№ Стом-16

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии №3

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от « 28 » августа 2020 г. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденной
28.08.2020 г.

для студентов 5 курса
факультет стоматологический

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «27» августа 2020 г. (протокол №1)

Заведующая кафедрой стоматологии №3

д.м.н. _____ Ремизова А.А.

г. Владикавказ, 2020 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист

2. Структура ФОС

3.Паспорт оценочных средств

4.*Комплект оценочных средств:*

-перечень вопросов по практическим навыкам

- ситуационные задачи

- эталоны тестовых заданий

- вопросы к зачет

- билеты к зачету

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

«Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	**Зачет**		
1.	Особенности обследование больного с заболеваниями слизистой оболочки рта. Дифференциальный диагноз. Окончательный диагноз. Составление плана комплексного лечения.	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ
2.	Травматические поражения слизистой оболочки рта. Лейкоплакия.	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ
3.	Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Проявления вирусной, бактериальной, грибковой инфекции в полости	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ
4.	Аллергические заболевания слизистой оболочки рта.	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ
5.	Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах.	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ
6.	Заболевания языка. Заболевания губ.	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ
7.	Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки рта.	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ
8.	Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и нарушениях обмена веществ.	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ
9.	Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста. Особенности лечения людей пожилого и старческого возраста.	ОПК-5; ОПК-6; ОПК-11; ПК-5; ПК-6; ПК-8	С, ТЗ, СЗ, УЗ

Комплект оценочных средств

Перечень вопросов по практическим навыкам

1. Алгоритм обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Цитологическое исследование слизистой оболочки полости рта (методика забора материала и подготовка для исследования.
2. План лечения кислотного поражения слизистой оболочки полости рта.
3. План лечения различных клинических форм лейкоплакии.
4. Составьте схему ориентировочного действия лечения больного с язвенно-некротическим гингиво-стоматитом.
5. Составьте схему ориентировочного действия при лечении больных рецидивирующим стоматитом в период ремиссии заболевания.
6. Тактика стоматолога в случае возникновения анафилактического шока у больного в стоматологическом кабинете различного профиля.
7. Мероприятия по оказанию неотложной медицинской помощи больному с отеком Квинке лица и шеи.
8. Основные принципы лечения больных синдромом глоссалгии.
9. Тактика врача-стоматолога при санации больных с острой и хронической формами лейкозов. Дополнительные методы обследования больного с предраковым заболеванием: прижизненная окраска.
10. Забор материала для цитологии.
11. Забор материала для гистология.
12. Антисептическая обработка эрозивно-язвенных поражений СОПР
13. Введение лекарственных средств в слизистую оболочку инъекционным способом

Вопросы к зачету

Основные методы обследования пациентов с заболеваниями СОПР.

2. Дополнительные методы обследования больного с патологией СОПР.
3. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта по ММСИ и МКБ-10.
4. Схема неспецифического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.
5. Возрастные изменения органов и тканей ротовой полости.
6. Методики обследования пожилых и лиц старческого возраста.
7. Особенности течения кариеса и некариозных поражений зубов, заболеваний пульпы и периодонта у стариков.
8. Отличительные особенности заболеваний пародонта и слизистой полости рта у пожилого населения
9. Лечение стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.
10. Цель и задачи комплексной программы лечебно-профилактической помощи населению старших возрастных групп.
11. Острая механической травма. Этиология, патогенез, клиника, диагностика,

дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

12. Хроническая механической травма.
13. Химическая травма.
14. Физические травмы.
15. Лучевая болезнь, проявления в полости рта. Дифференциальная диагностика, лечение.
16. Лейкоплакия. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
17. Острый герпетический стоматит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
18. Хронический рецидивирующий герпес. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
19. Опоясывающий лишай. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
20. ВИЧ-инфекция, проявления в полости рта. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
21. Язвенно-некротический стоматит Венсана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
22. Кандидоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
23. Этиология и патогенез ангионевротического отека Квинке
24. Клиника, диагностика, дифф.диагностика, лечение ангионевротического отека Квинке.
25. Клиника, диагностика, дифф.диагностика катарального и эрозивного лекарственного стоматита.
26. Клиника, диагностика, дифф.диагностика контактного аллергического стоматита.
27. Лечение, прогноз и профилактика аллергических состояний и их местных проявлений в полости рта.
28. Многоформная экссудативная эритема. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика многоформной экссудативной эритемы
29. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
30. Красный плоский лишай. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
31. Пузырчатка. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
32. Эксфолиативный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика.
33. Гландулярный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика.
34. Хроническая рецидивирующая трещина губы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
35. Атопический хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
36. Экзематозный хейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф.

диагностика, лечение, профилактика
37. Макрохейлит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
38. Десквамативный глоссит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
39. Ромбовидный глоссит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
40. Складчатый язык. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
41. Черный волосатый язык. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
42. Глоссалгия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
43. Классификация предраков слизистой оболочки рта и красной каймы губ.
44. Симптомы малигнизации предраковых заболеваний
45. Болезнь Боуэна. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
46. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение, профилактика
47. Клиника, проявления в полости рта, дифференциальная диагностика острых лейкозов.Тактика врача-стоматолога при приеме больного острым лейкозом.
48. Хронический лейкоз. Клиника, проявления в полости рта, дифференциальная диагностика, симптоматическое лечение.
49. Этиология, патогенез, клиника, проявления в полости рта, дифференциальная диагностика железодефицитной анемий.
50. Агранулоцитоз. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, симптоматическое лечение.
51. Полицитемия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, симптоматическое лечение.
52. Проявления в полости рта заболеваний пищеварительной системы. Симптоматическое лечение.
53. Проявления в полости рта авитаминозов. Симптоматическое лечение.
54. Проявления в полости рта заболеваний сердечно-сосудистой системы. Местное лечение трофической язвы.
55. Проявления в полости рта сахарного диабета, болезни Иценко-Кушинга, Аддисоновой болезни, миксидемы.
56. Местное лечение поражений полости рта при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, эндокринных заболеваниях, коллагенозах.

Ситуационные задачи

Травматические поражения.

