федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«заболевание и повреждение слюнных желез»**

**для подготовки по специальности**

**31.05.03 – стоматология**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 – «Стоматология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол №9 от «30» апреля 2021г.

Оренбург

**1**.**Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач.

ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний.

ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых.

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1. Неопухолевые заболевания и повреждения слюнных желез**

1. Анатомия и физиология слюнных желез.
2. Методы обследование больных с заболеваниями и повреждениями слюнных желез.
3. Методика выполнения бужирования протока слюнной железы.
4. Рентгенологический метод обследования (сиалография, пантомосиалография, радиосиалография, сиалосцинтиграфия).
5. Методы исследования секреторной функции слюнной железы.
6. Критерии количественного анализа функции слюнной железы в норме и патологии.
7. Интерпретация результатов цитологического исследования слюны, взятой из протока слюнной железы?
8. Морфологический метод исследования при заболеваниях слюнных желез?
9. Дистрофические заболевания слюнных желез (гипер- и гипосаливация).
10. Лечение больных с гиперсаливацией и ксеростомией.
11. Болезнь и синдром Микулича. Клиническая картина, лечение.
12. Болезнь и синдром Шегрена. Этиалогия, патогенез.
13. Клиническая картина, диагностика и лечение болезни Шегрена.
14. Классификация неопухолевых заболеваний слюнных желез.
15. Классификация опухолевых заболеваний слюнных желез.
16. Пороки развития слюнных желез.
17. Эпидемический паротит. Этиология, патогенез, клиническая картина.
18. Гриппозный сиаладенит.
19. Постинфекционный и постоперационный сиаладенит.
20. Лимфогенный сиаладенит. Клиника, диагностика.
21. Контактный сиаладенит. Клиника, диагностика.
22. Сиаладенит вызванный внедрением инородных тел, выводных протоков желез. Клиника, диагностика.
23. Общие принципы лечения и профилактики острых сиаладенитов.
24. Хронический паренхиматозный сиаладенит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.
25. Хронический интерстициальный сиаладенит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.
26. Хронический сиалодохит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.
27. Этиология и патогенез слюнокаменной болезни.
28. Клиническая картина слюнокаменной болезни.
29. Лечение больных со слюнокаменной болезнью.
30. Показания к литотрипсии.
31. Клиническая картина и лечение кисты малой слюнной железы.
32. Клиническая картина и лечение кисты подъязычной слюнной железы.
33. Клиническая картина и лечение кисты околоушной слюнной железы.
34. Клиническая картина и лечение кисты поднижнечелюстной слюнной железы.
35. Классификация слюнных свищей.
36. Клиническая картина сужения слюнного протока.
37. Заращение слюнного протока. Клиническая картина.
38. Травматическая киста слюнной железы. Клиника, лечение.
39. Лечение повреждений слюнных желез.

**Модуль 2. Опухоли и опухолеподобные образования слюнных желез**

1. Классификация опухолей слюнных желез.
2. Доброкачественная опухоль слюнных желез (племорфная аденома).
3. Злокачественная опухоль слюнных желез (озлокачественная племорфная аденома).
4. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей околоушной железы (паротидэктомия).
5. Послеоперационные осложнения, их профилактика и лечение.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Неопухолевые заболевания и повреждения слюнных желез**

**Практическое занятие №1**

**Тема:** Анатомия и физиология слюнных желез. Методы обследования слюнных желез.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости (устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**:

1. Анатомия и физиология слюнных желез.
2. Методы обследование больных с заболеваниями и повреждениями слюнных желез.
3. Методика выполнения бужирования протока слюнной железы.
4. Рентгенологический метод обследования (сиалография, пантомосиалография, радиосиалография, сиалосцинтиграфия).
5. Методы исследования секреторной функции слюнной железы.
6. Критерии количественного анализа функции слюнной железы в норме и патологии.
7. Интерпретация результатов цитологического исследования слюны, взятой из протока слюнной железы?
8. Морфологический метод исследования при заболеваниях слюнных желез?

**Тестовые задания:**

1. Частные методы используют при обследовании пациентов:

1) всех;

2) с патологией определенных органов;

3) с воспалительными заболеваниями;

4) с дистрофическими заболеваниями;

5) с подозрением на онкологическое заболевание.

