

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Специальность: 31.08.07 Патологическая анатомия
код, наименование

Кафедра: патологической анатомии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Патологическая анатомия заболеваний орофациальной области» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Патологическая анатомия заболеваний орофациальной области». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине Патологическая анатомия заболеваний орофациальной области используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3	Текущий	Раздел 1. Болезни твердых тканей зуба. Воспалительные заболевания орофациальной области.	Тест, ситуационные задачи
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3	Текущий	Раздел 2. Предопухолевые заболевания и опухоли орофациальной области.	Тест, ситуационные задачи
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тест, ситуационные задачи, собеседование

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестов, ситуационных задач.

Оценочные средства для текущего контроля.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций:

УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3

Тестовые задания с вариантами ответов	
1. ПЕРИОСТИТ – ЭТО	<ol style="list-style-type: none"> 1) доброкачественная опухоль костной ткани 2) доброкачественная опухоль надкостницы 3) опухолеподобное заболевание надкостницы 4) воспалительное заболевание надкостницы 5) вариант хронического периодонтита
2. ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ЧАЩЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАН С	<ol style="list-style-type: none"> 1) острым пульпитом 2) хроническим пульпитом 3) периодонтитом 4) пародонтозом 5) патологической стираемостью зубов
3. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОСТИТЕ	<ol style="list-style-type: none"> 1) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) выраженная инфильтрация лимфоцитами 4) разрастание фиброзной ткани 5) формирование грануляционной ткани
4. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ	<ol style="list-style-type: none"> 1) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) выраженная инфильтрация лимфоцитами 4) разрастание фиброзной ткани 5) формирование грануляционной ткани
5. ТЯЖЕЛОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА	<ol style="list-style-type: none"> 1) пульпит 2) периодонтит 3) остеомиелит 4) гингивит 5) стоматит
6. ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ЧАЩЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАН С	<ol style="list-style-type: none"> 1) острым пульпитом 2) хроническим пульпитом 3) периодонтитом 4) пародонтозом 5) патологической стираемостью зубов
7. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОСТИТЕ	<ol style="list-style-type: none"> 1) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) лимфоидноклеточная инфильтрация и фиброз 4) формирование абсцессов 5) формирование свищей
8. ОСТЕОМИЕЛИТ – ЭТО	<ol style="list-style-type: none"> 1) доброкачественная опухоль костной ткани 2) доброкачественная опухоль надкостницы 3) воспаление надкостницы 4) воспаление костного мозга 5) вариант хронического периодонтита
9. ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ – ЭТО ОСТЕОМИЕЛИТ, РАЗВИТИЕ КОТОРОГО СВЯЗАНО С	<ol style="list-style-type: none"> 1) травмой челюстных костей 2) гнойными заболеваниями зубочелюстной системы

<ul style="list-style-type: none"> 3) гематогенным заносом инфекции 4) лимфогенным заносом инфекции 5) специфическими заболеваниями (туберкулезом, актиномикозом)
<p>10. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ (ТОПОГРАФИЯ) ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) верхняя челюсть область резцов, клыков 2) верхняя челюсть область моляров 3) нижняя челюсть область резцов, клыков 4) нижняя челюсть область моляров 5) любая локализация
<p>11. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гнойное воспаление костного мозга 2) серозное воспаление костного мозга 3) формирование грануляционной ткани 4) разрастание фиброзной ткани 5) формирование специфических гранул
<p>12. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) слабо выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) формирование грануляционной ткани 4) разрастание фиброзной ткани 5) формирование специфических гранул
<p>13. КОСТНЫЙ СЕКВЕСТР ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) полость, заполненная гнойным экссудатом 2) полость, возникшая при гнойном расплавлении кости 3) расплавленная костная ткань 4) остатки нормальной костной ткани в зоне некроза 5) фрагмент некротизированной костной ткани
<p>14. СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ ПОЛОСТЬ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фрагмент некротизированной костной ткани 2) костная ткань с гнойным воспалением костного мозга 3) полость, развившаяся при гнойном расплавлении кости 4) киста, сформированная на месте очага некроза 5) очаг резорбции костной ткани
<p>15. ОСЛОЖНЕНИЕ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) костные секвестры 2) секвестральные полости 3) хроническая интоксикация 4) вторичный амилоидоз 5) патологические переломы челюстных костей
<p>16. ОСЛОЖНЕНИЕ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) костные секвестры 2) секвестральные полости 3) патологические переломы челюстных костей 4) формирование свищевых ходов 5) вторичный амилоидоз
<p>17. ОДОНТОГЕННЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) любые кистозные образования в челюстных костях 2) кисты, развитие которых связано с патологией зубов 3) кисты, являющиеся пороками развития челюстных костей 4) кисты челюстных костей воспалительной природы 5) кистозные полости при гнойном остеомиелите
<p>18. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОДОНТОГЕННАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) дизонтогенетическая 2) воспалительная 3) фолликулярная 4) примордиальная 5) кератокиста
<p>19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОДОНТОГЕННАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) киста непрорезавшегося зуба 2) фолликулярная 3) примордиальная 4) кератокиста 5) радикулярная
<p>20. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) киста непрорезавшегося зуба 2) фолликулярная 3) примордиальная 4) кератокиста 5) радикулярная
<p>21. СИНОНИМ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фолликулярная 2) киста непрорезавшегося зуба 3) примордиальная 4) кератокиста 5) апикальная
<p>22. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) верхняя челюсть соответственно корню зуба 2) верхняя челюсть вне корня зуба 3) нижняя челюсть соответственно корню зуба 4) нижняя челюсть вне корня зуба 5) любые локализации
<p>23. РАЗВИТИЮ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПРЕДШЕСТВУЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый остеомиелит 2) хронический остеомиелит 3) острый пульпит 4) хронический пульпит 5) хронический периодонтит
<p>24. РАЗВИТИЮ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ОБЫЧНО ПРЕДШЕСТВУЕТ ПЕРИОДОНТИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый серозный 2) острый гнойный 3) хронический гранулирующий 4) хронический гранулематозный (гранулема) 5) хронический фиброзный
<p>25. ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ – ЭТО ОПУХОЛИ РАЗВИВАЮЩИЕСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) из зубообразующих тканей 2) из всех тканей зубочелюстной системы 3) в пределах зубочелюстной системы 4) в ротовой полости 5) из эпителия ротовой полости
<p>26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) одонтома (одонтобластома) 2) цементома (цементобластома) 3) амелобластома 4) одонтогенная саркома 5) одонтогенный рак
<p>27. В ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) строма из соединительной ткани

<ul style="list-style-type: none"> 2) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия 3) различные зрелые ткани зуба 4) цементоподобные структуры 5) неправильно сформированные зубы
<p>28. ПО СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) зрелыми 2) незрелыми 3) недифференцированными 4) полиморфными 5) атипичными
<p>29. РОСТ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОКРУЖАЮЩИМ ТКАНЯМ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) экспансивный 2) четко отграниченный капсулой 3) местнодеструктурирующий 4) аппозиционный 5) с четкими наружными границами
<p>30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АМЕЛОБЛАСТОМЫ В ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) верхняя челюсть 2) альвеолярный отросток верхней челюсти 3) нижняя челюсть 4) межзубные перегородки 5) костный мозг челюстных костей
<p>31. ОДОНТОМА – ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ, СФОРМИРОВАННАЯ ИЗ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фиброзной ткани 2) хрящевой ткани 3) костной ткани 4) зрелых тканей зуба 5) незрелых тканей зуба
<p>32. ЦЕМЕНТОМА – ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ, ИМЕЮЩАЯ В СВОЕМ СОСТАВЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) хрящевую ткань 2) поля, тяжи многослойного плоского эпителия 3) незрелые ткани зуба 4) цементоподобную ткань 5) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия
<p>33. ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) доброкачественная опухоль из фиброзной ткани 2) опухолеподобный процесс костей 3) зрелая опухоль из фиброзной ткани 4) незрелая опухоль из фиброзной ткани 5) разновидность саркомы челюстных костей
<p>34. МАКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ ПРИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) утолщение кости без четких границ 2) утолщение в виде вздутия без четких границ 3) опухолевое образование с кистозными полостями 4) плотный очаг, отграниченный от окружающих тканей 5) полостное (кистозное) образование
<p>35. ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ – ЭТО ГРУППА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) воспалительного негнойного характера 2) гнойно-воспалительного характера 3) иммунного генеза 4) аутоиммунного генеза 5) обязательно связанных с кариесом зубов

