
644. Semnele clinice sugestive pentru epidermoliza buloasă distrofică hiperplastică (joncțională):
- A. Apariția bulelor tensionate spontane și traumatice
  - B. Afectarea mucoaselor
  - C. Absența miliumului
  - D. Absența modificărilor dentare, ale unghiilor și părului
  - E. Prezența cicatricilor reziduale, inclusiv celor cheloide
645. Formele clinice ale epidermolizei buloase:
- A. Simplă
  - B. Vulgară
  - C. Distrofică hiperplastică (joncțională)
  - D. Distrofică polidisplastică
  - E. Congenitală
646. Semnele clinice sugestive pentru epidermoliza buloasă distrofică polidisplastică:
- A. Bule exclusiv traumatice
  - B. Afectarea mucoaselor
  - C. Anomalii dentare și unghiale
  - D. Cicatrici deformante, milium, mutilații
  - E. Semn Nicolsky – negativ
647. Opțiunile curative utile în ichtioza vulgară:
- A. Citostatice
  - B. Vitamina A
  - C. Acitretin
  - D. Keratolitice
  - E. Emoliente

648. Formele clinice ale ichtiozei vulgare:
- Eritrodermică
  - Simplă
  - Sauriană
  - Histrix
  - Xerodermă
649. Opțiunile curative utile în epidermoliza buloasă:
- Keratolitice
  - Ciclosporină și retinoizi aromatici
  - Vitaminoterapie E,A,B,C,PP
  - Corticoterapie
  - Inhibitori ai collagenazei
650. Formele clinice de ichtioză:
- Vulgară
  - Distrofică
  - Lincată de sex
  - Lamelară
  - Eritrodermie ihtioziformă
651. Modul de genotransmitere în ichtioza vulgară:
- Autosomal recesiv
  - Autosomal dominant
  - X-lincat
  - Y-lincat
  - Nu este determinat
652. Debutul de vârstă comun în ichtioza vulgară:
- La naștere
  - La 1-3 luni
  - La 1-4 ani
  - La 5-10 ani
  - La 10-14 ani
653. Manifestările clinice caracteristice ale ichtiozei vulgare:
- Afectarea pliurilor
  - Xeroză cutanată
  - Leziuni hiperkeratozice
  - Leziuni eritematoase
  - Leziuni buloase
654. Modul de genotransmitere în eritrodermia ichtioziformă:
- Autosomal recesiv
  - Autosomal dominant
  - X-lincat
  - Y-lincat
  - Nu este determinat

Formele ichtiozei vulgare și expresiile clinice corespunzătoare:

655. Xerodermă                      A. Plăci cornoase dure și aderente, brăzdate de fisuri adânci

656. Ihtioză simplă                      B. Piele uscată cu descuamație furfuracee  
 657. Ihtioză sauriană                    C. Mase cornoase în formă de spini sau țepi cu aspect verucos  
 658. Ihtioză hystrix                      D. Scuame mici lamelare fixate de pielea uscată, aspră, îngroșată
659. Histopatologia sugestivă pentru ihtioza vulgară:  
 A. Hiperkeratoză proliferativă  
 B. Hiperkeratoză de retenție  
 C. Granuloză  
 D. Defect de sinteză a keratohialinei  
 E. Dopuri cheratozice foliculare
660. Modul de genotransmitere în epidermoliza buloasă simplă:  
 A. Autosomal recesiv  
 B. Autosomal dominant  
 C. X-lincat  
 D. Y-lincat  
 E. Nu este determinat
661. Procedeele diagnostice uzuale în epidermoliza buloasă:  
 A. Microscopie  
 B. Bacteriologie  
 C. Examen histopatologic  
 D. Diagnostic antenatal (stabilirea nivelului seric crescut de  $\alpha$ -fetoproteina la mama)  
 E. Anamneza ereditară pozitivă

### TUMORILE CUTANATE MALIGNE

662. Localizarea de elecție a sarcomului Kaposi (forma endemică):  
 A. Față  
 B. Scalp  
 C. Trunchi  
 D. Părțile proximale ale membrelor  
 E. Extremitățile distale ale membrelor
663. Geneza angioreticulozei Kaposi:  
 A. Dismetabolică  
 B. Neuroendocrină  
 C. Toxico-alergică  
 D. Neoplazică  
 E. Ereditară
664. Geneza micozisului fungoid:  
 A. Fungică  
 B. Dismetabolică  
 C. Neuroendocrină  
 D. Toxico-alergică  
 E. Neoplazică
665. Substratul histologic de dezvoltare a sarcomului Kaposi:  
 A. Țesut adipos  
 B. Țesut muscular  
 C. Țesut nervos

- D. Endoteliu vascular
  - E. Vase limfatice
666. Semnele clinice sugestive pentru bazaliom:
- A. Noduli indurați translucizi
  - B. Margine perlate a ulcerățiilor
  - C. Metastaze precoce în ganglionii limfatici regionali
  - D. Metastaze precoce la distanță
  - E. Telangectazii
667. Tumorile maligne cutanate:
- A. Spinaliom
  - B. Bazaliom
  - C. Keratoacantom
  - D. Melanom
  - E. Papilom
668. Bazaliomul nu este o tumoare epitelială (cancer):
- A. Corect
  - B. Incorect
669. Spinaliomul este un sarcom:
- A. Corect
  - B. Incorect
670. Substratul de dezvoltare a cancerelor cutanate este țesutul epitelial:
- A. Corect
  - B. Incorect
671. Substratul histologic de dezvoltare a bazaliomului:
- A. Membrana bazală
  - B. Celule germinative
  - C. Celule spinoase
  - D. Celule granuloase
  - E. Celule cornoase
672. Formele clinice de bazaliom:
- A. Nodulară
  - B. Plan-cicatricială
  - C. Ulcus rodens
  - D. Sclerodermiformă
  - E. Metastazică
673. Localizarea de elecție a bazaliomului:
- A. Mucoase
  - B. Semimucoase
  - C. Membre inferioare
  - D. Partea superoară a feței și scalpul
  - E. Palme și plante
674. Cea mai sigură metodă de tratament al bazaliomului:
- A. Administrare de citostatice

- B. Cauterizare chimică
- C. Criodistrucție
- D. Radioterapie
- E. Excizie chirurgicală

675. Formele clinice de spinaliom:

- A. Nodular-ulcerată
- B. Ulcero-vegetantă
- C. Ulcerat endofitică (cancroidul)
- D. Plan-cicatricială
- E. Epithelioma cuniculatum

676. Semnele clinice sugestive pentru spinaliom:

- A. Leziune eritemato-papulo-scuamoasă infiltrată și indurată
- B. Suprafață neregulată, prezența vegetațiilor verucoase
- C. Ulcerații progresive, persistente, crateriforme
- D. Metastazare precoce regională și la distanță
- E. Metastazare tardivă

677. Localizarea de elecție a spinaliomului:

- A. Mucoase și semimucoase orale și genitale
- B. Față
- C. Dosul mâinilor
- D. Palme și plante
- E. Trunchiul acoperit

678. Opțiunile curative utile în spinaliom:

- A. Excizie chirurgicală
- B. Distrucție locală prin chiuretare și electrocauterizare
- C. Radioterapie
- D. Chimioterapie cu citostatice
- E. UVB

679. Metoda diagnostică de certitudine pentru spinaliom:

- A. Citodiagnostic
- B. Examen histopatologic
- C. Examen radiologic
- D. Examen bacteriologic
- E. Diagnostic serologic

680. Histopatologia sugestivă pentru T-limfom:

- A. Infiltrat limfocitar în dermul papilar
- B. Celule atipice "fungoide"
- C. Microabscese Munro în epiderm
- D. Microabscese Pautrier în epiderm
- E. Absența epidermotropismului

681. Datele sugestive pentru sarcomul Kaposi, forma clasică:

- A. Afectare preponderentă a femeilor
- B. Pete eritematoase care dispar la vitropresiune
- C. Distribuție la extremități
- D. Tumori ulcerate și hemoragice

- E. Extindere lentă
682. Datele sugestive pentru T-limfom, forma Alibert-Bazin:
- A. Erupții polimorfe progrediente eritemato-papulo-tumorale
  - B. Debut tumoral
  - C. Prurit intens
  - D. Eritrodermizare precoce
  - E. Adenopatie generalizată tardivă
683. Histopatologia sugestivă pentru sarcomul Kaposi:
- A. Proliferație și extravazate perivasculare
  - B. Depuneri de hemosiderină
  - C. Granuloame infecțioase
  - D. Focare angiomatoase (multiple vase neoformate)
  - E. Focare fibroblastice (fibroblaști tineri multipli)
684. Opțiunile curative utile în sarcomul Kaposi:
- A. Citostatice
  - B. Interferoni
  - C. Vitaminoterapie
  - D. Corticoterapie sistemică
  - E. Stimulatori biogeni
685. În T-limfom infiltratul limfocitar este epidermotrop:
- A. Corect
  - B. Incorect
686. Epidermotropismul este tipic pentru B-limfoame:
- A. Corect
  - B. Incorect
687. Formele clinico-evolutive ale T-limfomului:
- A. Clasică Alibert-Bazin
  - B. Epidemică Kaposi
  - C. Tumorală de debut Vidall-Brocq
  - D. Eritrodermică Hallopeau-Besnier
  - E. Micotică fungoidă
688. Succesiunea stadiilor evolutive în T-limfom, forma Alibert-Bazin:
- A. Tumorală
  - B. Eritematoasă
  - C. Infiltrativă
689. Eritrodermizarea este sugestivă pentru T-limfom, forma Vidall-Brocq:
- A. Corect
  - B. Incorect
690. Debutul tumoral este sugestiv pentru T-limfom, forma Vidall-Brocq:
- A. Corect
  - B. Incorect



691. Forma Hallopeau-Besnier a T-limfomului este o formă eritrodermică a maladiei:  
A. Corect  
B. Incorect
692. Sindromul leucemic al limfomului T cutanat:  
A. Graham-Little-Lassueur  
B. Sezary  
C. Lyell  
D. Stevens-Johnson  
E. Raynaud
693. Prezența microabsceselor Munro în epiderm este sugestivă pentru T-limfom:  
A. Corect  
B. Incorect
694. Profilul celular al microabsceselor Pautrier în micozisul fungoid:  
A. Neutrofile  
B. Eozinofile  
C. Limfocite  
D. Eritrocite  
E. Monocite
695. Opțiunile terapeutice utile în T-limfom:  
A. Chimioterapie sistemică  
B. Prednisolon  
C. Stimulanți biogeni  
D. Vitaminoterapie  
E. PUVA-terapie

### **PORFIRIA CUTANATĂ TARDIVĂ**

696. Mecanismul patogenic esențial în porfirie cutanată tardivă:  
A. Toxicolergic  
B. Enzimodeficitar  
C. Neoplazic  
D. Autoimun  
E. Infecțios
697. Nivelul deficitului enzimatic în porfirie cutanată tardivă:  
A. Porfobilinogen sintetaza  
B. Uroporfirinogen sintetaza  
C. Uroporfirinogen decarboxilaza  
D. Coproporfirinogen oxidaza  
E. Protoporfirinogen oxidaza
698. Factorii declanșatori ai porfiriei cutanate tardive:  
A. Alcool și hidrocarburi policiclice polihalogenate  
B. Androgeni  
C. Estrogeni  
D. Fier, plumb, arsen, staniu  
E. Viruși hepatici

699. Formele dobândite și moștenite de porfirie cutanată tardivă:
- A. Sporadică
  - B. Familială cu transmitere autosomal recesivă
  - C. Familială cu transmitere autosomal dominantă
  - D. Familială cu transmitere X-lincată
  - E. Familială cu transmitere Y-lincată
700. Nivelul deficitului enzimatic esențial în porfiria cutanată tardivă dobândită:
- A. Porfobilinogen sintetaza
  - B. Uroporfirinogen sintetaza
  - C. Coproporfirinogen oxidaza
  - D. Uroporfirinogen decarboxilaza hepatică
  - E. Uroporfirinogen decarboxilaza eritocitară
701. Enzimodeficiențe posibile în porfiria cutanată tardivă moștenită:
- A. Porfobilinogen sintetaza
  - B. Uroporfirinogen sintetaza
  - C. Coproporfirinogen oxidaza
  - D. Uroporfirinogen decarboxilaza hepatică
  - E. Uroporfirinogen decarboxilaza eritocitară
702. Succesiunea etapelor patogenice în porfiria cutanată tardivă:
- A. Deversarea enzimelor lizozomale în țesuturi
  - B. Acumularea uroporfirinelor în piele
  - C. Inflamație cutanată pe ariile descoperite
  - D. Stres oxidativ membranar la fotoexpunere
  - E. Defect enzimatic al sintezei hemului
703. Semnele clinice sugestive pentru porfiria cutanată tardivă dobândită:
- A. Debut în copilărie
  - B. Eritem și bule pe zonele fotoexpuse
  - C. Discromii, cicatrici atrofice și milium
  - D. Epidermofragilitate pronunțată (eroziuni la traumatisme minore)
  - E. Hipotricoză facială
704. Hipertricoza facială nu este caracteristică pentru porfiria cutanată tardivă:
- A. Corect
  - B. Incorect
705. Testele utile pentru diagnosticul pozitiv al porfiriei cutanate tardive:
- A. Examen histopatologic și imunofluorescența directă
  - B. Citodiagnostic Tzanck și eozinofilia
  - C. Analiza urinei și fluorescența la lampa Wood
  - D. Investigații ale funcțiilor hepatice
  - E. Sideremie
706. Fluorescența urinei în porfiria cutanată tardivă:
- A. Galben-verzuie
  - B. Verde
  - C. Maro
  - D. Rosu-coral
  - E. Absentă

707. Modificările patologice urinare în porfiria cutanată tardivă:
- A. Creșterea uroporfirinelor
  - B. Creșterea acidului  $\delta$ -amino levulinic
  - C. Creșterea porfobilinogenului
  - D. Urină hipercromă
  - E. Absența fluorescenței în lampa Wood
708. Sideremia și hemocromatoza sunt caracteristice pentru porfiria cutanată tardivă:
- A. Corect
  - B. Incorect
709. Diabetul zaharat și scăderea toleranței la glucoză nu sunt caracteristice pentru porfiria cutanată tardivă:
- A. Corect
  - B. Incorect
710. Opțiunile terapeutice utile în porfiria cutanată tardivă:
- A. PUVA-terapie
  - B. Flebotomie și sângerare
  - C. Preparate din fier
  - D. Desferioxamină
  - E. Antipaludice de sinteză
711. Nu este de recomandat în porfiria cutanată tardivă:
- A. Fotoprotecție
  - B. Fotoexpunere
  - C. Alcool
  - D. Contraceptive
  - E. Preparate din fier

## VASCULARITELE ALERGICE

712. Leziunea esențială pentru eritemul nodos:
- A. Bulă
  - B. Papulă
  - C. Urtică
  - D. Nodozitate
  - E. Tubercul
713. Mecanismul patogenetic esențial în vasculite:
- A. Endocrin
  - B. Ereditar
  - C. Imuno-alergic
  - D. Neoplazic
  - E. Neurogen
714. Tipul comun al reacțiilor de hipersensibilizare (Gell și Coombs) în vasculite:
- A. Tip I
  - B. Tip II
  - C. Tip III
  - D. Tip IV

- E. Nici unul din cele menționate
715. Localizarea de elecție a leziunilor în eritemul nodos:
- A. Față
  - B. Suprafață posterioară a gambelor
  - C. Suprafață anterioară a gambelor
  - D. Palme și plante
  - E. Trunchi
716. Localizarea de elecție a leziunilor în purpura Schonlein-Henoch:
- A. Suprafață de flexie ale extremităților
  - B. Suprafață de extensie ale extremităților
  - C. Scalp
  - D. Față
  - E. Palme și plante
717. Esența patologică a eritemului nodos:
- A. Angioneuroză
  - B. Angiopatie
  - C. Angioorganopatie
  - D. Neoplazie vasculară
  - E. Nici unul din cele menționate
718. Ținta principală de afectare în vasculita alergică Gougerot-Ruiter:
- A. Capilare
  - B. Arteriole și venule postcapilare
  - C. Arterii
  - D. Aortă
  - E. Nici unul din cele menționate
719. Testul clinic de apreciere a fragilității capilarelor în purpura Schonlein-Henoch:
- A. Baltzer
  - B. Wickham
  - C. Jadasson
  - D. Rumpell-Leede-Konchalovsky
  - E. Auspitz
720. Localizarea electivă ale leziunilor în arteriolita Gougerot-Ruiter:
- A. Față
  - B. Palme și plante
  - C. Mucoase
  - D. Membră superioare
  - E. Membră inferioare
721. Caracteristicile comune ale leziunilor în sindromul vasculitic Gougerot-Ruiter:
- A. Monomorfe
  - B. Polimorfe evolutive (false)
  - C. Polimorfe veridice
  - D. Simetrice
  - E. Asimetrice