2. Длина околоушных слюнных желез у взрослого (см):

1) 2-3;

2) 4-6;

3) 6-8;

4) 8-10;

5) 11-12.

3. В норме большие слюнные железы:

1) пальпируются;

2) не пальпируются;

3) определяются визуально;

4) определяются при запрокидывании головы;

5) значительно увеличены.

4. Выводной проток околоушной слюнной железы называется:

1) стенонов;

2) вартонов;

3) бартолиниев;

4) вальтеров;

5) вирсунгов.

5. Выводной проток поднижнечелюстной слюнной железы называется:

1) стенонов;

2) вартонов;

3) бартолиниев;

4) Вальтеров;

5) вирсунгов.

6. Выводной проток подъязычной слюнной железы называется:

1) стенонов;

2) вартонов;

3) бартолиниев;

4) вальтеров;

5) вирсунгов.

7. Проток околоушной слюнной железы открывается на слизистой оболочке:

1) щеки;

2) верхней губы;

3) нижней губы;

4) мягкого нёба;

5) дна полости рта.

8. Проток околоушной слюнной железы открывается на уровне:

1) верхнего третьего моляра;

2) нижнего первого моляра;

3) верхнего первого моляра;

4) верхнего первого премоляра;

5) верхнего второго премоляра.

9. Выводные протоки подъязычной и поднижнечелюст-ных слюнных желез открываются на подъязычном сосочке:

1) всегда общим протоком;

2) общим протоком в 95% случаях;

3) всегда раздельно;

4) общим протоком в 50%;

5) общим протоком в 30%.

10. В норме секрет протоков больших слюнных желез:

1) прозрачный;

2) мутный;

3) со слизистыми комочками;

4) с включениями тяжей;

5) с хлопьевидными включениями.

11. Атрезия слюнного протока - это:

1) его отсутствие;

2) дистопия;

3) сужение;

4) заращение;

5) киста.

12. Жалобы в начальной стадии ксеростомии на:

1) ощущение сухости слизистой оболочки полости рта при разговоре;

2) постоянную сухость полости рта;

3) болевые ощущения во время еды;

4) прогрессивное разрушение зубов;

5) эрозии на слизистой оболочке полости рта.

13. При сиалометрии по методу Т.Б. Андреевой из околоушной слюнной железы выделяют (мл):

1) 0,5-1;

2) 1-3;

3) 3-5;

4) 5-7;

5) 7-10.

14. При сиалометрии по методу Т.Б. Андреевой из под-нижнечелюстной слюнной железы выделяют (мл):

1) 0,5-1;

2) 1-4;

3) 4-6;

4) 6-8;

5) 8-10.

15. Время забора слюны по методу Т.Б. Андреевой (мин):

1) 5;

2) 10;

3) 15;

4) 20;

5) 30.

16. Для объективного подтверждения ксеростомии используют:

1) сиалографию;

2) цитологическое исследование;

3) биопсию слюнной железы;

4) сиалометрию;

5) зондирование протоков.

17. При ксеростомии в клинически выраженной стадии отмечают снижение саливации (мл):

1) 0;

2) 0-0, 2;

3) 0,3-0,8;

4) 1-1,5;

5) 1,5-2.

18. Средние колебания скорости выделения смешанной слюны в состоянии покоя (мл/мин):

1) 0,1-0,15;

2) 0,3-0,4;

3) 1-2;

4) 3-4;

5) 4-5.

19. При стимуляции жеванием парафина скорость выделения смешанной слюны возрастает до (мл/мин):

1) 0,1-0,15;

2) 0,3-0,4;

3) 1-2;

4) 3-4;

5) 4-5.

20. 1% раствор пилокарпина гидрохлорида для стимуляции слюноотделения:

1) М-холиноблокатор;

2) М-холиномиметик;

3) β1-адреномиметик;

4) β1-адреноблокатор;

5) блокатор гистаминовых рецепторов.

21. Сиалотомография - это:

1) субтракционная сиалография;

2) сиалография с прямым увеличением изображения;

3) послойное рентгенографическое исследование слюнных желез после заполнения протоков контрастным веществом;

4) сканирование слюнных желез;

5) термовизиография.

