**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Модуль «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | **Название дисциплины** | **Формируемые компетенции** | **Содержание дисциплины** | **Оценочные средства** |
| .1. | **Геронтостома-тология и заболевания слизистой оболочки рта** | **Общекультурные компетенции (ОК):*** способностью и готовностью к логическому и аргументирован­ному анализу ведению дискус­сии и полемики, к редактирова­нию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогиче­ской деятельности, к сотрудни­честву и разрешению конфлик­тов, к толерантности (ОК-5);
* способностью и готовностью к письменной и устной комму­никации на государственном языке (ОК-6);

**Профессиональные компетенции (ПК):*** способностью и готовностью реа­лизовать этические и деонтологические аспекты врачебной дея-тельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и млад­шим персоналом, взрослым насе­лением и подростками, их родите­лями и родственниками (ПК-1);
* способностью и готовностью к формированию системного под­хода к анализу медицинской ин­формации, опираясь на всеобъ­емлющие принципы доказатель­ной медицины, основанной на поиске решений с использовани­ем теоретических знаний и прак­тических умений в целях совер­шенствования профессиональной деятельности (ПК-3);
* способностью и готовностью анализировать результаты собст­венной деятельности для предот­вращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисципли­нарную, административную, гражданско-правовую, уголов­ную ответственность (ПК-4);
* способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, ре­зультаты современных лабораторно-инструментальных иссле­дований, морфологического ана­лиза биопсийного, написать медицинскую карту амбулатор­ного больного (ПК-5);
* способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);

**профилактическая деятельность:*** способностью и готовностью к проведению стоматологических профессиональных процедур (ПК-18);

**диагностическая деятельность:*** способностью и готовностью к сбору и записи полного медицинского анамнеза пациента, включая данные состояния полости рта (ПК-19);
* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-20);
* способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические способностью и готовностью поставить диагноз с учетом Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-23);
* способностью и готовностью к проведению диагностики типичных стоматологических заболеваний твердых и мягких тканей полости рта, (ПК-24);

**лечебная деятельность:*** способностью и готовностью к проведению премедикации, ин-фильтрационной и проводнико­вой анестезии в полости рта, на­значению медикаментозной те­рапии до, во время и после сто­матологического вмешательства (ПК-29);
* способностью и готовностью к проведению лечения типичных заболеваний слизистой оболочки рта у пациентов различного возраста (ПК-33);

**организационно-управленческая дея­тельность:*** способностью и готовностью оформлять текущую документацию, использовать формы и методы профилактики стоматологических заболеваний (ПК-48);

на**учно-исследовательская деятельность:**способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-50); |  1. Особенности проявления элементов поражения и патологических процессов на слизи стой оболочке рта. Классификации заболеваний слизистой оболочки рта. Основные и дополнительные методы обследования пациента, алгоритм постановки диагноза, принципы комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки рта. 2. Поражения слизистой оболочки рта вследствие механических, химических, физически воздействий.Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. 3. Проявления лейкоплакии в полости рта.Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. 4. Вирусные заболевания: острый и хронический рецидивирующий герпес опоясывающий лишай. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика дифференциальная диагностика, лечение. 5. Бактериальные инфекции: кандидоз, язвенно-некротический гингиво-стоматит Венсана.Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. 6. Ангионевротический отёк Квинке. Аллергия на стоматологические материалы. Лекарственная аллергия. Многоформная экссудативная эритема. Рецидивирующий афтозный стоматит.Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. 7. Аномалии и заболевания языка. Складчатый язык, ромбовидный, десквамативный глоссит. Волосатый (чёрный) язык. Стомалгия. Глоссалгия.Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. 8. Атопический, гландулярный, эксфолиативный, экзематозный, макрохейлит Мелькерсона-Розенталя. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. 9. Поражение слизистой оболочки рта при заболеваниях пищеварительной, сердечно - сосудистой, эндокринной систем, гипо - и авитаминозах, заболеваниях крови. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, симптоматическое лечение. 10. Плоский лишай. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Вульгарная пузырчатка, красная волчанка.11. Классификация, Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика предраковых заболеваний (абразивный преканцерозный хейлит Манганотти, хронические рецидивирующие трещины губ). Основы диспансеризации больных. 12. Состояние твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у лиц пожилого возраста в норме и патологии. Особенности стоматологического обследования и лечения пожилых людей. | ***Контрольные вопросы*** 1. Из каких слоев состоит слизистая оболочка полости рта?
2. Укажите отличия в строении слизистой щеки, твёрдого неба, языка.
3. Каким эпителием покрыта слизистая оболочка полости рта?
4. Сколько в нём слоев и какие?
5. Каковы различия эпителия слизистой от эпидермиса кожи?
6. Назовите функции слизистой оболочки полости рта, чем они определяются?
7. Как кровоснабжается слизистая оболочка полости рта?
8. Виды чувствительности слизистой оболочки полости рта.
9. Особенности иннервации слизистой оболочки полости рта.
10. Чем отличается слюна от ротовой жидкости?
11. Перечислить основные неорганические компоненты ротовой жидкости, определить их физиологическую роль.
12. Перечислить основные органические компоненты, определить их физиологическую роль.
13. Назовите функции слюны, чем они определяются?
14. Какие факторы оказывают влияние на слюноотделение?
15. Перечислить клинические признаки гипосаливации.
16. Синдром Шегрена - клиника, диагностика, лечение.
17. Микрофлора полости рта в норме.
18. Роль микроорганизмов в развитии воспаления слизистой оболочки полости рта.
19. Понятие о дисбактериозе.
20. Дайте определение основным методам обследования и перечислить их.
21. Дайте определение дополнительным методам обследования и перечислить их.
22. Перечислить первичные морфологические элементы поражения, выделите среди них инфильтративные и экссудативные.
23. Перечислите вторичные элементы поражения.
24. Какие первичные элементы поражения заживают с образованием рубца? Почему?
25. Какие вторичные морфологические элементы поражения являются дефектами слизистой, какие — наслоениями, разрастаниями?
26. Что такое акантоз? Какие патоморфологические элементы связаны с этим процессом?
27. Что такое акантолиз? Какими патоморфологическими элементами он проявляется на слизистой?
28. Что такое гиперкератоз и паракератоз? Как выглядит слизистая при этих процессах?
29. Что такое спонгиоз, вакуольная дистрофия, баллонирующая дегенерация? Каким патоморфологическим элементам сопутствуют эти процессы?
30. Как оформляется документация на больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта?
31. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.
32. Назовите причины механической травмы слизистой.
33. Клинические проявления механической травмы.
34. Дифференциальная диагностика механической травмы со сходными заболеваниями.
35. Принципы лечения механических повреждений слизистой.
36. Назовите причины механической травмы в быту, на приёме у врача- стоматолога.
37. Клинические проявления химической травмы слизистой.
38. Дифференциальная диагностика химической травмы со сходнымизаболеваниями.
39. Принципы лечения химических повреждений слизистой.
40. Гальванические стоматиты. Этиопатогенез, клиника, лечение.
41. Лучевая болезнь, проявления в полости рта, лечение.
42. Роль травматического фактора в возникновении лейкоплакии.
43. Значение эндогенных факторов в этиологии заболевания.
44. Как часто встречаются формы лейкоплакии?
45. Наиболее частая локализация очагов поражения.
46. Ранние клинические признаки озлокачествления различных форм лейкоплакии.
47. Какая из форм заболевания обладает наибольшей потенциальной злокачественностью?
48. Основные клинические отличия лейкоплакии от красного плоского лишая, красной волчанки, кандидоза, сифилитических папул и мягкой лейкоплакии.
49. Особенности лечения и профилактики лейкоплакии.
50. Прогноз при лейкоплакии.
51. Этиология многоформной экссудативной эритемы.
52. Клиника многоформной экссудативной эритемы.
53. Диагностика и дифференциальная диагностика многоформной экссудативной эритемы.
54. Лечение многоформной экссудативной эритемы.
55. Синдром Стивенса-Джонсона.
56. Определение рецидивирующего афтозного стоматита (РАС).
57. Этиологические факторы возникновения РАС.
58. Патогенез РАС.
59. Клиника РАС.
60. Дифференциальная диагностика РАС.
61. Лечение РАС.
62. Диспансеризация больных РАС.
63. Проявления медикаментозных интоксикаций в полости рта.
64. Дифференциальная диагностика медикаментозных интоксикаций.
65. Лечение медикаментозных интоксикаций.
66. Прогноз медикаментозных интоксикаций.
67. Роль врача - стоматолога в диагностике системных заболеваний.
68. Тактика врача - стоматолога при лечении больных с даннойпатологией.
69. Роль травматических факторов в возникновении измененийслизистой полости рта при данных заболеваниях.
70. Прогноз при лечении системных заболеваний.
71. Роль врача - стоматолога в диагностике заболевания крови икроветворных органов.
72. Тактика врача - стоматолога при лечении больных с даннойпатологией.
73. Роль травматических факторов в возникновении измененийслизистой полости рта при заболеваниях крови.
74. Прогноз заболеваний крови.
75. Этиология красного плоского лишая.
76. Клиника красного плоского лишая (формы).
77. Диагностические методы, проводимые больным красным плоским лишаем (КПЛ).
78. С какими заболеваниями следует дифференцировать КПЛ?
79. Назовите принципы общего лечения КПЛ.
80. Местное лечение больных КПЛ (медикаментозное и физиотерапевтическое).
81. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение красной волчанки
82. Роль эндогенных факторов в этиологии пузырчатки.
83. Наиболее частая локализация очагов поражения при пузырчатке.
84. Методы проведения симптома Никольского.
85. Лечение пузырчатки.
86. Лечение дерматита Дюринга.
87. Прогноз заболеваний.
88. Что относится к самостоятельным заболеваниям языка?
89. Аномалии развития языка, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
90. Десквамативный глоссит, этиология, клиника, диагностика и лечение.
91. Черный волосатый язык, этиология, клиника, диагностика и лечение
92. Ромбовидный глоссит, этиология, клиника, диагностика и лечение.
93. Понятия стомалгии и глоссалгии.
94. Этиология СГ.
95. Патогенез СГ.
96. Диагностика и дифференциальная диагностика.
97. Общее лечение (механизм действия) при стомалгии и глоссалгии.
98. Определение понятия «ХЕЙЛЙТЫ»
99. Классификация хейлитов.
100. Эксфолиативный хейлит. Этиопатогенез. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение.
101. Гландулярный хейлит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
102. Контактный аллергический хейлит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
103. Метеорологический хейлит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.
104. Актинический хейлит. .Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.
105. Хроническая трещина губы. Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
106. Симптоматические хейлиты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
107. Какие вирусные инфекции имеют проявления на слизистой оболочке полости рта? Элементы поражения.
108. Клинические формы и дифференциальная диагностика простого герпеса.
109. Клиника и дифференциальный диагноз опоясывающего лишая.
110. Клиника и дифференциальная диагностика ящура.
111. Проявление гриппа на слизистой оболочке полости рта.
112. Лечение вирусных заболеваний (местное и общее). Профилактика.
113. Какие вирусные инфекции имеют проявления на слизистой оболочке полости рта. Элементы поражения.
114. Клинические формы проявления ВИЧ - инфекции в полости рта.
115. Дифференциальная диагностика ВИЧ - инфекции с другими заболеваниями СОПР.
116. Лечение и профилактика ВИЧ - инфекции.
117. Меры защиты врача - стоматолога.
118. Клиника и дифференциальная диагностика язвенно - некротического стоматита Венсана.
119. Лечение и профилактика язвенно - некротического стоматита Венсана.
120. Виды грибковых поражений СОПР.
121. Этиология и патогенез кандидоза.
122. Клинические формы кандидоза.
123. Дифференциальная диагностика.
124. Методы обследования больного с кандидозом.
125. Местное и общее лечение.
126. Профилактика кандидоза.
127. Назовите наиболее характерные клинические признаки туберкулёзной волчанки и милиарно - язвенного туберкулёза.
128. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному, чтобы подтвердить поставленный диагноз?
129. Проведите дифференциальную диагностику туберкулёзной язвы.
130. Назовите характерные клинические проявления в полости рта первичного и вторичного сифилиса.
131. Проявление в полости рта третичного сифилиса (гуммы и бугорковый сифилис).
132. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному при подозрении на сифилис?
133. Проведите дифференциальную диагностику твёрдого шанкра.
134. Местное стоматологическое лечение туберкулёза и сифилиса стоматологом. Меры предосторожности.
135. Роль эндогенных факторов в этиологии аллергии.
136. Наиболее часто встречающиеся проявления аллергии в полости рта,
137. Особенности лечения аллергических состояний в современных условиях.
138. Синдром Лайелла
139. Прогноз аллергических заболеваний.