722. Opțiunile terapeutice utile în eritemul nodos:
- A. Comprese umede reci
  - B. Antibiotice
  - C. Antiinflamatoare streoidiene și nesteroidiene
  - D. Hiposensibilizante și antihistaminice
  - E. Iodura de potasiu
723. Localizarea primară a procesului patologic în eritemul nodos:
- A. Epiderm
  - B. Dermul papilar
  - C. Dermul reticular
  - D. Hipoderm
  - E. Viscere
724. Cel mai important constituent imunologic de inițiere a vasculitelor:
- A. Neutrofile
  - B. Limfocite
  - C. Complexe imune circulante
  - D. Complement
  - E. Imunoglobuline
725. Tipurile de vasculite conform infiltratului inflamator perivascular:
- A. Leucocitoclastice
  - B. Macrofagale
  - C. Granulomatoase
  - D. Limfocitare
  - E. Hipercomplementice
726. Tipul reacției de hipersensibilizare (Gell și Coombs) în vasculita urticariană:
- A. Tip I
  - B. Tip II
  - C. Tip III
  - D. Tip IV
  - E. Nici unul din cele menționate
727. Vasculita urticariană asociază o hipocomplementemie:
- A. Corect
  - B. Incorect
728. Purpura Schonlein-Henoch nu este o vasculita superficială:
- A. Corect
  - B. Incorect
729. Opțiunile terapeutice utile în purpura Schonlein-Henoch:
- A. Chinetoterapie
  - B. Corticoterapie sistemică în doze medii
  - C. Ortostatism prelungit
  - D. Aspirină sau sulfone
  - E. Antihistaminice

## PITIRIAZISUL ROZAT GIBERT

730. Leziunea primară în pitiriazisul rozat Gibert:
- A. Urtică
  - B. Pustulă
  - C. Maculă
  - D. Nodozitate
  - E. Bulă
731. Opțiunile utile de tratament local în pitiriazisul rozat Gibert:
- A. Keratolitice
  - B. Tinctură de iod
  - C. Dermatocorticoizi
  - D. Băi cu săpunuri alcaline
  - E. Soluție Castellani
732. Localizarea electivă ale leziunilor în pitiriazis rozat Gibert:
- A. Față
  - B. Antebrațe și gambe
  - C. Palme și plante
  - D. Dosul mâinilor și picioarelor
  - E. Trunchi
733. Manifestările clinice sugestive pentru pitiriazis rozat Gibert:
- A. Placă heraldică eritemato-scuamoasă la debut
  - B. Leziuni rozeolice sau papuloase scuamoase, ce apar concomitent cu placa heraldică
  - C. Leziuni rozeolice sau papuloase scuamose, ce apar peste câteva zile după debut
  - D. Suprafață neregulată cu descuamație furfuracee
  - E. Suprafață netedă, lipsită de scuame, lucioasă
734. Pitiriazisul rozat Gibert este o afecțiune cu evoluție autolimitată:
- A. Corect
  - B. Incorect
735. Proba Baltzer în pitiriazisul rozat Gibert este negativă:
- A. Corect
  - B. Incorect
736. Reperle diagnostice diferențiale ale leziunilor în pitiriazisul rozat Gibert:
- A. Palidare centrală
  - B. Periferie scuamoasă ușor reliefată
  - C. Prurit
  - D. Proba Wickham – pozitivă
  - E. Proba Baltzer – pozitivă
737. Leziunile în pitiriazisul rozat Gibert sunt dispuse cu axul lung paralel liniilor cutanate Langer:
- A. Corect
  - B. Incorect
738. Erupția în pitiriazisul rozat Gibert se vindecă spontan, de obicei în:
- A. Câteva zile

- B. 1 săptămână
- C. 3-8 săptămâni
- D. 5-6 luni
- E. Nu se vindecă spontan

739. Recurențele frecvente sunt tipice pentru pitiriazisul rozat Gibert:

- A. Corect
- B. Încorect

740. Corticoterapia sistemică este prima opțiune în tratamentul pitiriazisului rozat Gibert:

- A. Corect
- B. Incorect

## ROZACEEA

741. Localizarea de elecție a leziunilor în rozacee:

- A. Torace
- B. Palme și plante
- C. Suprafețe flexorii ale membrelor
- D. Față
- E. Scalp

742. Acarianul frecvent implicat în dezvoltarea rozaceei:

- A. Sarcoptes scabiei
- B. Pyemotes ventricosus
- C. Trombicula splendens
- D. Demodex folliculorum
- E. Alladermanyssus sanguineus

743. Factorii incriminați în declanșarea rozaceei:

- A. Anomalii funcționale ale vascularizației cutanate
- B. Tulburări digestive
- C. Disfuncții endocrine
- D. Aplicare îndelungată a dermatocorticoizilor pe față
- E. Fotoprotecție

744. Succesiunea corectă a stadiilor în rozacee:

- A. Papulos
- B. Fibro-telangiectazic (rinofîma)
- C. Congestiv (eritem tranzitor)
- D. Pustulos
- E. Eritemato-telangiectazic (cuperozic)

745. Reperele de diagnostic diferențial în rozacee:

- A. Debut în vârstă precoce
- B. Este mai frecventă la femei
- C. Prezența comedoanelor multiple
- D. Afectarea zonelor acrale (convexe) ale feței
- E. Fundal lezional eritematos și telangiectazic

746. Rinofima este o manifestare clinică de debut în rozacee:  
A. Corect  
B. Incorect
747. Opțiunile curative utile în rozacee:  
A. Fotoexpunere  
B. Băi fierbinți  
C. Crioterapie  
D. Piroterapie  
E. Keratoplastice
748. Antibioticele utile în tratamentul sistemic al rozaceei:  
A. Tetraciclina  
B. Cefalosporine  
C. Macrolide  
D. Peniciline  
E. Sulfanilamide
749. Dermatocorticoizii sunt factori iatrogeni de provocare a rozaceei:  
A. Corect  
B. Incorect
750. Contraindicat în rozacee:  
A. Mesele fierbinți și picante  
B. Consumul de alcool  
C. Derivații nicotinici  
D. Dermatocorticoizii  
E. Metronidazolul

### **SINDROMUL SEBOREIC. ACNEEA VULGARĂ**

751. Leziunile primare neinflamatorii în acnea vulgară:  
A. Papule  
B. Pustule  
C. Noduli și chisturi  
D. Microcomedoane  
E. Comedoane deschise și închise
752. Leziunile inflamatorii în acnea vulgară:  
A. Microcomedoane  
B. Comedoane deschise și închise  
C. Papule și pustule  
D. Noduli și chisturi  
E. Macule hiperpigmentate, cicatrici
753. Leziunile postinflamatorii în acnea vulgară:  
A. Macule hiperpigmentate  
B. Comedoane deschise și închise  
C. Papule și pustule  
D. Noduli și chisturi  
E. Cicatrici, atrofie maculară



754. Leziunile de debut în cadrul acneei vulgare:
- A. Papule
  - B. Pustule
  - C. Noduli
  - D. Comedoane
  - E. Chisturi
755. Bacteriile anaerobe implicate în producerea leziunilor de acnee vulgară:
- A. Staphylococcus spp.
  - B. Streptococcus spp.
  - C. Acinetobacter spp.
  - D. Propionbacterium spp.
  - E. Pityrosporum spp.
756. Bacteriile aerobe implicate frecvent în producerea leziunilor de acnee vulgară:
- A. Escherichia coli
  - B. Staphylococcus epidermidis
  - C. Streptococcus pyogenes
  - D. Corynebacterium minutissimum
  - E. Propionbacterium acnes
757. Ariile electiv de afectare seboreică:
- A. Extremități
  - B. Față și scalp
  - C. Fese
  - D. Abdomen
  - E. Torace
758. Dermatozele cu un context patogenetic interesând terenul seboreic:
- A. Acnee vulgară
  - B. Eczemă cu sensibilizare la Streptococcus spp.
  - C. Eczemă cu sensibilizare la Pityrosporum spp.
  - D. Alopecie areată
  - E. Alopecia androgenetică
759. Utile în tratamentul acneei vulgare:
- A. Tetraciclina și macrolide
  - B. Isotretinoin și tretinoin
  - C. Estron și estradiol
  - D. Progesteron și testosteron
  - E. Ciproteron acetat și cipromadinon acetat
760. Factorii patogenetici esențiali implicați în declanșarea acneei vulgare:
- A. Endocrin
  - B. Alergic
  - C. Bacterian
  - D. Folicular obstructiv
  - E. Inflamator
761. Opțiunile utile de tratament local în rozacee:
- A. Peniciline
  - B. Metronidazol

- C. Dermacorticoizi
- D. Keratoplastice
- E. Creme ecran fotoprotectoare

762. Antiandrogenul util în tratamentul acneei vulgare:

- A. Cicloferonă
- B. Ciprofibrat
- C. Ciproheptadină
- D. Ciproteron acetat
- E. Ciprofloxacina

763. Preparatele cu acțiune sebosupresivă în sindromul seboreic:

- A. Testosteron acetat
- B. Ciproteron acetat
- C. Etinilestradiol
- D. Isotretinoin
- E. Spironolacton

764. Retinoidul de sinteză special conceput pentru tratamentul sistemic al formelor grave de acnee vulgară:

- A. Acitretin
- B. Etretinat
- C. Isotretinoin
- D. Tretinoin
- E. Retinol

765. Medicamentele utile pentru reducerea obstrucției foliculare în acnea vulgară:

- A. Acid salicilic
- B. Acid nalidixic
- C. Acid azelaic
- D. Acid retinoic
- E. Acid mefenamic

766. Preparatele cu efect anti-Propionbacterium acnes în tratamentul acneei vulgare:

- A. Peniciline
- B. Tetraciclina
- C. Macrolide
- D. Metronidazol
- E. Peroxidul de benzoil

### **ALOPECIA AREATĂ**

767. Modificările cutanate sugestive pentru alopecia areată:

- A. Descuamare
- B. Crustificare
- C. Eritem persistent pronunțat
- D. Papule și vezicule
- E. Piele intactă

768. Modificările pilare sugestive pentru alopecia areată:

- A. Rupere
- B. Miros fetid

- C. Structură nodulară
- D. Cădere sau extragere liberă
- E. Subțiere la bază cu aspect “semne de exclamație”

769. Mecanismul patogenetic esențial în alopecia areată:

- A. Dismetabolic
- B. Autoimun
- C. Psiho-emoțional
- D. Endocrin
- E. Neuro-vegetativ

Stadiile de pilogeneză și durata evolutivă corespunzătoare:

- |      |                |                  |
|------|----------------|------------------|
| 770. | Stadiu anagen  | A. 3-4 luni      |
| 771. | Stadiu catagen | B. 2-4 ani       |
| 772. | Stadiu telogen | C. 1-3 săptămâni |

773. Formele clinice ale peladei:

- A. În plăci (areată)
- B. Totală
- C. Universală
- D. Ofiazică
- E. În “luminișuri”

774. Structura părului este schimbată în alopecia areată:

- A. Corect
- B. Incorect

775. Pruritul este de obicei absent în alopecia areată:

- A. Corect
- B. Incorect

776. Corelațiile morbide în alopecia areată:

- A. Disfuncții tiroidiene
- B. Modificări unghiale
- C. Atingeri oculare
- D. Cicatrizare capilară
- E. Focare infecțioase

777. Opțiunile utile de tratament sistemic în alopecia areată:

- A. Corticosteroizi
- B. Adrenalină și noradrenalină
- C. Vitamine, aminoacizi și microelemente
- D. Estrogeni
- E. Antiandrogeni

778. Opțiunile utile de tratament local în alopecia areată:

- A. PUVA-terapie
- B. Alergenoterapie de contact (dinitroclorbenzenul, dibutilesterul acidului squaric)
- C. Dermatocorticoizi
- D. Iritanți nespecifici (cignolina, tinctura capsici)
- E. Adrenomimetice

## VITILIGO

779. Leziunea primară în vitiligo:

- A. Papulă
- B. Urtică
- C. Maculă
- D. Veziculă
- E. Nodozitate

780. Caracteristica maculei în vitiligo:

- A. Hiperpigmentată secundară
- B. Hipopigmentată secundară
- C. Hipopigmentată primară congenitală
- D. Hipopigmentată primară dobândită
- E. Vasculară

Tipurile de vitiligo și expresiile fiziopatologice corespunzătoare:

781. Dopa-negativ                      A. Melanocitele sunt normale la număr dar hipofuncționale

782. Dopa-pozitiv, tip I              B. Melanocite sunt reduse la număr dar funcționale

783. Dopa-pozitiv, tip II            C. Melanocitele sunt absente

784. Pronosticul de vindecare este favorabil pentru vitiligo-ul dopa-negativ:

- A. Corect
- B. Incorect

Dermatozele discromice și aspectele clinice corespunzătoare:

785. Vitiligo                              A. Macule descuamative, neregulate, albe-pal sau brune-deschise, cu localizare frecvent facială
786. Leucomelanoderma sifilitică      B. Macule albe, net delimitate, forme diferite și dimensiuni variabile, asimptomatice
787. Pitiriazis versicolor              C. Rețele hiperpigmentate în ochiurile cărora tegumentul este hipopigmentat
788. Pitiriazis rozat Gibert            D. Macule de la galben la brun cu un eritem și descuamare discretă, frecvent hipopigmentate
789. Pitiriazis simplex                E. Maculă eritemato-scuamoasă urmată de unele similare mai mici, acoperite de scuame fine

790. Proba Baltzer în vitiligo este pozitivă:

- A. Corect
- B. Incorect

791. Mecanismul patogenetic esențial în vitiligo:

- A. Proliferativ
- B. Vascular
- C. Autoimun
- D. Fotosenzitiv
- E. Infecțios

792. Pentru vitiligo este caracteristică afectarea palmo-plantară:

- A. Corect
- B. Incorect

793. Vitiligo de obicei nu este însoțit de o simptomă subiectivă:  
A. Corect  
B. Incorect
794. Opțiunile curative utile în vitiligo:  
A. PUVA-terapie  
B. Radioterapie  
C. Dermatocorticoizi  
D. Alergenoterapie de contact și iritanți nespecifici  
E. Vitamine și microelemente

## SIFILISUL

795. Durata medie a perioadei de incubație în sifilis:  
A. 1-2 săptămâni  
B. 3-4 săptămâni  
C. 5-7 săptămâni  
D. 8-9 săptămâni  
E. 3-4 luni
796. Cazurile de micșorare a perioadei de incubație în sifilis:  
A. Maladii infecțioase intercurrente  
B. Șancru dur bipolar  
C. Șancru dur multiplu  
D. Antibioterapie pe parcursul perioadei de incubație  
E. Contacte sexuale repetate cu sursa de infectare
797. Tipul imunității în sifilis:  
A. Congenitală  
B. Dobândită stabilă (sterilă)  
C. Dobândită infecțioasă (nesterilă)  
D. Toate cele menționate  
E. Nu se manifestă
798. Momentul apariției adenopatiei regionale în sifilisul primar:  
A. Precede șancrul dur  
B. Concomitent cu șancrul dur  
C. La 2-3 zile de la constituirea șancrului  
D. La 7-10 zile de la constituirea șancrului  
E. La 2-3 săptămâni de la constituirea șancrului
799. Expresia clinică a rozeolei sifilitice:  
A. Leziuni papuloase proeminente, pruriginoase, localizate pe trunchi, palme și plante  
B. Macule vasculare, 1-1,5 cm diametru, roz-pale, subiectiv asimptomatice, dispar la vitropresiune  
C. Macule hemoragice cu aspect de purpură palpabilă  
D. Leziuni pustuloase localizate pe părțile laterale ale trunchiului, având un infiltrat subiacent  
E. Vezicule transparente pe fundalul eritematos, localizate în proiecția nervilor intercostali
800. Sediul histologic incipient de formare a sifilidelor papuloase:  
A. Epidermul subcorneal

- B. Epidermul suprabazal
  - C. Dermul papilar
  - D. Dermul reticular
  - E. Hipoderm
801. Localizarea de elecție a ectimei sifilitice:
- A. Palme și plante
  - B. Față
  - C. Regiunea perianală
  - D. Gambe
  - E. Organe genitale externe
802. Perioada de constituire a leucomelanodermiei sifilitice:
- A. Primară
  - B. Secundară, pe parcursul primului episod
  - C. Secundară, pe parcursul recidivelor
  - D. Latentă
  - E. Terțiară
803. Leziunea primară pentru goma sifilitică:
- A. Pustulă
  - B. Tubercul
  - C. Papulă
  - D. Ulcer
  - E. Nodozitate
804. Localizarea de elecție a pemfigusului sifilitic congenital:
- A. Scalp
  - B. Palme și plante
  - C. Trunchi
  - D. Membre
  - E. Mucoase
805. Expresia clinică a sifilidei infiltrative Hochzinger în sifilisul congenital precoce:
- A. Leziuni eritemato-papuloase difuze ale trunchiului cu descuamare furfuracee
  - B. Leziuni papuloase palmo-plantare circumscrise, dureroase, cu tendință spre confluență
  - C. Leziuni eritemato-papuloase periorificiale difuze, cu fisuri lăsând cicatrici radiare
  - D. Leziuni eritemato-scuamoase pe scalp, cu ruperea părului la nivelul pielii
  - E. Leziuni eritrodermice, însoțite de frison, febră și descuamare pronunțată
806. Expresia clinică a dinților Hutchinson în sifilisul congenital tardiv:
- A. Distrofie a caninilor superiori, devenind asemănători cu o daltă
  - B. Distrofie a incisivilor inferiori mediani, devenind asemănători cu o șurubelniță
  - C. Distrofie a incisivilor superiori laterali, bombați și îngustați proximal
  - D. Distrofie a incisivilor superiori mediani, implantați oblic, îngustați distal, cu o incizură ocluzală
  - E. Distrofie a caninilor, devenind asemănători cu dinții de știu că
807. Expresia clinică a semnelor Carabelli în sifilisul congenital tardiv:
- A. Mezinul mâinii infantil
  - B. Tubercul adăugător la primul molar al maxilarului superior
  - C. Diastema incisivilor superiori