22. В норме на слизистой оболочке нижней губы (на участке 2x2 см) функционирует малых слюнных желез:

1) 10±1,0;

2) 16±1,0;

3) 21±1,0;

4) 35±1,0;

5) 40±1,0.

23. Капсула Лешли-Ющенко-Красногорского:

1) однокамерная;

2) двухкамерная;

3) трехкамерная;

4) четырехкамерная;

5) пятикамерная.

24. Капсулу Лешли-Ющенко-Красногорского используют при заборе слюны из (слюнных желез):

1) околоушных;

2) околоушных и поднижнечелюстных;

3) поднижнечелюстных;

4) подъязычных;

5) малых.

25. Сиалометрию малых слюнных желез проводят при помощи:

1) канюли;

2) капсулы;

3) отсасывания шприцем;

4) взвешивания ватных тампонов;

5) визуально.

26. Для заполнения протоков неизмененной околоушной слюнной железы контрастного вещества требуется (мл):

1) 1-2;

2) 3-4;

3) 5-6;

4) 6-7;

5) 7-8.

27. Дефект заполнения паренхимы слюнной железы на сиалограмме выглядит как:

1) пятно контрастного вещества с четкими контурами;

2) пятно контрастного вещества без четких контуров;

3) участок паренхимы с отсутствием контрастирования;

4) выход контрастного вещества за пределы протоков;

5) множественные сиалоэктазии.

28. При подозрении на наличие камня в поднижнечелюс-тной слюнной железе в первую очередь проводят:

1) компьютерную томографию;

2) магнитно-резонансную томографию;

3) рентгенологическое исследование в 2-х проекциях;

4) цитологическое исследование секрета;

5) гистологическое исследование.

29. Для цитологического исследования каплю секрета слюнной железы окрашивают по:

1) Цилю-Нильсену;

2) Романовскому-Гимзе;

3) способу Меллера;

4) Нейссеру;

5) Грамму.

30. При цитологическом исследовании протокового секрета слюнных желез в норме определяются:

1) единичные клетки плоского и цилиндрического эпителия, бесклеточный детрит;

2) клетки плоского эпителия, нейтрофильные лейкоциты и лимфоциты;

3) пласты клеток плоского и цилиндрического эпителия, бокаловидные клетки;

4) обилие плоского, цилиндрического, кубического эпителия, бокаловидных клеток, нейтрофилов в стадии дегенерации;

5) скопления лимфоидных элементов и бокаловидных клеток.

31. Цитологическая картина смешанной слюны при болезни Шегрена характеризуется:

1) появлением бокаловидных клеток;

2) скудностью клеточных элементов;

3) появлением голых ядер;

4) увеличением клеток глубоких слоев эпителия (интермедиального типа);

5) появлением атипичных клеток.

32. Йодолипол - это:

1) водорастворимое контрастное вещество;

2) жирорастворимое контрастное вещество;

3) стимулятор слюноотделения;

4) радиофармпрепарат;

5) М-холиноблокатор.

33. При проведении сиалографии рекомендуется использовать:

1) омнипак-180;

2) омнипак-240;

3) омнипак-300;

4) омнипак-350;

5) все препараты.

34. Международное название омнипака:

1) билигност;

2) ультравист;

3) билимин;

4) йогексол;

5) пропилйодон.

35. При выполнении сиалографии жирорастворимыми контрастными препаратами возможны следующие осложнения:

1) травма протока с выходом контраста в паренхиму;

2) длительная задержка контрастного вещества в протоках и паренхиме;

3) развитие клеточной реакции с участием лимфоцитов и гистиоцитов и дальнейшим перидуктальным фиброзом;

4) образование гранулем инородных тел с многоядерными гигантскими клетками.

36. Ширина околоушного протока в норме (мм):

1) 1-2;

2) 2-3;

3) 4-5;

4) 6-7;

5) 8-9.

37. В клинически выраженной стадии болезни Шегре-на на сиалограмме кистозные полости имеют следующий размер (мм):

1) до 1;

2) 1-5;

3) 5-10;

4) 10-15;

5) 15-20.

38. При проведении функциональной дигитальной суб-тракционной сиалографии в протоки железы вводит:

1) жирорастворимое контрастное вещество;

2) водорастворимое контрастное вещество;

3) радиоактивный Тс;

4) радиоактивный I;

5) радиоактивный Ga.