<p>36. НАЛИЧИЕ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОПАСНО ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инфекционных (инфекционно-аллергических) заболеваний 2) опухолей зубочелюстной системы 3) опухолеподобных заболеваний зубочелюстной системы 4) хронических невоспалительных заболеваний полости рта 5) предопухолевых заболеваний ротовой полости
<p>37. ВИДЫ ПЕРИОСТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый 2) хронический 3) серозный 4) гнойный 5) фиброзный
<p>38. ВИДЫ ПЕРИОСТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый 2) хронический 3) серозный 4) гнойный 5) фиброзный
<p>39. ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОСТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые нарушения кровообращения (полнокровие, отек) 2) разрастание грануляционной ткани 3) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 4) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 5) выраженная инфильтрация лимфоцитами, макрофагами
<p>40. ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разрастание грануляционной ткани 2) слабо выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 4) выраженная инфильтрация лимфоцитами, макрофагами 5) формирование поднадкостничного абсцесса
<p>41. ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПЕРИОСТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые нарушения кровообращения (полнокровие, отек) 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) слабо выраженная инфильтрация лимфоцитами, макрофагами 4) разрастание соединительной ткани 5) новообразование костной ткани
<p>42. ВАРИАНТЫ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ПО ТЕЧЕНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый 2) хронический 3) травматический 4) одонтогенный 5) первичный (гематогенный)
<p>43. ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ГНОЙНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойное воспаление костного мозга 2) некроз костной ткани 3) формирование секвестральных полостей 4) формирование секвестров 5) развитие радикулярной кисты
<p>44. В СТЕНКЕ СЕКВЕСТРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ГНОЙНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ФОРМИРУЮТСЯ СЛОИ ИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) костной ткани 2) хрящевой ткани

<ul style="list-style-type: none"> 3) грануляционной ткани 4) фиброзной ткани 5) многослойного плоского эпителия
<p>45. ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) свищевые ходы 2) флегмона мягких тканей ротовой полости 3) абсцесс мягких тканей ротовой полости, шеи 4) гнойный гайморит 5) радикулярная киста
<p>46. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гнойный медиастенит 2) тромбоз, синус-тромбоз 3) сепсис (септикопиемия) 4) радикулярная киста 5) хронический периодонтит
<p>47. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ВОЗМОЖНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) радикулярная киста 2) фолликулярная киста 3) примордиальная киста 4) патологические переломы челюстных костей 5) вторичный амилоидоз
<p>48. СИНОНИМЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фолликулярная 2) примордиальная 3) кератокиста 4) апикальная 5) корневая
<p>49. МОРФОЛОГИЧЕСКИ РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ ИМЕЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) стенку из фиброзной ткани с воспалительным инфильтратом 2) внутреннюю выстилку из многослойного плоского эпителия 3) содержимое из большого количества масс кератина 4) один, два непрорезавшихся зуба 5) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия
<p>50. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ ИМЕЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тонкую стенку из фиброзной ткани 2) внутреннюю выстилку из многослойного плоского эпителия 3) содержимое из большого количества масс кератина 4) один, два непрорезавшихся зуба 5) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия
<p>51. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ПРИМОРДИАЛЬНАЯ КИСТА (КЕРАТОКИСТОЗНАЯ ОПУХОЛЬ) ИМЕЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тонкую стенку из фиброзной ткани 2) внутреннюю выстилку из многослойного плоского эпителия 3) содержимое из большого количества масс кератина 4) один, два непрорезавшихся зуба 5) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия
<p>52. ОСОБЕННОСТИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) содержимое – массы кератина, холестерин 2) содержимое – один, два непрорезавшихся зуба 3) по происхождению воспалительная 4) по происхождению дизонтогенетическая 5) развивается из радикулярной кисты
<p>53. ОСОБЕННОСТИ ПРИМОРДИАЛЬНОЙ КИСТЫ (КЕРАТОКИСТОЗНОЙ ОПУХОЛИ)</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) упорное рецидивирующее течение 2) отнесена к доброкачественным опухолям 3) содержимое – один, два непрорезавшихся зуба 4) содержимое – массы кератина, холестерин 5) развивается из радикулярной кисты
<p>54. ЗРЕЛЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) амелобластома 2) одонтома (одонтобластома) 3) цементома (цементобластома) 4) одонтогенная саркома 5) одонтогенный рак
<p>55. ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) фиброзная дисплазия челюстной кости 2) амелобластома 3) одонтома (одонтобластома) 4) цементома (цементобластома) 5) остеогенная саркома челюстной кости
<p>56. МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) узловое образование в костной ткани с четкими границами 2) утолщение кости в виде вздутия без четких границ 3) на разрезе плотная, белесая ткань с кистозными полостями 4) на разрезе мягкая ткань с кровоизлияниями 5) локализация нижняя челюсть
<p>57. ОСНОВНЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ (МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ) КОМПОНЕНТЫ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пласты, тяжи многослойного плоского эпителия 2) пласты, гнезда одонтогенного эпителия 3) различные зрелые ткани зуба 4) кистозные полости на месте эпителиальных пластов 5) строма из большого количества соединительной ткани
<p>58. ОСОБЕННОСТИ РОСТА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) быстрый темп 2) медленный темп 3) экспансивный рост 4) местнодеструктурирующий рост 5) рост с формированием фиброзной капсулы
<p>59. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ (ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ) ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) очаговое разрастание хрящевой ткани 2) очаговое разрастание грубоволокнистой соединительной ткани 3) очаговая пролиферация клеток типа остеобластов 4) формирование кистозных полостей 5) формирование твердых цементоподобных структур
<p>60. ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВХОДЯЩИЕ В ПОНЯТИЕ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гнойный пульпит 2) гнойный периодонтит 3) пародонтит 4) нагноившиеся кисты челюстных костей 5) одонтогенные опухоли
<p>61. ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВХОДЯЩИЕ В ГРУППУ ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гнойный периодонтит 2) пародонтит 3) одонтогенный гнойный периостит 4) одонтогенный остеомиелит 5) одонтогенные опухоли
<p>62. ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) гнойный пульпит 2) флегмона мягких тканей ротовой полости, шеи 3) гнойный медиастенит 4) гнойный менингит 5) одонтогенный сепсис
<p>63. ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, РАЗВИТИЕ КОТОРЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАНО С ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ревматизм 2) инфекционно-аллергический миокардит 3) инфаркт миокарда 4) септический эндокардит 5) хронический сепсис
<p>64. СТОМАТИТ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) воспалительное заболевание десен 2) воспаление слизистой оболочки полости рта 3) опухолеподобное заболевание десен 4) опухолеподобное заболевание ротовой полости 5) воспалительное заболевание периодонта
<p>65. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СТОМАТИТА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфекционные агенты 2) механические факторы 3) ионизирующее излучение 4) химические вещества 5) лекарственные препараты
<p>66. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ КАТАРАЛЬНОМ СТОМАТИТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) формирование афт 2) образование везикул (пузырей) 3) небольшие скопления нейтрофильных лейкоцитов 4) накопление фибринозно-гнойного экссудата 5) образование глубоких дефектов на месте некроза
<p>67. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОМ СТОМАТИТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) формирование афт 2) образование везикул (пузырей) 3) формирование поверхностных дефектов на месте некроза 4) формирование глубоких дефектов на месте некроза 5) появление внутриядерных включений в эпителии
<p>68. ПРИ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ АФТА – ЭТО ИЗМЕНЕНИЕ В ВИДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) неглубокого дефекта неправильной формы 2) глубокого дефекта неправильной формы 3) поверхностного дефекта округлой формы 4) очага гнойного воспаления 5) свищевого хода, выстланного эпителием
<p>69. ЭРОЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) глубокий дефект на месте некроза 2) неглубокий дефект на месте некроза 3) очаг гнойного воспаления 4) свищевой ход, выстланный эпителием 5) свищевой ход, выстланный грануляционной тканью
<p>70. ЯЗВА ПРИ СТОМАТИТЕ – ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В ВИДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) неглубокого дефекта неправильной формы на месте некроза 2) глубокого дефекта на месте некроза 3) поверхностного дефекта округлой формы 4) очага гнойного воспаления 5) свищевого хода
<p>71. ОБЛИГАТНОЕ ПРЕДРАКОВОЕ ИЗМЕНЕНИЕ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО</p>

<p>ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГУБ, ЯЗЫКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) роговая дистрофия 3) кератоз, гиперкератоз, паракератоз 4) атрофия 5) дисплазия
<p>72. СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРЕДШЕСТВУЮЩАЯ РАЗВИТИЮ РАКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I 2) II 3) III 4) IV 5) V
<p>73. ИЗМЕНЕНИЕ КЛЕТОК МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЕ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ДИСПЛАЗИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) атрофия 3) роговая дистрофия 4) атипия части клеток эпителиального пласта 5) кератоз, гиперкератоз, паракератоз
<p>74. НА ОСНОВЕ ДИСПЛАЗИИ (АТИПИИ) МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ РАКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденокарцинома 2) мукоэпидермоидный рак 3) слизистый рак 4) плоскоклеточный рак 5) аденокистозная карцинома
<p>75. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПЛАСТА ПРИ РАКЕ «НА МЕСТЕ» РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГУБ, ЯЗЫКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) кератоз, паракератоз 3) замещение части эпителиального пласта атипичными клетками 4) замещение всего эпителиального пласта атипичными клетками 5) признаки инвазивного роста атипичных клеток
<p>76. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неглубокий дефект слизистой оболочки на месте некроза 2) глубокий дефект на месте некроза 3) белое пятно на слизистой оболочке 4) очаг гнойного воспаления 5) ярко красное пятно на слизистой оболочке
<p>77. ОСНОВНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЕ СТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЛЕЙКОПЛАКИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) атрофия 3) атипия 4) клеточный полиморфизм 5) кератоз
<p>78. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кератоз 2) паракератоз 3) гиперплазия 4) роговая дистрофия 5) атипия (дисплазия)
<p>79. ЛЕЙКОПЛАКИЯ С АТИПИЕЙ ЭПИТЕЛИЯ МАЛИГНИЗИРУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в единичных случаях

