

Электронная цифровая подпись



Утверждено 29 февраля 2024 г.

Протокол № 2

Председатель Ученого Совета Буланов С.И.

Ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Онкологические заболевания челюстно-лицевой области»

Блок 1

Часть, формируемая участниками образовательных отношений

Элективные дисциплины (модули)

Специальность: 31.08.72 Стоматология общей практики

Направленность (профиль): Стоматология общей практики

Квалификация выпускника: Врач – стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2 года

Москва, 2024

**Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
по дисциплине «Онкологические заболевания челюстно-лицевой области»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся профессиональных (ПК) компетенций:

ПК-1 Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями.

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины
Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ПК-1	Онкологические заболевания челюстно-лицевой области.	1. Онкологические заболевания челюстно-лицевой области 2. Одонтогенные опухоли 3. Остеогенные опухоли. 4. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования 5. Злокачественные опухоли

Тестовые задания текущего контроля

Раздел 1. Онкологические заболевания челюстно-лицевой области

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: ПК-1

1. Под онкологической настороженностью понимают знание:

- 1) ранних симптомов заболевания
- 2) препаратов для лечения
- 3) профессиональных вредностей
- 4) допустимых доз лучевой терапии
- 5) расположения онкологических служб

Правильный ответ: 1

2. Основным методом профилактики фиброматоза является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) устранение хронической травмы слизистой оболочки
- 5) противовирусная терапия

Правильный ответ: 4

3. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

- 1) физикальный
- 2) биохимический
- 3) гистологический
- 4) биометрический
- 5) иммунологический

Правильный ответ: 3

4. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:

- 1) районному онкологу
- 2) специалисту-радиологу
- 3) участковому терапевту
- 4) хирургу общего профиля
- 5) хирургу-стоматологу

Правильный ответ: 5

5. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:

- 1) TNM
- 2) клиническая
- 3) пятибалльная
- 4) онкологического центра
- 5) гистологическая

Правильный ответ: 1

6. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез:

- 1) в надключичной области
- 2) по переднему краю трапецевидной мышцы
- 3) по переднему краю жевательной мышцы
- 4) горизонтально по верхней шейной складке
- 5) горизонтально по нижней шейной складке

Правильный ответ: 4

7. Клиническим проявлением кисты челюсти является:

- 1) гематома
- 2) симптом Венсана
- 3) нарушение глотания
- 4) плотное обызвествленное образование
- 5) безболезненная деформация в виде вздутия

Правильный ответ: 5

8. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является:

- 1) цистотомия
- 2) цистэктомия
- 3) криодеструкция
- 4) частичная резекция челюсти
- 5) половинная резекция челюсти

Правильный ответ: 1

9. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

- 1) рожистое воспаление
- 2) термический и химические ожоги
- 3) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- 4) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- 5) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

Правильный ответ: 5

10. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»

- 2) костными изменениями типа «матового стекла»
 - 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
 - 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
 - 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
- Правильный ответ: 3

11. Гигантоклеточная опухоль относится к группе:

- 1) истинных опухолей
- 2) опухолеподобных образований
- 3) пороков развития зубных тканей
- 4) злокачественных одонтогенных опухолей
- 5) доброкачественных одонтогенных опухолей

Правильный ответ: 1

12. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы является:

- 1) химиотерапия
- 2) выскабливание опухоли
- 3) блок-резекция челюсти
- 4) хирургическое и лучевая терапия
- 5) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

Правильный ответ: 4

13. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа:

- 1) ветвистой
- 2) капиллярной
- 3) кавернозной
- 4) артериальной
- 5) внутримышечной

Правильный ответ: 1

14. Основным методом лечения лимфангиомы является:

- 1) иссечение
- 2) прошивание
- 3) лучевое воздействие
- 4) склерозирующая терапия
- 5) эмболизация с последующим иссечением

Правильный ответ: 1

15. Основным патогенетическим фактором в течении фиброзной дисплазии является:

- 1) рецидив кисты
- 2) острый пульпит
- 3) перелом челюсти
- 4) очаговое нарушение костеобразования
- 5) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

Правильный ответ: 4

16. Методом лечения сарком челюстно-лицевой области является:

- 1) химиотерапия
- 2) хирургический
- 3) лучевая терапия
- 4) гомеопатический
- 5) сочетанный

Правильный ответ: 2

17. Наиболее чувствительна к лучевой терапии:

- 1) фибросаркома
- 2) остеосаркома
- 3) хондросаркома
- 4) гемангиома
- 5) саркома Юинга

Правильный ответ: 5

18. Первичным элементом экзофитной формы начальной стадии рака языка является:

- 1) гумма
- 2) гиперкератоз
- 3) подслизистый инфильтрат
- 4) некроз слизистой оболочки
- 5) разрастание слизистой оболочки

Правильный ответ: 5

19. Основным методом лечения рака языка является:

- 1) химиотерапия
- 2) хирургический
- 3) лучевая терапия
- 4) комбинированный метод
- 5) гомеопатический

Правильный ответ: 4

20. Основным клиническим проявлением рака слизистой оболочки дна полости рта является:

- 1) воспалительный инфильтрат
- 2) язва без инфильтрации краев
- 3) эрозия без инфильтрации краев
- 4) изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
- 5) гиперемия и отек участка слизистой оболочки

Правильный ответ: 4

21. Основным методом лечения рака нижней губы является:

- 1) физиотерапия
- 2) химиотерапия
- 3) хирургический
- 4) лучевая терапия
- 5) комбинированный метод

Правильный ответ: 5

22. Рак верхнечелюстной пазухи развивается из:

- 1) нервной ткани
- 2) мышечной ткани
- 3) лимфатической ткани
- 4) эпителиальной ткани
- 5) соединительной ткани

Правильный ответ: 4

23. После проведенного радикального лечения предопухолевого заболевания больным необходимо диспансерное наблюдение на протяжении:

- 1) не требуется
- 2) 2 лет
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 года.
- 5) 5 лет

Правильный ответ: 4

24. Длительность периода нетрудоспособности при удалении доброкачественной опухоли челюстно-лицевой области:

1. 10-11 дней
2. 15 - 21 дней
3. 6-8 дней

Правильный ответ: 3

25. Лечение опухолей челюстно-лицевой области в условиях ЧС проводится на этапе медицинской эвакуации:

- 1) первая врачебная медицинская помощь
- 2) специализированная медицинская помощь
- 3) квалифицированная медицинская помощь

Правильный ответ: 3

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача №1

В клинику обратился пациент 32 лет с жалобами на наличие новообразования в области нижней челюсти справа, на отсутствие коронки 21.

Анамнез заболевания: впервые заметил новообразование 6 лет назад, которое незначительно увеличивается в размерах без болевых ощущений. 21 ранее лечен по поводу осложненного кариеса, месяц назад произошел отлом коронки зуба.

Объективно: незначительная асимметрия лица за счет увеличения угла нижней челюсти справа. Региональные лимфатические узлы не пальпируются, нарушение чувствительности подбородка и нижней губы не определяется, рот открывается в полном объеме, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. Полость рта санирована. В области угла нижней челюсти справа отмечается новообразование размером 1,0 x 2,0 см. При пальпации определяются участки флюктуации, чередующиеся с участками уплотнения. Пальпация тела нижней челюсти безболезненна. Зубы нижней челюсти интактны. На рентгенограмме определяется множественные очаги деструкции костной ткани челюсти с четкими границами, 21-определяется неравномерное расширение, деформация периодонтальной щели в апикальном отделе, канал корня заполнен рентгенконтрастным веществом на 2/3 длины.

С

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

П

П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите необходимые дополнительные исследования для уточнения основного диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику. Выберите метод оперативного лечения.
4. Опишите последовательность действий при лечении корня 21.
5. Опишите клинические и лабораторные этапы ортопедического восстановления коронки 21

Ответ.

1. Остеобластокластома нижней челюсти справа. Хронический фиброзный периодонтит 21.
2. Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование.
3. Дифференцировать необходимо с амелобластомой, фиброзной дисплазией нижней челюсти. Операция – резекция нижней челюсти справа в пределах здоровых тканей с одномоментной костной пластикой.
4. Распломбирование канала, прохождение, расширение, антисептическая обработка, определение верхушечного отверстия, пломбирование.
5. Восстановление коронки штифтовой вкладкой, и изготовление керамической коронки. Этапы: а) подготовка канала под штифт, б) моделирование культевой штифтовой конструкции, в) припасовка и цементирование культевой штифтовой конструкции, г) допрепарирование зуба, снятие слепков, д) отливка модели, е) определение центральной окклюзии, ж) определение цвета коронки, з) припасовка коронки, и) цементировка фарфоровой коронки.

Ситуационная задача №2

Больной 52 лет обратился с жалобами на наличие язвы на нижней губе. Из анамнеза: в течение 25 лет работал каменщиком. Сухость и шелушение красной каймы верхней и нижней губы замечал давно, затем 3 года назад на нижней губе появилась незаживающая трещина, 2 месяца назад трещина изъязвилась, лечение мазями не помогает. Курит. Наследственность не отягощена.

Объективно: на красной кайме нижней губы справа язва овальной формы, размером 2х1 см с плотными бугристыми краями, мало болезненна при пальпации, ткани нижней губы по периферии язвы инфильтрированы. В правой поднижнечелюстной области определяется безболезненный, подвижный, плотный лимфатический узел размером 1х2 см. Прикус – ортогнатический

О О О О	С	О О О
18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41		31 32 33 34 35 36 37 38
О О О О		О О О

На верхней и нижней челюстях частичные съемные протезы с удерживающими кламмерами на 13 и 25. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. 12 разрушен на 1/3 высоты коронки, полость зуба вскрыта, зондирование и перкуссия безболезненны. ЭОД - 120мкв. На внутривидеорентгенограмме в области 12 выявлено неравномерное расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз, предварительный диагноз основного заболевания.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какое фоновое заболевание и предрасполагающие факторы способствовало развитию заболевания?
4. Составьте план санации и протезирования больного.
5. Выберите метод хирургического лечения. Дайте рекомендации.

Ответ.