39. При радиосиалографическом исследовании пациенту натощак внутривенно вводят:

1) жирорастворимое контрастное вещество;

2) водорастворимое контрастное вещество;

3) радиоактивный Тс;

4) радиоактивный I;

5) радиоактивный Ga.

40. Эвакуация водорастворимого контрастного вещества из паренхимы и протоков непораженных околоушных слюнных желез составляет:

1) 40-50 с;

2) 1-2 мин;

3) 3-4 мин;

4) 5-6 мин;

5) 7-8 мин.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1**. Пациент К., 50 лет, жалуется на обильное слюноотделение, появившееся более года назад. Находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу аденомы гипофиза.

Объективно: при пальпации слюнные железы не увеличены, мягкие, безболезненные. Открывание рта свободное. Из устьев выводных протоков ОУСЖ, ПЧСЖ выделяется чистая слюна. В полости рта много свободной слюны. Слизистая оболочка полости рта обильно увлажнена.

1. Какой метод исследования слюнных желез надо провести для уточнения диагноза?

2. Как выполняют это исследование?

3. Какие еще существуют методики сиалометрии?

4. Какой метод является альтернативой сиалометрии?

5. Какова тактика лечения этого пациента?

**Задача 2.**Пациент Ж., 25 лет, предъявляет жалобы на кратковременные периодические припухания под нижней челюстью слева, усиливающиеся во время приема пищи.

Анамнез: припухания беспокоят в течение 2-х недель, проходят самостоятельно через 15 минут, подъема температуры не отмечал.

Объективно: на момент осмотра конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное. Большие слюнные железы не увеличены. При бимануальной пальпации по ходу выводного протока левой поднижнечелюстной слюнной железы в средней его части выявляется слабоболезненный очаг уплотнения. Из устья выводного протока выделяется прозрачный секрет. Предварительный диагноз: слюнно-каменная болезнь.

1. С какого метода дополнительного обследования необходимо начать?

2. В каких проекциях проводится рентгенологическое обследование?

3. Как может выглядеть слюнной камень на сиало-г рамме?

4. Какой метод необходимо провести для исключения мелких камней в паренхиме железы и множественных конкрементов?

5. Нужно ли проводить в данном случае сиалометрию?

**Задача 3.** Пациентка К., 60 лет, жалуется на сухость полости рта и безболезненное увеличение околоушной слюнной железы (ОУСЖ). Данные симптомы беспокоят в течение трех лет.

Из анамнеза выяснено, что страдает ревматоидным полиартритом. Находится на диспансерном учете у ревматолога.

1. Какой предварительный диагноз можно предположить?

2. Какие методы обследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Как проводится сиалометрия?

4. Как выполнить пациентке сиалографию?

5. Методика биопсии малых слюнных желез.

**Практическое занятие №2**

**Тема:** Классификация неопухолевых заболеваний и повреждений слюнных желез. Пороки развития слюнных желез.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация неопухолевых заболеваний слюнных желез.
2. Классификация опухолевых заболеваний слюнных желез.
3. Пороки развития слюнных желез.
4. Эпидемический паротит. Этиология, патогенез, клиническая картина.
5. Гриппозный сиаладенит.
6. Постинфекционный и постоперационный сиаладенит.

**Тестовые задания:**

1. К врожденным заболеваниям слюнных желез относятся все ниже перечисленные, кроме:

1) агенезия желез,

2) слюнно-каменная болезнь,

3) гипоплазия желез,

4) эктопия желез,

5) добавочные железы.

2. Сиаладенит может быть:

1) первичным,

2) вторичным,

3) третичным,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

3. Острый сиаладенит может быть:

1) серозным,

2) гнойным,

3) гангренозным,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

4. Для синдрома Микулича характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) массивные лимфоцитарные инфильтраты,

2) атрофия паренхиматозные элементов железы,

3) гипертрофия паренхиматозных элементов железы,

4) расширение протоков и застой слюны,

5) заполнение просвета протоков пролиферирующими эпителиальными клетками с формированием эпителиальных островков с миоэпителиальными клетками на периферии.

5. Образование слюнных камней может быть связано с:

1) дискинезией протоков,

2) воспалением протоков,

3) застоем слюны,

4) повышением вязкости слюны,

5) верно все выше перечисленное.