Пациентка 68 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянную боль в заднем отделе альвеолярного гребня слева. Боль усиливается во время еды и при разговоре, беспокоит в течение месяца. Появление боли пациентка связывает с недавним изготовлением полного съемного протеза на нижнюю челюсть. В анамнезе гипертоническая болезнь второй степени. Полная вторичная адентия. В ретромолярной области слева дефект в пределах слизистой оболочки, резко болезненный при пальпации, с неровными краями и дном, покрытым некротическим налетом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены,

болезненны, подвижны.
Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент 46 лет предъявляет жалобы на приступообразную боль ночью в зубе 27. Диагноз: острый очаговый пульпит. Наложена мышьяковистая паста. На следующий день появилась боль в области зубов 27, 26 и боль при накусывании на эти зубы. При осмотре зуб 26 интактный. На зубе 27 имеется временная пломба в полости второго класса по Блеку. Десна в области зубов 26, 27 гиперемированна, отечна, резко болезненна при пальпации. Десневой сосочек между этими зубами некротизирован. Перкуссия зубов 27 и 26 болезнена.
Установите диагноз, составьте план лечения.
Пациент 50 лет предъявляет жалобы на неприятные ощущения и болезненность слизистой оболочки твердого неба, которые усиливаются при приеме пищи и чистке зубов. Боль беспокоит вторые сутки. Появление боли пациент связывает с неосторожным приемом горячей пищи накануне. В анамнезе хронически гастрит. Слизистая оболочка твердого неба гиперемирована, отечна, с участками мацерации эпителия. На твердом небе эрозия неправильной формы, покрытая фибринозным налетом, болезненная при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны подвижны. На зубах много мягкого налета и зубного камня.
Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент 36 лет обратился к стоматологу для профилактического осмотра. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни. Курит с 16 лет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации Вторичная частичная адентия, подвижность передних зубов нижней челюсти второй степени. На слизистой оболочке правой щеки в области угла рта участок помутнения эмали размером 2на 1,5 см с четкими контурами. Очаг не возвышается над окружающей слизистой оболочкой.
Установите диагноз, составьте план лечения.

Больной 45 лет предъявляет жалобы на необычный вид слизистой оболочки полости рта. В анамнезе хронический гастрит, хронический колит. В подъязычной области ограниченное образование белого цвета, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки. Очаг поражения при пальпации плотный, безболезненный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Установите диагноз, составьте план обследования и лечения.

Вирусные заболевания.

Пациент 19 лет предъявляет жалобы на резкую боль пр приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области, множественные высыпания в полости рта, повышение температуры тела до 38 градусов, недомогание, головную боль. Считает себя больным 4 дня. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечал.
При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками.
Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка,

альвеолярной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17,16,37,36. Гигиена полости рта неудовлетворительная.
Лабораторное исследование цитологических препаратов выявило полимофноядерные нейтрофилы в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. В иммунофлюоресцентном анализе крови Ig M.
Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз, составьте план лечения.

Пациентка 32 лет предъявляет жалобы на пузырьки на красной кайме верхней и нижней губ, болезненную язвочку на небе. Считает себя больной 3 дня. Начало заболевания связывает с переохлаждение и незначительным повышением температуры неделю назад. Подобные высыпания появляются на тех же участках 1-3 раза в год.
При осмотре: губы сухие, отечные. На границе с кожей на фоне гиперемии определяются группы плотно расположенных пузырьков. Элементы поражения болезненные при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные. На слизистой оболочке на границе твердого и мягкого неба слева от центра эрозия неправильных очертаний с полициклическим контуром, окруженная ободком гиперемии, резк, незначительные зубные отложения.
Лабораторные исследования содержимого пузырьков и отпечатка с эрозии на небе выявили гигантские многоядерные клетки. В иммунофлюоресцентном анализе крови IgM.
Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз, составьте план лечения.

В клинику обратился пациент 32 лет с жалобами на чувство жжения слизистой оболочки языка, щек, глотки, пищевода, дискомфорт при глотании.
За последнее время значительно похудел, беспокоят диарея, кратковременные лихорадочные состояния, выраженная потливость по ночам. Выявлено, что пациент употребляет наркотики и имеет нетрадиционную половую ориентацию.
Передние и задние лимфатические узлы увеличены. В полости рта на слизистой оболочке языка. Щек. Неба и глотки налеты беловато-серого цвета. Налет мягкий, легко снимается при помощи шпателя. Слизистая оболочка под налетом гиперемирована, отечна.
При микроскопическом исследовании налета обнаружен гриб Candida. Противогрибковое личение не привело к полной ликвидации процесса.
Установите предварительный диагноз. Какие из дополнительных методов обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Больной 23 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль и кровоточивость десны верхней и нижней челюстей. Боль постоянная, усиливающаяся при еде и чистке зубов. Заболевание началось остро с лихорадочного состояния 2 недели назад
Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Отмечаются явления генерализованного язвенно-некротического гингивита. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, покрыта грязно-серым налетом. Налет легко снимается, при этом обнажается резко болезненная изъязвленная и сильно кровоточащая поверхность. В области передней группы зубов верхней челюсти и в области моляров обеих челюстей полностью некротизированы десневые сосочки и часть прикрепленной десны с обнажением пришеечной трети корней зубов.
Пациент принимает наркотики, предпочитает вводить их внутривенно.
Установите предварительный диагноз. Какие из дополнительных методов обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Бактериальные инфекции.

Пациентка 41 года поступила в стационар с высокой температурой, симптомами интоксикации. Почувствовала себя больной 6 дней назад, когда ощутила боль в полости рта при приеме пищи. На 2-й день болезни отметила отек левой щеки. На 4-й день состояние резко ухудшилось, появился озноб, температура тела повысилась до 40 градусов, возникла боль в горле, на 5-й день появились отек шеи, сукровичное отделяемое из глаза.
Отек левой щеки, век левого глаза и верхней губы. Кожа над отеком гиперемирована. На красной кайме губ и коже над ней определяются небольшие разбросанные участки фибринозного налета диаметром 3-5 мм. На внутренней поверхности верхней губы фибринозная пленка с четкими краями. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна. Периферичские лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации.
Установите предварительный диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо провести? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Пациент 21 года обратился к стоматологу с жалобами на недомогание, повышение температуры до 37-38 градусов, боль при приеме приеме пищи в полости рта, которая появилась 4 дня назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал аспирин и ампициллин. Сыпь на теле, которая появилась через 3 дня, считал аллергической реакцией на медикаменты, начал принимать супрастин.
На коже лица редко разбросанные элементы поражения в виде пузырьков и корочек. Аналогичные элементы пациент заметил на всем теле. В полости рта на слизистой оболочке губ, десне, мягком и твердом небе определяются болезненные эрозии и пузырьки, окруженные очагом гиперемии и отека. Периферические лимфатические узлы увеличены.
Установите предварительный диагноз. Какова этиология заболевания? Скакими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Пациент 48 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость и жжение во рту, белый налет на языке. Болеет в течение 2 недель. В анамнезе длительное лечение бронхиальной астмы препаратами, содержащими глюкокортикостероиды.
При осмотре на спинке языка, мягком небе, щеках обильный налет белого цвета, напоминающий творожистую массу; после его удаления обнажается гладкая гиперемированная поверхность слизистой оболочки; сосочки языка сглажены. Лечение не проводилось.
Установите предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