1. Предварительный диагноз: рак нижней губы 2 ст. (T₁, N₁, M₀), хронический фиброзный периодонтит 12. Вторичная частичная адентия 1 класс по Кеннеди.
2. а) рентгенография костей лицевого скелета: обзорная или ОПГ, б) цитологическое исследование мазков-отпечатков, биопсия.
3. Хроническая трещина верхней губы. Курение, условия работы.
 - а) эндодонтическое лечение 12 под контролем рентгенограммы, восстановление анатомической формы 12 фотокомпозитом штифтовой вкладкой и эстетичной коронкой, с облицовкой соответствующая эстетическим требованиям.
 - б) рациональное протезирование, замена съемных пластиночных протезов на бюгельные протезы с литыми кламмерами.

5. Под общим обезболиванием операция - прямоугольная резекция нижней губы с одномоментным восстановлением формы и функции губы пластикой местными тканями и радикальное иссечение всего лимфатического аппарата верхнего отдела шеи и поднижнечелюстной области (операция Ванаха). Исключить курение, горячую и острую пищу, температурные и солнечные воздействия на область нижней губы.

Ситуационная задача №3

Больная Л. 40 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочки правой щеки. Три года назад были удалены 16 и 15, постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в месте дефекта зубного ряда. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочки щеки. Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3х0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С	О	О					П	О	О						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
П П								П П							

На дистально-щечной поверхности 17 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненны, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Последовательность действий при лечении 17.
4. Выберите способ протезирования. Перечислите лабораторные и клинические этапы изготовления протеза на верхнюю челюсть.
5. Укажите причину появления опухолевидного образования у данной больной.

Ответ.

1. Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес 17. Частичная вторичная адентия верхней челюсти 3 класс по Кеннеди.
 2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием.
 3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения.
 4. Металлокерамический или металлокомпозитный мостовидный протез с опорой на 17 и 14. Этапы изготовления: 1. Обезболивание. 2. Препарирование зубов. 3. Снятие слепков. 4. Отливка моделей, изготовление разборной модели. 5. Определение центральной окклюзии. 6. Моделирование каркаса мостовидного протеза. 7. Замена воска на металл (литье). 8. Обработка каркаса. 9. припасовка каркаса металлического мостовидного протеза в полости рта. 10. Определение цвета керамической массы. 11. Нанесение керамической массы, обжиг. 12. Припасовка металлокерамического мостовидного протеза, проверяя во всех видах окклюзии. 13. Глазурирование. 14. Цементирование металлокерамического мостовидного протеза.
- Возможно протезирование на имплантатах.
5. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Ситуационная задача №5

Больной К., 50 лет, обратился с жалобами на боли в области слизистой оболочки щеки справа. Из данных анамнеза: боль появилась после прикусывания щеки 2 дня назад. Курит с 14 лет. 26, 27 зубы ранее лечены по поводу осложненного кариеса.

Объективно: на фоне мутновато-серой слизистой оболочки переднего отдела правой щеки отмечаются бугристые участки роговых масс, дефект эпителия с неровными краями диаметром 0,5 см, мягкой консистенции, болезненный при пальпации.

О О П П П П О
8 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38
R О О П П О

Прикус: перекрестный, вестибулярное смещение 15, 14, 13, оральное – 23, 24, 25. Отмечается стирание эмали, острые режущие края и бугры у зубов 34, 37.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте общее и местное лечение. Выпишите кертопластическое средство.
4. Каким образом можно устранить травму слизистой оболочки.
5. Обоснуйте необходимость и объем хирургического вмешательства.

Ответ

1. Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии правой щеки, осложненная травматической язвой. Хронический периодонтит 48. Перекрестный прикус. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей 2 класс по Кеннеди.

2. Цитологическое исследование мазка со дна язвы. Консультация стоматолога – онколога. Рентгенография в области 26,27 зубов.

3. Общее лечение: Sol. Rethinoli acetatis 3,44% 10,0 (по 10 кап ежедневно утром в течение месяца), «Aeviti» 0,2 - по 1 капсуле 2 – 3 раза в день 20 дней.

Местно: Эпителизирующие средства: «Iruhol»;Rp: Ung. Solcoserili 20,0; Carotolini 100,0; Ol. Rosae 100,0; Sol. Rethinoli acetatis ol. 3,44 % 10,0.

Обезболивающие средства: Мундизал – гель – наносить на язву 2 раза в день.

Rp: Anaesthesini 1,0

Ol. Pesicori 20,0

M.D.S. наносить на язву перед едой.

Обволакивающие средства:Rp: Vinilyni – 100 ml D.S. для обработки полости рта за 15 мин до еды.

Антисептики: Rp: Sol. Dioxydini 0,5% - 5 ml.D.S. для аппликаций 4 – 6 раз в день;

Rp: Sol.Chlorhexidini bigluconatis 0,05% - 100 ml D.S. для полосканий.

4. Сошлифовать острые края зубов, покрыть фторлаком. Изготовить частичный съемный протез на нижнюю челюсть, мостовидный протез – на верхнюю челюсть с опорой на 17 – 15.

5. Необходимо под местным обезболиванием иссечь участок веррукоза в пределах здоровых тканей со срочным гистологическим исследованием, т.к. при хронической травме возрастает риск озлокачествления.

**Оценочные средства для промежуточной аттестации
по дисциплине «Онкологические заболевания челюстно-лицевой области»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся профессиональных (ПК) компетенций:

ПК-1 Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями.

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины.

Результаты обучения по дисциплине соотнесенные с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций.

В результате освоения дисциплины (модуля) «Онкологические заболевания челюстно-лицевой области» запланированы следующие результаты обучения в соотнесении с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
ПК-1	Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями	тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иПК-1.1	<p>Знает: Факторы риска возникновения заболеваний и (или) состояний, в том числе травм, челюстно-лицевой области; Методики обследования пациентов с профильной патологией; Клинических симптомов и синдромы патологических изменений челюстно-лицевой области; Теорию развития злокачественных и доброкачественных опухолей; принципы диагностики в онкологии; Основы дифференциальной диагностики онкологических заболеваний, проявляющихся в челюстно-лицевой области; Принципы диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; Основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями; Критерии постановки диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ</p>	
иПК-1.2	<p>Умеет: Факторы риска возникновения заболеваний и (или) состояний, в том числе травм, челюстно-лицевой области; Методики обследования пациентов с профильной патологией; Клинических симптомов и синдромы патологических изменений челюстно-лицевой области; Теорию развития злокачественных и доброкачественных опухолей; принципы диагностики в онкологии; Основы дифференциальной диагностики онкологических заболеваний, проявляющихся в челюстно-лицевой области;</p>	

	<p>Принципы диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;</p> <p>Основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями;</p> <p>Критерии постановки диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ;</p>
иПК-1.3	<p>Владеет:</p> <p>Методами сбора анамнеза; Комплексом методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями и интерпретацией результатов инструментальных обследований пациентов (включая рентгенологические методы);</p> <p>Алгоритмами ранней и дифференциальной диагностики (выявления) онкологических и предраковых заболеваний;</p> <p>Навыком установления диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).</p>
Планируемые результаты обучения	<p>По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты:</p> <p>В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты:</p> <p>Обладает онкологической настороженностью;</p> <p>Оценивает состояние пациента;</p> <p>Знает методы диагностики онкологических заболеваний челюстно – лицевой области;</p> <p>Интерпретирует результаты лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов с онкологическими заболеваниями ЧЛЮ;</p> <p>Устанавливает предварительный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Проводит дифференциальную диагностику</p> <p>Устанавливает окончательный диагноз в соответствии с (МКБ)</p>

Процедура оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Компоненты контроля и их характеристика

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, Индивидуальный
5.	Метод контроля	Собеседование (устный опрос), проверка практических навыков, стандартизированный контроль (тестовые задания с эталонами ответа, ситуационные задачи)

Критерии оценки методов контроля представлены в положениях о текущем контроле и промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к промежуточной аттестации

Компетенции: ПК-1

1. Опухоли и опухолеподобные образования. Классификация опухолей челюстно-лицевой области.
2. Современные представления о биологической сущности опухолей. Теории канцерогенеза.
3. Методы обследования и диагностики больных со злокачественными опухолями ЧЛО.
4. Неодонтогенные опухоли челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
5. Остеогенные опухоли (хондрома, миксома, остеобластокластома). Клиника, диагностика, лечение.
6. Неостеогенные опухоли челюстей (внутрикостная фиброма, невринома, эозинофильная гранулема, холестеатома). Клиника, диагностика, лечение.
7. Опухолеподобные образования челюстей (фиброзная дисплазия, гиперпаратиреоидная остеодистрофия (болезнь Реклингхаузена) и деформирующая остеодистрофия (деформирующий остит, болезнь Педжета). Клиника, диагностика, лечение.
8. Предраковые заболевания лица и полости рта. Классификация предраковых заболеваний.
9. Рак кожи лица, нижней губы, слизистой оболочки полости рта, языка, верхней и нижней челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
10. Рак верхней челюсти. Статистика. Клиника, диагностика.
11. Дифференциальная диагностика с верхнечелюстным синуситом, остеомиелитом и саркомой верхней челюсти.
12. Рак нижней челюсти. Статистика. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика рака нижней челюсти с остеомиелитом и саркомой нижней челюсти. Методы хирургического лечения рака нижней челюсти.
13. Саркомы челюстно-лицевой области. Лимфопролиферативные заболевания. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Доброкачественные опухоли (аденома слюнных желёз, аденолимфома слюнных желёз, полиморфная аденома). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения.
15. Злокачественные опухоли (мукоэпидермоидная опухоль, цилиндрома, аденокарцинома, саркома). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Тесты для промежуточной аттестации

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: ПК-1

Вопрос № 1

Какая опухоль не относится к группе фибром:

1. твердая фиброма;
2. гибернома;
3. десмоид;
4. гистиоцитома.

Ответ: 2

Вопрос № 2

Шваннома - это синоним какой опухоли:

1. невриномы;
2. нейрофибромы;
3. невриномы и нейрофибромы;
4. ганглионевромы.