<ul style="list-style-type: none"> 2) очень редко 3) редко 4) часто 5) не малигнизируется
<p>80. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ ГУБ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) верхняя губа кожная часть 2) верхняя губа слизистая часть 3) нижняя губа кожная часть 4) нижняя губа слизистая часть 5) верхняя губа переходная зона
<p>81. ПРИ ЭРИТРОПЛАКИИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) атрофия эпителиального пласта 2) истончение эпителиального пласта 3) атипия (дисплазия) эпителия 4) полнокровие подэпителиальной зоны 5) отек подэпителиальной зоны
<p>82. В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ЯЗЫКЕ, НИЖНЕЙ ГУБЕ ТИПИЧНО РАЗВИТИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ, ИМЕЮЩЕЙ СТРОЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аденокарциномы 2) слизистого рака 3) перстневидноклеточного рака 4) недифференцированной карциномы 5) плоскоклеточного рака
<p>83. РАК ЯЗЫКА ДАЕТ ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) подчелюстные 2) подбородочные 3) глубокие шейные 4) подмышечные 5) передние грудные
<p>84. СИАЛОАДЕНИТ – ЭТО ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) слюнной железы 2) слизистой оболочки десны 3) слизистой оболочки ротовой полости 4) молочной железы 5) потовой железы
<p>85. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО СИАЛОАДЕНИТА, ВЫДЕЛЯЕМОГО ПО ЭТИОЛОГИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) неспецифический бактериальный 2) вирусный 3) аутоиммунный 4) аллергический 5) лучевой
<p>86. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПУХОЛИ РАЗВИВАЮТСЯ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) околоушных 2) подчелюстных 3) подъязычных 4) малых слюнных 5) во всех с одинаковой частотой
<p>87. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аденокарцинома 2) недифференцированная карцинома 3) аденокистозная карцинома 4) мономорфная аденома 5) плеоморфная аденома
<p>88. ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1) подчелюстных 2) подъязычных 3) околоушных 4) малых слюнных желез 5) во всех с одинаковой частотой
<p>89. ПЛЕОМОРФОНАЯ АДЕНОМА МАЛИГНИЗИРУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) часто 2) очень часто 3) практически всегда 4) редко 5) не малигнизируется никогда
<p>90. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ КАРЦИНОМА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИМЕЕТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) малигнизированной плеоморфной аденомы 2) аденокистозной карциномы (цилиндромы) 3) слизистого рака 4) перстневидноклеточного рака 5) плоскоклеточной карциномы
<p>91. АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) околоушных 2) подъязычных 3) подчелюстных 4) малых слюнных 5) во всех с одинаковой частотой
<p>92. КАРЦИНОМЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ДАЮТ ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лимфогенно 2) гематогенно 3) периневрально 4) имплантационно 5) всеми путями одновременно
<p>93. ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ СТОМАТИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инфекционные агенты 2) механическая травма 3) ионизирующее излучение 4) химические факторы 5) аутоиммунные факторы
<p>94. ВИДЫ СТОМАТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) катаральный 2) язвенный 3) острый 4) хронический 5) кандидозный
<p>95. ВИДЫ СТОМАТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ПО ОСОБЕННОСТЯМ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) катаральный 2) язвенный 3) кандидозный 4) герпетический 5) афтозный
<p>96. ВИДЫ СТОМАТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) катаральный 2) афтозный 3) герпетический 4) кандидозный 5) гангренозный

<p>97. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО СТОМАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые нарушения кровообращения (полнокровие, отек) 2) наличие афт 3) наличие пузырей (везикул) с серозным экссудатом 4) формирование глубоких дефектов на месте некроза 5) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами
<p>98. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие афт 2) наличие везикул (пузырей) с серозным экссудатом 3) эрозии на месте вскрытых везикул 4) внутриядерные включения в эпителиальных клетках 5) фибринозно-гнойный экссудат
<p>99. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АФТОЗНОГО СТОМАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие поверхностных дефектов округлой формы 2) воспалительные инфильтраты вокруг дефектов округлой формы 3) наличие везикул (пузырей) с серозным экссудатом 4) формирование эрозий и язв 5) внутриядерные включения в эпителиальных клетках
<p>100. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие афт 2) некроз клеток эпителиального пласта 3) фибринозно-гнойный экссудат 4) наличие везикул (пузырей) с серозным экссудатом 5) внутриядерные включения в эпителиальных клетках
<p>101. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ЯЗВЕННОГО СТОМАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие афт 2) наличие везикул (пузырей) 3) образование глубоких дефектов на месте очагов некроза 4) развитие грануляционной ткани в глубоких дефектах 5) наличие внутриядерных включений в эпителиальных пластах
<p>102. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ (ЗАБОЛЕВАНИЯ) СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГУБ, ЯЗЫКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дисплазия эпителия 2) лейкоплакия 3) эритроплакия 4) острое воспаление 5) острый стоматит
<p>103. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) малигнизированная 2) плоская (простая) 3) бородавчатая (веррукозная) 4) лейкоплакия с атипией эпителия 5) лейкоплакия без атипии эпителия
<p>104. ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ (МИКРОСКОПИЧЕСКИМ) ПАРАМЕТРАМ ВЫДЕЛЯЮТ ВАРИАНТЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плоская (простая) 2) бородавчатая (веррукозная) 3) папиллярная (сосочковая) 4) лейкоплакия с атипией эпителия 5) лейкоплакия без атипии эпителия
<p>105. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ (МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ) ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ</p>

<p>ПРИ ЛЕЙКОПЛАКИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия эпителия 2) атрофия эпителия 3) кератоз, паракератоз 4) акантоз 5) лимфоидноклеточные инфильтраты под эпителием
<p>106. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ (МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ) ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ЭРИТРОПЛАКИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия эпителия 2) истончение (атрофия) эпителиального пласта 3) атипия (дисплазия) эпителия 4) воспалительные инфильтраты под эпителием 5) полнокровие подэпителиальной зоны
<p>107. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НИЖНЕЙ ГУБЫ, ЯЗЫКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слизистый 2) плоскоклеточный неороговевающий 3) плоскоклеточный ороговевающий 4) недифференцированный 5) перстневидноклеточный
<p>108. АНАТОМИЧЕСКИЕ (МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ) ФОРМЫ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плоскоклеточный неороговевающий рак 2) плоскоклеточный ороговевающий рак 3) язвенная форма 4) сосочковый (папиллярный) рак 5) инфильтративный рак
<p>109. ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ ДАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глубокие шейные 2) подчелюстные 3) подбородочные 4) подмышечные 5) передние грудные
<p>110. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛЕВОГО УЗЛА ПРИ РАКЕ ЯЗЫКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кончик языка 2) корень языка 3) боковая поверхность (средняя треть) 4) нижняя поверхность (средняя треть) 5) верхняя поверхность (средняя треть)
<p>111. АНАТОМИЧЕСКИЕ (МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ) ФОРМЫ РАКА ЯЗЫКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) язвенная 2) сосочковая (папиллярная) 3) инфильтративная 4) плоскоклеточный ороговевающий рак 5) плоскоклеточный неороговевающий рак
<p>112. ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СИАЛОДЕНИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) механические 2) химические 3) бактерии 4) вирусы 5) аутоиммунные
<p>113. ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ СИАЛОДЕНИТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый 2) хронический 3) серозный 4) гнойный 5) продуктивный

<p>114. ВИДЫ ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ПО ХАРАКТЕРУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый 2) хронический 3) серозный 4) гнойный 5) первичный
<p>115. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плеоморфная аденома 2) мономорфная аденома 3) плоскоклеточная карцинома 4) аденокарцинома 5) аденокистозная карцинома (цилиндрома)
<p>116. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плеоморфная аденома 2) мономорфная аденома 3) плоскоклеточная карцинома 4) аденокарцинома 5) аденокистозная карцинома (цилиндрома)
<p>117. МАКРОСКОПИЧЕСКИ ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА БОЛЬШОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДСТАВЛЕНА УЗЛОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) округлой формы 2) плотноэластической консистенции 3) белесоватого цвета 4) пестрого вида на разрезе 5) с многочисленными кровоизлияниями
<p>118. МИКРОСКОПИЧЕСКИ (ГИСТОЛОГИЧЕСКИ) ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТОИТ ИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) полей, тяжей зрелых эпителиальных клеток 2) полей, тяжей незрелых атипичных эпителиальных клеток 3) стромы в виде узких прослоек фиброзной ткани 4) стромы с гиалинозом, ослизнением, хрящеподобными структурами 5) стромы с очагами обызвествления
<p>119. ПАРАМЕТРЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КАРЦИНОМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) темп роста быстрый 2) темп роста медленный 3) инфильтративный вид роста 4) экспансивный вид роста 5) дает метастазы
<p>120. ПАРАМЕТРЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КАРЦИНОМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) темп роста быстрый 2) темп роста медленный 3) инфильтративный вид роста 4) экспансивный вид роста 5) дает метастазы
<p>121. МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОКИСТОЗНОЙ КАРЦИНОМЫ МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) узловое образование небольшого размера 2) форма узла округлая 3) на разрезе опухоль компактная, плотная, серая 4) на разрезе большие кистозные полости 5) на разрезе пестрая с множественными кровоизлияниями

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Правильный – всегда первый вариант ответа. При компьютерном тестировании варианты правильных ответов меняются.