Пациентка 72 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в течение 2 месяцев.
В анамнезе гипертоническая болезнь; носит съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях в течение 5 лет.
Высота нижней трети лица снижена. В выраженных кожных складках в углах рта справа и слева слабомокнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками. Красная кайма губ сухая.
Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована, сухая, слабо

болезненная. Налет отсутствует. Гигиеническое состояние съемных протезов неудовлетворительное. Для лечения применялись отвары ромашки и шалфея, без эффекта.
Проведите дифференциальную диагностику, наметьте план обследования и лечения.

Больной 18 лет предъявляет жалобы на боль и припухлость левой щеки, затрудненное открывание рта.
Левосторонняя асимметрия лица в результате отека мягких тканей щеки, рот открывается на 2 см. У зуба 38 прорезались два медиальных бугра, имеется нависающий капюшон с эрозированным краем, покрытым некротическим налетом. На слизистой оболочке щеки в области зубов 38, 37 имеется резко болезненная эрозия, покрытая некротическим налетом.
Диагноз: перикоронорит зуба38.
Уточните диагноз. Согласны ли вы с назначенным лечением? Составьте план обследования и лечения. Какой будет ваша тактика?

Больной 23 лет обратился с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, повышенное слюноотделение. Отмечает плохое самочувствие, слабость, головную боль, высокую температуру тела (38,5 град), отсутствие аппетита, сна. Считает себя больным 3 дня.
При осмотре: кожные покровы бледные, регионарные лимфатические узлы справа увеличены, подвижны, болезненны. В полости рта обильный мягкий налет на зубах. Десна отечна, гиперемирована. После снятия мягкого налета отмечается некротическая кайма по краю межзубных сосочков в области передней группы зубов нижней челюсти.
Поставьте диагноз, назовите причины заболевания, составьте план обследования и лечения.

Больной 66 лет обратился к стоматологу с жалобами на «язву» на языке, затрудненной пережевывание пищи. На протяжении 10 лет отмечает периодически возникающие язвы в полости рта. За медицинской помощью не обращался.
Высота нижнего отдела лица уменьшена, западение спинки носа – седловидный нос. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны, подвижны. Красная кайма губ без видимых изменений. Полная адентия. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена. На спинке языка язва округлой кратероообразной формы с плотными выступающими краями, болезненная при пальпации. В области мягкого неба рубцовые изменения, язычок отсутствует.
Установите предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику, составьте план обследования и лечения.

Пациент 58 лет обратился в клинику для депульпирования интактных зубов 11, 21, 23 в целях ортопедического лечения.
В анамнезе аллергия на антибиотики, гипертоническая болезнь второй стадии, язвенная болезнь желудка, дисбактериоз кишечника.
Через 3-4 мин. После инфильртационной анестезии раствором лидокаина (1% раствор 2 мл) развился коллапс, нарушился ритм дыхания, больной потерял сознание.
Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациентка 29 лет обратилась с жалобами на отек верхней губы, дискомфорт и эстетический недостаток.
Начало заболевания острое. Отек развился в течение нескольких часов. В связи с простудным заболеванием принимала антибиотики.
Верхняя губа увеличена, безболезненна при пальпации. Регионарные лимфатические узлы в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта бледно-розвого цвета, без видимых патоморфологических элементов.
Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент 45 лет обратился с жалобами на жжение, появление кровоизлияний, язв в полости рта, болезненность при приеме пищи.
До появления этих жалоб принимал эритромицин в связи с простудным заболеванием. Подобные явления наблюдались при приеме линкомицина. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, при пальпации болезненны. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями. Десна гиперемирована, отечна, кровоточит, покрыта сероватым налетом, с трудом снимающимся при поскабливании.
В зубе 46 кариес, твердые зубные отложения в значительном количестве; острые края зубов.
Установите диагноз, составьте план лечения.

Больной 25 лет обратился с жалобами на резкую боль в полости рта при приеме пищи, повышенное слюноотделение, высокую температуру (39,5 град.). Отмечает общую слабость, головную боль.
В анамнезе хронический гайморит. Кожные покровы бледные; на тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания с гемморагической коркой в центре. Красная кайма губ отечна, гиперемирована, покрыта плотно фиксированными кровянистыми корками. Подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены. Болезненны, подвижны. На слизистой оболочке губ, щек эритематозные пятна, крупные сливающиеся эрозии, покрытые фибринозным налетом.
Установите предварительный диагноз, составьте план обследования и лечения.

Больная 22 лет обратилась в клинику с жалобами на общую слабость, высокую температуру, жжение слизистой оболочки полости рта, усиливающееся при приеме пищи, разговоре. Начало заболевания острое, после переохлаждения.
В анамнезе хронический тонзиллит. Кожные покровы бледные, на коже предплечий, голеней эритематозные пятна с кровянистой коркой в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками. Подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены. Болезненны, подвижны. На резко гиперемированной, отечной слизистой оболочке губ, щек. Дна полости рта множественные резко болезненные эрозии с ровным краями, покрытые фибринозным налетом.
Установите диагноз, составьте план лечения.

Пациент37 лет обратился с жалобами на боль и жжение в слизистой оболочке полости рта, усиливающиеся при приеме пищи. Появление болезненных язв, которые через 7-10 дней самостоятельно исчезают. Обострения бывают 2-3 раза в год (осенью, весной в течение 4 лет). Обращался к стоматологу, назначались полоскания антисептическими растворами, аппликации масляного раствора витамина А.
В анамнезе хронический энтероколит.
Поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены. Болезненны при пальпации. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Острые края коронок зубов

На кончике языка и слизистой оболочки нижней губы эрозии овальной формы с венчиком гиперемии. Болезненны при пальпации.
Установите диагноз, назначьте лечения.