Ответ: 1

Вопрос № 3

Меланома не развивается на фоне:

1. пигментного невуса;
2. внешне неизменной кожи;
3. роговой кератомы;
4. меланоза Дюбрея.

Ответ: 2

Вопрос № 4

На слизистой оболочке нижней губы у больного имеется ограниченный очаг ярко-красного цвета с бархатистой или слегка шелушащейся поверхностью. При микроскопии отпечатков с очага обнаружены клетки многослойного плоского эпителия, явления очагового дискератоза отсутствуют. Какому заболеванию соответствует клиническое описание:

1. бородавчатый предрак красной каймы;
2. ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;
3. болезнь Боуэна;
4. эритроплазия Кейра.

Вопрос № 5

Если сосудистая опухоль растет из эндотелия стенки сосудов, то она называется:

1. ангиоэндотелиома;
2. ангиоперицитомы;
3. гемангиома;
4. гемангиосаркома.

Ответ: 2

Вопрос № 6

Фолликулярная кератома - это:

1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
4. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой.

Ответ: 3

Вопрос № 7

Твердая фиброма кожи состоит из:

1. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
2. волокнистой соединительной и жировой ткани;
3. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
4. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

Ответ: 1

Вопрос № 8

Рак кожи лица T4N2M0. Какая это стадия распространения рака:

1. Четвертая;
2. первая;
3. вторая;
4. Третья.

Ответ: 1

Вопрос № 9

Некротизирующая (обызвествленная) эпителиома Малерба - это:

1. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
2. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
3. доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
4. доброкачественное новообразование гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

Ответ: 4

Вопрос № 10

У больного имеется опухоль размером 2,5х3 см шаровидной формы, локализованная в мягких тканях подподбородочной области. Мягкой консистенции, с гладкой поверхностью, границы нечеткие, подвижная, безболезненная. Кожа над опухолью в цвете не изменена, собирается в складку. Какой опухоли соответствует данное клиническое описание:

1. липома;
2. фиброзный эпюлид;
3. гемангиома;
4. лимфангиома.

Ответ: 2

Вопрос № 11

Цилиндрома кожи - это:

1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
4. доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи характеризуется дольчатым строением и содержит полости.

Ответ: 2

Вопрос № 12

Злокачественная опухоль, развивающаяся из стенки кровеносных сосудов:

1. ангиосаркома, лимфангиосаркома;
2. ангиосаркома, ангиоэндотелиома, ангиоперицитомы;
3. лимфангиосаркома;
4. гемангиома.

Ответ: 2

Вопрос № 13

Трихоэпителиома - это:

1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
4. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой.

Ответ: 2

Вопрос № 14

У больного имеется множественное число пузырей на слизистой оболочке полости рта и губах, а также коже. Положительный симптом Никольского, а в мазках-отпечатках выявлены клетки Тцанка. Какое заболевание предположительно имеется у этого больного:

1. хейлит Манганотти;
2. пузырчатка;
3. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
4. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

Ответ: 2

Вопрос № 15

Болезнь Боуэна - это:

1. своеобразная разновидность старческой кератомы;
2. внутриэпидермальный кожный рак;
3. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
4. псевдокарциноматозный моллюск.

Ответ: 2

Вопрос № 16

Рак кожи лица T1N3M0. Какая это стадия распространения рака:

1. третья;
2. первая;
3. Четвертая;
4. Вторая.

Ответ: 3

Вопрос № 17

На коже лица имеется одиночная плотная и безболезненная папула коричневого цвета, размером 0,5x0,5 см, форма округлая. В центре папулы растет волос. Какое заболевание кожи выявлено у больного:

1. пиогенная гранулема;
2. невус;
3. меланома;
4. фиброма.

Ответ: 2

Вопрос № 18

Какое из заболеваний следует отнести к облигатному предраку красной каймы губ:

1. кератоакантома;
2. кожный рог;
3. постлучевой стоматит;
4. хейлит Манганотти.

Ответ: 4

Вопрос № 19

У больного на слизистой оболочке щек имеются плоские элементы, которые напоминают участки ожога с четкими границами, бело-серого цвета, который не снимается при интенсивном поскабливании. Какой вид лейкоплакии описан на данном примере:

1. Таппейнера;
2. простая;
3. эрозивно-язвенная;
4. Веррукозная.

Ответ: 2

Вопрос № 20

У больного на красной кайме губы имеется ограниченный очаг поражения полигональной формы размером до 1 см. Поверхность покрыта тонкими чешуйками серовато-коричневого цвета, плотно сидящие на основании. Очаг не возвышается над уровнем красной каймы. На ощупь он мягкий, а поверхностный слой плотный, безболезненный. Какое заболевание имеется у этого больного:

1. бородавчатый предрак красной каймы;
2. ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;
3. болезнь Боуэна;
4. эритроплазия Кейра.

Ответ: 2

Вопрос № 21

Какое из заболеваний следует отнести к облигатному предраку красной каймы губ:

1. лейкоплакия;
2. кератоакантома,
3. кожный рог;
4. ограниченный гиперкератоз.

Ответ: 4

Вопрос № 22

Сифилитическая язва имеет следующий вид:

1. края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит, основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;
2. края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала) язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
3. края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
4. края язвы плотные неровные и подрытые дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации.

Ответ: 2

Вопрос № 23

Актиномикотическая язва имеет следующий вид:

1. края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное язва безболезненная при пальпации;
2. края язвы четкие гладкие и плотные дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала) язва округлой формы основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
3. края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
4. края язвы плотные, неровные и подрытые, дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы болезненная при пальпации.

Ответ: 4

Вопрос № 24

Дерматофиброма (гистиоцитома) состоит из:

1. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
2. волокнистой соединительной и жировой ткани;
3. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
4. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

Ответ: 4

Вопрос № 25

Найдите описание клинической картины, которая соответствует эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая:

1. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителии приподняты в виде валика;
2. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;
3. имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
4. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

Ответ: 3

Вопрос № 26

Раковая язва имеет следующий вид:

1. края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва)- дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;
2. края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала)' язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
3. края язвы мягкие подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыта мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная- основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
4. края язвы плотные, неровные и подрытые: дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы болезненная при пальпации.

Ответ: 1

Вопрос № 27

Найдите описание клинической картины, которая характерна для пузырчатки:

1. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителии приподняты в виде валика,
2. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;
3. имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
4. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности, шероховатой на ощупь, слегка

возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

Ответ: 2

Вопрос № 28

У больного в мягких тканях дна полости рта имеется опухолевидное образование в виде диффузного разрастания. Кожа над опухолью в цвете не изменена. Опухоль мягкой консистенции, безболезненная. При сжатии она изменяет форму. При пункции удалось получить светлую жидкость. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание:

1. фиброзный эпюлид;
2. ангиоматозный эпюлид;
3. гемангиома;
4. лимфангиома.

Ответ: 4

Вопрос № 29

У больного пожилого возраста на красной кайме губы имеется эрозия овальной формы размером около 1 см с гладким красноватым дном, не кровоточащая, безболезненная. По краям эрозии эпителий приподнят в виде валика. Эрозия местами покрыта коркой, удаление которой сопровождается кровоточивостью. Эрозия существует в течение одного месяца. Какое заболевание красной каймы губ имеется у больного:

1. хейлит Манганотти;
2. пузырьчатка;
3. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
4. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

Ответ: 1

Вопрос № 30

Кератоакантома - это:

1. своеобразная разновидность старческой кератомы;
2. внутриэпидермальный кожный рак;
3. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
4. псевдокарциноматозный моллюск.

Ответ: 4

Вопрос № 31

Рак нижней губы T2N0M0. Какая это стадия распространения рака:

1. первая
2. вторая
3. третья
4. четвертая.

Ответ: 2

Вопрос № 32

Как называется опухоль, которая развивается из сухожильных и фасциально-апоневротических структур:

1. фибролипома;
2. ангиофиброма;
3. гибернома;
4. десмоид.

Ответ: 4

Вопрос № 33

Рак нижней губы T3N0M0. Какая это стадия распространения рака:

1. первая;
2. вторая;
3. третья;
4. четвертая.

Ответ: 3

Вопрос № 34

Когда при липоме может появляться симптом псевдофлюктуации:

1. при ее расположении в толще больших слюнных желез;
2. при ее локализации в толще собственно жевательной мышцы;
3. при поверхностном расположении липомы;
4. при фибролипоме.

Ответ: 3

Вопрос № 35

Различают следующие варианты лимфедемы губ:

1. малабильная и стабильная;
2. транзиторная, лабильная, стабильная;
3. ограниченная и разлитая;
4. ограниченная, разлитая, диффузная.

Ответ: 2

Вопрос № 36

На слизистой оболочке полости рта у больного имеются папулы в виде кружевных белесоватых налетов. На их фоне выявлены эрозии и длительно незаживающие язвы. Вокруг эрозии имеется ярко-красная эритема. Дно язв покрыто налетом грязно-серого цвета, а их края приподняты, неровные, на ощупь мягкие, болезненные, кровоточивы. Какое заболевание имеется у данного больного:

1. хейлит Манганотти;
2. пузырьчатка;
3. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
4. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

Ответ: 3

Вопрос № 37

Синоним кожного рога:

1. внутриэпидермальный кожный рак;
2. роговая кератома;
3. кератоакантома;
4. лейкоплакия бородавчатая.

Ответ: 2

Вопрос № 38

У больного два года назад на коже щеки появилась безболезненная опухоль плотной консистенции, выступающая над поверхностью кожи. Образование подвижное, имеет цвет нормальной кожи, поверхность опухоли гладкая. Какое заболевание кожи выявлено у больного:

1. меланома;
2. фиброма;
3. базалиома;
4. плоскоклеточный рак.

Ответ: 2

Вопрос № 39

Рак кожи лица T4N0M0. Какая это стадия распространения рака:

1. Первая;
2. вторая;
3. третья;
4. четвертая.

Ответ: 4

Вопрос № 41

У больного заболевание началось с появления на коже щеки плотного, возвышающегося над кожей узла, имеющего в центре участок западения, который заполнен роговыми массами.