***Тестовые задания***001. Декубитальная язва вызвана фактором 1) физическим 2) химическим 3) механическим002. Травматическая язва возникает в результате травмы 1) острой 2) хронической 3) подострой003. К хроническим травмирующим факторам относятся 1) длительное курение 2) случайное прикусывание 3) длительное раздражение острыми краями зубов 4) ранение острым предметом 5) микротоки 6) воздействие кислоты 7) балансирующие съемные протезы004. Дополнительные методы обследования при травматической язве 1) проба Кулаженко 2) аллергологические 3) бактериоскопический 4) цитологический 5) проба Ясиновского 6) гистологический 7) измерение микротоков005. Цитологическая картина при травматической язве  характеризуется наличием 1) атипичных клеток эпителия 2) элементов воспаления 3) акантолитических клеток 4) клеток Лангханса006. Признаки озлокачествления травматической язвы 1) изменение размеров язвы 2) исчезновение боли 3) блюдцеобразная форма язвы 4) эозинофилия 5) уплотнение краев и дна язвы 6) ороговение краев язвы007. Травматическую язву дифференцируют 1) с плоским лишаем, эрозивно-язвенная форма 2) с сифилисом (твердый шанкр) 3) с туберкулезой язвой 4) с глоссалгией 5) с раковой язвой 6) с трофической язвой 7) с многоформной экссудативной эритемой 8) с аллергическим стоматитом008. Лечение травматической язвы включает 1) устранение травмирующих факторов 2) применение стероидных мазей 3) снятие стальных коронок 4) применение эпителизирующих средств 5) хирургическое иссечение участков поражения 6) антисептическую обработку 7) рациональное протезирование 8) замену металлических пломб на пластмассовые009. После устранения травмирующего фактора  выраженную склонность к заживлению имеют язвы 1) раковая 2) лучевая 3) травматическая 4) туберкулезная010. Профилактика хронической механической травмы включает 1) диету 2) коррекцию съемных протезов 3) исключение курения и приема алкоголя 4) своевременное протезирование 5) сошлифовывание острых краев011. К острым травмирующим факторам относятся 1) длительное курение 2) случайное прикусывание 3) длительное раздражение острыми краями зубов 4) ранение острым предметом 5) микротоки 6) воздействие кислоты 7) балансирующие съемные протезы012. Острая травма – это воздействие травмирующего агента 1) однократное 2) многократное013. При медикаментозной обработке эрозивно-язвенных поражений  слизистой оболочки рта прижигающие средства 1) используют 2) не используют014. Возможное осложнение, возникающее после наложения  мышьяковистой пасты 1) декубитальная язва 2) мышьяковистый некроз 3) трофическая язва 4) мышьяковистый периодонтит015. Мышьяковистый некроз относится 1) к бактериальным инфекциям 2) к специфическим инфекциям 3) к травматическим поражениям016. Мышьяковистый некроз вызван травмой 1) физической 2) химической 3) механической017. Дифференциальную диагностику мышьяковистого некроза проводят 1) со щелочным некрозом 2) с острым герпетическим стоматитом 3) с язвенно-некротическим гингивитом Венсана 4) с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом *Укажите правильную последовательность*018. Последовательность манипуляций при лечении  мышьяковистого некроза десны 1) аппликация протеолитических ферментов 2) анестезия 3) аппликация эпителизирующих средств 4) антисептическая обработка 5) удаление некротической ткани019. Антидотами мышьяка являются 1) раствор бикарбоната натрия 2) спиртовой раствор йода 3) жженая магнезия 4) слабый раствор уксусной кислоты 5) унитиол020. Термический ожог слизистой оболочки полости рта относится к травме 1) химической 2) механической 3) физической021. Условная норма гальванического тока в полости рта 1) до 6 мкА 2) до 10 мкА 3) до 20 мкА022. Воздействие гальванического тока на слизистую оболочку полости рта  относят к травме 1) химической 2) механической 3) физической023. Наличие гальванического тока в полости рта может приводить  к появлению 1) жжения слизистой оболочки полости рта 2) герпетических эрозий 3) папилломатозных разрастаний 4) привкуса металла 5) пузырей на слизистой оболочке полости рта024. Гальванический ток увеличивается при наличии в полости рта 1) разнородных металлов 2) однородного металла и пластмассы 3) однородного металла и композитных материалов025. Мышьяковая паста в молярах накладывается 1) на сутки 2) на двое суток 3) на трое суток026. Регионарные лимфатические узлы при травматической язве в полости рта: 1) увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные 2) увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные 3) увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные 027. Зубы с хроническими очагами воспаления у верхушки корня перед лучевой терапией 1) удаляют 2) лечат консервативно 3) покрывают пластмассовыми каппами028. Зубы с кариозными полостями перед лучевой терапией: 1) удаляют 2) пломбируют 3) покрывают пластмассовыми каппами029. Глубина проникновения вторичного излучения от металлических конструкций при облучении 1) 1-2 мм 2) 3-4 мм 3) 5-6 мм030. Металлические конструкции в полости рта перед облучением целесообразно: 1) снять 2) заменить на керамические или пластмассовые 3) покрыть пластмассовыми каппами031. Элемент поражения при простой форме лейкоплакии 1) пузырь 2) пятно 3) папула 4) атрофия 5) трещина032. Локализация элементов лейкоплакии 1) кожа 2) слизистая оболочка 3) кожа и слизистая оболочка033. Веррукозную форму лейкоплакии относят 1) к дерматозу 2) к хейлиту 3) к облигатному предраку 4) к факультативному предраку034. В основе патологических изменений в эпителии при лейкоплакии лежит 1) спонгиоз 2) гиперкератоз 3) акантолиз 4) дискератоз035. Лейкоплакия Таппейнера возникает 1) при аллергическом стоматите 2) при курении 3) при интоксикации солями тяжелых металлов036. Дифференциальную диагностику веррукозной формы лейкоплакии  проводят 1) с глоссалгией 2) с десквамативным глосситом 3) с плоским лишаем 4) с многоформной экссудативной эритемой037. Наиболее существенные причины лейкоплакии 1) стресс 2) курение 3) микротоки 4) переохлаждение 5) травма острыми краями зубов038. Клинические признаки озлокачествления предраков 1) отек губы 2) уплотнение в основании очага поражения 3) усиление процессов ороговения 4) появление фибринозного налета 5) быстрое увеличение размеров очага039. При лечении лейкоплакии рекомендуется 1) новокаиновые блокады 2) отказ от курения 3) санация полости рта 4) замена пломб из амальгамы 5) использование фотозащитных средств040. В случае неэффективности консервативного лечения лейкоплакии  используют 1) физиотерапию 2) радиотерапию 3) хирургическое иссечение 4) химиотерапию041. Для дифференциальной диагностики лейкоплакии и кандидоза  применяют метод исследования 1) серологический 2) цитологический 3) бактериоскопический 4) иммунологический042. Длительность консервативных лечебных мероприятий  при эрозивной форме лейкоплакии 1) один год 2) один месяц 3) две недели043. При эрозивной форме лейкоплакии рекомендуются 1) обезболивающие средства 2) прижигающие средства 3) антисептические средства 4) эпителизирующие мази 5) санация полости рта 6) УВЧ-терапия044. Острый герпетический стоматит является заболеванием 1) вирусным 2) бактериальным 3) грибковым045. Возбудителем острого герпетического стоматита является 1) актиномицеты 2) палочка Леффлера 3) дрожжеподобные грибы 4) вирус простого герпеса 5) фузоспирохета Венсана046. Острым герпетическим стоматитом заболевают в возрасте 1) до 15 лет 2) от 30 до 60 лет 3) после 60 лет047. Пути передачи инфекции при остром герпетическом стоматите 1) воздушно-капельный 2) трансплацентарный 3) парентеральный 4) контактный048. Элементы поражения при остром герпетическом стоматите  носят название 1) «кокарда» 2) корка 3) папула 4) эрозия 5) пузырек 6) чешуйка049. При остром герпетическом стоматите имеют место  следующие патологические процессы 1) акантоз 2) спонгиоз 3) паракератоз 4) папилломатоз 5) баллонирующая дегенерация050. Острый герпетический стоматит необходимо дифференцировать 1) с кандидозом 2) с лейкоплакией 3) со стоматитом Венсана 4) с сифилисом 5) с акантолитической пузырчаткой 6) с многоформной экссудативной эритемой *Установите соответствие*051. Заболевание Клинические симптомы 1) острый герпетический стоматит а) температура тела повышена 2) хронический рецидивирующий б) температура тела нормальная герпес в) СОЭ в пределах нормы г) общее недомогание д) общее состояние  удовлетворительное е) регионарный лимфаденит *Укажите правильную последовательность*051. Обработка эрозии при остром герпетическом стоматите  в первые дни заболевания 1) антисептическая обработка 2) противовирусные препараты 3) обезболивание 4) обработка ферментами052. Обработка эрозии при остром герпетическом стоматите  на 5-7-й день заболевания 1) антисептическая обработка 2) эпителизирующие препараты 3) обезболивание 4) обработка ферментами053. Лечебные мероприятия направлены 1) на блокаду вируса в нервных трофических окончаниях 2) на воздействие на анаэробную микрофлору 3) на выявление и устранение очагов хронической инфкции 4) на санацию полости рта 5) на обезболивание 6) на эпителизацию054. Для общего лечения применяют 1) ацикловир 0,2 – по 1 таб. 5 раз в день 2) аскорутин 0,1 – по 1 таб. 3 раза в день 3) нистатин 500000 Ед. – по 5 таб. 3 раза в день 4) супрастин 0,025 – по 1 таб. 2 раза в день 5) метронидазол 0,25 – по 1 таб. 3 раза в день055. Для местного лечения применяют 1) бонафтоновая мазь 0,25% 2) оксолиновая мазь 0,5% 3) инъекции витамина РР под очаги поражения 4) зовиракс – крем 5) левориновую мазь 6) взвесь анестезина в персиковом масле056. Для профилактики возможных рецидивов проводится 1) седативное воздействие на ЦНС 2) блокада Н-холинорецепторов 3) стимуляция выработки эндогенного интерферона 4) десенсибилизация 5) вакцинация057. С целью специфической десенсибилизации применяется 1) интерферон лейкоцитарный 2) культуральная инактивированная герпетическая вакцина 3) кислота аскорбиновая 4) гистаглобулин058. Первичным элементом поражения при остром герпетическом стоматите является 1) афта 2) пузырь 3) пятно  4) эрозия  5) пузырек059. Вторичным элементом поражения при остром герпетическом стоматите является 1) налет 2) пузырь 3) пятно 4) эрозия 5) пузырек060. Элементам поражения на слизистой оболочке предшествует 1) невралгическая боль 2) увеличение подчелюстных лимфатических узлов  3) головная боль 4) недомогание 5) гиперемия кожных покровов061. Вирусное заболевание, поражающее красную кайму губ, называется 1) атопический хейлит 2) гландулярный хейлит 3) хронический рецидивирующий герпес 4) хронический рецидивирующий афтозный стоматит062. Для уточнения диагноза следует провести  дополнительные методы исследования 1) цитологический 2) сиалографию 3) бактериоскопию 4) кожно-аллергические пробы063. Исследование мазков-отпечатков при простом герпесе показывает наличие 1) полиморфно-ядерных нейтрофилов в различной стадии некробиоза 2) лимфоцитов 3) гигантских многоядерных клеток 4) акантолитических клеток064. Первичным элементом поражения  при хроническом рецидивирующем герпесе является 1) афта 2) корка 3) папула 4) эрозия 5) пузырек 6) чешуйка065. Патологический процесс в результате скопления жидкости  между клетками шиповатого слоя называется 1) акантоз 2) спонгиоз 3) паракератоз 4) папилломатоз 5) баллонирующая дегенерация066. Рецидив заболевания возможен в результате 1) стресса 2) дисбактериоза 3) переохлаждения 4) повышенной инсоляции 5) активизации латентной инфекции 6) активизации условно-патогенной микрофлоры067. Хронический рецидивирующий герпес необходимо дифференцировать 1) с сифилисом 2) с лейкоплакией 3) со стоматитом Венсана 4) с контактным аллергическим хейлитом 5) с акантолитической пузырчаткой 6) с многоформной экссудативной эритемой *Установите соответствие*068. Заболевание Клинические симптомы 1) опоясывающий лишай а) общее состояние не страдает 2) хронический б) невралгическая боль рецидивирующий герпес в) элементы поражения сгруппированы  в