Пациентка 34 лет обратилась с жалобами на появление болезненных язв на слизистой оболочке полости рта осенью и зимой, самостоятельно заживающих в течение 10-12 дней.
В анамнезе аллергия на домашнюю пыль, заболевание желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз). Региональные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны при пальпации. Десна отечна, цианотична, кровоточит при прикосновении, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм. Острые края моляров нижней челюсти. На боковой поверхности языка справа и по переходной складке слева эрозии округлой формы с венчиком гиперемии, покрытые беловато-серым налетом.
Проведите дифференциальную диагностику, установите диагноз. Назначьте лечение.

Изменения СОПР при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Больная 62 лет обратилась с жалобами на резкую боль во рту, затрудненные прием пищи, чистку зубов, язвы в полости рта. Больна около 2 мес., когда появились язвы на языке. Через некоторое время подобные изменения появились на дне полости рта (под языком), слизистой оболочке щеки. Лечилась в стоматологической поликлинике – полоскания раствором перманганата калия, аппликации облепихового масла. Масляного раствора витамина А. Улучшения не отметила, боль сохранялась. Заживления язв не наступало.
В анамнезе ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, наблюдается у терапевта. В течение последнего года состояние резко ухудшилось, появились одышка, слабость, отеки ног, артериальное давление в пределах 180/90 – 200/100 мм. рт. ст.
При осмотре цианоз губ. В полости рта обильные отложения мягкого зубного налета и камня, кариозные полости, дефекты зубных рядов, гиперемия с цианотическим оттенком свободной и прикрепленной десны, глубина карманов 3-6 мм.
На дорсальной поверхности языка в центре неглубокая язва размером 1 на 1,5 см, покрытая серовато-белым налетом. Язва резко болезненна, цвет окружающей слизистой оболочки не изменен.
Установите предварительный диагноз. Определите порядок обследования и лечения.

Изменения СОПР при заболеваниях ЖКТ.

Больной 52 лет обратился к стоматологу с жалобами на появление болезненных «язвочек»

во рту.
В анамнезе детские инфекции. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Периодически наблюдается у терапевта, лечение проводит нерегулярно. Курит много лет, употребляет алкогольные напитки умеренно. Около 2-х лет назад, в период обострения язвенной болезни желудка, почувствовал боль в языке при курении, приеме горячей и острой пищи, обнаружил «язвы» на языке, лечился полосканиями раствором перманганата калия.
При осмотре внешне без видимых изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Слизистая оболочка увлажнена слабо. На дорсальной поверхности языка в средней трети на фоне плотного налета отмечается очаг десквамации в виде красного пятна размером 5,5 на 0,7 см с неровными контурами. Полость рта не санирована, зубные отложения, кариозные полости в зубах 16, 37, 25,26.
Протезов нет, свободная и прикрепленная десна гиперемирована, отечна, карманы 4-5 мм.
Установите предварительный диагноз. Наметьте план дальнейшего обследования и лечения больного.

Заболевания крови.

Пациент 35 лет обратился с жалобами на боль в полости рта при приеме раздражающей пищи. Считает себя больным около 2 лет. Когда впервые появились эти симптомы.
В анамнезе ахилический гастрит в течение 5 лет. Год назад присоединился хронический панкреатит. По профессии компьютерщик-программист. По этой специальности работает 12 лет, за компьютером проводит ежедневно 8-10 часов.
Бледность кожных покровов, красная кайма губ сухая, заеды. Язык ярко гиперемирован. Гиперемия неоднородная (пятнами). Сосочки языка значительно атрофированы. Красные пятна и полосы на слизистой оболочке щек.
Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, обильные отложения мягкого зубного налета и зубного камня (больной щадит слизистую оболочку и плохо чистит зубы). Явления катарального гингивита, в зубах 36,46 кариозные полости.
Установите диагноз. Проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Заболевания нервной сиситемы.

Пациентка 58 лет предъявляет жалобы на жжение, неловкость, тяжесть в языке, усиливающееся после длительного разговора и к концу дня. Впервые жжения в языке появились после стресса около 3-х лет назад. Со временем неприятные ощущения в языке нарастали, появилось жжение на небе. Во время еды все упомянутые явления исчезают.
В анамнезе желудочно-кишечная патология, астенический синдром.
В общении с врачом пациентка тревожна, мнительна, фиксирована на своих ощущениях; высказывания свидетельствуют о канцерофобии.
Напряженное выражение лица. Высота нижнего отдела лица снижена. Выражены носогубные складки. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ суховата. Слизистая оболочка полости рта бледная, увлажнена недостаточно. Сосочки языка умеренно атрофированы, на кончике и на боковой поверхности справа гиперемированы, кариозные полости в зубах 12, 24, 27, 47. Зубы 16, 26, 36, 46 отсутствуют. Патологическая стертость твердых тканей зубов, острые края. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, зубной камень на зубах 31, 32, 33, 41, 42, 43.

Явления хронического генерализованного катарального гингивита.
В поликлинике по месту жительства проводилось лечение: настойка валерьяны внутрь по 30 капель 3 раза в день, ротовые ванночки с новокаином, смазывания языка облепиховым маслом. Эффекта не отмечено.
Установите диагноз, наметьте план лечения.

Красный плоский лишай.

Больная 52 лет предъявляет жалобы на жжение слизистой оболочки рат. Начало заболевания связывает со стрессом. В поликлинике была назначена обработка полости рта раствором буры в глицерине; эффекта нет. Заболевание периодически обостряется.
В анамнезе гиперацидный гастрит, артериальная гипертензия.
Регионарные лимфатические узлы подвижны, несколько увеличены, безболезненны. Красная Кайма губ имеет перламутровый оттенок. Имеются назубные отложения, пародонтальные карманы в области всех зубов глубиной 3-4 мм, острые края жевательных зубов. На спинке языка множественные ороговевшие точки. На слизистой оболочке щек в средних и задних отделах участки измененного эпителия белого цвета в виде сетки, кружев, не снимающихся при поскабливании. По переходной складке в области зуба 45 имеется болезненная эрозия, покрытая фибринозным налетом. Больная курит в течение 15 лет.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Больная 38 лет предъявляет жалобы на болезненность слизистой оболочки щеки справа и языка при приеме раздражающей и жесткой пищи. Боль чаще возникает при нервном напряжении, переутомлении. Неприятные ощущения в области щеки справа возникли 2 года назад на фоне стресса, проходили при полоскании антисептиками и лечении кератопластическими средствами. На слизистой оболочке щеки слева в ретромолярной области участок повышенного ороговения в виде папул, образующих ажурный рисунок. На слизистой оболочке правой щеки в заднем отделе определяется участок ярко-красного цвета, болезненный при пальпации, по переферии которого имеются одиночные и сгруппированные в рисунок папулы. Папулы при поскабливании на снимаются, на боковых поверхностях языка на гиперемированном фоне имеются эрозии, покрытые фибринозным налетом, диаметром да 2 см. Справа и слева на боковой поверхности языка имеются папулы, соединенные между собой в линию.
Установите диагноз, составьте план лечения.