Через 3-4 недели это образование достигло 2-х см в диаметре. После удаления образования характерным морфологическим признаком был очаговый акантоз, наличие «роговой чаши».

Какое заболевание имелось у больного:

1. эритроплазия Кейра;
2. простые бородавки;
3. кератоакантома;
4. кожный рог.

Ответ: 3

Вопрос № 42

Как называется множественный липоматоз:

1. Мезенхимомы;
2. гибернома;
3. болезнь Маделунга;
4. Липосаркома.

Ответ: 3

Вопрос № 43

Рак слизистой оболочки рта T2N3M0. Какая это стадия рака:

1. вторая;
2. третья;
3. первая;
4. четвертая.

Ответ: 4

Вопрос № 44

Если, по каким-либо причинам, не удастся удалить базалиому, то применяют:

1. лучевую терапию;
2. химиотерапию;
3. назначают антибиотики;
4. наблюдают.

Ответ: 1

Вопрос № 45

По микроскопическому строению базалиома не бывает:

1. мультицентрической;
2. солидной;
3. кавернозной;
4. кистозной.

Ответ: 3

Вопрос № 46

Рак кожи лица T1 N1M1. Какая это стадия распространения рака:

1. вторая;
2. третья;
3. первая;
4. четвертая.

Ответ: 4

Вопрос № 47

Рак кожи лица T0N1M1. Какая это стадия распространения рака:

1. Четвертая;
2. вторая;
3. Первая;
4. третья.

Ответ: 1

Вопрос № 48

У больного 70 лет в области вершины и крыльев носа имеется бугристое новообразование, размером 2,5х3 см, мягкой консистенции с блестящей салыной поверхностью, багрово-синюшного цвета. На поверхности кожи - телеангиэктазии. При сдавливании образования из устьев салыных желез выделяется зловонное кожное сало. Какой диагноз Вы установите этому больному:

1. хемодектома;
2. мезенхимома;
3. лимфогрануломатоз;
4. ринофима.

Ответ: 4

Вопрос № 49

По строению гемангиомы мягких тканей бывают:

1. капиллярная, плоская, сенильная;
2. ветвистая, гроздевидная, рацемозная;
3. капиллярная, ветвистая, кавернозная;
4. смешанная.

Ответ: 3

Вопрос № 50

Больная обратилась с жалобами на болезненную опухоль, локализованную в околоушно-жевательной области, появившуюся около полугода назад. При осмотре выявлено, что опухоль находится в позадичелюстной ямке, плотной консистенции, шаровидной формы, с гладкой поверхностью, малоподвижная. При оскале зубов мышцы со стороны опухоли отстают в движении. После удаления образования получено патоморфологическое заключение - опухоль состоит из протоплазматического синцития с включением лимфоцитов. Как называется эта опухоль:

1. Невринома;
2. Нейрофиброматоз;
3. посттравматическая неврома;
4. хемодектома.

Ответ: 1

Вопрос № 51

Меланома - это:

1. злокачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток;
2. доброкачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток;
3. врожденный порок развития кожи;

4. опухолеподобное образование.

Ответ: 1

Вопрос № 52

В толще мягких тканей подподбородочной области у больного локализуется опухоль плотной консистенции размером 2х2 см. Опухоль округлой формы с гладкой поверхностью, ограничена от окружающих тканей, подвижная, безболезненная, не связанная с окружающими тканями. Какой опухоли наиболее соответствует данное клиническое описание:

1. липома;
2. фиброма,
3. симметричная фиброма;
4. фиброматозные разрастания.

Ответ: 2

Вопрос № 53

Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку красной каймы губ:

1. лейкоплакия;
2. бородавчатый предрак;
3. ограниченный гиперкератоз;
4. хейлит Манганотти.

Ответ: 1

Вопрос № 54

Аденома сальных желез кожи - это:

1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
4. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой.

Ответ: 4

Вопрос № 55

Рост фиброматозных разрастаний прогрессирует при:

1. сердечных заболеваниях;
2. желудочно-кишечных заболеваниях;
3. беременности;
4. истощении.

Ответ: 3

Вопрос № 56

Мягкая фиброма кожи состоит из:

1. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
2. волокнистой соединительной и жировой ткани;
3. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
4. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

Ответ: 2

Вопрос № 57

Какой симптом не является признаком озлокачествления предраковых заболеваний:

1. уплотнение у основания эрозии;
2. кровоточивость;
3. усиление ороговения патологического образования;
4. эрозии покрываются гнойным налетом.

Ответ: 4

Вопрос № 58

У больного в толще мягких тканей боковой поверхности шеи имеется плотное, округлое образование, с четкими контурами, размером 2,5 см в диаметре, безболезненное. Для опухоли характерно наличие смещаемости в горизонтальном направлении и ограничение подвижности в вертикальном направлении. При пальпации определяется пульсация образования, а при аускультации - прослушивается шум. Как называется эта опухоль:

1. невринома;
2. нейрофиброматоз;
3. посттравматическая неврома;
4. хемодектома.

Ответ: 4

Вопрос № 59

Рак слизистой оболочки полости рта T3N1 MO. Какая это стадия распространения рака:

1. первая;
2. третья;
3. вторая;
4. четвертая.

Ответ: 2

Вопрос № 60

Ангиофиброма кожи состоит из:

1. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
2. волокнистой соединительной и жировой ткани;
3. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
4. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

Ответ: 3

Вопрос № 61

У больного 60 лет в области ментального отверстия нижней челюсти пальпируется плотное, болезненное образование размером 0,5 см, округлой формы, малоподвижное. Появилось это образование после ношения съемного зубного протеза на нижней челюсти. При осмотре полости рта выявлено, что это образование можно прощупать под слизистой оболочкой (ближе к переходной складке) в виде округлого новообразования. Какое заболевание выявлено у больного?

1. невринома;
2. нейрофиброматоз;
3. посттравматическая неврома;
4. ринофима.

Ответ: 3

Вопрос № 62

Для склерозирующего лечения гемангиомы, расположенной в глубине мягких тканей, не используется:

1. 70%этиловый спирт;
2. 20% раствор натрия хлорида;
3. 65% раствор глюкозы;
4. жидкий азот.

Ответ: 4

Вопрос № 63

Какое из заболеваний относится к облигатным предракам:

1. Лейкоплакия;
2. болезнь Боуэна;
3. Папилломатоз;
4. постлучевой стоматит.

Ответ: 2

Вопрос № 64

Неврилеммома - это синоним какой опухоли:

1. невриномы;
2. нейрофибромы;
3. невриномы и нейрофибромы;
4. ганглионевромы.

Ответ: 1

Вопрос № 65

На язычной поверхности нижней челюсти в области моляра имеются сливообразные опухоли плотной консистенции, размером 1,5x2,5 см. Между зубами и опухолью имеется щель, где скапливаются остатки пищи. Образование покрыто неизменной слизистой оболочкой с гладкой поверхностью, малоподвижное, безболезненное. Какой опухоли соответствует данное клиническое описание:

1. липома;
2. фиброма;
3. симметричная фиброма,
4. фиброматозные разрастания.

Ответ: 3

Вопрос № 66

Рак слизистой оболочки рта T2N2M0. Какая это стадия рака:

1. вторая;
2. третья;
3. первая;
4. Четвертая.

Ответ: 4

Вопрос № 67

Рак кожи лица T3N2M0. Какая это стадия распространения рака:

1. вторая;
2. третья;
3. первая;
4. четвертая.

Ответ: 4

Вопрос № 68

Как называются неврогенные опухоли мягких тканей, которые развиваются из оболочек периферических нервов:

1. невриномы;

2. нейрофибромы;
3. невриномы и нейрофибромы;
4. ганглионевромы.

Ответ: 3

Вопрос № 69

У больного молодого возраста на красной кайме губ имеется ограниченное образование полушаровидной формы диаметром до 0,5 см, плотной консистенции. Поверхность его серовато-розового цвета с небольшим количеством плотно сидящих белесоватых чешуек. Эпителий вокруг образования не изменен. Какой диагноз Вы поставите больному:

1. бородавчатый предрак красной каймы;
2. ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;
3. болезнь Боуэна;
4. эритроплазия Кейра.

Ответ: 1

Вопрос № 70

Злокачественная опухоль, развивающаяся из стенки лимфатического сосуда:

1. ангиосаркома, лимфангиосаркома;
2. ангиосаркома, ангиоэндотелиома ангиоперицитомы;
3. лимфангиосаркома;
4. гемангиома.

Ответ: 3

Вопрос № 71

Трофическая язва имеет вид:

1. края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета форма - неправильная, основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
2. края язвы плотные, неровные и подрытые; дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации;
3. края язвы мягкие, отечные, неровные дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом форма язвы - линейная или неровная, основание язвы - мягкое, болезненное при пальпации;
4. края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма - неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти, язва малоболлезненная при пальпации.

Ответ: 4

Вопрос № 72

У молодого человека на слизистой оболочке щеки на фоне участка возвышения имеется мягкий неснимаемый налет серого цвета, форма его мозаичная, очаги разрыхлены и покрыты множеством чешуек. Какой вид лейкоплакии приведен в описании:

1. Таппейнера;
2. эрозивно-язвенная;
3. Веррукозная;
4. мягкая.

Ответ: 4

Вопрос № 73

У больного в толще мягких тканей боковой поверхности шеи имеется плотноэластичной консистенции образование, округлой формы, с четкими контурами, размером 3,5 см в диаметре. После удаления опухоли получено патоморфологическое заключение, что опухоль состоит из жировой, фиброзной, сосудистой и хрящевой ткани, а также имеет участки ослизнения. Какая опухоль была удалена у больного:

1. хеMODEKтoмa;
2. мезенхимoмa;
3. лимфoгрануломaтoз;
4. ринoфимa.

Ответ: 2

Вoпpoc № 74

Рак кoжи лица T4N1 M0. Какaя этo стaдия рaспрoстрaнения рaкa:

1. пepвaя;
2. втopая;
3. тpeтья;
4. чeтвepтaя.