локальный очаг г) элементы поражения располагаются  по ходу нервного ствола *Укажите правильную последовательность*069. Обработка элементов поражения  при хроническом рецидивирующем герпесе в первые дни заболевания 1) антисептическая обработка 2) противовирусные препараты 3) обезболивание 4) обработка ферментами070. Обработка эрозии при хроническом рецидивирующем герпесе  на 5-7-й день заболевания 1) антисептическая обработка 2) эпителизирующие препараты 3) обезболивание 4) ферменты071. Для общего лечения применяют 1) аевит по 1 драже 1 раз в день 2) ацикловир 0,2 по 1 таб. 5 раз в день 3) диазепам 0,005 по 1 таб. перед сном 4) бонафтон 0,1 по 1 таб. 5 раз в день 5) нистатин 500000 Ед. – по 5таб. 3 раза в день072. Для местного лечения применяют 1) масляный раствор витамина А 2) ацикловир – мазь 3) инъекции витамина РР под очаги поражения 4) солкосерил – мазь 5) нистатиновую мазь 6) взвесь анестезина в персиковом масле073. С целью удлинения периода ремиссии рекомендуется 1) седативное воздействие на ЦНС 2) блокада Н-холинорецепторов 3) стимуляция выработки эндогенного интерферона 4) десенсибилизация 5) стимуляция слюноотделения074. С целью неспецифической десенсибилизации применяется 1) интерферон лейкоцитарный 2) культуральная инактивированная герпетическая вакцина 3) кислота аскорбиновая 4) гистаглобулин075. Вторичным элементом поражения при хроническом рецидивирующем герпетическом стоматите является 1) афта  2) пузырь 3) пятно 4) эрозия 5) пузырек  6) налет076. Возбудитель герпетического стоматита сохраняется в латентном состоянии в:  1) неявных окончаниях слизистой оболочки 2) чувствительных ганглиях ЦНС 3) шовных окончаниях кожи077. Элементам поражения на слизистой оболочке предшествует:  1) невралгическая боль 2) гиперемия кожных покровов 3) чувство напряжения и зуда 4) головная боль, недомогание078. Опоясывающий лишай является заболеванием 1) вирусным 2) бактериальным 3) грибковым 4) аутоиммунным079. Возбудителем опоясывающего герпеса является 1) актиномицеты 2) палочка Леффлера 3) вирус Варицелла зостер 4) вирус простого герпеса 5) фузоспирохета Венсана080. Опоясывающий лишай развивается в результате 1) алиментарного заноса возбудителя 2) дисбактериоза 3) контакта с больным ветряной оспой 4) активизации латентной инфекции 5) активизации условно-патогенной микрофлоры081. Элементы поражения при опоясывающем лишае носят название 1) афта 2) корка 3) папула 4) эрозия 5) пузырек 6) чешуйка082. Высыпания при опоясывающем лишае 1) односторонние 2) симметричные 3) по ходу иннервации пораженного нерва083. Герпес зостер необходимо дифференцировать 1) с сифилисом 2) с невралгией тройничного нерва 3) с кандидозом 4) с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом 5) с синдромом Стивенса–Джонсона 6) с многоформной экссудативной эритемой *Установите соответствие*084. Заболевание Клинические симптомы 1) герпес острый а) регионарный лимфаденит, болезненные 2) многоформная эрозии на гиперемированном фоне экссудативная эритема слизистой оболочки 3) пузырно-сосудистый б) невралгическая боль, высыпания синдром по ходу нервных стволов на коже 4) опоясывающий лишай и слизистой оболочке 5) хронический в) на слизистой оболочке одиночный рецидивирующий пузырь с геморрагическим содержимым афтозный стоматит г) одиночные округло-овальные эрозии с гиперемированным венчиком д) обширные сливающиеся эрозии, обрывки пузырей, отек, корки  на губах, и коже085. Лечебные мероприятия направлены 1) на блокаду вируса в нервных трофических окончаниях 2) на исключение вторичной инфекции 3) на выявление и устранение очагов хронической инфекции 4) на санацию полости рта 5) на обезболивание 6) на эпителизацию086. Для общего лечения применяют 1) противовирусные препараты 2) противогрибковые препараты 3) витамины группы В 4) анальгетики 5) вазоконстрикторы087. Для местного лечения применяют 1) бонафтоновую мазь 1% 2) солкосерил – мазь 3) инъекции витамина РР под очаги поражения 4) завиракс – мазь 5) левориновую мазь 6) блокаду 0,5% раствором тримекаина с витамином В1 7) масляный раствор витамина А088. Возможные осложнения заболевания 1) неврит 2) трофические расстройства пораженной области 3) хронический рецидивирующий герпетический стоматит 4) гиперестезия пораженной области089. При отсутствии осложнений заболевание продолжается в среднем 1) 7-10 дней 2) 3-6 недель 3) 2-3 месяца090. Опоясывающим лишаем чаще страдают 1) подростки 2) дети 3) пожилые люди091. При опоясывающем лишае кожа в зоне поражения 1) отечная 2) бледная 3) неизмененная092. С целью стимуляции защитных сил организма рекомендуется 1) имудон 2) нистатин 3) интерферон лейкоцитарный человеческий 4) преднизолон 093. Элементам поражения на слизистой оболочке и коже предшествует 1) птоз 2) невралгическая боль 3) чувство напряжения и зуда 4) головная боль  5) недомогание094. Пути передачи вируса иммунодефицита человека 1) трансплацентарный 2) парентеральный 3) воздушно-капельный 4) половой095. Клинические проявления ВИЧ-инфекции 1) оппортунистические инфекции 2) коллагенозы 3) онкология096. Маркерные заболевания, сопровождающие ВИЧ-инфекцию в полости рта 1) герпес 2) кандидоз 3) пемфигоид 4) лимфома Ходжкина 5) нон-ходжкинская лимфома 6) саркома Капоши097. Против ВИЧ-инфекции вакцинация 1) проводится обязательно 2) проводится по желанию 3) не проводится098. На ВИЧ приобретенный иммунитет 1) вырабатывается, стойкий 2) вырабатывается, нестойкий 3) не вырабатывается099. При работе с ВИЧ-инфицированными стоматолог использует 1) высокооборотную турбину 2) механическую бормашину 3) ультразвуковой скейлер 4) ручной скейлер100. Способы защиты стоматолога, предохраняющие от инфицирования 1) перчатки 2) вакуумная противовирусная поливалентная сыворотка 3) маска 4) защитный экран 5) коффердам 6) головной убор101. Заболевание ВИЧ-инфекция вызывается 1) РНК-содержащим вирусом 2) дрожжеподобными грибами  3) фузобактериями102. Инкубационный период заболевания ВИЧ составляет 1) от 10 до 14 дней 2) от 3 до 12 месяцев  3) от 2 до 3 лет103. Поражения полости рта у людей, инфицированных ВИЧ проявляются 1) всегда 2) в некоторых случаях 3) никогда104. Пути передачи инфекции при сифилисе 1) воздушно-капельный 2) контактный 3) трансплацентарный105. Инкубационный период заболевания при сифилисе 1) 17-14 дней 2) 21-28 дней 3) 3-6 месяцев106. Первичный сифилис на слизистой оболочке полости рта проявляется как: 1) папулезный сифилид 2) твердый шанкр 3) творожистый налет 4) гумма 5) пятнистый сифилид107. Вторичный сифилис на слизистой оболочке полости рта проявляется как: 1) папулезный сифилид 2) твердый шанкр  3) творожистый налет 4) гумма 5) пятнистый сифилид108. Дифференциальная диагностика сифилиса проводится с 1) плоским лишаем 2) синдромом Милькерсона-Розенталя 3) травматической язвой 4) хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом109. Причиной кандидоза является 1) неудовлетворительная гигиена полости рта 2) стресс 3) дисбактериоз 4) аллергия на антибиотики 5) переохлаждение110. Природа кандидоза 1) аллергическая 2) вирусная 3) травматическая 4) бактериальная 5) грибковая111. Элемент поражения при кандидозе 1) папула 2) эрозия 3) налет 4) пузырек 5) бугорок112. Факторы, способствующие развитию кандидоза 1) сахарный диабет 2) гиповитаминоз В12 3) переохлаждение 4) профессиональная вредность 5) ношение съемных протезов 6) травма слизистой оболочки полости рта 7) длительный прием антибиотиков113. Возбудителем кандидоза являются 1) фузобактерии 2) грибы Candida 3) гонококки 4) актиномицеты 5) спирохеты114. Диагноз кандидоза подтверждается исследованием 1) аллергологическим 2) бактериоскопическим 3) цитологическим 4) иммунографическим115. Материал для бактериоскопического исследования при кандидозе берут 1) до еды 2) натощак 3) после еды116. Кандидоз ороговением 1) сопровождается 2) не сопровождается117. Оптимальная среда для развития гриба Candida 1) щелочная 2) нейтральная 3) кислая118. Налет при кандидозе содержит 1) лактобациллы и кокки 2) нейтрофилы и десквамированные клетки эпителия 3) единичные клетки Candida и клетки эпителия 4) почкующиеся формы бластоспор и дрожжевой псевдомицелий *Установите соответствие*119. Течение кандидоза Клиническая форма 1) острое а) гипертрофический 2) хроническое б) атрофический в) псевдомембранозный120. Профессиональное поражение кандидозом может быть у работников 1) производства антибиотиков 2) овощехранилищ 3) нефтехимического производства 4) кондитерских фабрик121. По локализации поражения грибом Candida выделяют 1) стоматит 2) палатинит 3) ларингит 4) хейлит 5) глоссит 6) гайморит 7) заеду122. Кандидоз развивается на фоне длительного приема 1) кортикостероидов 2) цитостатиков 3) кератопластиков 4) антибиотиков 5) поливитаминов 6) ферментов123. Острый псевдомембранозный кандидоз дифференцируют 1) с лейкоплакией 2) с плоским лишаем 3) с острым герпетическим стоматитом 4) с глоссалгией 5) с невритом язычного нерва 6) с ВИЧ-инфекцией 7) с десквамативным глосситом124. Хронический атрофический кандидоз дифференцируют 1) с хроническим рецидивирующим герпесом 2) с плоским лишаем 3) с аллергией на пластмассу 4) с медикаментозным стоматитом 5) с десквамативным глосситом 6) со стомалгией125. Дрожжевую заеду дифференцируют 1) с туберкулезной 2) с сифилитической 3) со стрептококковой 4) с авитаминозной 5) с экзематозной126. При бактериоскопическом подтверждении кандидоза проводится 1) наблюдение и повторный соскоб 2) повторный соскоб 3) лечение и повторный соскоб127. Лекарственная терапия кандидоза направлена 1) на обезболивание 2) на гипосенсибилизацию организма 3) на эпителизацию 4) на подавление роста гриба Candida128. Эффективная лекарственная форма при дрожжевой заеде 1) раствор 2) мазь 3) таблетка129. Воздействие противогрибковой терапии 1) симптоматическое 2) патогенетическое 3) этиотропное130. Целью лечения кандидоза является 1) десенсибилизировать организм 2) восстановить нормальную микрофлору 3) устранить очаг инфекции 4) нормализовать функцию кроветворения131. К противогрибковым препаратам относят 1) метронидазол и диазолин 2) гентамицин и нистатин 3) амфотерицин В и нистатин 4) леворин и флуконазол (дифлюкан)132. Профилактическая суточная доза флуконазола (дифлюкана, дифлазона) 1) 50-100 мг 2) 5-15 мг 3) 25-50 мг133. Суточная лечебная доза флуконазола (дифлюкана, дифлазона)  при кандидозе полости рта 1) 50-100 мг 2) 150-200 мг 3) 200-400 мг134. Профилактическая суточная доза нистатина 1) 1-2 млн. 2) 2-3 млн. 3) 3-4 млн.135. Средства общего лечения кандидоза 1) поливитамины (группы В, С, РР) 2) гистаглобулин 3) нистатин 4) леворин 5) флуконазол (дифлюкан) 6) орунгал 7) низорал 8) ламизил 9) 3% раствор йодида калия136. Средства местного лечения кандидоза 1) 20% раствор натрия бората в глицерине 2) жидкость Кастеллани 3) 0,5% оксолиновая мазь 4) мазь «Канестен» 5) нистатиновая мазь 6) мазь «Солкосерил» 7) мазь амфотерицина В 8) щелочные полоскания137. Ограничение в пищевом рационе при кандидозе 1) белков 2) жиров 3) минеральных солей 4) углеводов 5) воды138. Факторы, провоцирующие рецидив кандидоза 1) переохлаждение  2) длительный курс антибиотикотерапии системных заболеваний 3) наличие некачественных съемных протезов  4) гиповитаминоз С и В 5) нарушение углеводного обмена 6) гипосаливация 7) гальваноз139. Острый атрофический кандидоз дифференцируют 1) с острым герпетическим стоматитом 2) с лейкоплакией 3) с В12-дифицитной анемией 4) с аллергией на пластмассу 5) со стомалгией140. Кандидозный глоссит дифференцируют 1) со складчатым языком 2) с аллергическим глосситом 3) с глоссалгией 4) с Гюнтеровским глосситом 5) с десквамативным глосситом 6) с ромбовидным глосситом141. Группы риска развития кандидоза 1) грудные недокормленные дети 2) дети старшего возраста 3) мужчины 30-60 лет, злостные курильщики 4) лица пожилого возраста, ослабленные хроническими заболеваниями  5) лица, длительно принимающие цистостатики, кортикостероиды 6) лица страдающие эпилепсией *Установите соответствие*142.