Пузырчатка.
Пациентка 45 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль под языком и в углах рта. Неприятные ощущения появились 2 недели назад. Боль усиливается при разговоре и приеме пищи. Увеличилось слюноотделение. В последние 3 дня появились болезненные трещины в углах рта. Лечилась самостоятельно – обрабатывала пораженные участки облепиховым маслом. Улучшения не наступало. Общее состояние не изменено.
В анамнезе вегетососудистая дистония, хронический гастрит.
Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На слизистой оболочке дна полости рта на неизмененном фоне болезненная эрозия неправильной Фомы, размером 1,5 на 2 см застойно-красного цвета. Симптом Никольского положительный.
Установите диагноз, составьте план лечения.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА.

Больная 37 лет обратилась в клинику с жалобами на жжение и боль слизистой оболочки щеки справа, особенно во время еды, а также на покраснение кожи лица. Появление жалоб связывает с длительным пребыванием на солнце.
На коже лба, носа и щек эритема в виде бабочки, гиперкератоз. На слизистой оболочке щеки справа по линии смыкания зубов слегка выступающие очаги застойной гиперемии с гиперкератозом в виде помутнения эпителия, в области зуба 16 небольшая болезненная эрозия. Полость рта не санирована.

Установите диагноз, составьте план лечения.

Заболевания языка.

Пациентка 34 лет обратилась в клинику с жалобами на жжение в языке при приеме острой пищи. В анамнезе хронический колит.
Внешний вид без особенностей. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.
Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На спинке языка в переднем и среднем отделах красные пятна, окруженные беловатым ободком. На повторном приеме через 5 дней красные пятна переместились на боковые поверхности языка, а спинка языка приобрела нормальный вид.
Установите лечение, проведите дифференциальную диагностику.

Пациент 45 лет обратился в клинику с жалобами на необычный вид языка. Курит в течение 25 лет. Злоупотребляет алкоголем. В анамнезе хронический гипоацидный гастрит.
Внешний вид без особенностей. Слизистая оболочка рта гиперемировна, с цианотичным оттенком. Десна в области всех групп зубов отечна, цианотична, кровоточит при зондировании. Гигиена полости рта неудовлетворительная. На спинке языка по средней линии в средней и задней его частях имеется ворсинчатый очаг овальной формы темно-коричневого цвета.
Установите диагноз, дайте рекомендации по лечению.

Заболевания губ.

Пациент 38 лет обратился в клинику с жалобами боль в верхней губе, затрудняющую прием пищи, широкое открывание рта. Заболевание возникло 10 лет назад. Лечился самостоятельно, применяя различные мази. Летом губа заживала, но с наступлением холодного периода ежегодно возникали рецидивы.
Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ сухая, шероховатая. На красной кайме верхней губы справа от средней линии поперечный линейный дефект ткани длиной 15 мм, покрытый кровянистой коркой. Вокруг дефекта помутнение красной каймы и ороговение. В основании дефекта определяется воспалительный инфильтрат. При пальпации образование мягкоэластической консистенции, умеренно болезненное.
Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются зубные отложения и налет курильщика. Кариозные полости в зубах 12 и 24.
Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы.
Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Пациентка 25 лет обратилась с жалобами на сухость губ, боль в нижней губе, затрудняющую широкое открывание рта. Изменения на губе появились давно, по ее словам, «сколько себя помнит». Подобные изменения на губах были у ее матери и бабушки. Заболевание рецидивирует в холодное время года, летом все явления исчезают. Отмечает повышенную нервную возбудимость. Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ сухая, множественные чешуйки, не переходящие на кожу.

По средней линии нижней губы линейный дефект ткани, покрытый кровянистой корочкой. При пальпации незначительная отечность и болезненность.

Полость рта не санирована, гигиеническое состояние неудовлетворительное.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Атопический хейлит.

Пациент 16 лет обратился с жалобами на эстетический недостаток, зуд в губах и окружающей коже, сухость. Широкое открывание рта затруднено из-за болезненности. Со слов матери, заеды появились в 7-летнем возрасте. Пользовались различными мазями. Добиваясь временного улучшения. В 14 лет состояние углов рта и губ значительно ухудшилось. Лечился у дерматолога, выраженного эффекта не было.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, обширная эритема кожи вокруг красной каймы губ, красная кайма губ сухая, мелкие чешуйки. Кожа в радиусе 3 см вокруг комиссур подвержена лихенизации и пигментирована. Трещины в углах рта. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются наддесневые зубные отложения.

В анамнезе аллергия на цитрусовые и отдельные виды боковой пищи.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Пациентка 15 лет обратилась с жалобами на ограниченное открывание рта из-зи болезненности в губах при разговоре и приеме пищи. Беспокоят зуд, чувство стянутости в углах рта, эстетический недостаток.

Заболевание возникло в 10-летнем возрасте. Лечилась у дерматолога, выраженного эффекта не было. С возрастом заболевание прогрессировало.

В анамнезе аллергия на шоколад и цитрусовые. У матери в течение многих лет имеются заеды.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На красной кайме верхней, нижней губ и в углах рта мелкие трещины, переходящие на кожу. Эритема, сухость и чешуйки отмечаются на коже всей пеиоральной области. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются наддесневые зубные отложения, налет, кариозные поражения в зубах 36, 46.

Вредные привычки: облизывает губы, расчесывает углы рта.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Пациент 27 лет напрвлен на консультацию из поликлиники по месту работы. Врач при осмотре обратил внимание на необычный вид слизистой оболочки нижней губы.

Жалоб нет. Некоторую неровность слизистой оболочки нижней губы ощущал всегда. Практически здоров.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ без патологии.