4.2. Задачи для оценки компетенций УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф	A/01.5	Прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с их интерпретацией.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На гистологическое (микроскопическое) исследование патологоанатому прислан биопсийный материал – фрагмент опухоли твердого неба. Из клиники известно, что опухоль росла быстро. По гистологической картине дано заключение аденокистозная карцинома (цилиндрома) малой слюнной железы.
В	1	Назовите основные варианты карцином слюнной железы.
Э	-	Аденокистозная карцинома (цилиндрома). Аденокарцинома. Карцинома из плеоморфной аденомы.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите характер роста карцином слюнных желез по отношению окружающим тканям.
Э	-	Инвазивный рост.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Могут ли карциномы малых слюнных желез давать метастазы? Каким путем?
Э	-	Да могут давать метастазы. Чаще лимфогенным и гематогенным путем.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	4	Как часто встречается аденокистозная карцинома (цилиндрома) малой слюнной железы полости рта?
Э	-	Встречается редко.
P2	-	Ответ правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Опишите ее гистологическое (микроскопическое) строение (паренхимы, стромы).
Э	-	Паренхима опухоли – поля из мелких мономорфных клеток с многочисленными митозами. Строма – узкие прослойки соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	02
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала и последов с их интерпретацией
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В городском онкологическом диспансере лечится больной с диагнозом рак языка. Первично опухоль была обнаружена при осмотре ротовой полости стоматологом, который направил больного к онкологу. Диагноз рака языка установлен при гистологическим (микроскопическим) исследованием биопсийного материала.
В	1	Какие макроскопические формы языка выделяют?
Э	-	Язвенная, сосочковая (папиллярная), инфильтративная.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите наиболее частую локализацию рака языка.
Э	-	Баковая поверхность языка (средняя треть). Нижняя поверхность языка (средняя треть).
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.

P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	3	Укажите наиболее типичный гистологический (микроскопический) вариант рака языка.
Э	-	Плоскоклеточный рак (ороговевающий, неороговевающий, другие варианты).
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	4	Опишите гистологическую (микроскопическую) картину плоскоклеточного рака.
Э	-	Паренхима опухоли – поля, тяжи, комплексы незрелых опухолевых клеток, имеющих сходства с клетками многослойного плоского эпителия. В центре полей могут быть роговые массы. Строма опухоли – узкие прослойки соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Почему при клиническом диагнозе опухоль необходимо проведение биопсии?
Э	-	Для лечения больного необходимо знание точного гистологического (микроскопического) варианта опухоли. Различные гистологические варианты опухоли имеют свои особенности лечения.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
H	-	03
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей и их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных данных
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В поликлинику областного онкологического диспансера обратился мужчина 75-ти лет с жалобами на длительно не заживающий патологический очаг на слизистой оболочке нижней губе в виде утолщения с неровной шероховатой поверхностью белого цвета. Поставлен диагноз бородавчатая лейкоплакия.

		Произведена биопсия патологического участка. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружены изменения многослойного плоского эпителия: гиперкератоз, гиперплазия, акантоз, дисплазия 3 степени, местами картина «рака на месте».
В	1	Выделите из перечисленных изменений эпителия изменения предшествующие развитию рака.
Э	-	Дисплазия эпителия 3 степени, «рак на месте».
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Дайте определение дисплазии эпителия.
Э	-	Дисплазия эпителия – нарушение пролиферации и дифференцировки эпителия с появлением атипии, нарушением стратификации эпителиального пласта, но без малигнизации и инвазивного роста.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
В	3	Какие изменения эпителия в настоящее время объединены в понятия плоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия (ПИН)?
Э	-	Дисплазия эпителия 1, 2, 3 степени и «рак на месте».
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Почему больному, описанному в задаче, была произведена биопсия?
Э	-	Больному необходимо установить наличие интраэпителиальной неоплазии, ее степени, наличие «рака на месте», исключить наличие инвазивного плоскоклеточного рака.
P2	-	Ответ правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Назовите гистологический (микроскопический вариант рака нижней губы, развивающийся при такой патологии).
Э	-	Инвазивный плоскоклеточный ороговевающий или неороговевающий рак.
P2	-	Ответ полный, правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	04
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении

		патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В стоматологическое отделение областной больницы направлен мужчина 45-ти лет с жалобами на деформацию лицевого скелета. При осмотре и рентгенологическом исследовании выяснилось, что имеется веретенообразное вздутие кости нижней челюсти. Заподозрена опухоль, произведена биопсия. По биопсийному материалу дано гистологическое заключение - амелобластома.
В	1	Дайте определение амелобластомы.
Э	-	Зрелая одонтогенная опухоль, основным компонентом которой является одонтогенный эпителий.
P2	-	Ответ правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Перечислите основные макроскопические особенности этой опухоли (локализация, вид на разрезе).
Э	-	Локализации – кость нижней челюсти. Утолщение челюстной кости в виде вздутия. На разрезе ткань опухоли плотная, белесая, часто с кистозными полостями.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Назовите основные гистологические (микроскопические) особенности амелобластомы.
Э	-	Пласты (гнезда) одонтогенного эпителия. Часто формирование кист на месте эпителиальных пластов. Строма из соединительной ткани, в большом количестве.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Укажите особенности роста этой опухоли (темп роста, вид роста по отношению окружающих тканей).
Э	-	Медленный темп роста. Местнодеструктивный характер роста.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Какие еще одонтогенные опухоли вы знаете (зрелые и незрелые)?

		Какая одонтогенная опухоль встречается чаще?
Э	-	Зрелые одонтогенные опухоли: одонтома (простая, сложно-смешанная, сложносоставная); и также cementoма. Незрелые одонтогенные опухоли: злокачественная амелобластома, одонтогенные саркомы, одонтогенный рак. Наиболее частая амелобластома.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	05
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная оперирована по поводу одонтогенной кисты. Удаленную кисту прислали на микроскопическое (гистологическое) исследование в патологоанатомическое отделение больницы. Учитывая клинику, локализацию, морфологические данные, высказано мнение о наличии примордиальной кисты.
В	1	К какому типу одонтогенных челюстных кист ею нужно относить (к воспалительным или дизонтогенетическим)?
Э	-	К дизонтогенетическим кистам челюстных костей.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Почему в настоящее время ее стали называть кератокистозная опухоль?
Э	-	Примордиальная киста (кератокиста) имеет упорное рецидивирующее течение после хирургического удаления.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите главное клинико-морфологические признаки примордиальной кисты (локализация, стенка, внутренняя выстилка, содержимое).
Э	-	Локализация – чаще в области угла нижней челюсти. Стенка тонкая из фиброзной ткани. Внутренняя выстилка из зрелого многослойного плоского эпителия с выраженным ороговением.