Ответ: 4

Вoпpoc № 75

У бoльнoгo пoжилoгo вoзрaстa имeeтcя язва oкpyглoй фoрмы, рaспoлoжeннaя нa слизистoй oбoлoчкe щeки. Крaя ee инфильтpиpoвaны, днo м'ягкoe и пoкpытo нaлeтoм фибpинa, нe кpoвoтoчит. Из aнaмнeзa в'яcнeнo, чтo язва пoявилaсь пocлe нoшeния c'ємнoгo зyбнoгo пpотeзa. Пocлe ee пoявлeния пpотeз бoльнoй нe нocит, нo в тeчeниe мeсяцa oнa нe иcчeзлa. Какoe зaбoлeвaниe имeeтcя у этoгo бoльнoгo:

1. пyзыpчaткa;
2. эpoзивнo-язвeннaя фoрмa кpacнoгo плoскoгo лишaя;
3. эpoзивнo-язвeннaя фoрмa лeйкoплaкии;
4. хpoничeскaя язва слизистoй oбoлoчки пoлocти ртa.

Ответ: 4

Вoпpoc № 76

Пиoгeннaя гpaнулeмa - этo:

1. oпуxoлeпoдoбнoe oбpaзoвaниe кoжи;
2. дoбpoкaчeствeннaя oпуxoль кoжи c экcпaнcивным pocтoм;
3. дoбpoкaчeствeннoe нoвooбpaзoвaниe c мecтным дeстpуиpующим pocтoм;
4. злoкaчeствeннaя oпуxoль кoжи.

Ответ: 1

Вoпpoc № 77

Мeзeнхимoмa - этo oпуxoль, cocтoящaя из:

1. жирoвoй ткaни;
2. фибpознoй ткaни;
3. жирoвoй, фибpознoй, cocyдистoй и pыхлoй coeдинитeльнoй ткaни;
4. жирoвoй, фибpознoй и нeврoгeннoй ткaни.

Ответ: 3

Вoпpoc № 78

Лимфaнгиoмa пo cтpoeнию бывaeт:

1. кaпилляpнaя, плoскaя, ceнильнaя;
2. вeтвистaя, гpoздeвиднaя, рaцeмoзнaя;
3. кaпилляpнaя, вeтвистaя, кaвepнoзнaя, смeшaннaя;
4. кaпилляpнaя, кистoзнaя, кaвepнoзнaя.

Ответ: 2

Вопрос № 79

Какие формы лейкоплакий следует отнести к предраковым заболеваниям:

1. лейкоплакия Таппейнера,
2. плоская лейкоплакия
3. эрозивно-язвенная и плоская лейкоплакия;
4. эрозивно-язвенная и веррукозная лейкоплакия.

Ответ: 4

Вопрос № 80

Как называются неврогенные опухоли мягких тканей, которые развиваются из параганглионарных структур:

1. невриномы;
2. невриномы и нейрофибромы;
3. ганглионевромы;
4. хемодектомы.

Ответ: 4

Вопрос № 81

У больного имеется на коже нижней губы три узелка, которые резко возвышаются над окружающей кожей. Узелки без признаков воспаления, с сосочковидной поверхностью, покрытые гиперкератотическими массами. Образования плотные, небольших размеров, полушаровидной формы, серо-желтого цвета. Одно из них появилось первым, другие впоследствии. Какое заболевание выявлено у больного:

1. болезнь Боуэна;
2. эритроплазия Кейра;
3. простые бородавки;
4. кератоакантома.

Ответ: 3

Вопрос № 82

Найдите описание клинической картины абразивного хейлита Манганотти:

1. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см с гладким красноватым дном, некротоочащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;
2. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;
3. имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
4. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

Ответ: 1

Вопрос № 83

Кожный рог - это:

1. своеобразная разновидность старческой кератомы;
2. внутриэпидермальный кожный рак;
3. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
4. псевдокарциноматозный моллюск.

Ответ: 1

Вопрос № 84

У больного имеется на слизистой оболочке щек бляшки белого цвета, которые не выступают над уровнем слизистой оболочки, четких границ нет. На фоне бляшек видны углубления красного цвета. Это описание какого вида лейкоплакий:

1. Тапшейнера;
2. Простой;
3. плоской;
4. эрозивно-язвенной.

Ответ: 1

Вопрос № 85

Озлокачествленная рабдомиома - это:

1. рабдомиосаркома;
2. лейомиосаркома;
3. недифференцированная саркома;
4. ангиосаркома.

Ответ: 1

Вопрос № 86

Рак слизистой оболочки полости рта T1 N1 M0. Какая это стадия распространения рака:

1. первая;
2. вторая;
3. третья;
4. Четвертая.

Ответ: 3

Вопрос № 87

Экзофитная (папиллярная) форма рака редко встречается на:

1. слизистой оболочке полости рта;
2. нижней губе;
3. верхней губе;
4. коже лица и шеи.

Ответ: 1

Вопрос № 88

Рак кожи лица T3N3M0. Какая это стадия распространения рака:

1. вторая;
2. третья;
3. первая;
4. четвертая.

Ответ: 4

Вопрос № 89

У больного имеется безболезненное разрастание десны у шейки зуба темно-красного цвета, неправильной формы, бугристого строения. Поверхность образования гладкая, покрыта неизменной слизистой оболочкой, не кровоточит, плотнее на ощупь. Рядом расположенные зубы неподвижные. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание:

1. фиброзный эпюлид;
2. ангиоматозный эпюлид;
3. гемангиома;
4. Лимфангиома.

Ответ: 1

Вопрос № 90

Рак кожи лица T1N0M1. Какая это стадия распространения рака:

1. третья;
2. Четвертая;
3. первая;
4. вторая.

Ответ: 2

Вопрос № 91

На внешне неизменной коже лица больного полгода назад появилось втянутое вовнутрь кожи пятно темно-бурого (почти черного) цвета размером до 1,5 см, которое постепенно увеличивается и приобретает округлую форму. Пятно не выступает над поверхностью здоровой кожи. Через 2 месяца пятно уплотнилось, а месяц назад превратилось в бляшку черного цвета с блестящей поверхностью. Регионарные лимфоузлы увеличены, безболезненные. Какая опухоль развилась у больного:

1. внутриэпидермальный рак;
2. ботриомикрома;
3. меланома;
4. сосочковая голая эпителиома.

Ответ: 3

Вопрос № 92

Рак кожи лица T2N2M1. Какая это стадия распространения рака:

1. третья;
2. вторая;
3. первая;
4. четвертая.

Ответ: 4

Вопрос № 93

Лечение меланомы кожи:

1. хирургическое;
2. консервативное;
3. комбинированное (вначале лучевое, а затем хирургическое);
4. Химиотерапия.

Ответ: 3

Вопрос № 94

На коже нижней губы у больного три месяца назад появилось плотная опухоль размером 0,5x0,5 см на широкой ножке. Поверхность ее была бугристой, покрытая роговыми чешуйками. После травмы опухоль изъязвилась, в последствие возникают частые кровотечения со стороны язвы. Вокруг язвы - инфильтрация ткани. Какое заболевание кожи выявлено у больного:

1. меланома;
2. фиброма;
3. базалиома;
4. плоскоклеточный рак.

Ответ: 4

Вопрос № 95

У мужчины пожилого возраста имеются одиночные эрозии и язвы на слизистой оболочке полости рта, которые располагаются на фоне плоских участков сероватого цвета с четкими границами (напоминают налет, неснимаемый даже при интенсивном поскабливании). Очаги

плотноваты на ощупь, шероховаты, безболезненные. Какое заболевание имеется у этого больного:

1. хейлит Манганотти;
2. пузырьчатка;
3. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
4. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

Ответ: 4

Вопрос № 96

У больного имеется в мягких тканях подподбородочной области безболезненная опухоль мягкой консистенции, без четких границ. Кожа над опухолью в цвете не изменена. При сжатии опухоли она уменьшается в размерах, а при наклоне головы - увеличивается. При пункции получена кровь. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание:

1. фиброзный эпюлид;
2. ангиоматозный эпюлид;
3. гемангиома;
4. лимфангиома.

Ответ: 3

Вопрос № 97

Синоним пиогенной гранулемы:

1. роговая кератома;
2. ботриомикома;
3. старческая кератома;
4. внутриэпидермальный рак.

Ответ: 2

Вопрос № 98

У больного имеется обезображивание лица за счет наличия бугристой опухоли с относительно четкими границами, которая локализуется в мягких тканях правой половины лица, в полости рта, на альвеолярном отростке, небе, губах и шее с этой же стороны. Кожа над опухолью неравномерно пигментирована, опухолевые узлы безболезненные, подвижные, мягкой и эластичной консистенции. Какой предварительный диагноз Вы поставите больному:

1. невринома;
2. нейрофиброматоз;
3. посттравматическая неврома;
4. хемодектома.

Ответ: 2

Вопрос № 99

Инфильтративная форма рака редко встречается на:

1. слизистой оболочке полости рта;
2. нижней губе;
3. верхней губе;
4. коже лица и шеи.

Ответ: 1

Вопрос № 100

Шваннома - это синоним какой опухоли:

1. невриномы;
2. нейрофибромы;
3. невриномы и нейрофибромы;
4. ганглионевромы.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Больная, 42 года, жалуется на образование в области десны с вестибулярной поверхности в проекции 37 и 38 зуба. В левой подчелюстной области пальпируется группа лимфатических узлов с ограниченной подвижностью. При осмотре определяется новообразование, размером до 3,0 см, на широком основании, начинающиеся от шеек 37 и 38 зубов до переходной складки. На вершине образования имеется язвенная поверхность, легко кровоточащая, безболезненная, 37 и 38 зубы подвижность IV степени. В течение последних 5-6 месяцев у больной дважды проводилась операция по иссечению эпюлиса нижней челюсти в этой области без гистологического исследования. При рентгенологическом исследовании тела нижней челюсти слева определяется участок деструкции костной ткани альвеолярного отростка в области корней 37 и 38 зубов, без четких границ с узурированной структурой. У 37 зуба дистальный и у 38 зуба медиальные корни резорбированы на 1/3 от верхушек корней. Вопросы:

1. Проведите дифференциальный диагноз
2. Какие необходимые исследования надо провести для постановки окончательного диагноза?