- D. Hipertrofia extremității sternale a claviculei  
E. Cicatrici radiare periorificiale
808. Tipul reacției Bordet-Wasserman:  
A. Imobilizare  
B. Hemaglutinare directă  
C. Hemaglutinare indirectă  
D. Fixare a complementului  
E. Enzimatică
809. Indicațiile de instituire a tratamentului preventiv antisifilitic:  
A. Pentru copiii născuți de mame bolnave  
B. Pentru persoanele sănătoase având un istoric de 3-5 luni de la ultimul contact sexual cu bolnavii de sifilis  
C. Pentru persoanele cu sifilis latent  
D. Pentru persoanele sănătoase având un istoric de cel mult 2 luni de la ultimul contact sexual cu bolnavii de sifilis  
E. Pentru gravidele care s-au tratat anterior pentru sifilis și se află la evidență clinicoserologică
810. Durata penicilino-terapiei în tratamentul preventiv al sifilisului:  
A. 7 zile  
B. 12 zile  
C. 21 zile  
D. 28 zile  
E. 56 zile
811. Durata obișnuită a sifilisului primar (în săptămâni):  
A. 1-2  
B. 3-4  
C. 6-8  
D. 9-10  
E. 11-12
812. Noțiunea de suprainfecție în sifilis:  
A. Infectare cu un număr enorm de treponeme  
B. Un nou sifilis primar  
C. O nouă infecție cu treponeme cu manifestări respective evoluției sifilisului curent  
D. Șancre dure cangrenoase  
E. Maladii intercurrente asociate sifilisului
813. Noțiunea de reacție Jarish-Herxheimer în sifilis:  
A. Proba negativă la penicilină  
B. Proba pozitivă la penicilină  
C. Dispariția leziunilor după prima injecție de penicilină  
D. Febră, frison, dureri musculare după 1 injecție de penicilină  
E. Febră, frison, dureri musculare la 7-10 zile de penicilino-terapie
814. Localizarea de elecție a rozeolei sifilitice:  
A. Față  
B. Gât  
C. Trunchi

- D. Organe genitale
- E. Palme și plante

815. Leziunea primară ce reprezintă condiloamele late luetice:

- A. Maculă
- B. Bulă
- C. Nodozitate
- D. Tubercul
- E. Papulă

816. Condiloamele late sunt tipice pentru sifilisul primar:

- A. Corect
- B. Incorect

817. Expresia clinică a simptomului Pincus în sifilis:

- A. Afonie însoțită de papule erozive pe limbă
- B. Alopecie în luminișuri și papule palmare
- C. Alopecie în regiunea sprâncenelor, genelor, bărbiei
- D. Atrofia pielii în regiunile alopecice
- E. Macule hipopigmentate în regiunea lateroposterioară a gâtului

818. Expresia clinică a leucomelanodermiei sifilitice:

- A. Infiltrate papuloase pe organele genitale
- B. Papule erozive pe mucoase
- C. Macule primare hipopigmentate cu halou hiperpigmentat pe gât, trunchi și fosa axilară
- D. Macule secundare hipopigmentate cu halou hiperpigmentat pe gât, trunchi și fosa axilară
- E. Macule hipopigmentate pe torace, discret scuamoase, pozitive în proba Baltzer

819. Expresia clinico-serologică a sifilisului latent:

- A. Leziuni eritemato-papuloase specifice, reacții serologice pozitive
- B. Leziuni eritemato-papuloase specifice, reacții serologice slab-pozitive sau suspecte
- C. Afectare specifică exclusiv viscerală și cefalo-rahidiană, reacții serologice pozitive
- D. Absență totală a manifestărilor specifice active, reacții serologice pozitive
- E. Absență totală a manifestărilor specifice active, reacții serologice negative

820. Expresia clinică a pemfigusului sifilitic la sugari:

- A. Bule palmo-plantare cu conținut sero-purulent pe fond infiltrativ
- B. Bule și vezicule grupate, pruriginoase, situate pe regiunile axilare, inghinale și laterale ale gâtului, anamneză familială pozitivă
- C. Bule flasce diseminate pe fundal eritematos, febră, aspect de copil opărit, pozitive în simptomul Nicolsky
- D. Bule flasce pe zonele de traumatism, vindecare fără cicatrici, anamneza familială pozitivă
- E. Bule și vezicule la fotoexpunere, febră, plăci urticariene, cicatrici varioliforme, anamneză familială pozitivă

821. Cicatricile radiare peribucale Robinson-Fournier (Parrot) stigmatizează sifilisul:

- A. Primar
- B. Secundar
- C. Terțiar
- D. Congenital precoce



E. Congenital tardiv

822. Expresia clinică a simptomului Avsitidiisky în sifilisul congenital:

- A. Deget mic scurtat
- B. Tubercul adăugător la I molar al maxilarului superior
- C. Incisivii mediani superiori distanțați
- D. Hipertrofierea extremității sternale a claviculei
- E. Frunte olimpiană

823. Expresia clinică a simptomului Gochet în sifilisul congenital:

- A. Pseudoparalizie
- B. Nas în șă
- C. Incisivii mediani superiori distanțați
- D. Bose frontale proeminente
- E. Cicatrici radiare peribucale

824. Caz de apreciere cantitativă în reacția Wasserman (reacția Boas):

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

825. Antibioticul de primă linie în tratamentul sifilisului:

- A. Tetraciclină
- B. Eritromicină
- C. Rifampicină
- D. Penicilină
- E. Ciprofloxacina

826. Specii de treponeme patogene la om:

- A. Treponema genitalis
- B. Treponema bejel
- C. Treponema pallidum
- D. Treponema carateum
- E. Treponema microdentium

Treponematozele semnalate la om și agenții cauzali corespunzători:

- |                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| 827. Sifilis venerian           | A. Treponema bejel    |
| 828. Pinta                      | B. Treponema pertenue |
| 829. Pianul (framboesia)        | C. Treponema pallidum |
| 830. Sifilis endemic nevenerian | D. Treponema carateum |

831. Frecvența diviziunii la Treponema pallidum:

- A. 6-8 ore
- B. 10-12 ore
- C. 15-20 ore
- D. 30-33 ore
- E. 40-50 ore

832. Durata medie a sifilisului secundar:

- A. 6-8 săptămâni

- B. 2-3 luni
  - C. 6-12 luni
  - D. 2-3 ani
  - E. 20-30 ani
833. Reinfecția sifilitică nu este posibilă în cadrul unui sifilis latent recent:
- A. Corect
  - B. Incorect
834. Reinfecția sifilitică nu presupune evoluția unui nou sifilis primar:
- A. Corect
  - B. Incorect
835. Perioada sifilisului caracteristică pentru sifilidele papuloase:
- A. Primară seronegativă
  - B. Primară seropozitivă
  - C. Secundară
  - D. Latentă
  - E. Terțiară
836. Expresia clinică a semnelor de gulerăș Bielt în sifilis:
- A. Eritem adiacent papulei
  - B. Papule cu aspect de iris (tras la țintă)
  - C. Papule pe fond purpuric
  - D. Detașare scuamoasă spre periferia papulei
  - E. Scuame aderente în centrul și elevate la periferia papulei
837. Perioada sifilisului caracteristică pentru alopecia sifilitică:
- A. Primară seronegativă
  - B. Secundară, primul episod
  - C. Secundară, recidive
  - D. Latentă
  - E. Terțiară
838. Expresia histopatologică a sifilidelor tuberculoase:
- A. Microabscese epidermale cu neutrofilii
  - B. Microabscese epidermale cu limfocite
  - C. Infiltrate perivasculare eozinofilice
  - D. Granulom
  - E. Fibrom
839. Esența nozologică a sifilisului congenital:
- A. Ereditară
  - B. Dismetabolică
  - C. Infecțioasă
  - D. Autoimună
  - E. Neoplazică
840. Forma clinică a sifilisului caracteristică pentru infiltrația papuloasă Hoesinger:
- A. Primară
  - B. Secundară
  - C. Terțiară

- D. Congenitală precoce
- E. Congenitală tardivă

841. Natura incapacității funcționale a membrilor în pseudoparalizia Parrot din sifilisul congenital:
- A. Spinală
  - B. Algică
  - C. Dismetabolică
  - D. Osteoproliferativă
  - E. Ereditară
842. Expresia clinică a semnelor Dubois-Ghissar în sifilisul congenital:
- A. Deget mic scurtat
  - B. Polidactilie
  - C. Impotență funcțională a membrilor superioare și inferioare
  - D. Craniu fesier
  - E. Disfonie
843. Datele clinico-paraclinice sugestive pentru sifilisul latent tardiv:
- A. Sifilide diseminate cutanate
  - B. Anamneză sexuală neinformativă
  - C. Durata maladiei sub un an
  - D. Nivel de reagine – înalt
  - E. Nivel de imobilizine – înalt
844. Unitățile de măsurare a reacției de imobilizare a treponemelor:
- A. Plusuri
  - B. Densitate optică
  - C. Unități convenționale
  - D. Unități absolute
  - E. Procente
845. Doza-priză de benzilpenicilină în tratamentul sifilisului la maturi (UA):
- A. 50 000/100 000
  - B. 200 000/300 000
  - C. 500 000/1 000 000
  - D. 2 000 000/2 400 000
  - E. 3 000 000/4 000 000
846. Doza-priză de benzatin benzilpenicilină în tratamentul sifilisului la maturi (UA):
- A. 500 000
  - B. 1 000 000
  - C. 1 400 000
  - D. 2 000 000
  - E. 2 400 000
847. Doza-curs de benzatin benzilpenicilină în tratamentul preventiv al sifilisului la maturi (UA):
- A. 600 000
  - B. 1 200 000
  - C. 2 400 000
  - D. 4 800 000

E. 9 600 000

848. Doza-curs de benzatin benzilpenicilină în tratamentul sifilisului primar la maturi (UA):

- A. 600 000
- B. 1 200 000
- C. 2 100 000
- D. 4 800 000
- E. 9 600 000

849. Doza-curs de benzatin benzilpenicilină în tratamentul sifilisului secundar la maturi (UA):

- A. 6 000 000/1 200 000
- B. 1 800 000/2 100 000
- C. 4 800 000/7 200 000
- D. 9 600 000/12 000 000
- E. 14 400 000/16 800 000

850. Doza-curs de benzatin benzilpenicilină în tratamentul sifilisului latent recent la maturi:

- A. 6 000 000/1 200 000
- B. 1 800 000/2 100 000
- C. 4 800 000/7 200 000
- D. 9 600 000/12 000 000
- E. 14 400 000/16 800 000

851. Formele de clasificare evolutivă a sifilisului primar:

- A. Latent
- B. Sero-negativ
- C. Sero-pozitiv
- D. Recent
- E. Tardiv

852. Manifestările clinice sugestive pentru anghina eritematoasă sifilitică:

- A. Asimptomatică subiectivă
- B. Semne generale pronunțate (febră, frisoane, fatigabilitate)
- C. Leziuni eritematoase bine conturate
- D. Papule erozive
- E. Voce nazonată și disfonie

853. Manifestările clinice sugestive pentru tuberculul luetic:

- A. Leziuni dure, asimetrice, tendință la extindere periferică
- B. Cicatrici "imperfecte" cu tuberculi de recidivă
- C. Semn de vitropresiune "marmelada de mere" – pozitiv
- D. Chenar cu perle epitelioatoase
- E. Anestezie termică locală

Tipul testelor serologice în sifilis și abrevierile corespunzătoare:

- |                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 854. De imobilizare a treponemelor | A. TPHA                     |
| 855. De fixare a complementului    | B. ELISA                    |
| 856. De imunofluorescență          | C. VDRL, RPR, MRP (MRS)     |
| 857. De floculare                  | D. FTA, FTA-abs             |
| 858. De hemaglutinare              | E. TPI (RIT)                |
| 859. Imunoenzimatice               | F. Bordet-Wasserman, Kolmer |

860. Reacțiile serologice nespecifice (potențial fals-pozitive) în sifilis:
- A. TPI
  - B. Bordet-Wasserman, Kolmer
  - C. FTA, FTA-abs
  - D. VDRL, RPR, MRP (MRS)
  - E. TPHA
861. Testele treponemice în sifilis:
- A. TPHA
  - B. ELISA
  - C. FTA, FTA-abs
  - D. VDRL, RPR, MRP (MRS)
  - E. TPI (RIT)
862. Formele clinice tipice de sancru dur luetic:
- A. Eroziune
  - B. Fisură
  - C. Excoriație
  - D. Scuamă
  - E. Ulcerație
863. Leziunile caracteristice pentru sifilisul terțiar:
- A. Papulă
  - B. Tubercul
  - C. Urtică
  - D. Nodozitate
  - E. Veziculă
864. Investigațiile paraclinice de rutină în sifilis:
- A. Însămânțări pe medii de cultură
  - B. Teste serologice
  - C. Teste alergologice
  - D. Microscopie în câmp întunecat
  - E. Microscopie în colorația Gram
865. Opțiunile terapeutice suficiente în formele recente de sifilis (primar, secundar, latent recent):
- A. Benzilpenicilină – 7 zile
  - B. Benzilpenicilină – 14 zile
  - C. Benzilpenicilină – 28 zile
  - D. Benzatin benzilpenicilină – 2-3 doze săptămânale
  - E. Benzatin benzilpenicilină – 4-5 doze săptămânale
866. Sifilidele pustuloase profunde:
- A. Impetigoide
  - B. Variceliforme
  - C. Acneiforme
  - D. Ectimatoase
  - E. Rupioide

867. Datele clinico-paraclinice sugestive pentru sifilisul latent recent:
- A. Alopecie și leucomelanodermie luetică
  - B. Asimptomatică obiectivă
  - C. Durata maladiei sub 2 ani
  - D. Nivel de reagine – înalt
  - E. Nivel de imobilizine – înalt
868. Indicațiile de instituire a tratamentului profilactic antisifilitic:
- A. Pentru copii născuți de mame bolnave
  - B. Pentru persoanele cu sifilis latent
  - C. Pentru persoanele sănătoase având un istoric de cel mult 2 luni de la ultimul contact sexual cu bolnavul de sifilis
  - D. Pentru persoanele de contact menajer (nesexual) al bolnavului de sifilis
  - E. Pentru gravidele care s-au tratat anterior pentru sifilis și se află la evidență clinico-serologică
869. Manifestările cutanate sugestive pentru șancrul dur luetic:
- A. Leziune eroziv-ulceroasă cu contur neregulat
  - B. Leziune cu baza indurată
  - C. Leziune acoperită de o secreție clară
  - D. Leziune dureroasă
  - E. Leziune eroziv-ulceroasă cu sângerare frecventă
870. Localizarea de elecție a condiloamelor late:
- A. Pliurile mari
  - B. Suprafețe de extensie ale membrilor
  - C. Regiunea perianală
  - D. Regiunea perigenitală
  - E. Palme și plante
871. Formele morfologice de *Treponema pallidum*:
- A. Diplococică
  - B. Sporulată
  - C. Spiralată
  - D. Chist-formă
  - E. L-formă
872. Manifestările clinice sugestive pentru șancrul-amigdalită sifilitic:
- A. Leziuni eroziv-ulceroase
  - B. Afectare unilaterală
  - C. Margini precise
  - D. Durere la deglutiție
  - E. Adenopatie regională
873. Rozeola luetică este pozitivă în proba Baltzer:
- A. Corect
  - B. Incorect
874. Manifestările cutanate sugestive pentru sifilisul secundar:
- A. Plăci eritematoase extinse
  - B. Leziuni papuloase și pustuloase
  - C. Leziuni de șancru dur

- D. Leziuni gomoase
- E. Alopecie și leucomelanodermie

875. Sifilisul primar este inițial sero-negativ:

- A. Corect
- B. Incorect

876. Metodă de rutină pentru confirmarea sifilisului primar seronegativ:

- A. Serologică
- B. Însămânțări pe medii de cultură
- C. Microscopie în câmp întunecat
- D. Microscopie în colorația Gram
- E. Teste alergologice