|  |  |
| --- | --- |
| Клинические формы заболевания | Материалы бактериоскопического исследования |
|  1) острый псевдометанозный кандидоз |  а) преобладание скопления нитей псевдомицелия |
|  2) хронический кандидоз |  б) преобладание клеточных форм Candida |

143. Язвенно-некротический стоматит Венсана относят к 1) вирусным заболеваниям 2) аллергическим заболеваниям 3) инфекционным заболеваниям144. Язвенно-некротический стоматит Венсана – заболевание, вызываемое симбиозом 1) стафилококков и стрептококков 2) фузобактерий и спирохет 3) стрептококков и фузобактерий 4) стрептококков и лактобацилл145. Общие факторы, способствующие возникновению язвенно-некротического стоматита 1) авитаминозы 2) нарушения липидного обмена 3) переохлаждение 4) стресс146. Элементы поражения при язвенно-некротическом стоматите Венсана 1) пятно 2) афта 3) налет 4) эрозия 5) язва147. Дополнительные методы обследования при язвенно-некротическом стоматите Венсана 1) общий клинический анализ крови  2) анализ крови на содержание глюкозы 3) анализ крови на ВИЧ-инфекцию 4) бактериоскопическое исследование148. Патологические процессы в зоне язвенно-некротического поражения слизистой оболочки полости рта 1) некроз 2) акатолиз 3) воспалительная инфильтрация 4) вакуольная дистрофия 5) акантоз 6) пролиферация148. Дифференциальную диагностику язвенно-некротического стоматита Венсана проводят 1) с острым герпетическим стоматитом  2) с острым псевдомембранозным кандидозом 3) с ВИЧ-инфекцией 4) с острым лейкозом 5) с сахарным диабетом 6) с сифилисом  7) с лейкоплакией150. Ангину Венсана дифференцируют  1) с дифтерией  2) с сифилисом 3) с агролизлоцитозом 4) с кандидозом151. Местные факторы, провоцирующие рецидив язвенно-некротического стоматита Венсана 1) хронические воспалительные заболевания тканей пародонта 2) несанированная полость рта 3) аномалии языка 4) затрудненное прорезывание зуба мудрости 5) гальвалоз 6) гипосаливация 7) некачественные протезы152. Средства местного лечения язвенно-некротического стоматита Венсана 1) р-р 0,05% хлоргексина 2) Метрогил Дента гель 3) 5% бутадионовая мазь 4) р-р 1% перекиси водорода  5) трипсин, химопсин 6) 20% раствор натрия бората в глицерине 7) индометациновая мазь153. В острой стадии язвенно-некротического стоматита Венсана не показано 1) применение обезболивающих препаратов 2) удаление зубов 3) применение прижигающих средств 4) применение кератопластиков 5) проведение профессиональной гигиены полости рта154. Для общего лечения язвенно-некротического стоматита Венсана применяют 1) поливитамины 2) противогрибковые препараты 3) десенсибилизирующие препараты 4) антибиотики 5) гормональные препараты 6) седативные препараты 7) противомикробные препараты155. Профилактика рецидивов язвенно-некротического стоматита Венсана включает 1) вакцинацию 2) профессиональную гигиену полости рта 3) десенсибилизацию 4) иммунизацию 5) санацию полости рта *Укажите правильную последовательность*156. Этапы обработки язв при язвенно-некротическом стоматите Венсана 1) аппликация протеолитическими ферментами 2) обезболивание 3) удаление некротических масс 4) антисептическая обработка  5) аппликация противомикробных средств157. Возбудитель ветряной оспы 1) вирус Варицелла зостер 2) палочка Леффлера 3) вирус Коксаки 4) вирус простого герпеса 5) вирус Эпштейна-Барра158. Элементы поражения на слизистой оболочке полости рта при ветряной оспе 1) группируются в локальный очаг 2) располагаются отдельно друг от друга  3) располагаются по ходу нервного ствола159. Элементы поражения при ветряной оспе носят название  1) корка 2) папула 3) эрозия 4) пузырек 5) чешуйка160. Изменения в полости рта при кори 1) предшествуют сыпи на коже 2) появляются одновременно с сыпью на коже 3) не проявляются161. Патогномоничный для кори симптом 1) малиновый язык 2) пятна Бельского-Филатова-Коплика 3) полиморфная сыпь162. Пятна Бельского-Филатова-Коплика это 1) папулы 2) эрозии 3) афты 4) везикулы 163. При скарлатине типичный признак болезни 1) бледность слизистой оболочки полости рта 2) малиновый язык 3) складчатый язык164. Характерный вид языка при скарлатине обусловлен 1) гиперплазией эпителия 2) десквамацией эпителия 3) некротическим налетом165. Изменения в полости рта при скарлатине проявляются в период 1) инкубационный 2) продромальный 3) разгара заболевания166. Изменения на слизистой оболочке полости рта при ОРВИ могут проявиться в виде 1) гиперемии 2) бледности 3) зернистости 4) петехий  5) папиллом  6) геморрагии167. Дифференциальную диагностику изменений слизистой оболочки при ОРВИ проводят с 1) атрофическим кандидозом 2) хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом 3) В12-фолиеводефицитной анемией 4) аллергическим лекарственным стоматитом 5) многоформной экссудативной эритемой168. Аллергическая реакция немедленного анафилактического типа проявляется в виде 1) крапивницы 2) бронхиальной астмы 3) МЭЭ 4) лекарственной аллергии 5) анафилактического шока169. Дифференциальная диагностика проводится 1) с болезнью Лайелла 2) с инфарктом миокарда 3) с острой сердечной недостаточностью 4) с сенной лихорадкой  5) с эпилепсией170. Мероприятия для оказания неотложной помощи 1) приостановка поступления лекарственного препарата 2) обеспечение больному сидячего положения 3) удаление съемных протезов 4) снятие тесной одежды 5) измерение температуры тела 6) оксигенотерапия 7) профилактика асфиксии171. Лекарственные вещества, применяемые для оказания экстренной помощи при анафилактическом шоке 1) симпатомиметики 2) антигистаминные препараты 3) водорастворимые глюкокортикоиды 4) цитостатики 5) бронхолитики 6) ферменты 7) антибиотики 8) транквилизаторы и нейролептики172. С целью повышения артериального давления применяют 1) 0,1% раствор адреналина 2) 0,1% раствор никотиновой кислоты 3) 1% раствор мезатона 4) 1% раствор новокаина 5) 0,2% раствор норадреналина173. Время развития анафилактического шока 1) несколько минут 2) несколько часов 3) сутки174. Для профилактики анафилактического шока проводят 1) премедикацию 2) тщательный сбор анамнеза 3) обезболивание175. Отек Квинке имеет природу 1) токсико-аллергическую 2) инфекционно-аллергическую 3) инфекционно-токсическую176. К быстрому развитию асфиксии может привести отек 1) нижней губы 2) нижней губы и языка 3) нижней губы, языка и гортани177. Дифференциальную диагностику отека Квинке с локализацией на губах проводят 1) с синдромом Мелькерсона-Розенталя 2) с рожистым воспалением 3) с механической травмой 4) с абсцессом губы178. Общее лечение отека Квинке 1) гипосенсибилизация 2) противовирусные препараты 3) дезинтоксикационная терапия 4) общеукрепляющее лечение 5) физиотерапия179. К аллергическим реакциям замедленного типа относят 1) крапивницу 2) лекарственную аллергию 3) контактный аллергический стоматит 4) бронхиальную астму180. Факторы, вызывающие лекарственную аллергию 1) стресс 2) курение 3) прием лекарственного препарата 4) аппликации медикамента на слизистую оболочку рта и кожу181. Элементы поражения на слизистой оболочке рта при лекарственной аллергии 1) папула 2) пятно 3) волдырь 4) пузырек 5) пузырь 6) эрозия182. Дополнительные методы исследования при лекарственной аллергии 1) общий клинический анализ крови 2) иммунологические 3) серологические 4) цитологические183. Клинические формы лекарственной аллергии 1) катаральная  2) катарально-геморрагическая 3) гиперкератозная 4) буллезная 5) атипичная 6) эрозивная 7) язвенно-некротическая184. Язвенно-некротическую форму лекарственной аллергии дифференцируют от  1) язвенно-некротического стоматита 2) поражений при СПИДе 3) красной волчанки 4) лейкоза 5) кандидоза185. Неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия включает назначение 1) антигистаминных препаратов 2) гистаглобулина 3) цитостатиков 4) препаратов кальция 5) кортикостероидов 6) сульфаниламидов186. Для местного лечения лекарственной аллергии используют средства 1) обезболивающие 2) противовоспалительные 3) противогрибковые 4) антигистаминные 5) керопластические 6) противовирусные187. Специфические признаки лекарственной аллергии в полости рта 1) обнаруживаются 2) не обнаруживаются188. При контактной аллергии поражается 1) кожа 2) слизистая оболочка полости рта 3) кожа и слизистая оболочка полости рта190. Элементы поражения при контактной аллергии 1) пятно 2) рубец 3) пузырек 4) эрозия 5) корка 6) волдырь191. Пациенты с контактной аллергией в полости рта предъявляют жалобы 1) на зуд 2) на жжение 3) на запах изо рта 4) на сухость 5) на кровоточивость десен 6) на извращение вкусовых ощущений192. Дополнительные методы обследования 1) кожно-аллергические пробы 2) бактериоскопия 3) анализ крови на RW 4) лабораторные исследования на лейкопенический и тромбоцитопенический тесты193. Лечебные мероприятия направлены 1) на устранение аллергена 2) на десенсибилизацию организма 3) на устранение очагов инфекции 4) на обезболивание194. Лечение контактной аллергии включает 1) устранение разнородных металлических включений 2) замена альмагамовых пломб 3) изготовление нового протеза из другого материала 4) хирургическое удаление очага поражения 5) отказ от использования губной помады или крема, вызвавших аллергическую реакцию195. Для местного лечения больных с контактной аллергией применяют препараты 1) противовоспалительные 2) антисептические 3) прижигающие 4) десенсибилизирующие 5) эпителизируюшие 6) противогрибковые196. Тяжелые формы рецидивирующего афтозного стоматита 1) синдром Бехчета 2) афтоз Сеттона 3) синдром Шегрена 4) синдром Розенталя 5) синдром Стивенса–Джонсона197. Элемент поражения  при рецидивирующем афтозном стоматите 1) пятно 2) папула 3) волдырь 4) пузырек 5) трещина 6) язва 7) афта198. Пораженные участки при рецидивирующем  афтозном стоматите обрабатывают раствором 1) анестетика 2) анестетика и ферментов 3) анестетика, ферментов, антисептиков 4) анестетика, ферментов, антисептиков, кератопластиков199. Причины возникновения  рецидивирующего афтозного стоматита 1) переохлаждение 2) заболевания желудочно-кишечного тракта 3) перенесенное ОРВИ 4) бактериальная инфекция 5) вирусная инфекция200. Мероприятия, проводимые в период ремиссии  рецидивирующего афтозного стоматита 1) антибиотикотерапия 2) санация полости рта 3) обучение гигиене полости рта 4) полоскание хлоргексидином 5) обследование у гастроэнтеролога 6) выявление и устранение очагов хронической инфекции 7) обследование у аллерголога *Укажите правильную последовательность*201. Лечение рецидивирующего афтозного стоматита 1) кератопластик 2) антисептики 3) протеолитические ферменты 4) раствор тримекаина202. Рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют 1) с острым герпесом 2) с хроническим герпесом 3) с вторичным сифилисом 4) с синдромом Бехчета 5) с язвенно-некротическим стоматитом 6) с многоформной экссудативной эритемой 7) с травматической эрозией203. Общее лечение рецидивирующего афтозного стоматита 1) антибиотики 2) антигистаминные препараты 3) гормональные препараты 4) сульфаниламиды 5) поливитамины 6) средства, повышающие резистентность организма 7) седативные средства204. Лекарственные вещества, применяемые при лечении  рецидивирующего афтозного стоматита 1) преднизолон в таблетках 2) тиосульфат натрия 3) тетрациклин в таблетках 4) ундевит 5) сульфат магния в таблетках 6) супрастин в таблетках 7) гистаглобулин 8) ацетилсалициловая кислота 9) сульфадиметоксин205. Средства для местного лечения  рецидивирующего афтозного стоматита 1) аэрозоль лидокаина 2) бонафтоновая мазь 3) перекись водорода 4) раствор перманганата калия 5) кератопластик 6) стрептоцидовая мазь *Установите соответствие*206. Заболевание Клиническая картина 1) рецидивирующий а) на слизистой афтозный стоматит оболочке множественные эрозии, афты, склонные к слиянию б) эрозии с фестончатыми краями,  2) острый герпетический чаще на твердом