Ответ:

1. На основании анамнеза (новообразование дважды иссекалось) и наличие рецидива, осмотра (имеется язвенная поверхность), резкой подвижности 37 и 38 зубов, рентгенологического исследования (деструкции костной ткани альвеолярного отростка в области корней 37 и 38 зубов, без четких границ с узурированной структурой. У 37 зуба дистальный и у 38 зуба медиальные корни резорбированы на 1/3 от верхушек корней), можно предположить наличие рецидива гигантоклеточного эпюлиса, остеокластомы или о возможном их озлокачествлении на фоне двух рецидивов, что подтверждается наличием увеличенных лимфатических узлов в подчелюстной области слева.
2. Для уточнения диагноза необходимо провести морфологическое исследование, в данном случае – гистологическое новообразования, цитологическое – лимфатических узлов.

Ситуационная задача №2

Больной, 39 лет, обратился в клинику с направлением по поводу хронического остеомиелита тела нижней челюсти в области 34,35,36 зубов. Из анамнеза выяснено, что остро начала заболевания не было. Боли появились около 3 месяцев назад и были не сильными, продолжались не более недели, затем появилось онемение нижней губы слева и припухлость тела нижней челюсти с вестибулярной поверхности на уровне 34,35,36 зубов. Подъем температуры тела не отмечается. При обследовании больного выявлено, что 34,35,36 зубы внешне интактные, ЭОД этих зубов свыше 200мА. При рентгенологическом исследовании отмечается разрежение участка костной ткани тела нижней челюсти слева без четких границ, в диаметре до 2,0 см, который примыкает к левому нижнечелюстному каналу на уровне 35,36 зубов. После УВЧ-терапии (6 сеансов) интенсивность развития процесса усилилась. При наружном обследовании пальпируются два лимфатических узла в левой подчелюстной области, плотные, безболезненные, подвижные, размером 1,5-2,0 см.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз с помощью дифференцирования

2.Поставьте окончательный диагноз и наметьте план лечения.

Ответ:

1.На основании анамнеза и клинического осмотра можно предположить как остеомиелитический, так и онкологический процесс в области нижней челюсти слева, т.к. нет полной клинической картины. Данные ЭОД и рентгенологического исследования, наличие безболезненных лимфатических узлов, а также отсутствие явных признаков воспаления предполагают злокачественность процесса.

2.Диагноз первичный рак нижней челюсти слева. Для подтверждения диагноза следует сначала провести цитологическое исследование лимфатических узлов. При подтверждении злокачественности процесса необходима госпитализация в онкологический центр для лечения – резекция половины нижней челюсти слева с одномоментным удалением лимфатических узлов.

Ситуационная задача №3

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резкой болезненности под языком справа. Боли беспокоят более двух месяцев. В последнее время появилось затруднение движения языка. На общее состояние здоровья больной жалоб не предъявляет. Из анамнеза выяснено, что больной много курит и употребляет алкоголь, особенно, последние пять лет, любит острую пищу. При внеротовом обследовании определяется одиночные, увеличенные, подвижные лимфатические узлы в подчелюстной области и в среднебоковом отделе шеи справа. При интраоральном обследовании обнаружен участок слизистой оболочки полости рта с выраженным гиперкератозом протяженностью более 4,0 см, располагающийся между подъязычным валиком и телом нижней челюсти справа. В центре и в глубине этого участка имеется щелевидная язва протяженностью около 2,0 см. При пальпации определяется значительное уплотнение мягких тканей вокруг язвы, спаянное с телом нижней челюсти справа. При рентгенологическом обследовании тела и ветви нижней челюсти справа определяется участок резорбции кортикальной пластинки внутренней поверхности тела нижней челюсти справа.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз и дайте его обоснование
- 2.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3.Укажите источник поражения нижней челюсти.

Ответ:

1.На основании анамнеза, характера язвы и окружающих тканей, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов можно предположить злокачественное новообразование – рак дна полости рта с распространением на нижнюю челюсть справа.

2.Дополнительно необходимо провести рентгенологическое исследование нижней челюсти в боковой проекции и получить данные цитологического или гистологического исследования

3.Источник вторичного поражения нижней челюсти справа – слизистая оболочка дна полости рта.

Ситуационные задачи для самостоятельного решения:

Ситуационная задача №4

Больной 52 лет обратился с жалобами на наличие язвы на нижней губе. Из анамнеза: в течение 25 лет работал каменщиком. Сухость и шелушение красной каймы верхней и нижней губы замечал давно, затем 3 года назад на нижней губе появилась незаживающая трещина, 2 месяца назад трещина изъязвилась, лечение мазями не помогает. Курит. Наследственность не отягощена.

Объективно: на красной кайме нижней губы справа язва овальной формы, размером 2х1 см с плотными бугристыми краями, мало болезненна при пальпации, ткани нижней губы по периферии язвы инфильтрированы. В правой поднижнечелюстной области определяется безболезненный, подвижный, плотный лимфатический узел размером 1х2 см. Прикус – ортогнатический

О О О О С О О О

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38
O O O O O O O O

На верхней и нижней челюстях частичные съемные протезы с удерживающими кламмерами на 13 и 25. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. 12 разрушен на 1/3 высоты коронки, полость зуба вскрыта, зондирование и перкуссия безболезненны. ЭОД - 120мкА. На внутриротовой рентгенограмме в области 12 выявлено неравномерное расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз, предварительный диагноз основного заболевания.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какое фоновое заболевание и предрасполагающие факторы способствовало развитию заболевания?
4. Составьте план санации и протезирования больного.
5. Выберите метод хирургического лечения. Дайте рекомендации.

Ответ.

1. Предварительный диагноз: рак нижней губы 2 ст. (T₁, N₁, M₀), хронический фиброзный периодонтит 12. Вторичная частичная адентия 1 класс по Кеннеди.
2. а) рентгенография костей лицевого скелета: обзорная или ОПГ, б) цитологическое исследование мазков-отпечатков, биопсия.
3. Хроническая трещина верхней губы. Курение, условия работы.
а) эндодонтическое лечение 12 под контролем рентгенограммы, восстановление анатомической формы 12 фотокомпозитом штифтовой вкладкой и эстетичной коронкой, с облицовкой соответствующая эстетическим требованиям.
б) рациональное протезирование, замена съемных пластиночных протезов на бюгельные протезы с литыми кламмерами.
5. Под общим обезболиванием операция - прямоугольная резекция нижней губы с одномоментным восстановлением формы и функции губы пластикой местными тканями и радикальное иссечение всего лимфатического аппарата верхнего отдела шеи и поднижнечелюстной области (операция Ванаса). Исключить курение, горячую и острую пищу, температурные и солнечные воздействия на область нижней губы.

Ситуационная задача №5

Больной, 55 лет, жалуется на длительно существующие новообразование в области задней трети боковой поверхности языка слева. На боковой поверхности языка слева имеется образование, в виде возвышающихся бляшек, покрытое корками. Соответствующая поверхность языка уплощена за счет атрофии и рубцевания.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каких симптомов не достаточно для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

Ответ.

1. Предварительный диагноз - болезнь Боуэна.
2. Необходимо установить, как глубоко поражен эпидермис задней трети боковой поверхности языка слева, имеется ли инфильтративный рост. При наличии таких симптомов лечение хирургическое – иссечение в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием.

Ситуационная задача №6

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на нарушение речи, невозможность приема пищи из-за трудности подвижности языка. Нарушение подвижности языка больной заметил более полугодом назад. К врачу обратился два месяца назад, занимался самолечением. Больной курит и принимает алкоголь. Телосложение кахексичное. При осмотре в поднижнечелюстной области слева определяется конгломерат лимфатических узлов не

смещаемый. Справа в подчелюстной области пальпируются одиночные, увеличенные, безболезненные и подвижные лимфатические узлы. В полости рта язык практически неподвижен, спаян с тканями тела нижней челюсти слева в области отсутствующих 33,34, 35,36 зубов. Язвенная поверхность с уплотненными краями от средней трети до кончика боковой поверхности языка слева. На месте отсутствующих 33,34, 35,36 зубов язва переходит через альвеолярный гребень на слизистую оболочку щеки и нижней губы слева. При рентгенологическом исследовании отмечается участок деструкции компактной пластинки внутренней поверхности нижней челюсти слева в области отсутствующих 33,34, 35,36 зубов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Выберете оптимальный план лечения данного больного.

Ответ.

1. На основании анамнеза, данных клинического осмотра (наличие язвы, увеличения лимфатических узлов), рентгенологических данных и выраженной кахексии предположительный диагноз рак языка, дна полости рта и нижней челюсти слева, T4N3Mx.
2. Предоперационная лучевая терапия, половинная резекция нижней челюсти слева и продольная половинная резекция языка с одномоментным удалением лимфатического аппарата и жировой клетчатки шеи и обеих сторон. Учитывая стадию опухолевого процесса, объем предстоящего вмешательства, целесообразно провести паллиативное лечение (лучевую и химиотерапию).

Ситуационная задача №7

У мужчины 42 лет при профилактическом осмотре полости рта на слизистой щеки обнаружено белесоватое образование до 0,7 см в диаметре в виде бляшки, возвышающейся над поверхностью слизистой. Из анамнеза выяснено, что данный участок слизистой в течение 2-х лет травмировался коронкой.

При гистологическом исследовании обнаружено ороговение многослойного плоского неороговевающего эпителия, утолщение эпителиального пласта, акантоз; признаков клеточной атипии не отмечено.

Вопросы:

1. Какое заболевание обнаружено у больного?
2. К каким заболеваниям относится данный процесс?

Ответ.

1. Лейкоплакия.
2. Это предраковое заболевание.

Ситуационная задача №8

У больного 64 лет, курильщика с длительным стажем, на слизистой нижней губы 3 месяца назад появилась язва до 0,5 см в диаметре, которая не заживает, а увеличивается в размерах. При пальпации в области дна и краев язвы определяется уплотнение ткани. Из краев язвы взят биоптат. При гистологическом исследовании биоптата обнаружено разрастание эпителиальных пластов, состоящих из полиморфных клеток, с гиперхромными ядрами с ороговением, отмечаются многочисленные (в том числе патологические митозы).