6. Кисты слюнных желез наиболее часто развиваются в:

1) больших слюнных железах,

2) малых слюнных железах,

3) добавочных слюнных железах,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

7. Полость кисты слюнной железы может быть выстлана:

1) кубическим эпителием,

2) многослойным плоским эпителием,

3) переходным эпителием,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

8. Слюнная киста на дне полости рта называется:

1) ранула,

2) мукоцеле,

3) варикоцеле,

4) аденома,

5) лимфома.

9. К врожденных заболеваниям протоков слюнных желез относится все ниже перечисленные, кроме:

1) атрезия протоков,

2) эктазия протоков,

3) опухоли протоков,

4) аномальное ветвление протоков,

5) дефекты стенок протоков с образованием врожденных фистул.

10. По течению сиаладенит может быть:

1) острый,

2) подострый,

3) хронический,

4) верно а и в,

5) верно а, б и в.

11. Хронический сиаладенит, как правило, бывает:

1) межуточный продуктивный,

2) фиброзный,

3) гипертрофический,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

12. Исходом хронического сиаладенита может быть:

1) склероз железы,

2) атрофия ацинарных отделов,

3) липоматоз стромы,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

13. При хроническом течении слюнно-каменной болезни развивается:

1) эктопия железы,

2) синдром Микулича,

3) склероз железы,

4) выздоровление,

5) добавочные железы.

14. Причиной образования кисты слюнной железы может быть:

1) травма железы,

2) воспаление протоков,

3) эктопия железы,

4) верно а и б.

5) верно а, б и в.

15. Для болезни Микулича характерно:

1) поражение слюнных желез,

2) поражение слезных желез,

3) заболевание лимфоидной ткани,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

16. Для синдрома Хейерфорда характерно:

1) эпителиоидные гранулемы с гигантскими клетками,

2) пролиферация эпителия слюнных протоков,

3) массивные лимфоцитарные инфильтраты,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

17. К приобретенным заболеваниям слюнных желез относятся все ниже перечисленные, кроме:

1) агенезия желез,

2) сиалоаденит,

3) слюнокаменная болезнь,

4) кисты желез,

5) опухоли желез.

18. Развитие сиаладенита может быть связано с:

1) вирусной инфекцией,

2) бактериальной инфекцией,

3) отравлениями солями тяжелых металлов,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

19. Для синдрома Шегрена характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) атрофия ацинусов,

2) выраженная лимфоцитарная инфильтрация,

3) изменения венул,

4) пролиферация эпителия выводных протоков,

5) изменения артериол.

20. При слюнно-каменной болезни наиболее часто поражаются:

1) подчелюстная железа,

2) околоушная железа,

3) подъязычная железа,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

21. При обтурации протока слюнной железы камнем в протоке развивается:

1) сиалодохит,

2) аденома,

3) карцинома,

4) атрезия,

5) эктазия.

22. Кисты слюнных желез по своему генезу относятся к:

1) травматическим,

2) ретенционным,

3) некротическим,

4) гипертрофическим,

5) атрофическим.

23. Кисту с мукоидным содержимым называют:

1) мукоцеле,

2) варикоцеле,

3) дермоидная киста,

4) тератома,

5) миксома.

24. Осложнением гнойного сиаладенита может быть:

1) абсцесс дна полости рта,

2) флегмона дна полости рта,

3) кариес,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

25. Наиболее частой доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

1) плеоморфная аденома,

2) плоскоклеточная папиллома,

3) переходно-клеточная папиллома,

4) мономорфная аденома,

5) мукоэпидермоидная опухоль.

26. Вариантами мономоформной аденомы являются все ниже перечисленные, кроме:

1) тубулярная аденома,

2) трабекулярная аденома,

3) базальноклеточная аденома,

4) альвеолярная аденома,

5) папиллярная цистаденома.

27. Для мукоэпидермоидной опухоли характерно:

1) дифференцировка клеток в эпидермоидные,

2) дифференцировка клеток в слизеообразующие,

3) дифференцировка клеток в мышечные,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

28. Для полиморфной аденомы характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) эпителиальные структуры,

2) костные структуры,

3) очаги мукоидного характера,

4) очаги миксоидного характера,

5) очаги хондроидного характера.