небе, десне,  стоматит красной кайме губ в) на слизистой оболочке полости рта 1-3 афты г) длительно не заживающие одиночные язвы, склонные к рубцеванию207. Заболевание Клиническая картина 1) хронический а) на слизистой оболочке множественные рецидивирующий герпес эрозии, афты, склонные к слиянию 2) афтоз Сеттона б) эрозия с фестончатыми краями, чаще на твердом небе, десне красной кайме губ в) на слизистой оболочке полости рта 1-3 афты г) длительно не заживающие одиночные язвы, склонные к рубцеванию208. Местные факторы, провоцирующие рецидив афтозного стоматита 1) инъекции 2) глубокое резцовое перекрытие 3) травма 4) гальваноз 5) амальгамовые пломбы209. Сахарный диабет в полости рта проявляется в виде 1) сухости 2) некротических процессов 3) катарального гинигивита 4) петехиальной сыпи 5) глоссита Гюнтера210. Характерные изменения в полости рта при лейкозах 1) язвенно-некротические процессы 2) «лаковый» язык 3) эрозия эмали 4) лейкемические инфильтраты211. «Лакированный» язык характерен для заболевания 1) стомалгия 2) многоформенная экссудативная эритема 3) глоссит Гюнтера212. Причиной глоссита Гюнтера является 1) вирус гриппа 2) фузоспирохетоз 3) дефицит витамина В12213. Фактор Кастля не вырабатывается при 1) сахарном диабете 2) анемии Аддисона-Бирмера 3) авитаминозе «С»214. В гемограмме у пациента с анемией Аддисона-Бирмера выявляется 1) цветовой показатель выше 1 2) цветовой показатель ниже 1 3) цветовой показатель в норме215. Клинический анализ крови при анемии Аддисона-Бирмера выявляет 1) уменьшение количества эритроцитов 2) уменьшение количества лейкоцитов 3) снижение гемоглобина216. Синергистом витамина В12 является 1) фолиевая кислота 2) витамин С 3) витамин РР217. Первичным элементом поражения при плоском лишае является 1) пятно 2) узел 3) узелок 4) пузырь218. Латинское название первичного элемента при плоском лишае 1) nodus 2) ulcus 3) papula 4) macula219. Одним из вторичных элементов поражения при плоском лишае является 1) афта 2) эрозия 3) трещина 4) корка220. Папула – это образование 1) полостное 2) бесполостное221. Папула образуется 1) из эпителия 2) из поверхностного слоя слизистой оболочки 3) из эпителия и поверхностного слоя слизистой оболочки222. Патологические изменения в эпителии при плоском лишае 1) акантоз 2) паракератоз 3) спонгиоз 4) гиперкератоз 5) акантолиз 6) баллонирующая дегенерация *Установите соответствие*223. Виды нарушений ороговения Патологические в эпителии процессы в эпителии  1) гиперкератоз а) утолщение эпителиального слоя 2) паракератоз слизистой оболочки за счет 3) акантоз пролиферации базальных и шиповатых клеток б) неполное ороговение поверхностных клеток шиповидного слоя в) чрезмерное утолщение рогового слоя224. Плоский лишай относят 1) к кератозам 2) к аллергическим состояниям 3) к инфекционным заболеваниям225. Наиболее существенные причины плоского лишая 1) стресс 2) инсоляция 3) заболевания желудочно-кишечного тракта 4) снижение высоты нижнего отдела лица 5) переохлаждение 6) заболевания сердечно-сосудистой системы 7) хроническая травма слизистой оболочки полости рта226. На внешний вид очага поражения при плоском лишае влияют 1) гипосаливация 2) гиперсаливация 3) рельеф слизистой оболочки 4) тургор слизистой оболочки227. Течение плоского лишая 1) острое 2) хроническое 3) хроническое с обострениями228. В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют 1) фузоспирохетоз 2) акантолитические клетки 3) картину неспецифического воспаления229. Сочетание эрозивно-язвенной формы плоского лишая  с сахарным диабетом и гипертонической болезнью  называется синдромом 1) Гриншпана 2) Мелькерсона–Розенталя 3) Стивенса–Джонсона230. Типичную форму плоского лишая дифференцируют 1) с плоской лейкоплакией 2) с вторичным сифилисом 3) с пузырчаткой 4) с гиперпластическим кандидозом 5) с хроническим рецидивирующим герпесом 6) с острой механической травмой 7) с медикаментозным стоматитом231. Эрозивно-язвенную форму плоского лишая дифференцируют 1) с плоской лейкоплакией 2) с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом 3) с эрозивной лейкоплакией 4) с пузырчаткой 5) с многоформной экссудативной эритемой 6) с язвенно-некротическим стоматитом (вялотекущим) 7) с травматической язвой с признаками гиперкератоза вокруг 8) с атрофическим кандидозом232. Гиперкератотическую форму плоского лишая дифференцируют 1) с псевдомембранозным кандидозом 2) с плоской лейкоплакией 3) с веррукозной лейкоплакией 4) с хроническим рецидивирующим герпесом 5) с мягкой лейкоплакией *Установите соответствие*233. Форма плоского лишая Заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику 1) типичная а) плоская лейкоплакия 2) эрозивно-язвенная б) эрозивная лейкоплакия 3) гиперкератотическая в) веррукозная лейкоплакия г) вторичный сифилис д) медикаментозный стоматит е) пузырчатка ж) гиперпластический кандидоз з) хронический рецидивирующий герпес и) травматическая эрозия234. Заболевание Основные дифференциально- диагностические признаки 1) плоский лишай а) элемент поражения – пятно или бляшка 2) лейкоплакия б) элемент поражения – папула в) излюбленная локализация – передние отделы щек, нижняя губа г) излюбленная локализация – щеки и боковые поверхности языка в средней и задней трети д) возможны кожные поражения е) отсутствие кожных поражений235. Форма плоского лишая Средства и методы местного лечения 1) типичная а) гирудотерапия 2) экссудативно-гиперемическая б) лазеротерапия 3) эрозивно-язвенная в) витамин А и его аналоги г) стероидные мази д) обезболивающие средства е) эпителизирующие средства ж) прижигающие средства з) антисептическая обработка и) инъекции никотиновой кислоты под очаг поражения к) аппликации ферментов236. Форма плоского лишая Средства и методы общего лечения 1) типичная а) лечение патологии  2) экссудативно-гиперемическая желудочно-кишечного тракта 3) эрозивно-язвенная б) витамин А и его аналоги в) никотиновая кислота г) солкосерил в инъекциях д) седативные препараты е) барокамера ж) гормональные препараты з) зовиракс и) поливитамины237. Для удаления очага гиперкератоза при гиперкератотической форме плоского лишая показаны 1) иссечение с использованием лазерного скальпеля 2) криодеструкция 3) химиотерапия 4) радиотерапия 5) хирургическое иссечение 6) гирудотерапия238. Для общего лечения больных типичной формой плоского лишая назначают 1) поливитамины 2) седативные препараты 3) антибиотики 4) противовирусные препараты 5) цитостатики 6) антигистаминные препараты239. Для местного лечения больных эрозивно-язвенной формой  плоского лишая назначают 1) гирудотерапию 2) УВЧ-терапию 3) лазеротерапию 4) санацию полости рта 5) обезболивающие средства 6) эпителизирующие средства 7) стероидные мази 8) антисептическую обработку 9) прижигающие средства 10) средства, влияющие на дифференцировку и пролиферацию  клеток эпителия240. Для регуляции пролиферации и дифференцировки клеток эпителия  используют 1) трипсин 2) солкосерил 3) витамин А 4) ретиноиды 5) хлоргексидин241. При изготовлении несъемных протезов пациентам с плоским лишаем  слизистой оболочки полости рта целесообразно применять 1) нержавеющую сталь 2) сталь с нитрид-титановым покрытием 3) сплавы благородных металлов242. Тактика врача при наличии очага гиперкератоза,  возвышающегося над окружающими тканями 1) наблюдение 2) консервативное лечение 3) иссечение243. Кератопластическими свойствами обладают 1) витамин А 2) солкосерил 3) уротропин 4) масло шиповника 5) метилурацил 6) каротолин 7) химотрипсин *Укажите правильную последовательность*244. Этапы местного лечения эрозивной формы плоского лишая 1) кератопластики 2) ферменты 3) антисептики 4) обезболивающие средства245. Диспансерное наблюдение больным плоским лишаем 1) показано 2) не показано246. При обследовании и лечении больных плоским лишаем  необходимо проявить настороженность 1) иммунологическую 2) венерологическую 3) онкологическую 4) гематологическую247. Первичный элемент поражения при вульгарной пузырчатке 1) пузырек 2) пузырь 3) волдырь248. Пузырь при вульгарной пузырчатке образуется 1) внутриэпителиально 2) подэпителиально249. Эрозии при вульгарной пузырчатке к эпителизации 1) склонны  2) не склонны250. Симптом Никольского при вульгарной пузырчатке 1) положительный 2) отрицательный251. Дополнительный метод обследования, необходимый для постановки диагноза вульгарная пузырчатка 1) бактриоскопический 2) цитологический 3) гистологический 4) исследование в лучах Вуда252. Диагностические клетки при вульгарной пузырчатке 1) акантолитические 2) атипичные 3) клетки Лангханса 4) гигантские многоядерные253. Патологический процесс в эпителии, приводит к образованию клеток Тцанка 1) акантоз 2) гиперкератоз 3) паракератоз 4) споигиоз 5) акантолиз254. При вульгарной пузырчатке поражается 1) только слизистая оболочка 2) только кожа 3) слизистая оболочка и кожа255. Вульгарную пузырчатку дифференцируют 1) с простым герпесом 2) с многоформной экссудативной эритемой 3) с лейкоплакией 4) с плоским лишаем, эрозивной формой 5) с буллезным пемфигоидом 6) с атрофическим кандидозом256. К ремиссии вульгарной пузырчатки приводит лечение 1) антибиотиками 2) кортикостероидами 3) анаболиками 4) транквилизаторами257. Вульгарную пузырчатку лечат специалисты 1) онкологи 2) гематологи 3) дерматологи 4) эндокринологи258. Тактика врача-стоматолога в отношении больного вульгарной пузыраткой (острый период) 1) санация полости рта 2) назначение кортикостероидных гормонов 3) направление к врачу-дерматологу259. Тактика врача-стоматолога в отношении больного вульгарной пузырчаткой ( в период ремиссии) 1) санация полости рта 2) коррекция гигиены полости рта 3) коррекция поддерживающей дозы кортикостероидов260. Многоформную экссудативную эритему (МЭЭ) относят 1) к предракам 2) к пузырным дерматозам 3) к инфекционным заболеваниям 4) к вирусным заболеваниям 5) к травматическим поражениям251. Факторы, провоцирующие МЭЭ 1) переохлаждение 2) контакт с инфекционными больными 3) инсоляция 4) прием лекарственного препарата262. МЭЭ чаще встречается 1) у детей 2) у лиц молодого и среднего возраста 3) у лиц пожилого возраста *Укажите номера всех правильных ответов*263. Известные формы заболевания при МЭЭ 1) инфекционно-аллергическая 2) инфекционно-токсическая 3) токсико-аллергическая 4) экссудативно-гиперемическая264. Сезонность заболевания МЭЭ 1) выражена 2) не выражена 3) носит персистирующее течение265. При МЭЭ могут поражаться 1) кожа 2) слизистая оболочка 3) кожа и слизистая оболочка266. Элемент поражения, располагающийся на коже 1) пятно 2) пустула 3) кокарда 4) экхимоз267. Первичные элементы поражения на слизистой оболочке при МЭЭ 1) пятно 2) пузырь 3) пузырек 4) гнойничек 5) узелок268. Вторичные элементы поражения на слизистой оболочке  и красной кайме губ при МЭЭ 1) эрозия 2) язва 3) чешуйка 4) корка 5) рубец269. Цитологическая картина при МЭЭ соответствует  патологическому состоянию эпителия 1) отек 2) инфильтрация 3) акантолиз 4) гиперкератоз 5) паракератоз270. Тяжелая форма МЭЭ называется 1) синдром Бехчета 2) синдром Шегрена 3) синдром Розенталя 4) синдром Стивенса–Джонсона *Установите соответствие*271. Период заболевания МЭЭ Метод исследования 1) острое течение а) гистаминовая проба 2) ремиссия б) общий клинический анализ крови в) кожно-аллергические пробы г) реакция лейкоцитолиза д) реакция торможения миграции лейкоцитов272. Дополнительные методы обследования при МЭЭ 1) общий клинический анализ крови 2) аллергологические пробы 3) анализ крови на RW 4) соскоб на гриб Candida273. Дифференциальную диагностику МЭЭ проводят 1) с острым герпетическим стоматитом 2) с вульгарной пузырчаткой 3) с лейкоплакией плоской 4) с кандидозом 5) с медикаментозным стоматитом 6) с плоским лишаем эрозивной формы274. Элементы поражения на губах при МЭЭ 1) корка 2) чешуйка 3) трещина 4) эрозия *Установите