Вопросы:

1. Какое заболевание обнаружено у больного?
2. Какие существуют еще гистологические формы данного заболевания?

Ответ.

1. Плоскоклеточный ороговевающий рак.
2. Рак губы гистологически бывает: плоскоклеточный (ороговевающий и неороговевающий), недифференцированный.

Ситуационная задача №9

Больная 35 лет, перенесшая острое респираторное заболевание, обратилась к врачу с жалобами на повышение температуры до 39,3 С°, резко выраженную болезненность и припухлость в околоушной области справа.

При хирургическом рассечении тканей околоушной области из околоушной слюнной железы выделяется гной. Взят материал для биопсийного исследования. Гистологически в биоптате ткани слюнной железы отмечается выраженный отек и нейтрофильная инфильтрация с мелкими участками некроза.

Вопросы:

1. Каким заболеванием страдает больная?
2. Каковы возможные осложнения заболевания?

Ответ.

1. Острый сиалоаденит.
2. Флегмона шеи, медиастенит, сепсис.

Ситуационная задача №10

У женщины 28 лет на десне в области верхнего 3-го зуба справа обнаружено грибовидное образование до 1 см белесоватого цвета. Из образования взят биоптат. Гистологически образование состоит из соединительной ткани с тонкостенными сосудами и большим количеством гигантских клеток типа остеокластов.

Вопросы:

1. Какое заболевание обнаружено у больной?
2. К какой группе заболеваний оно относится?
3. Назовите гистологические формы этого заболевания.

Ответ.

1. Гигантоклеточный эпюлис.
2. Опухолевидные заболевания.
3. Гистологические формы эпюлисов: фиброзный, ангиоматозный, гигантоклеточный.

Ситуационная задача №11

У больного 34 лет на вестибулярной поверхности верхних 1, 2, 3 зубов справа и слева, и нижних 1, 2 зубов слева обнаружены мелкие меловидные пятна, охватывающие около 20 процентов от площади коронки зуба.

Вопросы:

1. Какое заболевание обнаружено у больного?
2. Какая степень заболевания имеет место быть в данном случае?
3. Какова этиология данного заболевания?

Ответ.

1. Флюороз.
2. Вторая степень.
3. Заболевание развивается вследствие длительного избыточного поступления фтора в организм.

Ситуационная задача №12

У женщины 35 лет при рентгенологическом исследовании лицевого черепа в области угла нижней челюсти выявлено очаговое образование 3 см в диаметре, четко отграниченное от окружающей костной ткани, при пальпации плотное, безболезненное. При гистологическом исследовании образование состоит из костного вещества с большими костномозговыми полостями.

Вопросы:

1. Какое заболевание обнаружено у больной?
2. Какие существуют гистологические формы данного заболевания?
3. К каким заболеваниям по классификации относится данное заболевание и каков его прогноз?

Ответ.

1. Остеома.
2. Различают остеомы мягкие, компактные и губчатые.
3. Остеома относится к органонеспецифическим неоплазиям челюстных костей. Прогноз заболевания благоприятный.

Ситуационная задача №13

Мужчина 40 лет обратился к отоларингологу с жалобами на постоянные боли в области верхнечелюстной пазухи справа. При рентгенологическом исследовании лицевого черепа в верхнечелюстной пазухе справа выявлено объемное образование с четкими контурами, выполняющее практически всю пазуху. При гистологическом исследовании биоптата данное образование отличается бедной стромой, наличием характерных веретенообразных клеток (похожих на фибробласты), тесно прилегающих друг к другу и собирающихся в пучки. В отдельных полях зрения определяются так называемые тельца Верокаи. При окраске по Ван-Гизону имеются участки с желтым и красным прокрашиванием.

Вопросы:

1. Как называется заболевание?
2. Характер роста и прогноз данного заболевания?
3. Какие еще существуют гистологические типы данного заболевания?

Ответ.

1. Нейрофиброма.
2. Растет медленно, часто в виде узла, прогноз благоприятный
3. Гистологические типы: фибриллярный и ретикулярный.

Ситуационная задача №14

Мальчик 17 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в области большого коренного зуба нижней челюсти справа, повышение температуры тела, отек щеки справа. При обследовании выявлен пульпит большого коренного зуба, периостит. На рентгенограмме выявлен участок разрежения костной ткани в проекции данного зуба. При гистологическом исследовании данного участка костной ткани выявлено образование секвестров, окруженных гнойным экссудатом и располагающихся в т.н. секвестральной полости, ограниченной секвестральной капсулой.

Вопросы:

1. Как называется данное заболевание?
2. Какая существует классификация данного заболевания?
3. Какие существуют пути проникновения инфекции при развитии данного заболевания?

Ответ.

1. Острый гнойный остеомиелит.
2. По происхождению: инфекционные и неинфекционные; по характеру первичного инфекционного очага – одонтогенные и неодонтогенные; по течению – острые и хронические.
3. Каналикулярный, гематогенный, контактный, через поврежденную слизистую оболочку десны или дна десневого кармана

Ситуационная задача №15

У мальчика 10 лет при профосмотре в толще мягких тканей щеки справа обнаружено округлое образование 1см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Со слов матери образование появилось год назад, постепенно стало увеличиваться в размерах. При ревизии установлено, что данное образование локализуется в подкожной жировой клетчатке, на разрезе красного цвета, имеет вид крупнопятнистой губки, пронизанной многочисленными отверстиями и ходами. При гистологическом исследовании образование состоит из группы крупных, выстланных эпителием и заполненных кровью полостей, разделенных тонкими соединительнотканными перемычками.

Вопросы:

1. Какое это заболевание?

2. Какие еще разновидности этого заболевания существуют согласно международной гистологической классификации?

3. Каков прогноз при данном заболевании?

Ответ.

1. Кавернозная гемангиома.

2. Доброкачественная гемангиоэндотелиома; капиллярная, кавернозная, венозная, гроздевидная, внутримышечная, системный гемангиоматоз, гемангиоматоз с врожденным артериовенозным свищом или без него, гламусная опухоль, ангиомиома, пиогенная гранулема.

3. Прогноз - может рецидивировать, однако не способна к метастазированию.

Ситуационная задача №16

Женщина 45 лет обратилась к стоматологу с жалобами на наличие в толще языка узлового образования 3см в диаметре, плотной консистенции. Образование появилось около 6 месяцев назад, постепенно увеличивается в размерах. На разрезе образование беловато-розового цвета. При гистологическом исследовании биоптата установлено, что состоит оно из комплексов крупных полигональных клеток с нечеткими контурами, светлой глыбчатой «зернистой» цитоплазмой; строма развита слабо, бедная сосудами, в клетках ее обнаружены миофибриллы. Покрывающий опухоль многослойный плоский эпителий подвержен оживленной вегетации, с врастанием эпителиальных комплексов в ткань образования.

Вопросы:

1. Как называется данное заболевание?

2. К какой рубрике относится данное заболевание согласно международной гистологической классификации?

3. Каков прогноз данного заболевания?

Ответ.

1. Миобластома (зернисто-клеточная опухоль, опухоль Абрикосова).

2. Неэпителиальные опухоли полости рта и языка.

3. Прогноз благоприятный, однако возможны рецидивы.

Ситуационная задача №17

После удаления первого большого коренного зуба вверху справа у больного появились болевые ощущения в верхней челюсти. В последние дни с каждым часом боль усиливалась, иррадиировала вначале в ухо, висок, глаза; в последние сутки боль несколько уменьшилась, но появился отек правой половины лица.

Со стороны крови отмечались лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ до 15мм/г.

При стоматологическом обследовании прикосновение к области лунки зуба вызывало болезненность. Макроскопически отмечалась припухлость десны вследствие отека и инфильтрации периоста и слизистой оболочки. Рентгенологически определялись признаки воспаления периоста и формирования субпериостального абсцесса. Исследование биопсийного материала из прилегающей кости выявило дистрофические изменения с лакунарным ее рассасыванием, расширением костно-мозговых пространств.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие клинические формы в соответствии с признаками и локализацией очага различают?

3. какие осложнения могут развиваться у больного?

Ответ.

1. У больного развился одонтогенный периостит.

2. В соответствии с клиническими признаками и локализацией очага различают:

а) серозный

б) гнойный периостит, локализующийся преимущественно в пределах альвеолярного отростка или преимущественно в области тела челюсти.

3. При неустранении источника инфекции возможен переход острого периостита в хронический, развитие флегмонозного воспаления окружающих мягких тканей, остеомиелита челюсти.

Ситуационная задача №18

Больной жалуется на острую боль в правой половине нижней челюсти, общую слабость, озноб, значительные колебания температуры в течение суток.

При обследовании наблюдается асимметрия лица, гиперемия и отек десен больше на правой стороне, вздутие тела челюсти; тризм, симптом Венсана (парестезия половины нижней губы), увеличение и болезненность поднижнечелюстных лимфатических узлов.

В анамнезе у больного имелась травма нижней челюсти за 2 дня до появления первых признаков заболевания.

Вопросы:

1. Какое заболевание у больного?
2. Какие этиологические и патогенетические варианты этого заболевания различают?

Ответ.

1. У больного развился острый остеомиелит.
2. По происхождению остеомиелиты классифицируются на инфекционные и неинфекционные (в результате ушиба и сотрясения всех элементов кости). В зависимости от характера первичного инфекционного очага различают одонтогенные и неодонтогенные (контактные, гематогенные, травматические, стоматогенные) остеомиелиты.

Ситуационная задача №19

У женщины 37 лет в толще верхней губы слева от уздечки имеется плотное образование 0,5х0,5см, слегка подвижное, не спаянное с кожей и слизистой оболочкой, безболезненное. Впервые больная обнаружила мелкое (до 0,2см) уплотнение в губе около 5 лет назад, но к врачу не обращалась. Образование удалено оперативным методом.

Макро- и микроскопически в нем определялась четко выраженная капсула, от которой в толщу отходили соединительно-тканые перемычки, разделяющие жировую ткань.