		Содержимое – массы кератина, холестерина, слущенного эпителия.
P2	-	Ответ полный, правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
B	4	Укажите особенности течения примордиальных кист.
Э	-	Упорное рецидивирующее течение после хирургического удаления.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
B	5	Частота встречаемости примордиальной кисты (кератокистозной опухоли) челюстных костей?
Э	-	Встречается редко.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины: тестовые задания

5.1.1 Тестовые задания

1. ПЕРИОСТИТ – ЭТО 1) опухоль костной ткани 2) доброкачественная опухоль надкостницы 3) доброкачественная опухолеподобное заболевание надкостницы 4) воспалительное заболевание надкостницы 5) вариант хронического периодонтита
2. ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ЧАЩЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАН С 1) острым пульпитом 2) хроническим пульпитом 3) периодонтитом 4) пародонтозом 5) патологической стираемостью зубов
3. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОСТИТЕ 1) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) выраженная инфильтрация лимфоцитами 4) разрастание фиброзной ткани 5) формирование грануляционной ткани
4. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ 1) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами

<ul style="list-style-type: none"> 3) выраженная инфильтрация лимфоцитами 4) разрастание фиброзной ткани 5) формирование грануляционной ткани
<p>5. ТЯЖЕЛОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) пульпит 2) периодонтит 3) остеомиелит 4) гингивит 5) стоматит
<p>6. ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ЧАЩЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАН С</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острым пульпитом 2) хроническим пульпитом 3) периодонтитом 4) пародонтозом 5) патологической стираемостью зубов
<p>7. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОСТИТЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) лимфоидноклеточная инфильтрация и фиброз 4) формирование абсцессов 5) формирование свищей
<p>8. ОСТЕОМИЕЛИТ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) доброкачественная опухоль костной ткани 2) доброкачественная опухоль надкостницы 3) воспаление надкостницы 4) воспаление костного мозга 5) вариант хронического периостита
<p>9. ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ – ЭТО ОСТЕОМИЕЛИТ, РАЗВИТИЕ КОТОРОГО СВЯЗАНО С</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) травмой челюстных костей 2) гнойными заболеваниями зубочелюстной системы 3) гематогенным заносом инфекции 4) лимфогенным заносом инфекции 5) специфическими заболеваниями (туберкулезом, актиномикозом)
<p>10. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ (ТОПОГРАФИЯ) ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) верхняя челюсть область резцов, клыков 2) верхняя челюсть область моляров 3) нижняя челюсть область резцов, клыков 4) нижняя челюсть область моляров 5) любая локализация
<p>11. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гнойное воспаление костного мозга 2) серозное воспаление костного мозга 3) формирование грануляционной ткани 4) разрастание фиброзной ткани 5) формирование специфических гранул
<p>12. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) слабо выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) формирование грануляционной ткани 4) разрастание фиброзной ткани 5) формирование специфических гранул

<p>13. КОСТНЫЙ СЕКВЕСТР ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) полость, заполненная гнойным экссудатом 2) полость, возникшая при гнойном расплавлении кости 3) расплавленная костная ткань 4) остатки нормальной костной ткани в зоне некроза 5) фрагмент некротизированной костной ткани
<p>14. СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ ПОЛОСТЬ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фрагмент некротизированной костной ткани 2) костная ткань с гнойным воспалением костного мозга 3) полость, развившаяся при гнойном расплавлении кости 4) киста, сформированная на месте очага некроза 5) очаг резорбции костной ткани
<p>15. ОСЛОЖНЕНИЕ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) костные секвестры 2) секвестральные полости 3) хроническая интоксикация 4) вторичный амилоидоз 5) патологические переломы челюстных костей
<p>16. ОСЛОЖНЕНИЕ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) костные секвестры 2) секвестральные полости 3) патологические переломы челюстных костей 4) формирование свищевых ходов 5) вторичный амилоидоз
<p>17. ОДОНТОГЕННЫЕ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) любые кистозные образования в челюстных костях 2) кисты, развитие которых связано с патологией зубов 3) кисты, являющиеся пороками развития челюстных костей 4) кисты челюстных костей воспалительной природы 5) кистозные полости при гнойном остеомиелите
<p>18. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОДОНТОГЕННАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дизонтогенетическая 2) воспалительная 3) фолликулярная 4) примордиальная 5) кератокиста
<p>19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОДОНТОГЕННАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) киста непрорезавшегося зуба 2) фолликулярная 3) примордиальная 4) кератокиста 5) радикулярная
<p>20. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) киста непрорезавшегося зуба 2) фолликулярная 3) примордиальная 4) кератокиста 5) радикулярная
<p>21. СИНОНИМ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фолликулярная 2) киста непрорезавшегося зуба 3) примордиальная 4) кератокиста 5) апикальная
<p>22. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ</p>

<ul style="list-style-type: none"> 1) верхняя челюсть соответственно корню зуба 2) верхняя челюсть вне корня зуба 3) нижняя челюсть соответственно корню зуба 4) нижняя челюсть вне корня зуба 5) любые локализации
<p>23. РАЗВИТИЮ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПРЕДШЕСТВУЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый остеомиелит 2) хронический остеомиелит 3) острый пульпит 4) хронический пульпит 5) хронический периодонтит
<p>24. РАЗВИТИЮ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ОБЫЧНО ПРЕДШЕСТВУЕТ ПЕРИОДОНТИТ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) острый серозный 2) острый гнойный 3) хронический гранулирующий 4) хронический гранулематозный (гранулема) 5) хронический фиброзный
<p>25. ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ – ЭТО ОПУХОЛИ РАЗВИВАЮЩИЕСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) из зубообразующих тканей 2) из всех тканей зубочелюстной системы 3) в пределах зубочелюстной системы 4) в ротовой полости 5) из эпителия ротовой полости
<p>26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) одонтома (одонтобластома) 2) цементома (цементобластома) 3) амелобластома 4) одонтогенная саркома 5) одонтогенный рак
<p>27. В ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) строма из соединительной ткани 2) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия 3) различные зрелые ткани зуба 4) цементоподобные структуры 5) неправильно сформированные зубы
<p>28. ПО СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) зрелыми 2) незрелыми 3) недифференцированными 4) полиморфными 5) атипичными
<p>29. РОСТ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОКРУЖАЮЩИМ ТКАНЯМ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) экспансивный 2) четко отграниченный капсулой 3) местнодеструктурирующий 4) аппозиционный 5) с четкими наружными границами
<p>30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АМЕЛОБЛАСТОМЫ В ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) верхняя челюсть 2) альвеолярный отросток верхней челюсти 3) нижняя челюсть 4) межзубные перегородки 5) костный мозг челюстных костей
<p>31. ОДОНТОМА – ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ,</p>

<p>СФОРМИРОВАННАЯ ИЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фиброзной ткани 2) хрящевой ткани 3) костной ткани 4) зрелых тканей зуба 5) незрелых тканей зуба
<p>32. ЦЕМЕНТОМА – ЭТО ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ, ИМЕЮЩАЯ В СВОЕМ СОСТАВЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) хрящевую ткань 2) поля, тяжи многослойного плоского эпителия 3) незрелые ткани зуба 4) цементоподобную ткань 5) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия
<p>33. ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) доброкачественная опухоль из фиброзной ткани 2) опухолеподобный процесс костей 3) зрелая опухоль из фиброзной ткани 4) незрелая опухоль из фиброзной ткани 5) разновидность саркомы челюстных костей
<p>34. МАКРОСКОПИЧЕСКИЙ ВИД ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ ПРИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) утолщение кости без четких границ 2) утолщение в виде вздутия без четких границ 3) опухоловое образование с кистозными полостями 4) плотный очаг, отграниченный от окружающих тканей 5) полостное (кистозное) образование
<p>35. ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ – ЭТО ГРУППА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) воспалительного негнойного характера 2) гнойно-воспалительного характера 3) иммунного генеза 4) аутоиммунного генеза 5) обязательно связанных с кариесом зубов
<p>36. НАЛИЧИЕ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОПАСНО ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инфекционных (инфекционно-аллергических) заболеваний 2) опухолей зубочелюстной системы 3) опухолеподобных заболеваний зубочелюстной системы 4) хронических невоспалительных заболеваний полости рта 5) предопухолевых заболеваний ротовой полости
<p>37. ВИДЫ ПЕРИОСТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый 2) хронический 3) серозный 4) гнойный 5) фиброзный
<p>38. ВИДЫ ПЕРИОСТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый 2) хронический 3) серозный 4) гнойный 5) фиброзный
<p>39. ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОСТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые нарушения кровообращения (полнокровие, отек) 2) разрастание грануляционной ткани 3) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 4) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами

5) выраженная инфильтрация лимфоцитами, макрофагами
40. ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ
1) разрастание грануляционной ткани 2) слабо выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 4) выраженная инфильтрация лимфоцитами, макрофагами 5) формирование поднадкостничного абсцесса
41. ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАДКОСТНИЦЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПЕРИОСТИТЕ
1) острые нарушения кровообращения (полнокровие, отек) 2) выраженная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами 3) слабо выраженная инфильтрация лимфоцитами, макрофагами 4) разрастание соединительной ткани 5) новообразование костной ткани
42. ВАРИАНТЫ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ПО ТЕЧЕНИЮ
1) острый 2) хронический 3) травматический 4) одонтогенный 5) первичный (гематогенный)
43. ОСНОВНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ГНОЙНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ
1) гнойное воспаление костного мозга 2) некроз костной ткани 3) формирование секвестральных полостей 4) формирование секвестров 5) развитие радикулярной кисты
44. В СТЕНКЕ СЕКВЕСТРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ГНОЙНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ФОРМИРУЮТСЯ СЛОИ ИЗ
1) костной ткани 2) хрящевой ткани 3) грануляционной ткани 4) фиброзной ткани 5) многослойного плоского эпителия
45. ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ
1) свищевые ходы 2) флегмона мягких тканей ротовой полости 3) абсцесс мягких тканей ротовой полости, шеи 4) гнойный гайморит 5) радикулярная киста
46. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ
1) гнойный медиастенит 2) тромбоз, синус-тромбоз 3) сепсис (септикопиемия) 4) радикулярная киста 5) хронический периодонтит
47. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ ВОЗМОЖНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ
1) радикулярная киста 2) фолликулярная киста 3) примордиальная киста 4) патологические переломы челюстных костей 5) вторичный амилоидоз

48. СИНОНИМЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ
<ol style="list-style-type: none"> 1) фолликулярная 2) примордиальная 3) кератокиста 4) апикальная 5) корневая
49. МОРФОЛОГИЧЕСКИ РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ ИМЕЕТ
<ol style="list-style-type: none"> 1) стенку из фиброзной ткани с воспалительным инфильтратом 2) внутреннюю выстилку из многослойного плоского эпителия 3) содержимое из большого количества масс кератина 4) один, два непрорезавшихся зуба 5) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия
50. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ ИМЕЕТ
<ol style="list-style-type: none"> 1) тонкую стенку из фиброзной ткани 2) внутреннюю выстилку из многослойного плоского эпителия 3) содержимое из большого количества масс кератина 4) один, два непрорезавшихся зуба 5) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия
51. МОРФОЛОГИЧЕСКИ ПРИМОРДИАЛЬНАЯ КИСТА (КЕРАТОКИСТОЗНАЯ ОПУХОЛЬ) ИМЕЕТ
<ol style="list-style-type: none"> 1) тонкую стенку из фиброзной ткани 2) внутреннюю выстилку из многослойного плоского эпителия 3) содержимое из большого количества масс кератина 4) один, два непрорезавшихся зуба 5) пласты (гнезда) одонтогенного эпителия
52. ОСОБЕННОСТИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ
<ol style="list-style-type: none"> 1) содержимое – массы кератина, холестерин 2) содержимое – один, два непрорезавшихся зуба 3) по происхождению воспалительная 4) по происхождению дизонтогенетическая 5) развивается из радикулярной кисты
53. ОСОБЕННОСТИ ПРИМОРДИАЛЬНОЙ КИСТЫ (КЕРАТОКИСТОЗНОЙ ОПУХОЛИ)
<ol style="list-style-type: none"> 1) упорное рецидивирующее течение 2) отнесена к доброкачественным опухолям 3) содержимое – один, два непрорезавшихся зуба 4) содержимое – массы кератина, холестерин 5) развивается из радикулярной кисты
54. ЗРЕЛЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ
<ol style="list-style-type: none"> 1) амелобластома 2) одонтома (одонтобластома) 3) цементома (цементобластома) 4) одонтогенная саркома 5) одонтогенный рак
55. ОДОНТОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ
<ol style="list-style-type: none"> 1) фиброзная дисплазия челюстной кости 2) амелобластома 3) одонтома (одонтобластома) 4) цементома (цементобластома) 5) остеогенная саркома челюстной кости
56. МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ
<ol style="list-style-type: none"> 1) узловое образование в костной ткани с четкими границами 2) утолщение кости в виде вздутия без четких границ 3) на разрезе плотная, белесая ткань с кистозными полостями 4) на разрезе мягкая ткань с кровоизлияниями 5) локализация нижняя челюсть
57. ОСНОВНЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ (МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ) КОМПОНЕНТЫ

<p>АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пласты, тяжи многослойного плоского эпителия 2) пласты, гнезда одонтогенного эпителия 3) различные зрелые ткани зуба 4) кистозные полости на месте эпителиальных пластов 5) строма из большого количества соединительной ткани
<p>58. ОСОБЕННОСТИ РОСТА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) быстрый темп 2) медленный темп 3) экспансивный рост 4) местнодеструктурирующий рост 5) рост с формированием фиброзной капсулы
<p>59. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ (ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ) ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) очаговое разрастание хрящевой ткани 2) очаговое разрастание грубоволокнистой соединительной ткани 3) очаговая пролиферация клеток типа остеобластов 4) формирование кистозных полостей 5) формирование твердых цементаподобных структур
<p>60. ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВХОДЯЩИЕ В ПОНЯТИЕ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойный пульпит 2) гнойный периодонтит 3) пародонтит 4) нагноившиеся кисты челюстных костей 5) одонтогенные опухоли
<p>61. ОСНОВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВХОДЯЩИЕ В ГРУППУ ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойный периодонтит 2) пародонтит 3) одонтогенный гнойный периостит 4) одонтогенный остеомиелит 5) одонтогенные опухоли
<p>62. ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойный пульпит 2) флегмона мягких тканей ротовой полости, шеи 3) гнойный медиастенит 4) гнойный менингит 5) одонтогенный сепсис
<p>63. ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, РАЗВИТИЕ КОТОРЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ СВЯЗАНО С ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ревматизм 2) инфекционно-аллергический миокардит 3) инфаркт миокарда 4) септический эндокардит 5) хронический сепсис
<p>64. СТОМАТИТ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) воспалительное заболевание десен 2) воспаление слизистой оболочки полости рта 3) опухолеподобное заболевание десен 4) опухолеподобное заболевание ротовой полости 5) воспалительное заболевание периодонта
<p>65. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СТОМАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инфекционные агенты 2) механические факторы 3) ионизирующее излучение 4) химические вещества 5) лекарственные препараты

<p>66. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ КАТАРАЛЬНОМ СТОМАТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) формирование афт 2) образование везикул (пузырей) 3) небольшие скопления нейтрофильных лейкоцитов 4) накопление фибринозно-гнойного экссудата 5) образование глубоких дефектов на месте некроза
<p>67. ОСНОВНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОМ СТОМАТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) формирование афт 2) образование везикул (пузырей) 3) формирование поверхностных дефектов на месте некроза 4) формирование глубоких дефектов на месте некроза 5) появление внутридермных включений в эпителии
<p>68. ПРИ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ АФТА – ЭТО ИЗМЕНЕНИЕ В ВИДЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неглубокого дефекта неправильной формы 2) глубокого дефекта неправильной формы 3) поверхностного дефекта округлой формы 4) очага гнойного воспаления 5) свищевого хода, выстланного эпителием
<p>69. ЭРОЗИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) глубокий дефект на месте некроза 2) неглубокий дефект на месте некроза 3) очаг гнойного воспаления 4) свищевой ход, выстланный эпителием 5) свищевой ход, выстланный грануляционной тканью
<p>70. ЯЗВА ПРИ СТОМАТИТЕ – ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ В ВИДЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неглубокого дефекта неправильной формы на месте некроза 2) глубокого дефекта на месте некроза 3) поверхностного дефекта округлой формы 4) очага гнойного воспаления 5) свищевого хода
<p>71. ОБЛИГАТНОЕ ПРЕДРАКОВОЕ ИЗМЕНЕНИЕ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГУБ, ЯЗЫКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) роговая дистрофия 3) кератоз, гиперкератоз, паракератоз 4) атрофия 5) дисплазия
<p>72. СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРЕДШЕСТВУЮЩАЯ РАЗВИТИЮ РАКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I 2) II 3) III 4) IV 5) V
<p>73. ИЗМЕНЕНИЕ КЛЕТОК МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЕ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ДИСПЛАЗИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) атрофия 3) роговая дистрофия 4) атипия части клеток эпителиального пласта 5) кератоз, гиперкератоз, паракератоз
<p>74. НА ОСНОВЕ ДИСПЛАЗИИ (АТИПИИ) МНОГОСЛОЙНОГО ПЛОСКОГО ЭПИТЕЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ РАКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аденокарцинома 2) мукоэпидермоидный рак

<ul style="list-style-type: none"> 3) слизистый рак 4) плоскоклеточный рак 5) аденокистозная карцинома
<p>75. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПЛАСТА ПРИ РАКЕ «НА МЕСТЕ» РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГУБ, ЯЗЫКА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) кератоз, паракератоз 3) замещение части эпителиального пласта атипичными клетками 4) замещение всего эпителиального пласта атипичными клетками 5) признаки инвазивного роста атипичных клеток
<p>76. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) неглубокий дефект слизистой оболочки на месте некроза 2) глубокий дефект на месте некроза 3) белое пятно на слизистой оболочке 4) очаг гнойного воспаления 5) ярко красное пятно на слизистой оболочке
<p>77. ОСНОВНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЕ СТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЛЕЙКОПЛАКИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия 2) атрофия 3) атипия 4) клеточный полиморфизм 5) кератоз
<p>78. ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) кератоз 2) паракератоз 3) гиперплазия 4) роговая дистрофия 5) атипия (дисплазия)
<p>79. ЛЕЙКОПЛАКИЯ С АТИПИЕЙ ЭПИТЕЛИЯ МАЛИГНИЗИРУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) в единичных случаях 2) очень редко 3) редко 4) часто 5) не малигнизируется
<p>80. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ ГУБ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) верхняя губа кожная часть 2) верхняя губа слизистая часть 3) нижняя губа кожная часть 4) нижняя губа слизистая часть 5) верхняя губа переходная зона
<p>81. ПРИ ЭРИТРОПЛАКИИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) атрофия эпителиального пласта 2) истончение эпителиального пласта 3) атипия (дисплазия) эпителия 4) полнокровие подэпителиальной зоны 5) отек подэпителиальной зоны
<p>82. В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ЯЗЫКЕ, НИЖНЕЙ ГУБЕ ТИПИЧНО РАЗВИТИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ, ИМЕЮЩЕЙ СТРОЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аденокарциномы 2) слизистого рака 3) перстневидноклеточного рака 4) недифференцированной карциномы 5) плоскоклеточного рака