соответствие*275. Период заболевания МЭЭ Методы лечения МЭЭ 1) ремиссия а) десенсибилизирующая 2) обострение б) витаминотерапия в) общеукрепляющая г) санация полости рта д) дезинтоксикационная *Укажите правильную последовательность*276. Местная обработка очагов поражения при МЭЭ проводится 1) кератопластиками 2) антисептиками 3) местными анестетиками277. Местное лечение в период обострения МЭЭ включает 1) обезболивание 2) антисептическую обработку 3) противогрибковые препараты 4) противовирусные препараты 5) эпителизирующие препараты 6) протеолитические ферменты278. Общее лечение МЭЭ 1) дезинтоксикационное 2) гипосенсибилизирующее 3) противогрибковое 4) противовирусное 5) витаминотерапия279. Препараты, применяемые для общего лечения МЭЭ 1) тиосульфат натрия 2) натрия салицилат 3) делагил 4) бонафтон280. В поверхности губы выделяют 1) красную кайму 2) кожу 3) зону Кляйна 4) слизистую оболочку 5) линию сальных желез 6) комиссуру *Установите соответствие*281. Группа Заболевание губ 1) собственно хейлиты а) эксфолиативный 2) симптоматические хейлиты б) атопический 3) хроническая трещина в) гландулярный г) метеорологический д) актинический е) аллергический ж) экзематозный з) трещины губ и комиссур282. Заболевание губ Морфологические элементы 1) эксфолиативный хейлит а) чешуйки (сухая форма) б) трещины 2) хроническая трещина в) эритема 3) гландулярный хейлит г) мелкие слюнные кисты 4) атопический хейлит д) кровянистые корочки 5) эксфолиативный хейлит е) толстые желтоватые корки (экссудативная форма)283. Факторы, способствующие возникновению трещин губ 1) вирус 2) вредные привычки 3) сухость губ 4) пониженная саливация 5) врожденные особенности архитектоники губ 6) авитаминозы 7) микробная аллергия284. Хроническими трещинами губ чаще страдают 1) женщины 2) дети 3) мужчины285. Морфологические элементы заболевания 1) язва 2) афта 3) трещина 4) чешуйка 5) кровянистая корка286. Наиболее часто поражается трещинами 1) комиссура 2) верхняя губа 3) нижняя губа287. Причины рецидивов заболевания 1) тканевое вирусоносительство 2) неблагоприятные климатические условия 3) хронический сиалоаденит 4) устойчивые вредные привычки 5) местные нервно-трофические нарушения288. Ремиссия обычно наступает 1) зимой 2) летом 3) весной 4) осенью289. Патологические процессы в зоне трещины 1) акантолиз 2) паракератоз 3) воспалительная инфильтрация 4) баллонирующая дегенерация 5) нарушение местной трофики290. Методы лечения 1) хирургические 2) консервативные 3) использование прижигающих средств291. Консервативные методы лечения 1) блокады 2) лазерная терапия 3) дарсонвализация 4) аппликации протеолитических ферментов 5) мазевые аппликации292. Препараты, используемые в местном лечении 1) стероидные мази 2) трипсин, химопсин 3) резорцин кристаллический 4) 30% раствор нитрата серебра 5) 1% раствор лидокаина 6) масляные растворы витаминов А и Е 7) гель «Холисал»293. Показания к хирургическому иссечению трещин 1) «старые» рубцы 2) кровянистые корочки 3) воспалительный инфильтрат 4) резко выраженный гиперкератоз 5) отсутствие эффекта консервативного лечения294. Признаки озлокачествления 1) образование рубца 2) исчезновение болезненности 3) уплотнение краев и основания 4) отсутствие заживления в течение трех недель при лечении *Укажите правильную последовательность*295. Последовательность лечения хронической трещины 1) удаление корочек 2) лидокаиновая блокада 3) аппликация сложной мази 4) обучение гигиене полости рта 5) аппликационное обезболивание 6) аппликация протеолитических ферментов296. Раствор лидокаина гидрохлорида 1% 1) расширяет сосуды и слабо токсичен 2) расширяет сосуды, но токсичен 3) сужает сосуды, но слабо токсичен 4) сужает сосуды и токсичен297. При подозрении на озлокачествление хронической трещины губы  предпочтительнее провести 1) биопсию с гистологическим исследованием 2) полное иссечение с гистологическим исследованием 3) криодеструкцию298. Профилактика хронических трещин губ включает 1) отказ от вредных привычек 2) вакцинацию 3) устранение хронической травмы 4) прием антигистаминных препаратов 5) использование защитных гелей 6) прием поливитаминов 7) предупреждение сухости губ299. Причины возникновения эксфолиативного хейлита 1) прием острой пищи 2) вредные привычки (облизывание, кусание губ) 3) иммунодефицит 4) психоэмоциональное напряжение 5) генетический фактор 6) антибиотикотерапия300. Морфологические элементы поражения при эксфолиативном хейлите 1) эрозия 2) корочка 3) язва 4) чешуйка301. Эксфолиативный хейлит чаще встречается в возрасте 1) детском 2) 20-40 лет 3) 60-70 лет302. Формы эксфолиативного хейлита 1) сухая 2) эрозивная 3) экссудативная303. Пациенты с эксфолиативным хейлитом предъявляют жалобы 1) на боль 2) на жжение 3) на сухость 4) на эстетический недостаток 5) на повышение температуры тела 6) на стянутость304. После удаления чешуйки выявляется 1) эрозия 2) налет 3) язва 4) истонченный эпителий305. В основе образования чешуек лежат патологические процессы  в эпителии 1) акантолиз 2) гиперкератоз 3) паракератоз 4) баллонирующая дегенерация306. Осмотр красной каймы губ при эксфолиативном хейлите выявляет 1) сухость 2) пузыри 3) эрозии 4) чешуйки 5) корочки307. Эксфолиативный хейлит дифференцируют 1) с метеорологическим хейлитом 2) с многоформной экссудативной эритемой 3) с аллергическим хейлитом 4) с плоским лишаем 5) с герпесом308. Лечение эксфолиативного хейлита направлено 1) на эпителизацию эрозий 2) на устранение вредных привычек 3) на размягчение и удаление чешуек 4) на воздействие на вирус 5) на устранение хронического воспаления 6) на устранение местной нейродистрофии 7) на защиту от солнца 8) на коррекцию психоэмоциональной сферы *Укажите правильную последовательность*309. Последовательность лечения эксфолиативного хейлита 1) лидокаиновая блокада 2) аппликация протеолитических ферментов 3) нанесение сложной мази 4) премедикация 5) аппликационная анестезия 6) удаление чешуек310. Гландулярный хейлит – это гиперплазия мелких желез 1) сальных 2) потовых 3) слюнных311. Различают гландулярный хейлит 1) первичный 2) третичный 3) вторичный312. Лечение гландулярного хейлита сводится 1) к аппликации кератопластиков 2) к антисептической обработке 3) к криодеструкции 4) к электрокоагуляции313. Атопический хейлит – это 1) самостоятельное заболевание 2) симптом системной атопии 3) осложнение после герпетической инфекции035. В этиологии атопического хейлита выделяют 1) генетический фактор 2) вредные привычки 3) сенсибилизацию 4) стрептококковую инфекцию 5) вирусную инфекцию314. При атопическом хейлите поражается 1) красная кайма губ 2) слизистая оболочка губ 3) углы рта 4) периоральная кожа315. Течение атопического хейлита 1) короткое 2) длительное 3) с обострениями и ремиссиями316. Начало атопического хейлита относится к возрасту 1) старческому 2) зрелому 3) детскому 4) юношескому317. Лечебные мероприятия при атопическом хейлите 1) противовирусная терапия 2) прием поливитаминов 3) десенсибилизирующая терапия 4) противогрибковая терапия 5) устранение местной нейродистрофии 6) устранение хронического воспаления *Укажите правильную последовательность*318. Последовательность местного лечения атопического хейлита 1) премедикация 2) аппликация протеолитических ферментов 3) очищение губ и периоральной кожи 4) нанесение стероидной мази 5) лидокаиновая блокада 6) аппликационное обезболивание319. Синдром Мелькерсона-Розенталя включает триаду 1) паралич лицевого нерва, макрохейлит, десквалеативный глоссит 2) паралич язычного нерва, макрохейлит, складчатый язык 3) паралич лицевого нерва, макрохейлит, складчатый язык320. Макрохейлит при синдроме Мелькерсона-Розенталя сохраняется 1) несколько дней 2) несколько месяцев 3) несколько лет321. Макрохейлит при синдроме Мелькерсон-Розенталя дифференцируют с 1) отеком Квинке 2) абсцессом губы 3) атопическим хейлитом 322. Возникновение актинического хейлита обусловлено 1) аллергией на губную помаду 2) чувствительностью к солнечному свету 3) иммунодефицитом323. Сосочки языка 1) нитевидные и грибовидные 2) нитевидные, грибовидные, листовидные 3) нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые 4) нитевидные, грибовидные, листовидные, желобоватые, грушевидные *Установите соответствие*324. Заболевание языка Клиническая картина 1) десквамативный глоссит а) изменений нет 2) черный волосатый язык б) «лакированный» язык 3) ромбовидный глоссит в) очаги десквамации 4) складчатый язык г) глубокие борозды 5) гюнтеровский глоссит д) гипертрофия сосочков 6) глоссалгия е) ближе к корню языка втянутый участок325. Синонимы названия десквамативного глоссита 1) ромбовидный глоссит 2) «географический» язык 3) ворсинчатый язык326. Прием раздражающей пищи боль в языке при десквамативном глоссите 1) устраняет 2) снижает 3) усиливает327. Десквамативный глоссит дифференцируют 1) с авитаминозом В12 2) с вторичным сифилисом 3) с ромбовидным глосситом 4) с красным плоским лишаем 5) с кандидозом 6) с лейкоплакией 7) с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом328. Лечение десквамативного глоссита направлено 1) на устранение боли 2) на лечение соматических заболеваний 3) на изменение рН среды полости рта 4) на эпителизацию эрозий 5) на устранение канцерофобии 6) на улучшение трофики язычного нерва329. Лекарственные препараты для лечения десквамативного глоссита 1) антибиотики  2) полоскания 1% раствором цитраля 3) анальгин по 0,5 – 3 раза в день 4) пантотенат кальция по 0,1-0,2 г внутрь 5) гель «Холисал» местно330. Синонимы названия складчатого языка 1) «географический» язык 2) скротальный язык 3) десквамативный331. Складчатый язык – это 1) последствие приема острой пищи 2) результат хронической травмы зубами 3) врожденная аномалия развития332. Для складчатого языка характерно наличие 1) трещин 2) эрозий 3) складок333. Характерные жалобы при складчатом языке 1) самопроизвольные боли 2) боль при приеме пищи 3) необычный вид языка334. Синдром Мелькерсона–Розенталя включает 1) складчатый язык и десквамативный глоссит 2) складчатый язык и макрохейлит 3) складчатый язык и макроглоссит335. Лечебные мероприятия при складчатом языке направлены 1) на усиление эпителизации 2) на улучшение гигиены 3) на санацию полости рта 4) на повышение саливации336. В норме ороговевают сосочки языка 1) ромбовидные 2) листовидные 3) нитевидные 4) грибовидные337. При черном волосатом языке усиленному ороговению и гипертрофии  подвержены сосочки 1) грибовидные 2) листовидные 3) желобоватые 4) нитевидные338. В развитии черного волосатого языка имеет значение 1) злоупотребление алкоголем 2) прием антибиотиков 3) употребление горячей пищи 4) курение339. Дифференциальную диагностику черного волосатого языка проводят 1) с десквамативным глосситом 2) с ромбовидным глосситом 3) с налетом от пищевых красителей340. Бактериоскопия при черном волосатом языке чаще выявляет 1) стафилококки и стрептококки 2) гриб Candida и лептотрихии 3) вирусы и анаэробы341. Лечебные мероприятия при волосатом языке 1) санация полости рта 2) контроль гигиены 3) антибиотикотерапия 4) механическое удаление гипертрофированных сосочков 5) обработка спинки языка кератолитиками342. Ромбовидный глоссит – это результат 1) нарушения эмбриогенеза 2) врожденного сифилиса 3) злоупотребления алкоголем и курением343. Формы ромбовидного глоссита 1) плоская 2) выпуклая 3) бугристая 4) папилломатозная344. Ромбовидный глоссит часто осложняется 1) появлением эрозий 2) кандидозом 3) появлением пузырей 4) папилломатозными разрастаниями345. Усиление папилломатозных разрастаний в зоне ромбовидного глоссита  требует 1) блокады язычного нерва 2) криодеструкции 3) аппликации кератопластиков346. При подозрении на В12-железодефицитную анемию  необходимо исследовать кровь  1) на количество лейкоцитов 2) на количество эритроцитов 3) на уровень гемоглобина 4) на время кровотечения 5) на