877. Manifestările clinice sugestive pentru sifilisul primar:

- A. Anghină eritematoasă
- B. Șancru dur
- C. Papule erozive
- D. Adenopatie regională
- E. Limfangită specifică

878. Formele atipice de șancru dur:

- A. Eritem indurativ
- B. Edem indurativ
- C. Panariciu
- D. Amigdalită
- E. Fagedenism

879. Expresia clinică sugestivă pentru ectima sifilitică:

- A. Eroziune acoperită de crustă seroasă
- B. Papulă erozivă acoperită cu depuneri fibrinoase
- C. Ulcerație acoperită de crustă masivă, presată în piele (denivelată)
- D. Ulcerație acoperită de crustă stratificată conică (supranivelată)
- E. Șancru dur ulceros

880. În cazul rupiei sifilitice durata maladiei se estimează la cel puțin 1 an:

- A. Corect
- B. Incorect

881. Sifilidele sugestive pentru un sifilis malign:

- A. Rozeole multiple
- B. Papule miliare
- C. Papule lenticulare
- D. Papule hipertrofice
- E. Rupii și ectime

882. Varietățile clinice de alopecie sifilitică:

- A. În luminișuri
- B. Difuză
- C. Seboreică
- D. Areată
- E. Ofiazică

883. Semnele clinice de certitudine sugestive pentru sifilisul congenital tardiv:
- A. Cheratită
  - B. Nas în șa
  - C. Labirintită
  - D. Anomalii a incisivilor mediani superiori
  - E. Anomalii a molarilor I superiori
884. Triada Hutchinson nu include semnele clinice de certitudine pentru sifilisul congenital tardiv:
- A. Corect
  - B. Incorect
885. Datele clinico-paraclinice sugestive pentru sifilisul terțiar:
- A. Gome și tuberculi
  - B. Rozeole și papule multiple
  - C. Afectare viscerală, osteo-articulară, neurologică
  - D. Nivel de reagine – înalt
  - E. Nivel de imobilizine – înalt
886. Șancrul cangrenos luetic este o complicație la asocierea florei anaerobe:
- A. Corect
  - B. Incorect
887. Semnele clinice sugestive pentru o adenopatie sifilitică:
- A. Consistență moale
  - B. Tendință de ramolire
  - C. Mobilitate și neaderență
  - D. Indoloră
  - E. Poliganglionară
888. Localizarea de elecție a leucomelanodermiei luetice:
- A. Gâtul lateral și posterior
  - B. Flancuri
  - C. Față
  - D. Aria genitală
  - E. Palme și plante
889. Expresia clinică sugestivă pentru rozeola sifilitică:
- A. Macule vasculare neinflamatorii (telangiectazii)
  - B. Macule vasculare inflamatorii cu diametrul de 5-10 mm
  - C. Macule vasculare inflamatorii cu diametrul de 5-10 cm
  - D. Macule hemoragice
  - E. Macule discromice
890. Ariile electiv de localizare a rozeolei luetice:
- A. Față
  - B. Ariile genitale
  - C. Palme și plante
  - D. Pliurile mari
  - E. Trunchi și flancuri



891. Datele clinico-paraclinice sugestive pentru sifilisul secundar:
- A. Adenopatie regională unilaterală
  - B. Sifilide floride
  - C. Sifilom florid
  - D. Alopecie și leucomelanodermie
  - E. Nivel de imunoglobulină – înalt
892. Complicațiile șancrului dur la bărbați:
- A. Balanită și balanopostită
  - B. Fimoză și parafimoză
  - C. Edemul indurativ
  - D. Șancru cangrenos
  - E. Șancru amigdalită
893. Varietățile clinice ale sifilidelor papuloase:
- A. Miliare
  - B. Lenticulare
  - C. Numulare
  - D. Condiloame acuminat
  - E. Condiloame late
894. Scenariile evolutive întemeiate în infecția sifilitică la gravide:
- A. Avort spontan
  - B. Naștere prematură a fătului mort sau în termen a copilului neviabil
  - C. Naștere prematură sau în termen a copilului cu leziuni perinatale, ulterior cu sifilis precoce și tardiv
  - D. Naștere în termen a copilului aparent sănătos, ulterior cu sifilis latent
  - E. Naștere în termen a copilului sănătos, pentru care nu este indicat tratamentul profilactic
895. Notificarea (informarea) partenerului sexual al bolnavului cu sifilis nu este obligatorie în managementul infecției sifilitice:
- A. Corect
  - B. Incorect
896. Modalitățile posibile de transmitere a sifilisului:
- A. Contact direct (sexual, nesexual)
  - B. Contact indirect
  - C. Transfuzional
  - D. Transplacentar
  - E. Ereditar
897. Semnele clinice sugestive pentru sifilisul secundar de recidivă:
- A. Șancru dur
  - B. Adenopatie regională unilaterală
  - C. Rozeole multiple și simetrice
  - D. Condiloame late
  - E. Alopecie și leucomelanodermie
898. Sifilidele papuloase pe mucoase nu sunt de regulă erozive:
- A. Corect
  - B. Incorect

899. Condițiile de realizare a perioadelor latente în sifilis:
- A. Creștere a reactivității specifice
  - B. Scădere a reactivității specifice
  - C. Anergie serologică (fenomenul de prozonă)
  - D. Creștere a imunității specifice
  - E. Scădere a imunității specifice
900. Semnele clinice sugestive pentru sifilisul congenital la sugari:
- A. Osteocondrita și osteoperiostita
  - B. Coriza specifică
  - C. Șancrul dur
  - D. Pemfigusul palmo-plantar
  - E. Sifilida infiltrativă difuză Hohnsinger
901. Durata evidenței clinico-serologice la pacienții imunocompetenți după un tratament adecvat pentru sifilis (luni):
- A. 1
  - B. 2-3
  - C. 6-12
  - D. 18-24
  - E. Nu este necesară
902. Dinamica de scădere de 4 ori a titrului testelor non-treponemice la finele evidenței clinico-serologice denotă eficacitatea adecvată a tratamentului în formele recente de sifilis:
- A. Corect
  - B. Incorect
903. *Treponema pallidum* nu dezvoltă rezistență pentru peniciline:
- A. Corect
  - B. Incorect

## GONOREEA

904. *Neisseria gonorrhoeae* este o bacterie Gram-pozitivă:
- A. Corect
  - B. Incorect
905. *Neisseria gonorrhoeae* este o bacterie anaerobă:
- A. Corect
  - B. Incorect
906. *Neisseria gonorrhoeae* este un diplococ:
- A. Corect
  - B. Incorect
907. Depistarea diplococilor Gram-negativi situați extracelular este patognomonică pentru infecția gonococică:
- A. Corect
  - B. Incorect

908. Rolul patogenetic al pililor de pe suprafața gonococului:
- A. Micșorează aderența gonococului la epiteliu
  - B. Favorizează fagocitoza de către neutrofili și celule antigen-prezentatoare
  - C. Intervin în transferul de metaboliți și de material genetic (plasmide)
  - D. Produc hemaglutinarea leucocitelor și hematiilor
  - E. Sunt antigenici și induc răspunsul imun
909. Formele atipice de supraviețuire ale gonococului:
- A. B-forma
  - B. A-forma
  - C. L-forma
  - D. Sferoplast
  - E. Diplococ
910. Formele clinico-evolutive ale gonoreei:
- A. Primară
  - B. Cronică
  - C. Secundară
  - D. Terțiară
  - E. Acută
911. Manifestările clinice-comune pentru prostatita gonococică cronică:
- A. Prostatoree
  - B. Semne de uretrită totală
  - C. Mărirea inegală a lobulilor prostatei
  - D. Palparea șanțului median al prostatei
  - E. Dureri moderate
912. Țintele eventuale de afectare primară în infecția gonococică la bărbați:
- A. Uretră
  - B. Rect
  - C. Conjunctivă
  - D. Amigdale
  - E. Piele
913. Varietațile clinice de gonoree descendentă la femei:
- A. Endometrită
  - B. Pelvioperitonită
  - C. Bartholinită
  - D. Vulvovaginită
  - E. Cistită
914. Varietațile clinice de gonoree ascendentă la femei:
- A. Adnexită
  - B. Vestibulită
  - C. Vulvită
  - D. Pielonefrită
  - E. Cistită
915. Metoda de referință în diagnosticul paraclinic al gonoreei:
- A. Microscopie
  - B. Culturi pe medii selective

- C. Serologie
- D. Teste cutanate
- E. Biopsie

916. Mediile selective pentru identificarea gonococului în cultură:

- A. Muller-Hinton
- B. Feinberg-Whittington
- C. Sabouraud
- D. Thayer-Martin
- E. Lowenstein

917. Incubația medie în gonoree:

- A. 6-12 ore
- B. 15-24 ore
- C. 2-5 zile
- D. 7-10 zile
- E. 21-30 zile

918. Opțiunea imunoterapiei specifice în tratamentul gonoreei:

- A. Pirogenal
- B. Levamisol
- C. Isoprinosină
- D. Gonovaccină
- E. Anatoxină stafilococică

919. Proba de diagnostic topografic în uretrita gonococică la bărbați:

- A. Baltzer
- B. Wickham
- C. Thompson
- D. Auspitz
- E. Tzanck

920. Proba urinei cu 2 pahare în uretrita gonococică acută anterioară la bărbați:

- A. I porție – transparentă
- B. I porție – turbure
- C. II porție – transparentă
- D. II porție – turbure
- E. II porție – hemoragie terminală

921. Metodele de rutină de diagnostic microscopic direct pe frotiuri colorate în gonoree:

- A. Romanovsky-Giemsa
- B. Gram
- C. Ziehl-Nielsen
- D. Albastru de metilen
- E. În câmp întunecat

922. Formele topografice pentru uretrita gonococică la bărbați:

- A. Exterioară
- B. Anterioară
- C. Diseminată
- D. Interioară
- E. Totală

923. Complicațiile locale (uretrale) în uretrita gonococică cronică la bărbați:
- A. Tysonite
  - B. Littreite
  - C. Skenite
  - D. Bartholinite
  - E. Morganite
924. Țintele comune de afectare primară în gonoreea urogenitală la femei:
- A. Vulvă
  - B. Vagin
  - C. Col uterin
  - D. Endometriu
  - E. Uretră
925. Țintele comune de afectare primară în gonoreea extragenitală:
- A. Faringe și amigdale
  - B. Piele
  - C. Rect
  - D. Ochi
  - E. Buze
926. Epiteliul susceptibil la afectare primară în infecția gonococică:
- A. Pavimentos (scuamos) pluristratificat
  - B. Pavimentos (scuamos) unistratificat
  - C. Cilindric
  - D. Cubic
  - E. Toate cele menționate
927. Momentul oportun pentru efectuarea testelor de control al vindecării pentru gonoree la bărbați:
- A. 1-2 zile
  - B. 3-10 zile
  - C. 2-3 luni
  - D. 3-4 luni
  - E. Nu se efectuează
928. Momentul oportun pentru efectuarea testelor de control al vindecării pentru gonoree la femei:
- A. 1-2 zile
  - B. 3-10 zile
  - C. La 2 cicluri menstruale după I control
  - D. La 4 cicluri menstruale după I control
  - E. Nu se efectuează
929. Semnele clinice sugestive pentru uretrita gonococică acută anterioară la bărbați:
- A. Secreție uretrală alb-gălbuie, spumoasă (aerată), fluidă și fetidă
  - B. Secreție abundentă uretrală, purulentă, galben-verzuie, densă
  - C. Dureri și usturime în special spre sfârșitul micțiunii
  - D. Micțiuni frecvente, imperioase, însoțite de tenesme vezicale
  - E. Tumefierea și congestionarea fosei naviculare și a meatului

930. Căile de transmitere în gonoree:
- A. Transplacentară
  - B. Intranatală
  - C. Directă (sexuală)
  - D. Indirectă (menajeră)
  - E. Aerogenă
931. Formele clinico-morfologice de prostatită gonococică:
- A. Infiltrativă
  - B. Catarală
  - C. Foliculară
  - D. Granulară
  - E. Parenchimotoasă
932. Formele clinico-evolutive de prostatită gonococică:
- A. Recentă
  - B. Acută
  - C. Fulminantă
  - D. Torpidă
  - E. Cronică
933. Semnele clinice sugestive pentru uretrita gonococică acută totală la bărbați:
- A. Secreție uretrală abundentă, alb-gălbuie, spumoasă (aerată), fluidă și fetidă
  - B. Dureri și usturime în special la debutul micțiunii
  - C. Micțiuni frecvente, imperioase, însoțite de tenesme vezicale
  - D. Hematurie terminală
  - E. Ereccții dureroase, frecvente, hemospermie
934. Complicațiile peniene ale uretritei gonococice la bărbați:
- A. Balanită
  - B. Balanopostită
  - C. Prostatită
  - D. Fimoză
  - E. Parafimoză
935. Formele clinico-endoscopice de uretrită gonococică cronică la bărbați:
- A. Infiltrativă
  - B. Descuamativă
  - C. Granulară
  - D. Glandulară
  - E. Torpidă
936. Metodele oportune ale diagnosticului de laborator în gonoree:
- A. Examen microscopic prin frotiuri colorate
  - B. Culturi pe medii selective
  - C. Serodiagnostic
  - D. Teste cutanate
  - E. Examen histopatologic
937. Complicațiile loco-regionale ale uretritei gonococice la bărbați:
- A. Epididimo-funiculită
  - B. Orhită

- C. Balanopostită
- D. Littreite și morganite
- E. Prostatită

938. Complicațiile la distanță în infecția gonococică urogenitală la bărbați:

- A. Artrită
- B. Endocardită
- C. Perihepatită
- D. Prostatită
- E. Epididimită

939. Formele de gonoree extragenitală:

- A. Oftalmită
- B. Pelvioperitonită
- C. Prostatită
- D. Faringită
- E. Rectită

Specificarea metodelor de reactivare (provocare) în gonoree:

- 940. Biologică      A. Instilații/badijonări uretrale cu nitrat de argint, protargol, etc.
- 941. Alimentară    B. Examinare după menstruații
- 942. Mecanică     C. Bujii uretrale, uretroscopie
- 943. Chimică      D. Gonovaccin
- 944. Fiziologică   E. Bere, produse sărate și picante

945. Opțiunile terapeutice suficiente în gonoreea acută:

- A. Antibiotice
- B. Vaccin gonococic
- C. Imunostimulatori
- D. Vitamine
- E. Tratament local

946. Opțiunile terapeutice utile în gonoreea cronică:

- A. Antibiotice
- B. Vaccin gonococic
- C. Imunostimulatori
- D. Citostatice
- E. Tratament local

947. Tratamentul local nu este necesar în gonoreea acută:

- A. Corect
- B. Incorect

948. Nu există antibiotice pentru care *Neisseria gonorrhoeae* dezvoltă rezistență:

- A. Corect
- B. Incorect

949. Antibiotice folosite pentru tratamentul “minut” (eficiente în doză unică) în gonoree:

- A. Ceftriaxonă
- B. Ofloxacină
- C. Doxiciclină
- D. Penicilină

- E. Spectinomycină
950. Preparatele antibacteriene eficiente în tratamentul gonoreei:
- A. Metronidazol
  - B. Co-trimoxazol
  - C. Clotrimazol
  - D. Ciprofloxacină
  - E. Azitromicină
951. Purtătorii asimptomatici principali ai infecției gonococice sunt bărbații:
- A. Corect
  - B. Incorect
952. Țintele de afectare primară în gonoree la fetițe:
- A. Uretră
  - B. Endometriu
  - C. Vulvă
  - D. Col uterin
  - E. Vagin

### TRICHOMONIAZA

953. Originea agentului cauzal al trichomoniozei:
- A. Bacterie
  - B. Virus
  - C. Protozoar
  - D. Fung
  - E. Căpușă
954. Perioada de incubație medie în trichomonioză (în zile):
- A. 1-2
  - B. 3-5
  - C. 7-10
  - D. 20-30
  - E. 35-60
955. Agentul cauzal al trichomoniozei urogenitale:
- A. *Trichomonas hominis*
  - B. *Trichomonas tenax*
  - C. *Trichomonas vaginalis*
  - D. *Haemophilus vaginalis*
  - E. *Gardnerella vaginalis*
956. pH-ul optim pentru viabilitatea agentului cauzal al trichomoniozei:
- A. 1,2-2,2
  - B. 2,3-3,7
  - C. 3,8-4,4
  - D. 4,9-7,5
  - E. 7,6-8,6