83. РАК ЯЗЫКА ДАЕТ ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
1) подчелюстные 2) подбородочные 3) глубокие шейные 4) подмышечные 5) передние грудные
84. СИАЛОАДЕНИТ – ЭТО ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
1) слюнной железы 2) слизистой оболочки десны 3) слизистой оболочки ротовой полости 4) молочной железы 5) потовой железы
85. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО СИАЛОАДЕНИТА, ВЫДЕЛЯЕМОГО ПО ЭТИОЛОГИИ
1) неспецифический бактериальный 2) вирусный 3) аутоиммунный 4) аллергический 5) лучевой
86. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПУХОЛИ РАЗВИВАЮТСЯ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ
1) околоушных 2) подчелюстных 3) подъязычных 4) малых слюнных 5) во всех с одинаковой частотой
87. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ
1) аденокарцинома 2) недифференцированная карцинома 3) аденокистозная карцинома 4) мономорфная аденома 5) плеоморфная аденома
88. ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ
1) подчелюстных 2) подъязычных 3) околоушных 4) малых слюнных желез 5) во всех с одинаковой частотой
89. ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА МАЛИГНИЗИРУЕТСЯ
1) часто 2) очень часто 3) практически всегда 4) редко 5) не малигнизируется никогда
90. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ КАРЦИНОМА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИМЕЕТ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ
1) малигнизированной плеоморфной аденомы 2) аденокистозной карциномы (цилиндромы) 3) слизистого рака 4) перстневидноклеточного рака 5) плоскоклеточной карциномы
91. АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ
1) околоушных 2) подъязычных 3) подчелюстных 4) малых слюнных 5) во всех с одинаковой частотой

92. КАРЦИНОМЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ДАЮТ ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ
<ol style="list-style-type: none"> 1) лимфогенно 2) гематогенно 3) периневрально 4) имплантационно 5) всеми путями одновременно
93. ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ СТОМАТИТ
<ol style="list-style-type: none"> 1) инфекционные агенты 2) механическая травма 3) ионизирующее излучение 4) химические факторы 5) аутоиммунные факторы
94. ВИДЫ СТОМАТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ
<ol style="list-style-type: none"> 1) катаральный 2) язвенный 3) острый 4) хронический 5) кандидозный
95. ВИДЫ СТОМАТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ПО ОСОБЕННОСТЯМ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ
<ol style="list-style-type: none"> 1) катаральный 2) язвенный 3) кандидозный 4) герпетический 5) афтозный
96. ВИДЫ СТОМАТИТОВ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ
<ol style="list-style-type: none"> 1) катаральный 2) афтозный 3) герпетический 4) кандидозный 5) гангренозный
97. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО СТОМАТИТА
<ol style="list-style-type: none"> 1) острые нарушения кровообращения (полнокровие, отек) 2) наличие афт 3) наличие пузырей (везикул) с серозным экссудатом 4) формирование глубоких дефектов на месте некроза 5) умеренная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами
98. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА
<ol style="list-style-type: none"> 1) наличие афт 2) наличие везикул (пузырей) с серозным экссудатом 3) эрозии на месте вскрытых везикул 4) внутриядерные включения в эпителиальных клетках 5) фибринозно-гнойный экссудат
99. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АФТОЗНОГО СТОМАТИТА
<ol style="list-style-type: none"> 1) наличие поверхностных дефектов округлой формы 2) воспалительные инфильтраты вокруг дефектов округлой формы 3) наличие везикул (пузырей) с серозным экссудатом 4) формирование эрозий и язв 5) внутриядерные включения в эпителиальных клетках
100. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА
<ol style="list-style-type: none"> 1) наличие афт

<ul style="list-style-type: none"> 2) некроз клеток эпителиального пласта 3) фибринозно-гнойный экссудат 4) наличие везикул (пузырей) с серозным экссудатом 5) внутриядерные включения в эпителиальных клетках
<p>101. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ, ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ЯЗВЕННОГО СТОМАТИТА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) наличие афт 2) наличие везикул (пузырей) 3) образование глубоких дефектов на месте очагов некроза 4) развитие грануляционной ткани в глубоких дефектах 5) наличие внутриядерных включений в эпителиальных пластах
<p>102. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ (ЗАБОЛЕВАНИЯ) СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГУБ, ЯЗЫКА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) дисплазия эпителия 2) лейкоплакия 3) эритроплакия 4) острое воспаление 5) острый стоматит
<p>103. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) малигнизированная 2) плоская (простая) 3) бородавчатая (веррукозная) 4) лейкоплакия с атипией эпителия 5) лейкоплакия без атипии эпителия
<p>104. ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ (МИКРОСКОПИЧЕСКИМ) ПАРАМЕТРАМ ВЫДЕЛЯЮТ ВАРИАНТЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) плоская (простая) 2) бородавчатая (веррукозная) 3) папиллярная (сосочковая) 4) лейкоплакия с атипией эпителия 5) лейкоплакия без атипии эпителия
<p>105. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ (МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ) ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ЛЕЙКОПЛАКИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия эпителия 2) атрофия эпителия 3) кератоз, паракератоз 4) акантоз 5) лимфоидноклеточные инфильтраты под эпителием
<p>106. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ (МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ) ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ЭРИТРОПЛАКИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) гиперплазия эпителия 2) истончение (атрофия) эпителиального пласта 3) атипия (дисплазия) эпителия 4) воспалительные инфильтраты под эпителием 5) полнокровие подэпителиальной зоны
<p>107. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НИЖНЕЙ ГУБЫ, ЯЗЫКА</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) слизистый 2) плоскоклеточный неороговевающий 3) плоскоклеточный ороговевающий 4) недифференцированный 5) перстневидноклеточный
<p>108. АНАТОМИЧЕСКИЕ (МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ) ФОРМЫ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) плоскоклеточный неороговевающий рак 2) плоскоклеточный ороговевающий рак 3) язвенная форма

4) сосочковый (папиллярный) рак 5) инфильтративный рак
109. ПЕРВЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ ДАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ 1) глубокие шейные 2) подчелюстные 3) подбородочные 4) подмышечные 5) передние грудные
110. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛЕВОГО УЗЛА ПРИ РАКЕ ЯЗЫКА 1) кончик языка 2) корень языка 3) боковая поверхность (средняя треть) 4) нижняя поверхность (средняя треть) 5) верхняя поверхность (средняя треть)
111. АНАТОМИЧЕСКИЕ (МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ) ФОРМЫ РАКА ЯЗЫКА 1) язвенная 2) сосочковая (папиллярная) 3) инфильтративная 4) плоскоклеточный ороговевающий рак 5) плоскоклеточный неороговевающий рак
112. ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СИАЛОАДЕНИТА 1) механические 2) химические 3) бактерии 4) вирусы 5) аутоиммунные
113. ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ СИАЛОАДЕНИТ 1) острый 2) хронический 3) серозный 4) гнойный 5) продуктивный
114. ВИДЫ ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ ПО ХАРАКТЕРУ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ 1) острый 2) хронический 3) серозный 4) гнойный 5) первичный
115. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 1) плеоморфная аденома 2) мономорфная аденома 3) плоскоклеточная карцинома 4) аденокарцинома 5) аденокистозная карцинома (цилиндрома)
116. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 1) плеоморфная аденома 2) мономорфная аденома 3) плоскоклеточная карцинома 4) аденокарцинома 5) аденокистозная карцинома (цилиндрома)
117. МАКРОСКОПИЧЕСКИ ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА БОЛЬШОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДСТАВЛЕНА УЗЛОМ 1) округлой формы 2) плотноэластической консистенции 3) белесоватого цвета

4) пестрого вида на разрезе 5) с многочисленными кровоизлияниями
118. МИКРОСКОПИЧЕСКИ (ГИСТОЛОГИЧЕСКИ) ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТОИТ ИЗ 1) полей, тяжей зрелых эпителиальных клеток 2) полей, тяжей незрелых атипичных эпителиальных клеток 3) стромы в виде узких прослоек фиброзной ткани 4) стромы с гиалинозом, ослизнением, хрящеподобными структурами 5) стромы с очагами обызвествления
119. ПАРАМЕТРЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КАРЦИНОМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 1) темп роста быстрый 2) темп роста медленный 3) инфильтративный вид роста 4) экспансивный вид роста 5) дает метастазы
120. ПАРАМЕТРЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КАРЦИНОМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 1) темп роста быстрый 2) темп роста медленный 3) инфильтративный вид роста 4) экспансивный вид роста 5) дает метастазы
121. МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОКИСТОЗНОЙ КАРЦИНОМЫ МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1) узловое образование небольшого размера 2) форма узла округлая 3) на разрезе опухоль компактная, плотная, серая 4) на разрезе большие кистозные полости 5) на разрезе пестрая с множественными кровоизлияниями

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Правильный – всегда первый вариант ответа. При компьютерном тестировании варианты правильных ответов меняются.