СОЭ 6) на цветной показатель347. Ярко-красный, болезненный «полированный» язык –  характерный симптом 1) для хронического рецидивирующего афтозного стоматита 2) для многоформной экссудативной эритемы 3) для В12-дефицитной анемии 4) для лейкоза 5) для герпеса348. Гюнтеровский глоссит дифференцируют 1) с аллергическим глосситом 2) с острым атрофическим кандидозом 3) с молочницей 4) с хроническим атрофическим кандидозом 5) с сифилисом 6) с ромбовидным глосситом 7) с десквамативным глосситом349. Показатели гемоглобина крови изменяются 1) при лейкоплакии 2) при лейкозе 3) при железодефицитной анемии 4) при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите 5) при кандидозе350. При анемии гипохромного типа цветной показатель 1) 0,8-1,1 2) 0,5-0,6 3) 1,2-1,5351. Лечебные мероприятия при В12-дефицитной анемии 1) санация полости рта 2) устранение травматических факторов 3) аппликация витамина А 4) парентеральное введение витамина В12 5) назначение витамина В12 энтерально 6) гирудотерапия352. Боль в языке, проходящая во время приема пищи, характерна 1) для глоссалгии 2) для невралгии тройничного нерва 3) для катарального глоссита 4) для десквамативного глоссита 5) для ромбовидного глоссита353. Заболевание, для которого характерно жжение, покалывание,  чувство ошпаренности в языке, исчезающие при еде, называется 1) глоссалгия 2) ВИЧ-инфекция 3) стомалгия 4) сифилис354. Глоссалгия – это заболевание 1) инфекционное 2) аллергическое 3) психогенное 4) наследственное355. Жалобы больного глоссалгией 1) жжение в языке 2) извращение вкуса 3) боль при приеме раздражающей пищи 4) сухость в полости рта 5) боль в языке при движениях 6) жгучая боль в одной половине языка, усиливающаяся при приеме пищи 7) внезапно возникающие стреляющие боли в языке 8) чувство «ошпаренности» языка, исчезающее при приеме пищи356. При объективном обследовании больного глоссалгией выявляют 1) регионарный лимфаденит 2) отсутствие изменений 3) сухость слизистой оболочки полости рта 4) нарушение чувствительности в одной половине языка 5) одиночные афты на языке 6) участки повышенной десквамации 7) незначительную атрофию сосочков языка357. Правильное название заболевания при одновременном жжении в языке,  нижней губе и твердом небе 1) глоссалгия 2) невралгия тройничного нерва 3) неврит 4) стомалгия358. Во время еды жжение исчезает 1) из-за приема теплой пищи 2) из-за воздействия положительных эмоций 3) из-за подавления болевой доминанты более сильной пищевой доминантой359. Развитию стомалгии способствует 1) курение 2) иммунодефицит 3) психическая травма 4) прием антибиотиков360. Местные факторы, способствующие развитию стомалгии 1) скученность зубов 2) неудовлетворительная гигиена полости рта 3) снижение высоты нижнего отдела лица 4) травматическое удаление зубов 5) травма языка острыми краями зубов361. Снижение высоты нижнего отдела лица приводит 1) к прикусыванию языка 2) к ущемлению chorda tympani 3) к ущемлению языко-глоточного нерва362. Стомалгия встречается чаще 1) у подростков 2) у мужчин 50-60 лет 3) у женщин 50-60 лет 4) во всех возрастных группах363. Характерные клинические признаки стомалгии 1) сухость в полости рта 2) жжение в полости рта усиливается при приеме пищи 3) жжение в полости рта исчезает при приеме пищи 4) постоянные боли в языке усиливаются при приеме пищи 5) обильный белый налет на слизистой оболочке полости рта 6) онемение одной половины языка 7) сильные иррадиирующие боли возникают внезапно364. Характерные клинические признаки невралгии тройничного нерва 1) сухость в полости рта 2) жжение в полости рта усиливается при приеме пищи 3) жжение в полости рта исчезает при приеме пищи 4) постоянные боли в языке усиливаются при приеме пищи 5) обильный белый налет на слизистой оболочке полости рта 6) онемение одной половины языка 7) сильные иррадиирующие боли возникают внезапно365. Характерные клинические признаки неврита тройничного нерва 1) сухость в полости рта 2) жжение в полости рта усиливается при приеме пищи 3) жжение в полости рта исчезает при приеме пищи 4) постоянные боли в языке усиливаются при приеме пищи 5) обильный белый налет на слизистой оболочке полости рта 6) онемение одной половины языка 7) сильные иррадиирующие боли возникают внезапно366. Стомалгию дифференцируют 1) с невралгией 2) с кандидозом 3) с плоским лишаем 4) с невритом язычного нерва 5) с дескваматичным глосситом 6) с многоформной экссудативной эритемой367. Пациенту со стомалгией показана консультация 1) ЛОР-врача 2) хирурга 3) стоматоневролога 4) окулиста 5) стоматолога-ортопеда368. Препараты для лечения стомалгии 1) тазепам 2) интерферон 3) витамин В1 4) пилокарпин 5) амитриптилин 6) тиосульфат натрия369. Лечебные мероприятия для лечения стомалгии 1) УВЧ-терапия 2) гирудотерапия 3) иглорефлексотерапия 4) суггестивная терапия 5) антимикробная терапия 6) массаж «воротниковой зоны» 7) алкоголизация язычного нерва 8) ротовые ванночки с анестетиками370. Пальпация языка болезненна при 1) десквамативном глоссите 2) абсцесс языка 3) ромбовидном глоссите 4) складчатом языке371. Блокаду язычного нерва при глоссаргии проводят препаратами 1) витамин В1 с лидокаином 2) витамин В1 с лидокаином  3) хлорид кальция с лидокаином372. Патологические изменения в эпителии при болезни Боуэна 1) папилломатоз 2) дискератоз 3) баллонирующая дегенерация373. Болезнь Боуэна дифференцируют 1) с лейкоплакией 2) с хейлитом 3) с глоссалгией 4) с плоским лишаем374. Облигатными предраками красной каймы губ являются 1) лейкоплакия и кератоакантома 2) кератоакантома и кожный рог 3) бородавчатый предрак и ограниченный предраковый гиперкератоз375. При цитологическом исследовании подтверждают озлокачествление клетки 1) акантолитические 2) атипичные 3) Лангханса376. К факультативным предракам красной каймы губ относятся 1) бородавчатый предрак и абразивный преканцерозный хейлит Манганотти 2) кератоакантома и кожный рог 3) лейкоплакия и ограниченный предраковый гиперкератоз377. Ограниченный очаг на красной кайме губ до 1 см в диаметре,  конусовидной формы, темно-серого цвета, плотно спаян с основанием – это 1) кожный рог 2) кератоакантома 3) папиллома 4) бородавчатый предрак378. При подозрении на хейлит Манганотти предпочтительнее провести 1) биопсию с гистологическим исследованием 2) полное иссечение с гистологическим исследованием 3) криодеструкцию379. Появление каких элементов поражения при плоском лишае  вызывает онкологическую настороженность? 1) налет 2) эрозия 3) киста 4) язва 5) гиперкератотическая бляшка380. Консервативное лечение при хейлите Манганотти рассчитано на срок 1) месяц 2) квартал 3) полгода381. В случае неэффективности консервативного лечения  хейлита Манганотти показано 1) прижигание 2) полное хирургическое иссечение 3) радиотерапия 4) лучи Букки382. К нарушению ороговения слизистой оболочки полости рта относят 1) папилломатоз 2) гиперкератоз 3) паракератоз 4) лейкоцитоз 5) акантоз383. Заболевания, являющиеся фоном для развития  предопухолевых процессов 1) ромбовидный глоссит 2) декубитальная язва 3) глоссалгия 4) трофическая язва384. Кератоакантому слизистой оболочки полости рта относят 1) к облигатному предраку 2) к факультативному предраку 3) к раку385. Округлое образование, выступающее над поверхностью  слизистой оболочки полости рта, подвижное – это 1) пиогенная гранулема 2) кожный рог 3) папиллома 4) кератоакантома. Заболевания слизистой оболочки полости рта,  склонные к озлокачествлению 1) травматичсекая язва 2) хроническая трещина губы 3) сифилитическая папула 4) хроническая красная волчанка 5) аллергический стоматитЗАДАЧА № 1.Пациент 19 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта при приёме пищи, разговоре, головную боль, недомогание, повышение температуры тела до 38 градусов. Болен 2 дня. При внешнем осмотре: кожные покровы лица бледно-серого цвета, при пальпации определяются увеличенные, болезненные подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы.При осмотре полости рта: на слизистой оболочке губ, щёк, нёба на гиперемированном фоне имеются множественные резко болезненные мелкоточечные эрозии, покрытые серовато-белым налётом. Задания Поставьте предварительный диагноз.Укажите дополнительные методы исследования.Проведите дифференциальную диагностику.Укажите этиологию заболевания.Составьте план лечения. ЗАДАЧА № 2.Пациент 18 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах из полости рта, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела – 38,6 градусов. Болен 3 дня. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации: регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, подвижные. Гнилостнй запах из полости рта. В полости рта: неудовлетворительная гигиена, обильный наддесневой зубной камень, гипеперемия, некрозмежзубных сосчков, десневого края вокруг зубов 13 12 11 21 22 23, кровоточивость и резкая болезненность десны при прикосновении инструментом.ЗаданияПоставьте предварительный диагноз.Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.Проведите дифференциальную диагностику.Составьте план общего лечения.Составьте план местного лечения.ЗАДАЧА № 3.Пациент 26 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в нижней губе, затрудняющую широкое открывание рта, приём пищи, а также эстетический недостаток. Впервые заболевание возникло 6 лет тому назад при прохождении воинской службы. Летом наступает заживление; в холодное время возникают рецидивы. Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы. Лечился самостоятельно различными мазями без выраженного терапевтического эффекта.При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений, красная кайма губ сухая. На нижней губе по средней линии имеется глубокая трещина, окружённая помутневшим эпителием и покрытая кровянистой корочкой. При пальпации участка поражения определяется умеренная болезненность и мягко-эластическая консистенция. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. При осмотре слизистой оболочки рта патологических изменений не выявлено.ЗаданияПоставьте предварительный диагноз.Укажите возможные причины заболевания.Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.Составьте план лечения.Прогноз.ЗАДАЧА № 4.Пациентка 48 лет обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приёме пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щёк. Все изменения появились 2 года назад после перенесённого стресса. Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит. При внешнем осмотре: кожнве покровы без видимой патологии. При осмотре полости рта: выявлены одиночные искусственные кокронки, изготовленные из разнородных металлов. На слизистой оболочке щёк в среднем и заднем отделах на гиперемированном фоне отмечаются участки изменённого эпителия белесоватого цвета в виде полос, кружев, не удаляющихся при соскабливании.ЗаданияПоставьте предварительный диагноз.Назовите элементы поражения, патологические процессы в эпителии.Проведите дифференциальную диагностику.Укажите причины заболевания.Составьте план обследования и лечения.ЗАДАЧА № 5.Пациент 25 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта при приёме пищи, разговоре, повышенное слюноотделение. Отмечает острое начало заболевания после переохдаждения, высокую температуру тела (39,5 градусов), общую слабость головную боль.В анамнезе: хронический тонзиллит, аллергия на некоторые лекарственные препараты. При внешнем осмотре: кожные покровы бледные. На тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания с геморрагической корочкой в центре. Красная кайма губ отёчна, лимфоузлы увеличены, болезненные, подвижные.ЗаданияПоставьте предварительный диагноз.Составьте план обследования для подтверждения данного диагноза.Укажите факторы, провоцирующие это заболевание.Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.Составьте план общего и местного лечения, прогноз. |