957. Apa distilată distruge instantaneu agentul cauzal al trichomoniazei:  
A. Corect  
B. Incorect
958. Agentul cauzal al trichomoniazei are tropism pentru epiteliul cilindric:  
A. Corect  
B. Incorect
959. Medicamentele eficiente în tratamentul sistemic al trichomoniazei:  
A. Clotrimazol  
B. Metronidazol  
C. Mebendazol  
D. Tinidazol  
E. Ornidazol
960. Medicamentele eficiente în tratamentul local al trichomoniazei:  
A. Anuzol  
B. Astemizol  
C. Metronidazol  
D. Clotrimazol  
E. Apă distilată
961. Țintele comune de afectare primară în trichomoniază la femei:  
A. Vagin  
B. Col uterin  
C. Uretră  
D. Glande Bartholin și Skene  
E. Vulvă
962. Țintele comune de afectare primară în trichomoniază la bărbați:  
A. Uretră  
B. Gland penian  
C. Prepuț  
D. Rect  
E. Toate cele menționate
963. Semnele clinice comune de trichomoniază la bărbați:  
A. Secreție uretrală densă purulentă abundentă  
B. Secreție uretrală redusă clară  
C. Congestie și edem al meatului  
D. Senzație de arsură și disconfort la micțiune  
E. Eroziuni dureroase ale glandului și prepuțului
964. Semnele clinice comune de trichomoniază la femei:  
A. Arsuri vaginale  
B. Leucoree densă, galben-verzuie  
C. Leucoree fluidă, spumoasă, alb-gălbuie  
D. Miros fetid al scurgerilor genitale  
E. Eritem și edem al vulvei

965. Opțiunile terapeutice utile în afecțiunile urogenitale mixte acute (gonoree + trichomoniază):
- A. Doxiciclină
  - B. Pirogenal
  - C. Vaccin polyvalent antigonococic
  - D. Metronidazol
  - E. Tratament local cu antiseptice
966. Opțiunile terapeutice utile în afecțiunile urogenitale mixte (gonoree + trichomoniază + candidoză) la femei:
- A. Metronidazol sistemic
  - B. Doxiciclină sistemic
  - C. Fluconazol sistemic
  - D. Mebendazol sistemic
  - E. Clotrimazol topic
967. Tratamentul gonoreei trebuie să anticipeze tratamentul trichomoniazei:
- A. Corect
  - B. Incorect

### **INFECȚIILE UROGENITALE CU CHLAMYDIA ȘI MYCOPLASMA**

968. Afecțiunile date de Chlamydia:
- A. Trahom
  - B. Granulom venerian
  - C. Limfgranulomatoză veneriană
  - D. Ftiriază
  - E. Psitacoză și ornitoză
969. Durata medie a perioadei de incubație pentru uretrita chlamydiană (zile):
- A. 1-2
  - B. 3-5
  - C. 7-14
  - D. 20-30
  - E. 35-45
970. Manifestările clinice comune ale infecției genitale cu chlamydii la femei:
- A. Vulvovaginită
  - B. Uretrită
  - C. Cervicită
  - D. Boala inflamatorie pelviană
  - E. Endometrită
971. Manifestările clinice comune ale infecției genitale cu chlamydii la bărbați:
- A. Boala inflamatorie pelviană
  - B. Perihepatita
  - C. Uretrita
  - D. Prostatită
  - E. Epididimită
972. Metodele de laborator informative în diagnosticul chlamydiei urogenitale:
- A. Reacții de amplificare nucleică și de polimerizare în lanț (NAA și PCR)

- B. Culturi pe medii artificiale (acelulare)
  - C. Culturi pe medii celulare
  - D. Imunofluorescența directă și indirectă (DFA și IFA)
  - E. Testul imunoenzimatic (ELISA)
973. Antibioticele eficiente în tratamentul chlamydiei:
- A. Ofloxacină
  - B. Penicilină
  - C. Spectinomycină
  - D. Doxiciclină
  - E. Azitromicină
974. Terenul genetic predispus pentru dezvoltarea sindromului Reiter:
- A. HLA-DR2
  - B. HLA-DR4
  - C. HLA-B8
  - D. HLA-B27
  - E. HLA-A1
975. Semnele clinice majore în sindromul Reiter:
- A. Conjunctivită
  - B. Artrită
  - C. Adenopatie inghinală
  - D. Uretrită
  - E. Labirintită
976. Semnele clinice minore în sindromul Reiter:
- A. Alopecie
  - B. Leziuni cutanate psoriaziforme
  - C. Leziuni erozive ale mucoasei bucale
  - D. Leziuni erozive genitale
  - E. Distrofii unghiale
977. Opțiunile terapeutice utile în sindromul Reiter:
- A. Peniciline și cefalosporine
  - B. Tetraciline și macrolide
  - C. Antiinflamatoare nesteroidiene
  - D. Corticosteroizi
  - E. Citostatice
978. Speciile de mycoplasme implicate în infecțiile urogenitale:
- A. Mycoplasma orale
  - B. Mycoplasma hominis
  - C. Mycoplasma genitalium
  - D. Mycoplasma salivarium
  - E. Ureaplasma urealyticum
979. Mycoplasmele, în general, sunt microorganisme saprofite, fiind potențial patogene:
- A. Corect
  - B. Incorect

980. Mycoplasmele pot fi izolate numai pe medii celulare de cultură:
- A. Corect
  - B. Incorect
981. Opțiunile antibioterapiei eficiente în infecțiile urogenitale cu mycoplasme:
- A. Peniciline
  - B. Cefalosporine
  - C. Tetracicline
  - D. Macrolide
  - E. Chinolone

### HIV-INECȚIA

982. Originea virusului HIV:
- A. Papovavirus
  - B. Herpesvirus
  - C. Parvovirus
  - D. Paramyxovirus
  - E. Retrovirus
983. Conștiuenții biochimici ai virusului HIV:
- A. ADN
  - B. ARN
  - C. Proteine
  - D. Glicoproteine
  - E. Lipide
984. Țintele de afectare celulară ale virusului HIV:
- A. Macrofage
  - B. Celule Langerhans
  - C. Limfocite T helper
  - D. Limfocite T citotoxice
  - E. Monocite
985. Receptorul specific de afinitate celulară a virusului HIV:
- A. CD2+
  - B. CD4+
  - C. CD8+
  - D. CD19+
  - E. CD28+
986. Căile de transmitere a virusului HIV:
- A. Raporturi sexuale
  - B. Prin instrumente, seringi și ace nesterile
  - C. Transfuzii de sânge infectat
  - D. Transplacentar sau prin lapte matern
  - E. Ințepături de insecte
987. Mediile biologice ce contribuie cu certitudine la transmiterea virusului HIV:
- A. Salivă
  - B. Sânge
  - C. Lacrimi

- D. Spermă
  - E. Secreția colului uterin
988. Durata perioadei de incubație în infecția HIV:
- A. 1-2 săptămâni
  - B. 3-12 săptămâni
  - C. 4-6 luni
  - D. 8-10 luni
  - E. 12-24 luni
989. Esența seroconversiei sidatice (HIV/SIDA):
- A. Scăderea limfocitelor T4
  - B. Raport limfocite T4/T8 – 1:1
  - C. Pozitivarea proteinelor p24 sidatice
  - D. Pozitivarea anticorpilor anti-HIV
  - E. Negativarea anticorpilor anti-HIV
990. Manifestările cutanate în primoinfecția sidatică (HIV/SIDA) nu sunt specifice:
- A. Corect
  - B. Incorect
991. Cea mai frecventă manifestare cutanată asociată infecției HIV/SIDA:
- A. Dermatită exfoliativă
  - B. Dermatită seboreică
  - C. Dermatită de contact
  - D. Dermatită atopică
  - E. Dermatită herpetiformă Duhring
992. Manifestările clinice ale primoinfecției HIV (sindrom retroviral acut):
- A. Sarcom Kaposi
  - B. Sindrom pseudogripal sau pseudomononucleozic
  - C. Limfadenopatie persistentă generalizată
  - D. Candidoză esofagiană, bronșică, pulmonară
  - E. Erupecție rujeoliformă
993. Manifestările clinice sugestive pentru pre-SIDA:
- A. Stomatite persitente și recidivante cu Candida albicans
  - B. Herpes zoster generalizat (simetric)
  - C. Herpes simplex extins cu evoluție prelungită
  - D. Sarcom Kaposi
  - E. Leucoplazie orală (linguală) păroasă (viloasă)
994. Manifestările clinice sugestive pentru SIDA manifestă:
- A. Candidoza esofagiană, traheobronșică și pulmonară
  - B. Candidoză orofaringiană
  - C. Criptococoză diseminată
  - D. Tuberculoză pulmonară/extrapulmonară
  - E. Sarcom Kaposi
995. Neoplazia vasculară sugestivă pentru SIDA:
- A. Spinaliom
  - B. Bazaliom

- C. Sarcom Kaposi
  - D. T-limfom
  - E. B-limfom
996. Datele clinico-anamnestice sugestive pentru sarcomul Kaposi epidemic:
- A. Sex feminin
  - B. Heterosexualitate
  - C. Debut la vârste precoce
  - D. Localizarea leziunilor pe față, trunchi, mucoase
  - E. Evoluție agresivă
997. Leziunile sugestive pentru sarcomul Kaposi:
- A. Pustulă
  - B. Nodul
  - C. Bulă
  - D. Maculă
  - E. Urtică
998. Testele de laborator pentru stabilirea, confirmarea și monitorizarea infecției HIV/SIDA:
- A. Citodiagnostic Tzanck
  - B. Cultură acelulară
  - C. ELISA
  - D. PCR
  - E. Western-Blot
999. Anomaliile imunologice specifice pentru infecția HIV/SIDA:
- A. Deficit selectiv al limfocitelor T8
  - B. Scăderea raportului T4/T8 sub 1,3-1
  - C. Diminuarea sau absența hipersensibilității cutanate tardive
  - D. Creșterea secreției spontane de imunoglobuline de către limfocitele B
  - E. Creșteri la nivelul interferonilor
1000. Categoriile de chimioterapice antiretrovirale în tratamentul infecției HIV/SIDA:
- A. Inhibitori nucleozidici ai revers-transcriptazei
  - B. Inhibitori nucleotidici ai revers-transcriptazei
  - C. Inhibitori nenucleozidici ai revers-transcriptazei
  - D. Inhibitori ai lipazei
  - E. Inhibitori ai proteazei
1001. Antiretrovirale specifice în tratamentul infecției HIV/SIDA:
- A. Aciclovir
  - B. Foscarnet
  - C. Indinavir
  - D. Zidovudină
  - E. Nevirapină

# ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ В ТЕСТАХ

## Анатомия, гистология и физиология кожи

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

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



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

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

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

44. Не встречаются потовые железы на следующих участках кожного покрова:

- A. ладони и подошвы;
- B. головка полового члена;
- C. внутренний листок крайней плоти;
- D. малые половые губы;
- E. лобковая область.

45. Типы волос:

- A. lanugo;
- B. imago;
- C. velus;
- D. промежуточные волосы;
- E. терминальные волосы.

Соответствие пигмента меланина и цвета волос:

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 46. эумеланин;    | A. красный;       |
| 47. феомеланин;   | B. каштановый;    |
| 48. трихосидерин; | C. желто-красный. |

Соответствующая характеристика стадий развития волоса:

- |              |                       |
|--------------|-----------------------|
| 49. анаген;  | A. замедление роста;  |
| 50. катаген; | B. интенсивный рост;  |
| 51. телоген; | C. прекращение роста. |

52. Меланин образуется из тирозина:

- A. правильно;
- B. неправильно.

53. Кейлоны эпидермиса подавляют митозы клеток базального слоя:

- A. правильно;
- B. неправильно.

54. Стимулируют митозы клеток базального слоя:

- A. андрогены;
- B. кортикостероиды;
- C. гормоны щитовидной железы;
- D. экстракты тимуса;
- E. витамин D.

55. Подавляют синтез меланина:

- A. кортизон;
- B. гормоны щитовидной железы;
- C. пролактин;
- D. альдостерон;
- E. эстрогены и андрогены.

56. Стимулируют синтез меланина:

- A. вит. C, B1;
- B. гидроксихинон;
- C. медь;
- D. мышьяк;
- E. ионизирующая радиация и тепло.

57. Эстрогены подавляют салообразование:

- A. правильно;
- B. неправильно;

58. Андрогены стимулируют рост волос на волосистой части головы:

- A. правильно;
- B. неправильно;

59. Андрогены подавляют рост волос в области бороды и туловища:

- A. правильно;

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

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

## Патоморфологические изменения в коже

Соответствующее определение патоморфологических изменений в коже:

- 70. Акантоз. А. выраженное утолщение рогового слоя;
- 71. Акантолизис. В. незавершенное ороговение;
- 72. Спонгиоз. С. отсутствие связей между эпидермальными клетками;
- 73. Гиперкератоз. Д. утолщение шиповидного слоя;
- 74. Паракератоз. Е. расширение межклеточных пространств в эпидермисе (внеклеточный отек).

Соответствующее определение патоморфологических изменений в коже:

- 75. Вакуольная дегенерация. А. утолщение зернистого слоя;
- 76. Кареорексис. В. наличие однородного, эозинофильного, блестящего вещества в поверхностных слоях дермы;
- 77. Гранулема. С. сморщивание клеточного ядра;
- 78. Гранулез. Д. вакуолизация цитоплазмы эпидермоцитов;
- 79. Гиалиновая дегенерация. Е. хроническое воспаление с наличием большого количества лимфоцитов, макрофагов, клеток Langerhans.

80. Патоморфологические изменения в эпидермисе:

- А. гиперкератоз;
- В. острое и хроническое воспаление;
- С. акантолизис;
- Д. акантоз;
- Е. папилломатоз.

81. Патоморфологические изменения в дерме:

- А. инфекционная гранулема;
- В. дискератоз;
- С. папилломатоз;
- Д. спонгиоз;
- Е. гранулез.

82. Акантоз – это:

- А. утолщение шиповидного слоя эпидермиса;
- В. незавершенное ороговение, с наличием ядер в клетках рогового слоя;
- С. отсутствие связей между эпидермальными клетками;
- Д. выраженное утолщение рогового слоя;
- Е. межклеточный отек в шиповидном и зернистом слоях эпидермиса.

83. Акантолизис – это:

- А. утолщение шиповидного слоя эпидермиса;
- В. незавершенное ороговение, с наличием ядер в клетках рогового слоя;
- С. отсутствие связей между эпидермальными клетками;
- Д. выраженное утолщение рогового слоя;
- Е. межклеточный отек в шиповидном и зернистом слоях эпидермиса.

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

- А. правильно;
- В. неправильно.

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

- A. правильно;
- B. неправильно.

## Основные принципы диагностики болезней кожи

86. Первичные морфологические элементы:

- A. пятно;
- B. папула;
- C. эрозия;
- D. пустула;
- E. волдырь.

87. Первичные морфологические элементы:

- A. узел;
- B. бугорок;
- C. язва;
- D. пузырь;
- E. пузырек.

88. Первичные морфологические элементы:

- A. лихенификация;
- B. пустула;
- C. трещина;
- D. корка;
- E. волдырь.

89. Первичные инфильтративные элементы:

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

90. Первичные экссудативные элементы:

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

91. Первичные полостные элементы:

- A. гнойничок;
- B. пузырек;
- C. пузырь;
- D. волдырь;
- E. папула.

92. Вторичные морфологические элементы:

- A. трещина;
- B. язва;
- C. пурпура;
- D. телеангиэктазии;
- E. лихенификация.

93. Вторичные морфологические элементы:

- A. папула;
- B. гнойничок;
- C. эрозия;
- D. корка;

Е. чешуйка.

94. Вторичные морфологические элементы:

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

Соответствующее определение первичных морфологических элементов:

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

Соответствующее определение первичных морфологических элементов:

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

Соответствующее определение вторичных морфологических элементов:

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

Соответствующее определение вторичных морфологических элементов:

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



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

114. Определение пузыря:

А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;

В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;

С. ограниченное изменение цвета, без изменения рельефа кожи;

Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, с гнойным содержимым;

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

115. Определение пятна:

А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;

В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;

С. ограниченное изменение цвета кожи, без изменения ее рельефа;

Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, заполненное гнойным экссудатом;

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

116. Определение папулы:

А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;

В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;

С. ограниченное изменение цвета кожи без изменения ее рельефа;

Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, с гнойным содержимым;

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

117. Определение пустулы:

А. ограниченное, возвышающееся над уровнем кожи, инфильтративное образование, в эпидермисе или поверхностных слоях дермы;

В. безполостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, возникающий в результате отека сосочкового слоя дермы;

С. ограниченное изменение цвета кожи без изменения ее рельефа;

Д. полостное, ограниченное, поверхностное или глубокое, возвышающееся над уровнем кожи образование, с гнойным содержимым;

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

118. Определение пузырька:

А. безполостной, инфильтративный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, в глубоких слоях дермы, изъязвляется и рубцует при разрешении;

В. полостной, эпидермальный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, с прозрачным содержимым, менее 1 см в диаметре;

С. инфильтративный, четко очерченный, плотный при пальпации элемент, в глубоких слоях дермы и подкожной клетчатке;

Д. полостной, экссудативный, возвышающийся над уровнем кожи элемент, располагается внутри или под эпидермисом, более 1 см в диаметре;

Е. ни один из вышеперечисленных.