5.1.2 Ситуационные задачи

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф	A/01.5	Прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с их интерпретацией.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На гистологическое (микроскопическое) исследование

		патологоанатому прислан биопсийный материал – фрагмент опухоли твердого неба. Из клиники известно, что опухоль росла быстро. По гистологической картине дано заключение аденокистозная карцинома (цилиндрома) малой слюнной железы.
В	1	Назовите основные варианты карцином слюнной железы.
Э	-	Аденокистозная карцинома (цилиндрома). Аденокарцинома. Карцинома из плеоморфной аденомы.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Укажите характер роста карцином слюнных желез по отношению окружающим тканям.
Э	-	Инвазивный рост.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Могут ли карциномы малых слюнных желез давать метастазы? Каким путем?
Э	-	Да могут давать метастазы. Чаще лимфогенным и гематогенным путем.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Как часто встречается аденокистозная карцинома (цилиндрома) малой слюнной железы полости рта?
Э	-	Встречается редко.
P2	-	Ответ правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Опишите ее гистологическое (микроскопическое) строение (паренхимы, стромы).
Э	-	Паренхима опухоли – поля из мелких мономорфных клеток с многочисленными митозами. Строма – узкие прослойки соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	02
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и

		патологических процессов с помощью патологоанатомического исследования биопсийного, операционного материала и последов с их интерпретацией
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	В городском онкологическом диспансере лечится больной с диагнозом рак языка. Первично опухоль была обнаружена при осмотре ротовой полости стоматологом, который направил больного к онкологу. Диагноз рака языка установлен при гистологическим (микроскопическим) исследованием биопсийного материала.
В	1	Какие макроскопические формы языка выделяют?
Э	-	Язвенная, сосочковая (папиллярная), инфильтративная.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Назовите наиболее частую локализацию рака языка.
Э	-	Баковья поверхность языка (средняя треть). Нижняя поверхность языка (средняя треть).
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Укажите наиболее типичный гистологический (микроскопический) вариант рака языка.
Э	-	Плоскоклеточный рак (ороговевающий, неороговевающий, другие варианты).
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Опишите гистологическую (микроскопическую) картину плоскоклеточного рака.
Э	-	Паренхима опухоли – поля, тяжи, комплексы незрелых опухолевых клеток, имеющих сходства с клетками многослойного плоского эпителия. В центре полей могут быть роговые массы. Строма опухоли – узкие прослойки соединительной ткани.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Почему при клиническом диагнозе опухоль необходимо проведение биопсии?
Э	-	Для лечения больного необходимо знание точного

		гистологического (микроскопического) варианта опухоли. Различные гистологические варианты опухоли имеют свои особенности лечения.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	03
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей и их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных данных
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В поликлинику областного онкологического диспансера обратился мужчина 75-ти лет с жалобами на длительно не заживающий патологический очаг на слизистой оболочке нижней губе в виде утолщения с неровной шероховатой поверхностью белого цвета. Поставлен диагноз бородавчатая лейкоплакия. Произведена биопсия патологического участка. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружены изменения многослойного плоского эпителия: гиперкератоз, гиперплазия, акантоз, дисплазия 3 степени, местами картина «рака на месте».
В	1	Выделите из перечисленных изменений эпителия изменения предшествующие развитию рака.
Э	-	Дисплазия эпителия 3 степени, «рак на месте».
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Дайте определение дисплазии эпителия.
Э	-	Дисплазия эпителия – нарушение пролиферации и дифференцировки эпителия с появлением атипии, нарушением стратификации эпителиального пласта, но без малигнизации и инвазивного роста.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
В	3	Какие изменения эпителия в настоящее время объединены в понятия плоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия (ПИН)?

Э	-	Дисплазия эпителия 1, 2, 3 степени и «рак на месте».
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Почему больному, описанному в задаче, была произведена биопсия?
Э	-	Больному необходимо установить наличие интраэпителиальной неоплазии, ее степени, наличие «рака на месте», исключить наличие инвазивного плоскоклеточного рака.
P2	-	Ответ правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Назовите гистологический (микроскопический вариант рака нижней губы, развивающийся при такой патологии).
Э	-	Инвазивный плоскоклеточный ороговевающий или неороговевающий рак.
P2	-	Ответ полный, правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	04
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/01.8	Проведение прижизненной диагностики заболеваний и патологических процессов с помощью патологоанатомических исследований биопсийного, операционного материала и последов с интерпретацией полученных результатов.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В стоматологическое отделение областной больницы направлен мужчина 45-ти лет с жалобами на деформацию лицевого скелета. При осмотре и рентгенологическом исследовании выяснилось, что имеется веретенообразное вздутие кости нижней челюсти. Заподозрена опухоль, произведена биопсия. По биопсийному материалу дано гистологическое заключение - амелобластома.
В	1	Дайте определение амелобластомы.
Э	-	Зрелая одонтогенная опухоль, основным компонентом которой является одонтогенный эпителий.
P2	-	Ответ правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

В	2	Перечислите основные макроскопические особенности этой опухоли (локализация, вид на разрезе).
Э	-	Локализации – кость нижней челюсти. Утолщение челюстной кости в виде вздутия. На разрезе ткань опухоли плотная, белесая, часто с кистозными полостями.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответа неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Назовите основные гистологические (микроскопические) особенности амелобластомы.
Э	-	Пласты (гнезда) одонтогенного эпителия. Часто формирование кист на месте эпителиальных пластов. Строма из соединительной ткани, в большом количестве.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	4	Укажите особенности роста этой опухоли (темп роста, вид роста по отношению окружающих тканей).
Э	-	Медленный темп роста. Местнодеструктивный характер роста.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Какие еще одонтогенные опухоли вы знаете (зрелые и незрелые)? Какая одонтогенная опухоль встречается чаще?
Э	-	Зрелые одонтогенные опухоли: одонтома (простая, сложно-смешанная, сложно-составная); и также цементома. Незрелые одонтогенные опухоли: злокачественная амелобластома, одонтогенные саркомы, одонтогенный рак. Наиболее частая амелобластома.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
Н	-	05
Ф	A/01.5	Проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и последов, а также отдельных органов, тканей или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия в соответствии с профилем учреждения.
Ф	C/03.8	Проведение патологоанатомических вскрытий с целью посмертной диагностики заболеваний и получение данных о причинах смерти.
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная оперирована по поводу одонтогенной кисты. Удаленную

		кисту прислали на микроскопическое (гистологическое) исследование в патологоанатомическое отделение больницы. Учитывая клинику, локализацию, морфологические данные, высказано мнение о наличии примордиальной кисты.
В	1	К какому типу одонтогенных челюстных кист ею нужно относить (к воспалительным или дизонтогенетическим)?
Э	-	К дизонтогенетическим кистам челюстных костей.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	2	Почему в настоящее время ее стали называть кератокистозная опухоль?
Э	-	Примордиальная киста (кератокиста) имеет упорное рецидивирующее течение после хирургического удаления.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	3	Опишите главное клинико-морфологические признаки примордиальной кисты (локализация, стенка, внутренняя выстилка, содержимое).
Э	-	Локализация – чаще в области угла нижней челюсти. Стенка тонкая из фиброзной ткани. Внутренняя выстилка из зрелого многослойного плоского эпителия с выраженным ороговением. Содержимое – массы кератина, холестерина, слущенного эпителия.
P2	-	Ответ полный, правильный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или отсутствует.
В	4	Укажите особенности течения примордиальных кист.
Э	-	Упорное рецидивирующее течение после хирургического удаления.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.
В	5	Частота встречаемости примордиальной кисты (кератокистозной опухоли) челюстных костей?
Э	-	Встречается редко.
P2	-	Ответ правильный, полный.
P1	-	Ответ частично правильный.
P0	-	Ответ неправильный или ответ отсутствует.

5.1.3 Собеседование

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение воспалительных заболеваний челюстных костей (периостита, остеомиелита). 2. Этиология и патогенез этих заболеваний. 3. Морфологические изменения при них. 4. Определение одонтогенных кист челюстных костей, их этиология и патогенез. 5. Морфологические изменения при одонтогенных кистах челюстных костей. 6. Морфологическая картина опухолеподобных поражений и опухолей челюстных костей. 7. Понятие одонтогенной инфекции, заболевания, включенные в это понятие и осложнения при этой инфекции. 8. Определение стоматита. 9. Этиология, патогенез, классификация стоматитов. 10. Морфологические изменения при различных видах стоматитов. 11. Морфологические изменения при предопухолевых заболеваниях и опухолях губ и языка. 12. Определение, этиология, патогенез сиалоаденитов. 13. Морфологические изменения при различных сиалоаденитах. Патологическая анатомия доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез. 	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.

Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

1. Орлинская Наталья Юрьевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии
2. Сумина Татьяна Владимировна, к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии

Дата « » _____ 20__ г.