На слизистой оболочке нижней губы имеются множественные мелкие фолликулы. Цвет слизистой оболочки не изменен, пальпация безболезненная, определяются мелкие образования округлой формы в толще губы. Слизистая оболочка верхней губы без патологии. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются наддесневые зубные отложения.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Пацинт 14 лет обратился с жалобами на сухость губ, стянутость, иногда жжение, эстетический недостаток. Изменения на губах, по словам матери, появились в 6-летнем возрасте. Такая же патология губ у старшей сестры. Летом все явления исчезают, а в холодное время года наступает рецидив. Мать отмечает повышенную нервную возбудимость у обоих детей и у себя.

Пациент часто облизывает губы, обрывает и скусывает чешуйки.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ, особенно нижней, сухая, множественные трудноотделяемые чешуйки. Эти изменения не переходят на кожу периоральной области и углы рта.

Полость рта не санирована, гигиена ее неудовлетворительная.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Пациентка 47 лет, иногородняя, обратилась с жалобами на увеличение нижней губы, затрудняющее мимику. Речь прием пищи. На эстетический недостаток.

Заболевание возникло 9 лет назад. Лечилась по месту жительства. Выписки из истории болезни на руках нет. Нижняя губа после лечения несколько уменьшилась, но небольшое увеличение сохранялось. Месяц назад пациентка перенесла вирусную инфекцию. В процессе заболевания нижняя губа вновь резко увеличилась.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, нижняя губа резко увеличена, вывернута. Красная кайма нижней губы сухая, шелушится. При пальпации нижняя губа безболезненная, плотноэластической консиситенции. Полость рта санирована, гигиена неудовлетворительная. Язык складчатый, с очагами десквамации эпителия.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

Пациента 65 лет слабо болезненная «язвочка» на нижней губе, которая периодически заживает, затем возникает вновь, без видимой причины. Заболевание продолжается 8 лет. Рекомендованное лечение различными мазями оказалось неэффективно.

Сопутствующие заболевания: атеросклероз, курит 35 лет.

При осмотре: регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Пациент пользуется полными съемными пластиночными протезами. На красной кайме нижней губы справа обнаружена эрозия овальной формы размером 0,5 на 1 см, которая имеет полированную поверхность красного цвета, без налета. Уплотнения в основании эрозии нет.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

Пациент 58 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект нижней губы. Со слов больного, 3 месяца назад на нижней губе появилась небольшая безболезненная «бородавка», которая постепенно увеличивается.

В анамнезе хронический гастрит, хронический рецидивирующий герпес, курит с 18 лет.

При осмотре: на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа от центра имеется ограниченный узелок полушаровидной формы размером 0,8 на 0,9 см, выступающий над окружающими тканями на 0,5 см. Его поверхность покрыта плотносидящими роговыми чешуйками, не снимающимися при поскабливании. Цвет очага слегка синюшный, при пальпации основание не уплотнено, безболезненное.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

Эталоны тестовых заданий

по _дисциплине_ «Геронтостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта» **по специальности** _31.05.03. Стоматология

1. При пузырно-сосудистом синдроме пузырь располагается:
   1) внутри эпителия
   2) под эпителием.
   3) под базальной мембраной
   4) под соединительной тканью.

2. Отёчное состояние слизистой оболочки полости рта определяют:
   1) при пальпации.
   2) по отпечаткам зубов на слизистой оболочке щёк и боковых поверхностях языка.
   3) волдырной пробой Мак-Клюра–Олдрича.
   4) при зондировании

3. Геморрагические пузыри на слизистой оболочке полости рта образуются при:
   1) сердечно-сосудистой недостаточности
   2) ревматическом пороке сердца
   3) при гипертонической болезни
   4) болезнь Верльгофа.

4. При цианозе слизистой оболочки полости рта на фоне сердечно-сосудистой недостаточности местное лечение:
   1) показано
   2) не показано
   3) консультация кардиолога
   4) консультация эндокринолога

5. Лечение больного с трофическими язвами при декомпенсации сердечно-сосудистой недостаточности проводят совместно с:
   1) кардиологом
   2) эндокринологом
   3) невропатологом
   4) терапевтом

6. Жалобы, предъявляемые пациентом с сахарным диабетом:
   1) сухость в полости рта
   2) боль при приеме пищи
   3) чувство жжения
   4) невралгические и невритные боли
   5) все ответы правильные

7. Внешний осмотр пациента, страдающего болезнью иценко-кушинга:
   1) регионарные лимфатические узлы увеличены
   2) плотной консистенции
   3) резко болезненные
   4) спаянные между собой и с окружающими тканями
   5) без изменений

8. С какими нозологическими формами не проводится дифференциальная диагностика патологии слизистой оболочки полости рта при сахарном диабете:
   1) с болезнью Микулича
   2) сиалоаденитом
   3) синдром Шегрена

4) расстройствами нервной системы
5) болезнь Аддисона

9. Жалобы, не предъявляемые пациентом с болезнью аддисона:
1) на боль
2) синеватые пятна на коже и слизистой оболочке полости рта
3) жалобы на похудение
4) диспептические явления
5) снижение аппетита

10. Что определяется при осмотре слизистой оболочки полости рта у пациента с болезнью Аддисона:
1) эрозии
2) слизистая оболочки отечна
3) пузыри с гемморагическим содержимым
4) воспалительные заболевания тканей пародонта
5) небольшие пятна или полосы синеватого или серовато-черного цвета

11. С чем следует проводить дифференциальную диагностику при болезни Аддисона:
1) сиаладенит
2) болезнь Микулича
3) глоссит
4) авитаминоз
5) отложение солей тяжелых металлов

12. Жалобы, не предъявляемые пациентом с гингивитом беременных
1) кровоточивость десны
2) изменение формы десны
3) дискомфорт
4) неприятный запах изо рта
5) эрозии, язвы, сухость в полости рта

13. Что не определяется при внешнем осмотре пациента с гиповитаминозом $в_2$:
1) сухость, шелушение, покраснение красной каймы губ
2) вертикальные и комиссуральные трещины
3) шелушение кожи, себорейные корки на крыльях носа
4) слезотечение, васкулярный кератит, ирит
5) лимфатические узлы увеличены, болезненны

14. Что не определяется при осмотре слизистой оболочки полости рта у пациента с острым лейкозом:
1) на слизистой оболочке пятна или полосы синеватого или серовато-черного цвета
2) язвенно-некротический гингиво-стоматит
3) резкая кровоточивость десны
4) гиперплазия;
5) мелкоточечные кровоизлияния на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов

15. Ярко-красный болезненный язык с атрофией сосочков называется глосситом:
1) десквамативным
2) «географическим»
3) Меллера-Гунтера