119. Определение узла:

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

120. Определение пузыря:

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

121. Определение бугорка:

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

122. Для эритродермии характерно избирательное и частичное поражение кожи:

- А. правильно;
- В. неправильно.

123. Определение вторичного пятна:

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

124. Определение эскориации:

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

125. Определение корки:

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

126. Определение трещины:

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

134. Эритродермия встречается при следующих дерматозах:

- A. псориаз;
- B. сифилис;
- C. Т-лимфомы;
- D. вульгарный ихтиоз;
- E. постмедикаментозные токсидермии.

135. Папулы, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:

- A. узловатая эритема;
- B. псориаз;
- C. эритразма;
- D. красный плоский лишай;
- E. обыкновенные бородавки.

136. Пустулы, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:

- A. остроконечные кондиломы;
- B. вульгарный сикоз;
- C. розовый лишай Gibert;
- D. вульгарные угри;
- E. паразитарный сикоз;

137. Пустулы могут быть стерильными (без микробной флоры):

- A. правильно;
- B. неправильно.

138. Бугорки, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:

- A. многоформная экссудативная эритема;
- B. вульгарная волчанка;
- C. красная волчанка;
- D. лепра;
- E. сифилис.

139. Узлы, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:

- A. узловатая эритема;
- B. пурпура Henoch-Schonlein;
- C. антропофильная трихофития;
- D. лепра;
- E. третичный сифилис.

140. Пузырьки, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:

- A. розацеа;
- B. экзема;
- C. простой пузырьковый лишай;
- D. розовый лишай Gibert;
- E. герпетиформный дерматит Duhring.

141. Пузыри, как первичные морфологические элементы, характерны для следующих заболеваний:

- A. синдром Stevens-Johnson;
- B. псориаз;
- C. синдром Lyell;
- D. вульгарная пузырчатка;
- E. поздняя кожная порфирия.

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

150. Парное расположение высыпаний характерно для следующих заболеваний:

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

151. Мономорфная сыпь характерна для следующих заболеваний:

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

152. Мономорфная сыпь не характерна для следующих заболеваний:

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

153. Истинный полиморфизм характерен для следующих заболеваний:

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

154. Истинный полиморфизм не характерен для следующих заболеваний:

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

155. Положительная реакция Кёбнера характерна для следующих заболеваний:

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

156. В результате зуда наблюдаются:

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

157. Зуд не характерен для следующих заболеваний:

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

158. Зуд характерен для следующих заболеваний:

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

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

167. Эритродермия может развиваться при следующих заболеваниях:

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

### Основные принципы лечения кожных заболеваний

168. Цитостатические препараты, применяемые в дерматологии:

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

169. Противогрибковые препараты, применяемые в дерматологии:

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

170. Гепатотоксическое действие характерно для кетоконазола:

- A. правильно;
- B. неправильно.

171. Кетоконазол обладает антиандрогенным действием:

- A. правильно;
- B. неправильно.

172. Наружные противомикробные препараты:

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

173. Противовирусные препараты, применяющиеся в дерматологии:

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

174. Препараты хинолинового ряда, применяемые в дерматологии:

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

175. Побочное действие препаратов хинолинового ряда:

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



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

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

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

Соответствующие наружные лекарственные формы:

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

### Пиодермиты

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

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

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

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

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

## Грибковые заболевания кожи

240. Кератомикозы:

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

241. Клинические формы дерматофитий:

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

242. Характерные признаки инфильтративно-нагноительной трихофитии:

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

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

- A. правильно;
- B. неправильно.

244. Характерные симптомы антропофильной микроспории волосистой части головы:

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

245. Характерные симптомы фавуса волосистой части головы:

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



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

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

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

270. При инфильтративно-нагноительной трихофитии, как правило, поражаются:
- A. кожа;
  - B. подошвы;
  - C. область бороды и усов;
  - D. волосистая часть головы;
  - E. ногтевое ложе.
271. При микроспории, как правило, поражаются:
- A. волосистая часть головы;
  - B. подошвы;
  - C. ладони;
  - D. гладкая кожа;
  - E. ногти.
272. При эридермофитии стоп, как правило, поражаются:
- A. I и V ногти;
  - B. все ногти;
  - C. I и IV межпальцевые складки;
  - D. все межпальцевые складки;
  - E. свод стопы.
273. Информативные тесты, подтверждающие диагноз кандидоза:
- A. лампа Wood;
  - B. культуральное исследование;
  - C. микроскопическое исследование;
  - D. биопсия;
  - E. проба Baltzer.
274. Среда для получения культуры грибов:
- A. клеточная McCoy;
  - B. Lowenstein-Jensen;
  - C. Sabouraud;
  - D. PPLO;
  - E. Leventhal.
275. Эффективные противогрибковые препараты для общего лечения:
- A. натамацин;
  - B. гризеофульвин;
  - C. атемизол;
  - D. кетоконазол;
  - E. нистатин.
276. Наружные противогрибковые препараты:
- A. клобетазол;
  - B. клотримазол;
  - C. кетоконазол;
  - D. полимиксин;
  - E. тербинафин.
277. Источники заражения инфильтративно-нагноительной трихофитией:
- A. больной;
  - B. крупный рогатый скот;
  - C. кошки;
  - D. собаки;
  - E. грызуны.
278. Антропофильные грибы:
- A. *Microsporum ferrugineum*;
  - B. *Trichophyton schoenleinii*;
  - C. *Microsporum canis*;

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

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

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

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



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

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

### Эпизоонозы (чесотка, педикулез)

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

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

334. Клинические особенности чесотки у детей:

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

335. Характерные клинические симптомы лобковой вшивости:

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

336. Эффективные наружные противочесоточные средства:

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

Соответствующая концентрация наружных противочесоточных средств для взрослых:

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

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

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

347. Клинические формы педикулеза:

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

348. Возбудители педикулеза – это:

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

349. Возбудители педикулеза:

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

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

### Аллергические дерматозы

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

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

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

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

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

386. Общее лечение острой экземы:

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

387. Характерные симптомы атопического дерматита:

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

388. Дополнительные клинические признаки атопического дерматита:

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

389. Атопический дерматит представляет собой заболевание:

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

390. Типичные осложнения атопического дерматита:

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

391. Общее лечение атопического дерматита:

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

392. Наружное лечение атопического дерматита:

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

393. Характерные признаки атопии:

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



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

402. При атопическом дерматите назначаются преимущественно дерматокортикостероиды с выраженным противовоспалительным действием:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
403. Ограниченный нейродермит является одним из проявлений атопического дерматита:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
404. Правильная последовательность стадий экземы:
- А. везикулезная;
  - В. корковая;
  - С. эритематозная;
  - Д. десквамативная;
  - Е. мокнущая.
- Соответствующее наружное лечение в различных стадиях экземы:
405. Мокнутие. А дерматокортикостероиды, в основном в виде крема;
406. Корковая стадия. В. дерматокортикостероидные / кератопластические мази;
407. Десквамативная стадия. С. взбалтываемые смеси и анилиновые красители, мягкие пасты
408. Стадия лихенификации. Д. примочки с дезинфицирующими растворами, аэрозоли с кортикостероидами.

### Вирусные заболевания кожи

409. Возбудитель контагиозного моллюска:
- А. бактерия;
  - В. гриб;
  - С. вирус;
  - Д. простейшее;
  - Е. моллюск.
410. Препараты для наружного лечения простого пузырькового лишая:
- А. анилиновые красители;
  - В. флуцинолон;
  - С. ацикловир;
  - Д. клотримазол;
  - Е. тетрациклин.
411. Патоморфологические изменения характерные для вульгарной бородавки:
- А. акантолиз;
  - В. акантоз;
  - С. папилломатоз;
  - Д. гиперкератоз;
  - Е. спонгиоз.
412. Общее лечение простого пузырькового лишая:
- А. гризеофульвин;
  - В. преднизолон;
  - С. ацикловир;
  - Д. фоскарнет;
  - Е. доксициклин;
413. Строение и состав вирусов, поражающих кожу и слизистые:
- А. ДНК и РНК;
  - В. ДНК или РНК;
  - С. капсид;
  - Д. белково-липидная оболочка;

Е. рибосомы.

414. Характерные симптомы вульгарной бородавки:

- А. сильный зуд;
- В. длительное, бессимптомное течение;
- С. преимущественная локализация на лице;
- Д. наличие невоспалительных папул;
- Е. регионарный лимфаденит.

415. Семейство вируса вульгарной бородавки:

- А. Herpesviridae;
- В. Papovaviridae;
- С. Poxviridae;
- Д. Parvoviridae;
- Е. Herpadnaviridae.

Соответствующие клинические симптомы папилломавирусных заболеваний:

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

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

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

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

### Буллезные дерматозы

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

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

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



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

### Многоформная экссудативная эритема

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

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

## Туберкулез кожи. Лепра

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

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

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

512. Возбудитель туберкулеза кожи:
- A. бацилла Hansen;
  - B. бацилла Calmette-Guerin;
  - C. *Borrelia Burgdorferi*;
  - D. бацилла Koch;
  - E. *Haemophilus Ducreyi*.
513. Пути заражения туберкулезом кожи:
- A. экзогенный;
  - B. эндогенный;
  - C. аутоиннокуляция;
  - D. трансфузионный;
  - E. половой.
514. Клинические формы туберкулеза кожи при экзогенном заражении:
- A. вульгарная волчанка;
  - B. скрофулодерма;
  - C. бородавчатый туберкулез кожи;
  - D. туберкулезный шанкр;
  - E. лишай золотушных.
515. Клинические формы туберкулеза кожи при эндогенном заражении:
- A. острый миллиарный туберкулез;
  - B. бородавчатый туберкулез;
  - C. туберкулезный шанкр;
  - D. вульгарная волчанка;
  - E. скрофулодерма.
516. Лабораторные исследования, подтверждающие диагноз туберкулеза кожи:
- A. микроскопический метод;
  - B. культуральный метод;
  - C. биопсия;
  - D. реакция Mitsuda;
  - E. заражение патологическим материалом морских свинок.

### Токсидермии

517. При токсидермии, вызванная сульфаниламидами, чаще всего наблюдаются следующие высыпания:
- A. акне;
  - B. крапивница;
  - C. эритродермия;
  - D. фиксированная эритема;
  - E. везикуляция.
518. Тяжелая форма токсидермии (синдром):
- A. Stevens-Johnson;
  - B. Senebar-Usher;
  - C. Lyell;
  - D. Graham-Little-Lassueur;
  - E. Melkersson-Rosenthal.
519. Пищевой фактор является частой причиной токсического эпидермального некролиза:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
520. Основной морфологический элемент токсического эпидермального некролиза:
- A. везикула;
  - B. пустула;

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

### Профессиональные дерматозы

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

530. Профессиональные дерматозы, вызванные биологическими факторами:

- А. хлоракне (фолликулиты);
- В. эризепеллоид Rosenbach;
- С. паразитарный сикоз;
- Д. сибирская язва;
- Е. узелки доильщиц.

Соответствующие препараты для различных профессиональных заболеваний:

- 531. Узелки доильщиц. А. противогрибковые препараты;
- 532. Паразитарный сикоз. В. антибиотики;
- 533. Эризепеллоид Rosenbach. С. противовирусные препараты;
- 534. Контактный дерматит. Д. дезинтоксикация;
- 535. Меланодермия. Е. дерматокортикостероиды.

### Псориаз. Красный плоский лишай

536. При псориазе реакция Кёбнер наблюдается через:

- А. несколько часов;
- В. 24 часа;
- С. 1 – 3 дня;
- Д. 7 – 9 дней;
- Е. 20 – 30 дней.

537. Характерный симптом красного плоского лишая:

- А. Nicolsky;
- В. Jadasson;
- С. Baltzer;
- Д. Wickham;
- Е. Rumpell-Leede-Konchalovsky.

538. Патоморфологический субстрат псориазных высыпаний:

- А. нарушение межклеточных связей;
- В. дегенерация коллагена;
- С. усиленная пролиферация кератиноцитов;
- Д. нарушение эластичности кожи;
- Е. сосудистые изменения.

539. Характерные признаки пустулезного псориаза Varber:

- А. эритемато-папуло-пустулезные, симметричные высыпания на ладонях и подошвах;
- В. эритродермия с последующей пустулизацией;
- С. нарушение общего состояния организма и гомеостаза;
- Д. отсутствие высыпаний на пальцах;
- Е. рецидивирующее течение, смертельный исход при отсутствии лечения при обострении.

540. Основной морфологический элемент псориаза:

- А. бугорок;
- В. папула;
- С. узел;
- Д. волдырь;
- Е. пузырь.

541. Механизм лечебного действия УФО при псориазе:

- А. подавление синтеза внутриклеточной ДНК;
- В. снижение митотической активности кератиноцитов;
- С. стимуляция лимфоцитов Т;
- Д. стимуляция лимфоцитов В;



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

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

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

D. Wickham;

E. Köbner.

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

A. увеличение количества эпидермальных кейлонов;

B. повышение уровня цГМФ и снижение уровня цАМФ;

C. снижение уровня полиаминов в псориатических высыпаниях;

D. повышение активности фосфолипазы С и кальмодулина;

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

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

A. правильно;

B. неправильно.

571. Усиленная пролиферация кератиноцитов при псориазе обусловлена следующими цитокинами:

A. IFN-гамма;

B. TNF-альфа;

C. IL-2;

D. IL-4;

E. IL-5.

572. Поддерживают выраженную пролиферацию кератиноцитов при псориазе следующие цитокины:

A. IL-1;

B. IL-4;

C. IL-6;

D. IL-8;

E. TGF-альфа.

573. Характерные патоморфологические изменения в дерме при обычном псориазе:

A. микроабсцессы Munro;

B. микроабсцессы Potrier;

C. инфекционная гранулема;

D. периваскулярный воспалительный инфильтрат;

E. папилломатоз.

574. Клетки, составляющие микроабсцессы Munro:

A. лимфоциты;

B. плазмоциты;

C. гистиоциты;

D. нейтрофилы;

E. эозинофилы.

575. Тяжелые формы псориаза:

A. обычный (вульгарный);

B. артропатический;

C. эритродермический;

D. пустулезный;

E. себорейный.

576. Последовательность псориатической триады:

A. симптом Auspitz;

B. симптом стеаринового пятна;

C. симптом терминальной пленки.

577. Характерные клинические признаки поражения ногтей при псориазе:

A. симптом «наперстка»;

B. онихолизис;

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

### **Болезни соединительной ткани**

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

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

594. Общая терапия ограниченной склеродермии:
- A. кортикостероиды в стадии атрофии;
  - B. антибиотики в стадии отека и уплотнения;
  - C. вит. E, B6, PP;
  - D. антисклеротические препараты;
  - E. периферические вазодилататоры.
595. Факторы, провоцирующие и поддерживающие высыпания при красной волчанке:
- A. медикаменты;
  - B. бактериальная инфекция;
  - C. вирусная инфекция;
  - D. солнечные лучи, ветер, холод;
  - E. продукты, содержащие глютен.
596. Характерные патоморфологические признаки хронической дискоидной красной волчанки:
- A. паракератоз;
  - B. фолликулярный гиперкератоз;
  - C. гранулез;
  - D. вакуольная дегенерация клеток базального слоя;
  - E. периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация в дерме.
597. Характерные лабораторные данные, подтверждающие диагноз системной красной волчанки:
- A. ускоренная СОЭ;
  - B. анемия;
  - C. лейкопения, тромбоцитопения;
  - D. гипогаммаглобулинемия;
  - E. повышенный уровень сывороточного комплемента.
598. Клинические формы хронической красной волчанки:
- A. дискоидная;
  - B. экссудативная;
  - C. диссеминированная;
  - D. глубокая;
  - E. центробежная эритема Biett.
599. Клинические формы ограниченной склеродермии:
- A. бляшечная;
  - B. линейная;
  - C. дискоидная;
  - D. болезнь белых пятен;
  - E. кольцевидная.
600. Характерные клинические признаки хронической диссеминированной красной волчанки:
- A. наличие высыпаний с выраженным гиперкератозом;
  - B. четкие границы очагов;
  - C. наличие высыпаний незначительного размера;
  - D. одновременное поражение лица, волосистой части головы, декольте, тыла кистей;
  - E. одновременное поражение суставов.
601. Лабораторные методы исследования необходимые для подтверждения диагноза системной красной волчанки:
- A. общий анализ крови и LE клетки;
  - B. непрямая иммунофлуоресценция;
  - C. биопсия;
  - D. цитодиагностика Tzanck;
  - E. определение минимальной эритематозной дозы.

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



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

### **Поражение кожи при хронической венозной недостаточности**

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

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

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

### Наследственные дерматозы

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

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

649. Методы лечения буллезного эпидермолиза:

- A. кератолитические мази;
- B. циклоспорин и синтетические ретиноиды;
- C. витамины E, A, B, C, PP;
- D. кортикостероидная терапия;
- E. ингибиторы коллагеназы.