Вопросы:

1. Какое заболевание развилось у женщины в верхней губе?
2. Какие существуют гистологические варианты данного заболевания?

Ответ.

1. У женщины развилась липома – доброкачественная опухоль мезенхимального происхождения.
2. В зависимости от преобладания в липоме жирового компонента или других тканей гистологически различают: липофибром, фибролипому, ангиолипому, миолипому, миксолипому.

Ситуационная задача №20

У ребенка 7 месяцев выявлено фиолетово-красное плоское образование 1х1,5см в диаметре на слизистой оболочке левой щеки. При нажатии шпателем отмечается его побледнение, а по прекращении давления – восстановление прежней окраски. Со слов родителей в последние 1,5 месяца образование значительно увеличилось в размерах (при рождении его величина составляла 0,3см). Исследование биопсийного материала из образования выявило обильное скопление новообразованных капилляров и артериол, переплетающихся и анастомозирующих друг с другом.

Вопросы:

1. О каком заболевании и его форме можно думать?
2. Назовите этиопатогенетические варианты заболевания?
3. Назовите гистологические формы данного заболевания?

Ответ.

1. У ребенка диагностирована капиллярная гемангиома.

2. На основании этиопатогенеза, темпа развития и структуры опухоли различают: 1) врожденные; 2) травматические, возникшие при родах (быстро растущие); 3) травматические, возникшие после рождения (истинные – быстро растущие), (ложные – медленно растущие).
3. В международной гистологической классификации выделяются следующие формы опухолей и опухолеподобных поражений сосудов:
- Доброкачественная гемангиоэндотелиома;
 - Капиллярная гемангиома (юношеская гемангиома);
 - Кавернозная гемангиома;
 - Венозная гемангиома;
 - Гроздевидная (ветвистая) гемангиома (артериальная, венозная, артериовенозная);
 - Внутримышечная гемангиома (капиллярная, кавернозная, артерио-венозная);
 - Системный гемангиоматоз;
 - Гемангиоматоз с врожденным артерио-венозным свищом или без него;
 - Гломусная опухоль;
 - Ангиомиома;
 - Гемангиома грануляционного типа (пиогенная гранулема).

Ситуационная задача №21

Мужчина 65 лет обратился к стоматологу с жалобами на изменение вкуса, проявляющееся в искажении восприятия сладкого и горького, боль в языке при еде и разговоре, иррадирующую в ухо и зубы нижней челюсти, кровоточивость.

При осмотре полости рта на слизистой оболочке левого края языка ближе к *linia terminalis* выявлен плотный инфильтрат без четких границ, с изъязвлением в центре. Из краев инфильтрата и зоны изъязвления взят биопсийный материал. Микроскопически в биоптате в толще слизистой оболочки определялись структуры, в общих чертах сходные с многослойным плоским эпителием, однако с выраженным клеточным полиморфизмом, полиморфизмом ядер, их вакуолизацией, гиперхроматозом, большим количеством атипичных митозов, среди которых встречались концентрической формы скопления клеток с ороговением в центре.

Вопросы:

- Какое заболевание развилось у больного?
- Как называются концентрической формы скопления клеток с ороговением в центре?
- Какой гистологической форме данного заболевания соответствует микроскопическая картина биоптата?
- Чем обусловлено изменение вкуса у больного?
- Объясните механизм возникновения боли и иррадиации ее в ухо и нижнюю челюсть?

Ответ.

- У больного развился рак языка.
- Скопления клеток концентрической формы с ороговением в центре называются «раковые жемчужины».
- Микроскопическая картина биоптата соответствует высокодифференцированному плоскоклеточному раку.
- Изменение вкуса обусловлено ростом опухоли и гибелью вкусовых почек, располагающихся в эпителии слизистой края языка и отвечающих за восприятия сладкого и горького.
- Боль в языке обусловлена развитием вторичных изменений в опухоли (изъязвление) с поражением нервных окончаний. Слизистая оболочка данной области языка получает чувствительную иннервацию из *n. trigeminus* (V пара черепных нервов), ветви которого участвуют в чувствительной иннервации кожи наружного слухового прохода и зубов.

Ситуационная задача №22

У больного, 66 лет, обнаружено язвенноинфильтративное поражение тканей нижней губы слева, характеризующие рак. Год назад был удален камень из подчелюстной слюнной железы справа.

Вопросы:

- 1.Опишите симптомы озлокачествления при язвенных формах предрака.
- 2.Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
- 3.Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

Ответ.

- 1.Предварительный диагноз – рак нижней губы слева ставиться на основании подробного анамнеза – наличие предракового поражения тканей, симптомов озлокачествления – быстрый рост, инфильтрация подлежащих тканей, гиперкератоз, выворот краев язвы.
- 2.Не достает данных анамнеза – течение заболевания и методов обследования (было ли проведено цитологическое, морфологическое исследование?), данных обследования первичного очага и метастазов в лимфатические узлы и отдаленные органы. Лечение хирургическое, комбинированное. В начальных стадиях применяется лучевая терапия, хирургическое лечение в случаях рецидива.
- 3.Слюнокаменная болезнь не является характерным признаком данного заболевания.

Ситуационная задача №23

Больная Л. 40 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочки правой щеки. Три года назад были удалены 16 и 15, постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в месте дефекта зубного ряда. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочки щеки. Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3x0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С О О	П О О
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
П П	П П

На дистально-щечной поверхности 17 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненны, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Последовательность действий при лечении 17.
4. Выберите способ протезирования. Перечислите лабораторные и клинические этапы изготовления протеза на верхнюю челюсть.
5. Укажите причину появления опухолевидного образования у данной больной.

Ответ.

1. Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес 17. Частичная вторичная адентия верхней челюсти 3 класс по Кеннеди.
2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием.
3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения.
4. Металлокерамический или металлокомпозитный мостовидный протез с опорой на 17 и 14. Этапы изготовления: 1. Обезболивание. 2. Препарирование зубов. 3. Снятие слепков. 4. Отливка моделей, изготовление разборной модели. 5. Определение центральной окклюзии. 6.

Моделирование каркаса мостовидного протеза. 7. Замена воска на металл (литье). 8. Обработка каркаса. 9. припасовка каркаса металлического мостовидного протеза в полости рта. 10. Определение цвета керамической массы. 11. Нанесение керамической массы, обжиг. 12. Припасовка металлокерамического мостовидного протеза, проверяя во всех видах окклюзии. 13. Глазурирование. 14. Цементирование металлокерамического мостовидного протеза.

Возможно протезирование на имплантатах.

5. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Ситуационная задача №24

У больного, 66 лет, обнаружено язвенноинфильтративное поражение тканей нижней губы слева, характеризующие рак. Год назад был удален камень из подчелюстной слюнной железы справа.

Вопросы:

1. Опишите симптомы озлокачествления при язвенных формах предрака.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

Ответ.

1. Предварительный диагноз – рак нижней губы слева ставится на основании подробного анамнеза – наличие предракового поражения тканей, симптомов озлокачествления – быстрый рост, инфильтрация подлежащих тканей, гиперкератоз, выворот краев язвы.
2. Не достает данных анамнеза – течение заболевания и методов обследования (было ли проведено цитологическое, морфологическое исследование?), данных обследования первичного очага и метастазов в лимфатические узлы и отдаленные органы. Лечение хирургическое, комбинированное. В начальных стадиях применяется лучевая терапия, хирургическое лечение в случаях рецидива.
3. Слюнокаменная болезнь не является характерным признаком данного заболевания.

Ситуационная задача №25

Больной К., 50 лет, обратился с жалобами на боли в области слизистой оболочки щеки справа. Из данных анамнеза: боль появилась после прикусывания щеки 2 дня назад. Курит с 14 лет. 26, 27 зубы ранее лечены по поводу осложненного кариеса.

Объективно: на фоне мутновато-серой слизистой оболочки переднего отдела правой щеки отмечаются бугристые участки роговых масс, дефект эпителия с неровными краями диаметром 0,5 см, мягкой консистенции, болезненный при пальпации.

О О П П П О

8 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

Р О О П П О

Прикус: перекрестный, вестибулярное смещение 15, 14, 13, оральное – 23, 24, 25. Отмечается стирание эмали, острые режущие края и бугры у зубов 34, 37.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте общее и местное лечение. Выпишите керотопластическое средство.
4. Каким образом можно устранить травму слизистой оболочки.
5. Обоснуйте необходимость и объем хирургического вмешательства.

Ответ

1. Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии правой щеки, осложненная травматической язвой. Хронический периодонтит 48. Перекрестный прикус. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей 2 класс по Кеннеди.
2. Цитологическое исследование мазка со дна язвы. Консультация стоматолога – онколога. Рентгенография в области 26,27 зубов.

3. Общее лечение: Sol. Rethinoli acetatis 3,44% 10,0 (по 10 кап ежедневно утром в течение месяца), «Aeviti» 0,2 - по 1 капсуле 2 – 3 раза в день 20 дней.

Местно: Эпителизирующие средства: «Iruhol»;Rp: Ung. Solcoserili 20,0; Carotolini 100,0; Ol. Rosae 100,0; Sol. Rethinoli acetatis ol. 3,44 % 10,0.

Обезболивающие средства: Мундизал – гель – наносить на язву 2 раза в день.

Rp: Anaesthesini 1,0

Ol. Pesicori 20,0

M.D.S. наносить на язву перед едой.

Обволакивающие средства:Rp: Vinilyni – 100 ml D.S. для обработки полости рта за 15 мин до еды.

Антисептики: Rp: Sol. Dioxydini 0,5% - 5 ml.D.S. для аппликаций 4 – 6 раз в день;

Rp: Sol.Chlorhexidini bigluconatis 0,05% - 100 ml D.S. для полосканий.

4. Сошлифовать острые края зубов, покрыть фторлаком. Изготовить частичный съемный протез на нижнюю челюсть, мостовидный протез – на верхнюю челюсть с опорой на 17 – 15.

5. Необходимо под местным обезболиванием иссечь участок веррукоза в пределах здоровых тканей со срочным гистологическим исследованием, т.к. при хронической травме возрастает риск озлокачествления.