***Контрольные вопросы для подготовки к зачету по модулю «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки рта»***

1. Строение слизистой оболочки в различных отделах рта.

2. Кровоснабжение и иннервация слизистой оболочка рта.

3. Особенности строения слизистой оболочки рта у лиц пожилого и старческого возраста.

4. Функции слизистой оболочки рта.

5. Функции слюны, факторы оказывающие влияние на слюноотделение. Признаки гипосаливации.

6. Микрофлора полости рта в норме. Роль микроорганизмов в развитии воспаления слизистой оболочки полости рта. Понятие о дисбактериозе.

7. Основные и дополнительные методы обследования больных заболеваниями слизистой оболочки рта.

8. Пробы: волдырная, гистаминовая, Ясиновского.

9. Пробы: Кавецкого, Роттера

10. Первичные морфологические элементы поражения.

11. Вторичные морфологические элементы поражения.

12. Патологические процессы, возникающие в слизистой оболочке рта.

13. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта по МКБ-10.

14. Классификация заболевания слизистой оболочки рта по Московскому медицинскому стоматологическому институту.

15. Гальванические стоматиты. Этиопатогенез, клиника, лечение.

16. Лучевая болезнь, проявления в полости рта, лечение.

17. Острая и хроническая механическая травма: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

18. Химическое повреждение: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

19. Изменения слизистой оболочки рта при лучевой терапии новообразований челюстно-лицевой области: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

20. Лейкоплакия слизистой оболочки рта: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика.

21. Лейкоплакия слизистой оболочки рта: дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

22. Ранние клинические признаки озлокачествления различных форм лейкоплакии.

23. Острый герпетический стоматит. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.

24. Хронический рецидивирующий герпес. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.

25. Опоясывающий герпес. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.

26. Ящур. Этиология. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

27. Поражение слизистой оболочки рта при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Меры безопасности врача-стоматолога при обследовании и лечении ВИЧ-инфицированных пациентов.

28. Язвенно-некротический стоматит Венсана: этиопатогенез, патологоанатомическая картина, клиника. Диагностика.

29. Язвенно-некротический стоматит Венсана: дифференциальная диагностика, лечение, прогноз. Профилактика.

30. Проявления первичного сифилиса в полости рта: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика врача-стоматолога.

31. Проявления вторичного сифилиса в полости рта: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

32. Проявления третичного сифилиса в полости рта: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

33. Туберкулез полости рта. Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика.

34. Кандидоз слизистой оболочки полости рта: этиопатогенез, клиника, диагностика.

35. Кандидоз слизистой оболочки полости рта: лечение и профилактика.

36. Аллергические стоматиты. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

37. Медикаментозный стоматит: клинические симптомы, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

38. Методика постановки и оценки аллергических проб. Их значение для диагностики медикаментозной аллергии.

39. Многоформная экссудативная эритема: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Синдром Стивенса-Джонсона.

40. Многоформная экссудативная эритема: лечение и профилактика.

41. Рецидивирующий афтозный стоматит: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

42. Рецидивирующий афтозный стоматит: лечение и профилактика.

43. Синдром Бехчета: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

44. Изменения слизистой оболочки полости при экзогенных интоксикациях: клиника, лечение, профилактика.

45. Изменения слизистой оболочки полости при гиповитаминозах: клиника, лечение.

46. Изменения слизистой оболочки полости при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: клиника, лечение.

47. Изменения слизистой оболочки полости при заболеваниях сердечнососудистой системы: клиника, лечение.

48. Изменения слизистой оболочки полости при заболеваниях эндокринной системы: клиника, лечение.

49. Изменения слизистой оболочки рта при анемиях, геморрагическом синдроме. Диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика врача-стоматолога.

50. Изменения слизистой оболочки рта при остром и хроническом лейкозе. Диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика врача-стоматолога.

51. Глоссалгия: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

52. Глоссалгия: лечение и профилактика.

53. Красный плоский лишай: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

54. Красный плоский лишай: лечение и профилактика.

55. Вульгарная пузырчатка: клиника, диагностика дифференциальная диагностика.

56. Вульгарная пузырчатка: дифференциальная диагностика и лечение.

57. Красная волчанка: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

58. Складчатый язык, черный волосатый язык. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

59. Десквамативный глоссит, Ромбовидный глоссит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

60. Эксфолиативный хейлит: этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

61. Гландулярный хейлит. Этиология, клиника диагностика, лечение, прогноз.

62. Актинический и метеорологический хейлиты: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.

63. Контактный аллергический хейлит: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

64. Атопический хейлит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

65. Экзематозный хейлит: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

66. Макрохейлит: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

67. Хроническая трещина губы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

68. Классификация предопухолевых процессов слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

69. Болезнь Боуэна и бородавчатый предрак: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

70. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ, абразивный преканцерозный хейлит Манганотти: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

71. Профилактика предраковых заболеваний слизистой оболочки рта.

**Критерии оценки знаний студентов на экзаменах и зачетах на кафедре терапевтической стоматологии**

Цель экзамена (зачета) - оценить уровень теоретических знаний и практические умения студентов по терапевтической стоматологии в объеме программы терапевтической стоматологии, утвержденной ЦКМС, а также в соответствии с государственным образовательным стандартом и квалификационными характеристиками выпускников медицинского вуза.

1. Уровень теоретических знаний и практических умений студентов оценивается по шкале оценок «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» на экзаменах, и «зачтено» и « не зачтено» - на зачетах.

Для данной шкалы оценок установлены следующие критерии:

1.1. **«отлично»** — заслуживает студент, выполнивший тестовые задания на ≥ 90 %, умеющий свободно выполнять практические задания, предусмотренные программой, обнаруживший на устном собеседовании всестороннее систематическое и глубокое знание учебного программного материала, знакомый с основной и дополнительной литературой. Оценку «отлично», как правило, получают студенты, усвоившие основные понятия дисциплины, их взаимосвязь и значение для врачебной профессии, проявившие творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала, раскрывшие в ответе вопрос полно и без наводящих вопросов.

1.2. Оценку **«хорошо»** заслуживает студент, выполнивший на ≥80% тестовые задания, продемонстрировавший владение основными практическими умениями и навыками не менее чем по 80% необходимого объема работы, успешно выполнивший предусмотренные программой задания, усвоивший основную литературу, указанную в программе. Оценка «хорошо» выставляется студентам, показавшим систематизированные знания и способность к их самостоятельному применению и обновлению в ходе дальнейшей учебы и профессиональной деятельности, четко ответивший на наводящие вопросы преподавателя.

1.3. Оценку **«удовлетворительно»** заслуживает студент, выполнивший тестовые задания в объеме ≥70%, справившийся с выполнением большинства (70%) практических навыков, умений, обнаруживший знания основного учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы, знакомый с основной литературой, предусмотренной программой. Как правило, «удовлетворительно» ставится студенту, обнаруживающему пробелы в знаниях, допустившему в ответе и при демонстрации практических навыков погрешности, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

1.4. Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, выполнившему тестовые задания на ≤ 69% и одновременно при этом обнаружившему в процессе собеседования пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при демонстрации практических навыков. «Неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжать обучение или приступить к самостоятельной работе без дополнительных занятий по терапевтической стоматологии.

Оценка «**зачтено**» ставится на зачете студентам, уровень знаний которых соответствует требованиям, установленным в п. п. 1.1, 1.2, 1.3 настоящих рекомендаций.

Оценки «**не зачтено**» ставятся студенту, уровень знаний которых соответствует требованиям, установленным в п. 1.4 настоящих рекомендаций.

При выставлении оценки на экзамене (зачете) особо учитывается уровень знаний материала учебных лекций и практических занятий. Он оценивается по ответам, как на основной вопрос билета, так и по ответам на дополнительные вопросы.