650. Клинические формы ихтиоза:

- A. вульгарный;
- B. дистрофический;
- C. сцепленный с полом;
- D. ламеллярный;
- E. ихтиозиформная эритродермия.

651. Вульгарный ихтиоз наследуется по следующему типу:

- A. аутосомно-рецессивный;
- B. аутосомно-доминантный;
- C. X-сцепленный;
- D. Y-сцепленный;
- E. неизвестный.

652. Вульгарный ихтиоз проявляется, как правило:

- A. при рождении;
- B. на 1 – 3 месяце жизни;
- C. в 1 – 4 года;
- D. в 5 – 10 лет;
- E. в 10 – 14 лет.

653. Характерные клинические признаки вульгарного ихтиоза:

- A. поражение складок;
- B. сухость кожи;
- C. десквамативные высыпания;
- D. эритематозные высыпания;
- E. буллезные высыпания.

654. Ихтиозиформная эритродермия наследуется по следующему типу:

- A. аутосомно-рецессивный;
- B. аутосомно-доминантный;
- C. X-сцепленный;
- D. Y-сцепленный;
- E. неизвестный.

Соответствующие клинические признаки различных форм ихтиоза:

655. Ксеродерма.

A. роговые бляшки, с наличием глубоких трещин;

656. Простой ихтиоз.

B. сухая кожа с наличием отрубевидных чешуек;

657. Зауриазный ихтиоз.

C. роговые, бородавчатые наслоения в виде шипов или игл;

658. Шиповидный ихтиоз.

D. мелкие, пластинчатые чешуйки, на фоне сухой, утолщенной и жесткой кожи.

659. Характерные патоморфологические изменения вульгарного ихтиоза:

- A. пролиферативный гиперкератоз;
- B. ретенционный гиперкератоз;
- C. гранулез;
- D. дефект синтеза кератогиалина;
- E. фолликулярный гиперкератоз.

660. Простой буллезный эпидермолиз наследуется по следующему типу:

- A. аутосомно-рецессивный;
- B. аутосомно-доминантный;
- C. X-сцепленный;

- D. Y-сцепленный;
  - E. неизвестный.
661. Методы исследования, подтверждающие диагноз буллезного эпидермолиза:
- A. микроскопический;
  - B. культуральный;
  - C. биопсия;
  - D. антенатальный анамнез (установление повышенного уровня в крови  $\alpha$ -фетопротеина у матери)
  - E. положительный семейный анамнез.

### Злокачественные заболевания кожи

662. Преимущественная локализация саркомы Кароси (эндемическая форма):
- A. лицо;
  - B. волосистая часть головы;
  - C. туловище;
  - D. проксимальная часть конечностей;
  - E. дистальная часть конечностей.
663. Ангиоретикулез Кароси является заболеванием:
- A. обменным;
  - B. нейроэндокринным;
  - C. токсико-аллергическим;
  - D. неопластическим;
  - E. наследственным.
664. Грибовидный микоз является заболеванием:
- A. грибковым;
  - B. обменным
  - C. нейро-эндокринным;
  - D. токсико-аллергическим;
  - E. неопластическим.
665. Морфологический субстрат саркомы Кароси:
- A. подкожная клетчатка;
  - B. мышечная ткань;
  - C. нервная ткань;
  - D. эндотелий сосудов;
  - E. лимфатические сосуды.
666. Характерные клинические симптомы базалиомы:
- A. плотные, цвета кожи или слабо розового цвета узелки;
  - B. "перламутровый", валик язвы;
  - C. ранние метастазы в регионарных лимфатических узлах;
  - D. ранние отдаленные метастазы;
  - E. телеангиэктазии.
667. Злокачественные заболевания кожи:
- A. спиналиома;
  - B. базалиома;
  - C. кератоакантома;
  - D. меланома;
  - E. папилома.
668. Базалиома не является эпителиальной опухолью (рак):
- A. правильно;
  - B. неправильно.

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

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



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

### **Поздняя кожная порфирия**

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

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

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

### Аллергические васкулиты

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

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

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

### **Розовый лишай Gibert**

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

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

### Розацеа

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

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

### Себорея. Вульгарные угри

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

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



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

### Круговидное облысение

767. Характерные высыпания при круговидном облысении:
- A. шелушение;
  - B. корки;
  - C. выраженная, постоянная эритема;
  - D. папулы и везикулы;
  - E. отсутствуют.
768. Характер поражения волос при круговидном облысении:
- A. обламывание;
  - B. неприятный запах;
  - C. образование узелков;
  - D. выпадение или свободное отделение;
  - E. истончение у корня (симптом расшатанных волос).
769. Круговидное облысение является заболеванием:
- A. обменным;
  - B. аутоиммунным;
  - C. психо-эмоциональным;
  - D. эндокринным;
  - E. нейро-вегетативным.

Длительность роста волос по стадиям:

- 770. Анаген. A. 3 – 4 месяца;
- 771. Катаген. B. 2 – 4 лет;

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

### Витилиго

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

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

## Сифилис

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

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

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

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

819. Клинические и лабораторные признаки скрытого сифилиса:

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

820. Клиническая характеристика сифилитической пузырчатки у детей грудного возраста:

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

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

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

822. Клиническая характеристика симптома Avsitiidsky при врожденном сифилисе:

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

823. Клиническая характеристика симптома Gochet при врожденном сифилисе:

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

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

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

825. Основной антибиотик для лечения сифилиса:

- A. тетрациклин;

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

826. Трепонема, патогенные для человека:

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

Соответствующие возбудители трепанематозов:

827. Сифилис.

А. *Treponema bejel*;

828. Пинта.

В. *Treponema pertenuе*;

829. Фрамбезия.

С. *Treponema pallidum*;

830. Эндемичный невенерический сифилис.

Д. *Treponema carateum*;

831. Деление *Treponema pallidum* происходит в течение:

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

832. Продолжительность вторичного периода сифилиса:

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

833. При раннем скрытом сифилисе реинфекция невозможна:

- А. правильно;
- В. неправильно.

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

- А. правильно;
- В. неправильно.

835. Папулезные сифилиды характерны для следующего периода сифилиса:

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

836. Клиническая характеристика «воротничка» Biett при сифилисе:

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

837. Сифилитическая алопеция характерна для следующего периода сифилиса:

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



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

- В. 1 000 000;  
 С. 1 400 000;  
 D. 2 000 000;  
 E. 2 400 000.
847. Курсовая доза бензатинпенициллина для превентивного лечения сифилиса у взрослых (ЕД):  
 А. 600 000;  
 В. 1 200 000;  
 С. 2 400 000;  
 D. 4 800 000;  
 E. 9 600 000.
848. Курсовая доза бензатинпенициллина для взрослых при первичном сифилисе (ЕД):  
 А. 600 000;  
 В. 1 200 000;  
 С. 2 100 000;  
 D. 4 800 000;  
 E. 9 600 000.
849. Курсовая доза бензатинпенициллина для взрослых при вторичном сифилисе (ЕД):  
 А. 6 000 000/1 200 000;  
 В. 1 800 000/2 100 000;  
 С. 4 800 000/7 200 000;  
 D. 9 600 000/12 000 000;  
 E. 14 400 000/16 800 000.
850. Курсовая доза бензатинпенициллина для взрослых при раннем скрытом сифилисе (ЕД):  
 А. 6 000 000/1 200 000;  
 В. 1 800 000/2 100 000;  
 С. 4 800 000/7 200 000 ;  
 D. 9 600 000/12 000 000;  
 E. 14 400 000/16 800 000.
851. Классификация первичного сифилиса:  
 А. скрытый;  
 В. серонегативный;  
 С. серопозитивный;  
 D. свежий;  
 E. поздний.
852. Клиническая характеристика сифилитической эритематозной ангины:  
 А. бессимптомное течение;  
 В. нарушение общего состояния (температура, озноб, слабость);  
 С. четкая эритема;  
 D. эрозивные папулы;  
 E. дисфония и осиплость голоса.
853. Клиническая характеристика сифилитических бугорков:  
 А. асимметричные, плотные, высыпания снюшно-красного цвета;  
 В. появление новых бугорков на грубых рубцах;  
 С. положительный симптом «яблочного желе» при надавливании зондом;  
 D. наличие жемчужного ободка;  
 E. отсутствие температурной чувствительности;
- Соответствующие серологические тесты:
854. Иммунизации трепонем. А. РПГА – ТРНА;  
 855. Связывание комплемента. В. ИФА – ELISA;  
 856. Иммунофлюоресценции. С. MPC – VDRL; RPR, MRP;

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

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

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

886. Гангренозный твердый шанкр при сифилисе возникает в результате присоединения анаэробной флоры:
- А. правильно;
  - В. неправильно.
887. Клиническая характеристика лимфатических узлов при сифилитическом лимфадените:
- А. мягкая консистенция;
  - В. склонность к размягчению;
  - С. подвижные и не спаянные с окружающей тканью
  - Д. безболезненные;
  - Е. множественное поражение.
888. Преимущественная локализация сифилитической лейкодермы:
- А. боковая и задняя поверхность шеи;
  - В. боковая поверхность туловища;
  - С. лицо;
  - Д. половые органы;
  - Е. ладони и подошвы.
889. Характерные признаки сифилитической розеолы:
- А. сосудистые пятна невоспалительного характера (телеангиэктазии);
  - В. сосудистые пятна воспалительного характера размером 5–10 мм;
  - С. сосудистые пятна воспалительного характера размером 5–10 см;
  - Д. геморрагические пятна;
  - Е. дисхромичные пятна.
890. Преимущественная локализация сифилитической розеолы:
- А. лицо;
  - В. половые органы;
  - С. ладони и подошвы;
  - Д. крупные складки;
  - Е. боковая поверхность туловища.
891. Клинические и лабораторные данные, подтверждающие диагноз вторичного сифилиса:
- А. наличие одностороннего регионарного лимфаденита;
  - В. наличие высыпаний;
  - С. наличие твердого шанкра;
  - Д. наличие алопеции и лейкодермы;
  - Е. высокий уровень иммобилизации бледных трепонем.
892. Осложнения твердого шанкра у мужчин:
- А. баланит и баланопостит;
  - В. фимоз и парафимоз;
  - С. индуративный отек;
  - Д. гангренозный твердый шанкр;
  - Е. шанкр-амигдалит.
893. Клинические разновидности папулезных сифилидов:
- А. милиарные;
  - В. лентикулярные;
  - С. нуммулярные;
  - Д. остроконечные кондиломы;
  - Е. широкие кондиломы.
894. Возможный исход беременности у больной сифилисом:
- А. спонтанный аборт;
  - В. преждевременные роды мертворождением или нежизнеспособным ребенком;

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

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

- A. правильно;
- B. неправильно

896. Пути заражения сифилисом:

- A. прямой контакт (половой, неполовой);
- B. непрямой контакт;
- C. переливание крови;
- D. через плаценту;
- E. генетический (наследственный).

897. Характерные клинические признаки вторичного рецидивного сифилиса:

- A. твердый шанкр;
- B. односторонний регионарный лимфаденит;
- C. обильная и симметричная розеола;
- D. широкие кондиломы;
- E. алопеция и лейкодерма.

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

- A. правильно;
- B. неправильно.

899. Условия для развития скрытого течения сифилиса:

- A. повышение специфической реактивности;
- B. снижение специфической реактивности;
- C. наличие серологической анергии (феномен прозоны);
- D. повышение специфического иммунитета;
- E. снижение специфического иммунитета.

900. Характерные клинические признаки врожденного сифилиса грудного возраста:

- A. остеохондриты и остеоperiоститы;
- B. специфический насморк;
- C. твердый шанкр;
- D. пузырьчатка на ладонях и подошвах;
- E. диффузная папулезная инфильтрация Hohnsinger.

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

- A. 1;
- B. 2 – 3;
- C. 6 – 12;
- D. 18 – 24;
- E. не проводится.

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

- A. правильно;
- B. неправильно.

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

- A. правильно;
- B. неправильно.

## Гонорея

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



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

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

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

939. Экстагенитальные формы гонореи:

- А. офтальмия;
- В. пельвиоперитонит;
- С. простатит;
- Д. фарингит;
- Е. проктит.

Соответствующие методы провокации при гонорее:

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

941. Алиментарная. В. обследование после менструации;

942. Механическая. С. бужирование уретры, уретроскопия;

943. Химическая. Д. гонококковая вакцина;

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

945. Целесообразный метод лечения острой гонорее:

- А. антибиотики;
- В. гонококковая вакцина;
- С. иммуностимуляторы;
- Д. витамины;
- Е. местное лечение.

946. Методы лечения хронической гонорее:

- А. антибиотики;
- В. гонококковая вакцина;
- С. иммуностимуляторы;
- Д. цитостатики;
- Е. местное лечение.

947. Местное лечение при острой гонорее не проводится:

- А. правильно;
- В. неправильно.

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

- А. правильно;
- В. неправильно.

949. Для одномоментного лечения гонорее используются следующие препараты:

- А. цефтриаксон;
- В. офлоксацин;
- С. доксициклин;
- Д. пенициллин;
- Е. спектиномицин.

950. Эффективные антибактериальные препараты для лечения гонорее:

- А. метронидазол;
- В. ко-тримоксазол;
- С. клотримазол;
- Д. цiproфлоксацин;
- Е. азитромицин.

951. Основными носителями асимптомных форм гонорее являются мужчины:

- А. правильно;
- В. неправильно.

952. При гонорее девочек поражаются:

- А. уретра;
- В. эндометрий;
- С. наружные половые органы;
- Д. шейка матки;
- Е. влагалище.

## Трихомониаз

953. Возбудитель трихомониаза представляет собой:
- A. бактерию;
  - B. вирус;
  - C. простейшее;
  - D. гриб;
  - E. клещ.
954. Средняя продолжительность инкубационного периода трихомониаза (в днях):
- A. 1 – 2;
  - B. 3 – 5;
  - C. 7 – 10;
  - D. 20 – 30;
  - E. 35 – 60.
955. Возбудитель уро-генитального трихомониаза:
- A. *Trichomonas hominis*;
  - B. *Trichomonas tenax*;
  - C. *Trichomonas vaginalis*;
  - D. *Haemophilus vaginalis*;
  - E. *Gardnerella vaginalis*.
956. Оптимальная среда (рН) для возбудителя трихомониаза:
- A. 1,2 – 2,2;
  - B. 2,3 – 3,7;
  - C. 3,8 – 4,4;
  - D. 4,9 – 7,5;
  - E. 7,6 – 8,6.
957. В дистиллированной воде возбудитель трихомониаза погибает:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
958. Возбудитель трихомониаза поражает цилиндрический эпителий:
- A. правильно;
  - B. неправильно.
959. Эффективные препараты для общего лечения трихомониаза:
- A. клотримазол;
  - B. метронидазол;
  - C. мебендазол;
  - D. тинидазол;
  - E. орнидазол.
960. Эффективные препараты для местного лечения трихомониаза:
- A. анузол;
  - B. астемизол;
  - C. метронидазол;
  - D. клотримазол;
  - E. дистиллированная вода.
961. Первично при трихомониазе у женщин поражаются:
- A. влагалище;
  - B. шейка матки;
  - C. уретра;
  - D. железы Bartholin и Skene;
  - E. наружные половые органы.

962. Первично при трихомониазе у мужчин поражаются:
- А. уретра;
  - В. головка полового члена;
  - С. крайняя плоть;
  - Д. прямая кишка;
  - Е. все вышеперечисленные.
963. Основные клинические признаки трихомониаза у мужчин:
- А. обильные, гнойные, густые выделения из уретры;
  - В. прозрачные, скудные выделения из уретры;
  - С. сужение и отек наружного отверстия уретры;
  - Д. чувство жжения и дискомфорта при мочеиспускании;
  - Е. болезненные эрозии на головке полового члена и крайней плоти
964. Основные клинические признаки трихомониаза у женщин:
- А. жжение во влагалище;
  - В. желто-зеленые, густые выделения;
  - С. жидкие, пенистые, беловато-желтые выделения;
  - Д. неприятный запах выделений;
  - Е. эритема и отек наружных половых органов.
965. Препараты для лечения острой смешанной инфекции моче-полового тракта (гонорея + трихомониаз):
- А. доксициклин;
  - В. пирогенал;
  - С. гоноккокковая вакцина;
  - Д. метронидазол;
  - Е. антисептические средства (местно).
966. Препараты для лечения смешанной инфекции моче-полового тракта (гонорея + трихомониаз + кандидоз) у женщин:
- А. метронидазол для общего лечения;
  - В. доксициклин для общего лечения;
  - С. флуконазол для общего лечения;
  - Д. мебендазол для общего лечения;
  - Е. клотримазол для местного лечения.
967. Лечение гонореи предшествует лечению трихомониаза:
- А. правильно;
  - В. неправильно.

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

968. Заболевания, обусловленные хламидиями:
- А. трахома;
  - В. венерическая гранулема;
  - С. венерический лимфогранулематоз;
  - Д. фтириаз;
  - Е. пситтакоз и орнитоз.
969. Длительность инкубационного периода (в днях) хламидиозного уретрита:
- А. 1 – 2;
  - В. 3 – 5;
  - С. 7 – 14;
  - Д. 20 – 30;
  - Е. 35 – 45.