4) ромбовидным
5) складчатый язык

16. Причина глоссита меллера-гунтера:
1) вирус гриппа;
2) дефицит витамина B_{12};
3) снижение высоты нижнего отдела лица;
4) сахарный диабет;
5) болезнь Верльгофа:

17. Фактор Касла не вырабатывается при:
1) сахарном диабете
2) анемии Аддисона-Бирмера
3) авитаминозе С
4) вирусе гриппа
5) болезни Верльгофа

18. При анемии Аддисона-Бирмера цветовой показатель:
1) выше 1
2) ниже1
3) в норме
4) равен нулю
5) равен 3

19. В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют
1) картину неспецифического воспаления
2) акантолитические клетки
3) фузоспирохетоз
4) картину специфического воспаления
5) стрептококки и фузобактерии

20. Латинское название первичного элемента при плоском лишае
1) nodus
2) ulcus
3) papula
4) macula

21. Патологические изменения в эпителии при плоском лишае
1) акантоз
2) паракератоз
3) спонгиоз
4) гиперкератоз
5) акантолиз
6) баллонирующая дегенерация

22. На внешний вид очага поражения при плоском лишае влияют
1) гипосаливация
2) гиперсаливация
3) рельеф слизистой оболочки
4) тургор слизистой оболочки

23. Течение плоского лишая
    1) острое
    2) хроническое
    3) хроническое с обострениями

24. 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 стоматитом

25. При изготовлении несъемных протезов пациентам плоским лишаем слизистой оболочки полости рта целесообразно применять

    1) нержавеющую сталь
    2) сталь с нитрид-титановым покрытием
    3) сплавы благородных металлов
    4). Безметалловая конструкция

26. Пузырь при вульгарной пузырчатке образуется
    1) внутриэпителиально
    2) подэпителиально

27. Диагностические клетки при вульгарной пузырчатке
    1) акантолитические
    2) атипичные
    3) клетки Лангханса
    4) гигантские многоядерные

28. К ремиссии вульгарной пузырчатки приводит лечение
    1) антибиотиками
    2) кортикостероидами
    3) анаболиками
    4) транквилизаторами

29. Тактика врача-стоматолога в отношении больного вульгарной пузырчаткой (в период ремиссии)
    1) санация полости рта
    2) коррекция гигиены полости рта
    3) коррекция поддерживающей дозы кортикостероидов

30. Сочетанное поражение слизистой оболочки глаз и носа характерно для:
    1) пузырчатки
    2) крапивницы
    3) красного плоского лишая
    4) красной волчанки
    5) лейкоплакии

31. В соскобе с поверхности эрозии при пузырчатке обнаруживают:
    1) гигантские многоядерные клетки
    2) акантолитическме клетки Тцанка

3) атипичные клетки, голые ядра
4) клетки Пирогова-Лангханса
5) картину неспецифического воспаления с преобладанием полибластов

32. Дифференциальную диагностику вульгарной пузырчатки проводят:
1) пемфигоидом
2) лекарственной аллергией
3) многоформной экссудативной эритемой
4) герпетиформным дерматитом Дюринга
5) Все ответы верны

33. Для общего лечения вульгарной пузырчатки назначают:
1) антигистаминные препараты, поливитамины, глюкокортикостероиды
2) глюкокортикостероиды, антибиотики, седативные средства, обезболивающие средства
3) поливитамины, анаболики, глюкокортикостероиды, цитостатики, салуретики
4) цитостатики, антикоагулянты, салуретики, поливитамины
5) салуретики, седативные средства, цитостатики, поливитамины, обезболивающие средства

34. Обострению язвенной болезни желудка способствует:
1) курение табака
2) стрессовые ситуации
3) нарушение режима питания
4) занятия спортом

35. Обложенный язык бывает при:
1) хроническом колите
2) хроническом гастрите
3) язвенной болезни желудка
4) атрофии нитевидных сосочков

36. При налёте на языке проводят дифференциальную диагностику с:
1) кандидозом
2) лейкоплакией
3) катаральным глосситом
4) красным плоским лишаем

37. Налёт на языке при хроническом гастрите удаляется:
1) легко
2) трудно
3) до лечения
4) после лечения

38. При жалобе на металлический привкус во рту следует провести:
1) исследование желудочной секреции
2) клинический анализ крови
3) определение величины микротонов
4) соскоб с языка

39. Провитамин $в_{12}$-дефицитной анемии гемограмма выявляет:
1) уменьшение количества эритроцитов

2) уменьшение количества лейкоцитов
3) повышение гемоглобина
4) повышение уровня глюкозы
5) появление мегалоцитов

40. При анемии аддисона-бирмера назначают витамин $в_{12}$:
1) внутрь
2) парентерально
3) внутримышечно
4) внутривенно
5) не назначают

41.Синергистом витамина в12 является:
1) фолиевая кислота;
2) витамин С
3) витамин РР
4) витамин Е
5) витаминД

42. При выявлении сахарного диабета необходимо исследовать кровь на:
1) количество лейкоцитов
2) количество эритроцитов
3) уровень глюкозы
4) время кровотечения
5) СОЭ

43. Пациенту с болезнью иценко-кушинга показана консультация:
1) оториноларинголога
2) хирурга
3) стоматоневролога
4) офтальмолога
5) эндокринолога

44. С чем следует проводить дифференциальную диагностику при болезни аддисона:
1) сиаладенит
2) болезнь Микулича
3) глоссит
4) авитаминоз
5) врожденная пигментация

45. Какие перенесенные и сопутствующие заболевания имеют место быть у больных с гиповитаминозом $в_2$:
1) инфекционные заболевания
2) гастриты с пониженной кислотообразующей функцией
3) сахарный диабет
4) сердечно-сосудистые заболевания
5) хронические кровопотери у женщин

46. Морфологический элемент при пузырчатке:
1) пузырь
2) волдырь
3) пустула

4)папула
5)пузырек

47. Для диагностики пузырчатки используют метод:
1) иммунологический
2) гистологический
3) цитологический
4) биохимический
5) клинический

48. При синдроме гриншпна наблюдается сочетание эрозивно-язвенной формы плоского лишая с
1) анемией
2) сахарным диабетом
3) нейродермитом
4) гипертонической болезнью
5) макрохейлитом

49. Папула – это образование
1) полостное
2) бесполостное

50 Плоский лишай относят
1) к кератозам
2) к аллергическим состояниям
3) к инфекционным заболеваниям