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

- C. *Mycoplasma genitalium*;
- D. *Mycoplasma salivarium*;
- E. *Ureaplasma urealyticum*.

979. Микоплазмы являются сапрофитами человека и вызывают заболевание при определенных условиях:

- A. правильно;
- B. неправильно.

980. Выделение культуры микоплазм возможно только на клеточных средах:

- A. правильно;
- B. неправильно.

981. Эффективные антибиотики для лечения урогенитальной инфекции, вызванной микоплазмами:

- A. пенициллины;
- B. цефалоспорины;
- C. тетрациклины;
- D. макролиды;
- E. фторхинолоны.

### ВИЧ-инфекция

982. Вирус иммунодефицита человека представляет собой:

- A. Parovavirus;
- B. Herpesvirus;
- C. Parvovirus;
- D. Paramyxovirus;
- E. Retrovirus.

983. Биохимический состав вируса иммунодефицита человека:

- A. ДНК;
- B. РНК;
- C. белки;
- D. гликопротеины;
- E. липиды.

984. Клетки-мишени для вируса иммунодефицита человека:

- A. макрофаги;
- B. клетки Langerhans;
- C. лимфоциты T helper;
- D. цитотоксические лимфоциты T;
- E. моноциты.

985. Специфические клеточные рецепторы для вируса иммунодефицита человека:

- A. CD2+;
- B. CD4+;
- C. CD8+;
- D. CD19+;
- E. CD28+.

986. ВИЧ передается:

- A. половым путем;
- B. через инструменты, шприцы и нестерильные иглы;
- C. путем переливания зараженной крови;
- D. через плаценту или молоко матери;
- E. через укусы насекомых.

987. Для заражения ВИЧ-инфекцией имеют значение следующие биологические среды:

- A. слюна;
- B. кровь;



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

996. Характерные анамнестические и клинические данные эпидемической формы саркомы Кароси:
- A. болеют чаще женщины;
  - B. характерна для гетеросексуалов;
  - C. начало в молодом возрасте;
  - D. высыпания расположены на лице, туловище, слизистой оболочке;
  - E. агрессивное течение .
997. Типичные высыпания при саркоме Кароси:
- A. пустула;
  - B. узел;
  - C. пузырь;
  - D. пятно;
  - E. волдырь.
998. Лабораторные методы исследования для выявления больных, подтверждения диагноза и выбора лечения ВИЧ-инфекции:
- A. цитодиагностика Tzanck;
  - B. посевы на искусственные (неклеточные) среды;
  - C. иммуноферментный тест (Elisa);
  - D. полимеразная цепная реакция (PCR);
  - E. тест Western-Blot.
999. Специфические иммунные нарушения при ВИЧ-инфекции:
- A. преимущественное снижение лимфоцитов T8;
  - B. снижение коэффициента T4/T8 (ниже 1,3-1);
  - C. снижение или отсутствие гиперчувствительности замедленного типа;
  - D. повышение уровня спонтанной секреции иммуноглобулинов;
  - E. повышение синтеза интерферонов.
1000. Анти-ретровирусные химиотерапевтические препараты, применяемые при ВИЧ-инфекции:
- A. нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы;
  - B. нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы;
  - C. нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы;
  - D. ингибиторы липазы;
  - E. ингибиторы протеазы.
1001. Специфические анти-ретровирусные препараты, применяемые при ВИЧ-инфекции:
- A. ацикловир;
  - B. фоскарнет;
  - C. индинавир;
  - D. зидовудин;
  - E. невирапин.

## CHEIA TESTELOR (ответы)

- |          |           |            |
|----------|-----------|------------|
| 1. D     | 334. BCE  | 667. ABD   |
| 2. B     | 335. ABCE | 668. B     |
| 3. E     | 336. ACDE | 669. B     |
| 4. E     | 337. D    | 670. A     |
| 5. B     | 338. A    | 671. B     |
| 6. BDCAE | 339. E    | 672. ABCD  |
| 7. A     | 340. B    | 673. D     |
| 8. B     | 341. C    | 674. E     |
| 9. ABDE  | 342. E    | 675. ABCE  |
| 10. BCD  | 343. B    | 676. ABCD  |
| 11. C    | 344. A    | 677. ABC   |
| 12. B    | 345. D    | 678. ABCD  |
| 13. D    | 346. C    | 679. B     |
| 14. CE   | 347. ACD  | 680. ABD   |
| 15. BC   | 348. C    | 681. CDE   |
| 16. CE   | 349. ABD  | 682. ACE   |
| 17. B    | 350. ACD  | 683. ABDE  |
| 18. ADE  | 351. ABCD | 684. ABD   |
| 19. C    | 352. BCE  | 685. A     |
| 20. C    | 353. E    | 686. B     |
| 21. A    | 354. ABE  | 687. ACD   |
| 22. B    | 355. ACD  | 688. BCA   |
| 23. D    | 356. D    | 689. B     |
| 24. B    | 357. B    | 690. A     |
| 25. B    | 358. C    | 691. A     |
| 26. ABCD | 359. BC   | 692. B     |
| 27. E    | 360. DE   | 693. B     |
| 28. B    | 361. AC   | 694. C     |
| 29. B    | 362. AE   | 695. ABE   |
| 30. ABC  | 363. A    | 696. B     |
| 31. AC   | 364. B    | 697. C     |
| 32. ACD  | 365. CD   | 698. ACDE  |
| 33. C    | 366. ABD  | 699. ABC   |
| 34. AE   | 367. BCE  | 700. D     |
| 35. ABE  | 368. C    | 701. DE    |
| 36. ABC  | 369. ACDE | 702. EBDAC |
| 37. A    | 370. BDE  | 703. BCD   |
| 38. C    | 371. B    | 704. B     |
| 39. C    | 372. B    | 705. ACDE  |
| 40. A    | 373. ABE  | 706. D     |
| 41. B    | 374. ACD  | 707. AD    |
| 42. E    | 375. BD   | 708. A     |
| 43. D    | 376. CDE  | 709. B     |
| 44. BCD  | 377. ADE  | 710. BDE   |
| 45. ACDE | 378. ACD  | 711. BCDE  |
| 46. B    | 379. CDE  | 712. D     |
| 47. C    | 380. BCE  | 713. C     |
| 48. A    | 381. ACE  | 714. C     |
| 49. B    | 382. BCD  | 715. C     |
| 50. A    | 383. B    | 716. B     |

51. C	384. ABE	717. B
52. A	385. ABCE	718. B
53. A	386. CDE	719. D
54. ABD	387. ABE	720. E
55. ABD	388. BDE	721. BD
56. CDE	389. ABCE	722. BCDE
57. A	390. ABCD	723. D
58. B	391. ABCE	724. C
59. B	392. ABE	725. ACD
60. A	393. ABCE	726. C
61. AB	394. AD	727. A
62. ABC	395. BDE	728. B
63. BDE	396. ABC	729. BDE
64. ABCE	397. CDE	730. C
65. ABDE	398. B	731. C
66. ACDE	399. BDE	732. E
67. B	400. ACDE	733. ACD
68. CDE	401. ABC	734. A
69. BC	402. B	735. A
70. D	403. A	736. ABC
71. C	404. CAEBD	737. A
72. E	405. D	738. C
73. A	406. C	739. B
74. B	407. A	740. B
75. D	408. B	741. D
76. C	409. C	742. D
77. E	410. AC	743. ABCD
78. A	411. BCD	744. CEADB
79. B	412. CD	745. BDE
80. ACD	413. BCD	746. B
81. AC	414. BD	747. CE
82. A	415. B	748. AC
83. C	416. D	749. A
84. B	417. E	750. ABCD
85. B	418. A	751. DE
86. ABDE	419. C	752. CD
87. ABDE	420. B	753. AE
88. BE	421. CD	754. D
89. BC	422. CDE	755. D
90. BDE	423. BC	756. B
91. ABC	424. ADE	757. BE
92. ABE	425. CD	758. ACE
93. CDE	426. ABCE	759. ABCE
94. BCD	427. ABCE	760. ACDE
95. C	428. BE	761. BDE
96. A	429. BDE	762. D
97. D	430. ABDE	763. BCDE
98. B	431. ABDE	764. C
99. B	432. ABCD	765. ACD
100. A	433. ABCE	766. BCDE
101. C	434. B	767. E
102. D	435. ABCE	768. DE

103. C	436. BCDE	769. B
104. D	437. ACDE	770. B
105. A	438. D	771. C
106. E	439. E	772. A
107. B	440. ABD	773. ABCD
108. E	441. E	774. B
109. D	442. B	775. A
110. A	443. E	776. ABCE
111. C	444. ABC	777. AC
112. B	445. D	778. ABCD
113. B	446. C	779. C
114. E	447. B	780. D
115. C	448. B	781. C
116. A	449. D	782. A
117. D	450. C	783. B
118. B	451. E	784. B
119. C	452. B	785. B
120. D	453. BD	786. C
121. A	454. AC	787. D
122. B	455. DE	788. E
123. C	456. BC	789. A
124. B	457. BD	790. B
125. A	458. ABC	791. C
126. E	459. BCE	792. B
127. D	460. ACD	793. A
128. E	461. BCD	794. ACE
129. D	462. ACE	795. B
130. A	463. CDE	796. ABCE
131. C	464. BDE	797. C
132. B	465. ABD	798. D
133. ACE	466. ACDE	799. B
134. ACE	467. BCDE	800. C
135. BDE	468. A	801. D
136. BDE	469. ACDE	802. C
137. A	470. B	803. E
138. BDE	471. ABC	804. B
139. ADE	472. BCE	805. C
140. BCE	473. AC	806. D
141. ACDE	474. BD	807. B
142. ACD	475. ABDE	808. D
143. ACDE	476. ABC	809. D
144. BCDE	477. A	810. B
145. BCD	478. DE	811. C
146. D	479. E	812. C
147. ABCE	480. ABCD	813. D
148. ABD	481. D	814. C
149. AB	482. ADE	815. E
150. C	483. A	816. B
151. BE	484. B	817. C
152. DE	485. D	818. C
153. ACD	486. C	819. D
154. CD	487. D	820. A

155. CE	488. C	821. E
156. D	489. E	822. D
157. AC	490. BD	823. C
158. BCDE	491. BE	824. E
159. ABD	492. AE	825. D
160. BD	493. AC	826. BCD
161. BCE	494. ACE	827. C
162. BCE	495. B	828. D
163. BDE	496. ABD	829. B
164. ADE	497. ABC	830. A
165. BC	498. ABCD	831. D
166. ABD	499. ABCE	832. D
167. BCD	500. ABDE	833. A
168. ABE	501. B	834. B
169. ADE	502. B	835. C
170. A	503. A	836. D
171. A	504. B	837. C
172. ABE	505. AD	838. D
173. AC	506. B	839. C
174. BC	507. ABE	840. D
175. BCDE	508. E	841. B
176. ABCE	509. C	842. A
177. ABD	510. E	843. BE
178. BCDE	511. B	844. E
179. B	512. D	845. C
180. ABD	513. ABC	846. E
181. ACE	514. CD	847. C
182. E	515. ADE	848. D
183. ABCD	516. ABCE	849. C
184. ADE	517. D	850. C
185. BDE	518. C	851. BC
186. BD	519. B	852. AC
187. BDE	520. E	853. A
188. BDE	521. B	854. E
189. ABD	522. A	855. F
190. BCD	523. B	856. D
191. ACDE	524. C	857. C
192. ACDE	525. B	858. A
193. BDE	526. ACDE	859. B
194. B	527. BCDE	860. BD
195. D	528. CDE	861. ABCE
196. A	529. ACD	862. AE
197. E	530. BCDE	863. BD
198. C	531. C	864. BD
199. ABCD	532. A	865. BD
200. ABCD	533. B	866. DE
201. D	534. E	867. BCD
202. B	535. D	868. AE
203. D	536. D	869. BC
204. E	537. D	870. CD
205. D	538. C	871. CDE
206. B	539. AD	872. BCE

207. A	540. B	873. B
208. E	541. ABE	874. BE
209. C	542. C	875. A
210. D	543. AE	876. C
211. B	544. AD	877. BDE
212. C	545. DE	878. BCD
213. E	546. ABC	879. C
214. A	547. ACE	880. A
215. D	548. AC	881. BE
216. D	549. ACD	882. AB
217. A	550. BCE	883. ACD
218. B	551. BDE	884. B
219. C	552. ADE	885. ACE
220. E	553. ACE	886. A
221. B	554. CDE	887. CDE
222. C	555. BCDE	888. A
223. CDE	556. ABDE	889. B
224. CE	557. BCDE	890. E
225. ABD	558. B	891. BD
226. ABD	559. B	892. ABD
227. ACE	560. ABCD	893. ABCE
228. CDE	561. ABCD	894. ABCD
229. ABC	562. ABDE	895. B
230. BCD	563. ABCE	896. ABCD
231. ABC	564. ADE	897. DE
232. BC	565. BDE	898. B
233. AB	566. ABC	899. BD
234. BDE	567. B	900. ABDE
235. ABC	568. ABCE	901. C
236. ABCD	569. BDE	902. A
237. ABCE	570. A	903. A
238. A	571. ABC	904. B
239. ABE	572. ACDE	905. B
240. B	573. DE	906. A
241. ABDE	574. D	907. B
242. E	575. BCD	908. CDE
243. B	576. BCA	909. CD
244. C	577. ABCE	910. BE
245. D	578. ABDE	911. ABCE
246. B	579. D	912. ABCD
247. E	580. AB	913. CD
248. C	581. C	914. ADE
249. A	582. D	915. B
250. B	583. B	916. AD
251. C	584. E	917. C
252. A	585. BD	918. D
253. A	586. AE	919. C
254. C	587. CDE	920. BC
255. C	588. BD	921. BD
256. A	589. BD	922. BE
257. BCE	590. ACD	923. ABE
258. ABCD	591. ABDE	924. CE

259. B	592. BDE	925. ACD
260. B	593. CDE	926. CD
261. C	594. BCDE	927. B
262. C	595. ABCD	928. BC
263. D	596. BDE	929. BE
264. BD	597. ABC	930. BCD
265. BE	598. ACDE	931. BCE
266. DE	599. ABDE	932. BE
267. CE	600. CDE	933. CDE
268. CD	601. ABCE	934. ABDE
269. B	602. D	935. ABCD
270. CD	603. A	936. ABC
271. AD	604. CE	937. ABE
272. ACE	605. ABDE	938. ABC
273. BC	606. A	939. ADE
274. C	607. D	940. D
275. BD	608. B	941. E
276. BCE	609. ABD	942. C
277. ABE	610. ABD	943. A
278. ABD	611. D	944. B
279. CDE	612. A	945. A
280. CDE	613. ACD	946. ABCE
281. ABE	614. BCD	947. A
282. CDE	615. C	948. B
283. ABC	616. A	949. ABE
284. BDE	617. B	950. BDE
285. ABE	618. B	951. B
286. ABD	619. B	952. ACE
287. BCE	620. C	953. C
288. ACD	621. DE	954. C
289. ADE	622. CE	955. C
290. ACD	623. ACD	956. D
291. BCE	624. BC	957. A
292. ADE	625. ACDE	958. B
293. BDE	626. ABDE	959. BDE
294. BE	627. ABDE	960. CDE
295. BCE	628. B	961. ACDE
296. BCD	629. AB	962. ABC
297. BCE	630. B	963. BCDE
298. BCE	631. BCDE	964. ACDE
299. CDE	632. ADE	965. AD
300. BCDE	633. A	966. ABCE
301. ABCD	634. B	967. B
302. ABCD	635. ADE	968. ABCE
303. ABD	636. ABCD	969. C
304. BCE	637. ABC	970. BCDE
305. B	638. C	971. CDE
306. ABDE	639. E	972. ACDE
307. E	640. D	973. ADE
308. C	641. C	974. D
309. E	642. BDE	975. ABD
310. B	643. ADE	976. BCDE



311. A	644. ABE	977. BCDE
312. D	645. ACD	978. BCE
313. D	646. BCD	979. A
314. CE	647. BCDE	980. B
315. ABCE	648. BCDE	981. CDE
316. A	649. BCDE	982. E
317. ABCD	650. ACDE	983. BCDE
318. C	651. B	984. ABCE
319. C	652. C	985. B
320. B	653. BC	986. ABCD
321. ACE	654. A	987. BDE
322. BDE	655. B	988. B
323. BC	656. D	989. D
324. C	657. A	990. A
325. B	658. C	991. B
326. AE	659. BDE	992. BCE
327. AB	660. B	993. ABCE
328. AB	661. CDE	994. ACDE
329. DE	662. E	995. C
330. ABE	663. D	996. CDE
331. ABC	664. E	997. BD
332. BCE	665. D	998. CDE
333. BCE	666. ABE	999. BCD
		1000. ABCE
		1001. CDE

701291