51 Течение плоского лишая
1) острое
2) хроническое
3) хроническое с обострениями

52 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 кандидозом

53. Для местного лечения больных эрозивно-язвенной формой плоского лишая назначают

1) гирудотерапию
2) УВЧ-терапию
3) лазеротерапию

54. Для местного лечения больных эрозивно-язвенной формой плоского лишая назначают

1) гирудотерапию
2) УВЧ-терапию
3) лазеротерапию

55. При обследовании и лечении больных плоским лишаем необходимо проявить настороженность
1) иммунологическую
2) венерологическую
3) онкологическую
4) гематологическую

56. Эрозии при вульгарной пузырчатке к эпителизации
1) склонны
2) не склонны

57. Симптом Никольского при вульгарной пузырчатке
1) положительный
2) отрицательный

58. При вульгарной пузырчатке поражается
1) только слизистая оболочка
2) только кожа
3) слизистая оболочка и кожа

59.Для местного лечения пузырчатки используют мази:
1) противогрибковые, эпителизирущие
2) кортикостероидные, противогрибковые
3) противогрибковые, кортикостероидные
4) кортикостероидные, эпителизирущие
5) мази не используют

60. Сочетанное поражение слизистой оболочки глаз и носа характерно для:
1) пузырчатки
2) крапивницы
3) красного плоского лишая
4) красной волчанки
5) лейкоплакии

61. В соскобе с поверхности эрозии при пузырчатке обнаруживают:
1) гигантские многоядерные клетки
2) акантолитическме клетки Тцанка
3) атипичные клетки, голые ядра
4) клетки Пирогова-Лангханса
5) картину неспецифического воспаления с преобладанием полибластов

62. Дифференциальную диагностику вульгарной пузырчатки проводят:
1) пемфигоидом
2) лекарственной аллергией
3) многоформной экссудативной эритемой
4) герпетиформным дерматитом Дюринга
5) все ответы верны

63. Для общего лечения вульгарной пузырчатки назначают:
1) антигистаминные препараты, поливитамины, глюкокортикостероиды
2) глюкокортикостероиды, антибиотики, седативные средства, обезболивающие средства
3) поливитамины, анаболики, глюкокортикостероиды, цитостатики, салуретики
4) цитостатики, антикоагулянты, салуретики, поливитамины
5) салуретики, седативные средства, цитостатики, поливитамины, обезболивающие

64. Причина глоссита меллера-гунтера:
1)вирус гриппа
2)дефицит витамина В 12
3)дефицит витамина В 1
4)снижение высоты нижнего отдела лица

65. Какого цвета налёт на языке при раке желудка, желудочном кровотечении:
1)белый
2)желтовато-коричневый
3)бурый
4)серый

66. Дополнительные методы исследования при заболеваниях ж.к.т.:
1)кожная гистаминовая проба
2)анализ крови на протромбин
3)анализ крови на сахар
4)клинический анализ крови

67. Жжение, боль при гиперемии слизистой оболочки при недостатке витаминов группы в:
1) B_{12}
2) B_1
3) B_2
4) PP

68. При десквамации эпителия языка поражаются:
1) желобоватые сосочки
2) листовидные сосочки
3) нитевидные сосочки
4) грибовидные сосочки

69. Геморрагические пузыри на слизистой оболочке полости рта образуются при:
1) болезни Верльгофа
2) герпетическом стоматите
3) гипертонической болезни.
4) ревматическом пороке сердца

5) сердечно-сосудистой недостаточности.

70. Налет на языке при хроническом гастрите удаляется:
1) легко
2) трудно
3)до лечения
4) после лечения
5) не удаляется вообще

71. При жалобе на металлический привкус во рту следует провести:
1) соскоб с языка.
2)клинический анализ крови
3) определение велеченымикротонов.
4) исследование желудочной секреции.
5) забор слюны на микробиологическое исследование.

72. При каком заболевании наблюдается ярко-красно болезненный язык с атрофией сосочков.
1) лейкоплакие
2) десквамативном глоссите
3) болезни Меллера-Гунтера
4) язвенной болезни желудка.
5) хроническом рецидивирующим афтозным стоматитом

73. Отек слизистой оболочки полости рта наблюдается при :
1)энтероколите.
2)язвенной болезни желудка.
3) пузырно-сосудистом синдроме.
4) катаральном стоматите
5) психо-эмоциональных нарушениях

74. Лечение больного с трофическими язвами при декомпенсации сердечно-сосудистой недостаточности проводят совместно с :
1) кардиологом
2) терапевтом
3) эндокринологом
4) невропатологом
5) психотерапевтом

75. Вторичный морфологический элемент при пузырчатке:

1) язва
2) чешуйка
3) вегетация
4) рубец
5) эрозия

76. Положительный симптом Никольского определяется при:

1) пемфигоиде
2) пузырчатке
3) многоформной экссудативной эритеме

4) плоском лишае
5) красной волчанке

77. При обследовании и лечении больных плоским лишаем гиперкератотической и эрозивно-явенной формами необходимо проявить настороженность
1) онкологическую
2) венерологическую
3) гематологическую
4) иммунологическую
5) травматологическую

78. Одним из вторичных элементов поражения при плоском лишае является
1) афта
2) эрозия
3) трещина
4) корка

79. Латинское название первичного элемента при плоском лишае
1) nodus
2) ulcus
3) papula
4) macula

80. Течение плоского лишая
1) острое
2) хроническое
3) хроническое с обострениями

81. В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют
1) фузоспирохетоз
2) акантолитические клетки
3) картину неспецифического воспаления

82 Тактика врача при наличии очага гиперкератоза, возвышающегося над окружающими тканями

1) наблюдение
2) консервативное лечение
3) иссечение

83 Диспансерное наблюдение больным плоским лишаем
1) показано
2) не показано

84 При обследовании и лечении больных плоским лишаем необходимо проявить настороженность
1) иммунологическую
2) венерологическую
3) онкологическую
4) гематологическую

85. Дополнительный метод обследования, необходимый для постановки диагноза вульгарная пузырчатка
    1) бактриоскопический
    2) цитологический
    3) гистологический
    4) исследование в лучах Вуда

86. 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 кандидозом

87. Тактика врача-стоматолога в отношении больного вульгарной пузырчкой (острый период)
    1) санация полости рта
    2) назначение кортикостероидных гормонов
    3) направление к врачу-дерматологу