29. Для мономорфной аденомы характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) локализация в околоушной железе,

2) наличие капсулы,

3) быстрый рост,

4) медленный рост,

5) вид узла.

30. Для аденолимфомы характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) локализация в околоушной железе,

2) отсутствие кист,

3) это заболевание преимущественно мужчин пожилого возраста,

4) четко отграниченный узел дольчатого строения,

5) наличие кист.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.**Больной П., 29 лет, обратился к врачу с жалобами на нарушения речи, затруднения во время приема пищи. При осмотре обнаружено овальной формы выбухание в передне-боковом отделе дна полости рта вблизи уздечки языка, образование просвечивает голубоватым оттенком. Во время операции обнаружено, что образование тесно связано с подъязычной слюнной железой. Образование удалено оперативно. При макроскопическом исследовании выявлено, что образование представлено полостью с тонкой беловато-голубой оболочкой, в просвете полости - тягучая прозрачная жидкость. При микроскопическом исследовании обнаружено, что стенка полости представлена фиброзной и грануляционной тканью, в просвете - белковые свертки.

1) Какой патологический процесс подъязычной слюнной железы имел место у данного больного?

2) Какие могут быть осложнения и исходы описанного патологического процесса?

**Задача 2.**Больная С., 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на сухость во рту, сухость и чувство жжения в области глаз, боли в суставах. Выполнена биопсия левой околоушной слюнной железы. При гистологическом исследовании обнаружено: очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы железы, повреждение ацинарных клеток в виде дистрофии и некроза, атрофия ацинусов железы, пролиферация эпителия выводных протоков, изменения артериол.

1) Какой патологический процесс имел место у данного больного?

2) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

**Задача 3**. Больной Т., 39 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие опухолевидного образования в подчелюстной области. Образование удалено оперативно, при гистологическом исследовании обнаружена ткань слюнной железы с признаками хронического воспаления продуктивного характера в виде очаговых и диффузных гистиолимфоцитарных инфильтратов с наличием макрофагов, разрастание грубоволокнистой соединительной ткани с атрофией ацинарных и протоковых структур, местами - кистозно расширенные протоки с атрофией эпителия в них, с наличием секрета в просвете.

1) Какой патологический процесс имел место у данного больного?

2) Какая это морфологическая форма описанного патологического процесса?

3) Какие Вы знаете другие разновидности данного патологического процесса?

4) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

**Задача 4.**Мальчик 5 лет, находится в стационаре на лечении по поводу цитомегаловирусной инфекции.

1) Опишите возможную макроскопическую картину слюнных желез при данной инфекции.

2) Опишите возможную микроскопическую картину слюнных желез при данной инфекции.

3) Укажите возможные осложнения данного заболевания.

**Задача 5.** Мальчик, 10 лет, находится в стационаре на лечении по поводу вирусного паротита.

1) Опишите возможную макроскопическую картину околоушной слюнной железы при данной инфекции.

2) Опишите возможную микроскопическую картину околоушной слюнной железы при данной инфекции.

3) Укажите возможные осложнения данного заболевания.

**Практическое занятие №3**

**Тема:** Воспаление слюнных желез (сиаладенит).

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Лимфогенный сиаладенит. Клиника, диагностика.
2. Контактный сиаладенит. Клиника, диагностика.
3. Сиаладенит вызванный внедрением инородных тел, выводных протоков желез. Клиника, диагностика.
4. Общие принципы лечения и профилактики острых сиаладенитов.

**Тестовые задания:**

1. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

1) околоушных слюнных желез

2) подъязычных слюнных желез

3) поднижнечелюстных слюнных желез

4) малых слюнных желез

5) верно 1) и 2)

2. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:

1) щек

2) верхней губы

3) нижней губы

4) кончика языка

5) нижней поверхности языка

3. Ретенционные кисты Блан-дин-Нунна расположены на слизистой оболочке:

1) щек

2) верхней губы

3) нижней губы

4) мягкого неба

5) нижней поверхности языка

4. Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:

1) дна рта

2) щек

3) верхней губы

4) нижней губы

5) кончика языка

5. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез:

1) физиотерапевтический

2) склерозирующая терапия

3) криотерапия

4) хирургический

5) верно 1) и 2)

6. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:

1) цистотомия

2) цистэктомия

3) цистаденэктомия

4) криотерапия

5) склерозирование

7. Наиболее часто возникают рецидивы после удаления ретенционных кист малых слюнных желез:

1) слизистой оболочки верхней губы

2) слизистой оболочки нижней губы

3) железы Блан-дин-Нунна

4) слизистой оболочки щек

5) слизистой оболочки мягкого и твердого неба

8. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:

1) клинический

2) контрастная рентгенография

3) эхография

4) пункция

5) томография

9. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

1) подъязычных

2) поднижнечелюстных

3) околоушных

4) малых слизистой оболочки полости рта

5) верно 1) и 2)

10. Комбинированный метод лечения рекомендуется при:

1) аденолимфоме

2) плеоморфной аденоме

3) мукоэпидермоидной опухоли

4) ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы

5) верно 1) и 2)

11. Комбинированный метод лечения новообразований:

1) хирургический + физиотерапевтический

2) криотерапия + хирургический

3) склерозирующая терапия + хирургический

4) лучевая терапия + хирургический

5) хирургический + лекарственная терапия

12. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

1) поднижнечелюстной

2) Околоушной

3) подъязычной

4) малой слизистой оболочки щеки

5) верно 1) и 3)

13. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

1) томографии

2) контрастной рентегнографии

3) открытой хирургической биопсии

4) пункционой биопсии

5) морфологического исследования послеоперационного материала

14. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

1) удовлетворительное общее состояние ребенка

2) характерная консистенция железы

3) выделение гноя из устья выводного протока

4) поражение одной железы

5) поражение обеих желез

15. Слюннокамениая болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:

1) малые

2) околоушные

3) подъязычные

4) поднижнечелюстные

5) верно 2) и 4)

16. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:

1) хроническом рецидивирующем паротите

2) остром эпидемическом паротите

3) калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез

4) паротите новорожденных

5) верно 1) и 3)

17. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:

1) острого эпидемического

2) хронического рецидивирующего вне обострения

3) хронического рецидивирующего в стадии обострения

4) новорожденных

5) верно 1), 2) и 3)

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 18 лет, поступила с жалобами на боли и припухлость в об­ласти околоушных слюнных желез, больше справа. Боли колющего харак­тера резко усиливаются при приеме пищи. Беспокоит также сухость в полости рта, общая слабость, недомогание, озноб, повышение температу­ры тела до 38.0-38.5°С. Перечисленные жалобы появились два дня назад, симптомы нарастали. До этого момента ничем не болела, не переохлажда­лась. Из анамнеза выявлено, что около месяца назад младшая сестра боль­ной перенесла эпидемический паротит, лечилась под наблюдением врачей в домашних условиях. Открывание рта ограничено до 2,5-3,0 см, обе око­лоушные слюнные железы увеличены в размерах, слегка уплотнены, бо­лезненны при пальпации. Кожа над ними в цвете не изменена, собирается в складку. Правая железа увеличена в большей степени. Слизистая обо­лочка в области обоих стеноновых протоков гиперемирована, отечна. Устья протоков гиперемированы, зияют. При массаже слюнных желез отмечается резкая болезненность, слюна не выделяется.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте свое решение.
2. Назначьте лечение.
3. Развития каких осложнений стоит опасаться?

**Задача 2.** Больной, 56 лет, поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в области правой околоушной слюнной железы, носящие колюще-режущий характер во время приема пищи, припухлость в правой околоушно­-жевательной области, умеренно болезненную при пальпации. Три недели назад была произведена операция половинной резекции желудка по пово­ду язвенной болезни. Вышеперечисленные жалобы появились около 10 дней назад, медленно нарастали. Правая околоушная слюнная железа уве­личена в размерах, уплотнена, болезненна при пальпации. Определяется умерено выраженный коллатеральный отек, распространяющийся на позадичелюстную и поднижнечелюстную области справа. Кожа над железой нормальной окраски, однако ограничено собирается в складку. Открыва­ние рта в полном объеме, болезненное. Слизистая оболочка щечной об­ласти соответственно правому стенонову протоку отечна, устье протока гиперемировано, зияет. При массировании слюна не выделяется. При пальпации правый стенонов проток несколько утолщен. Язык обложен серым налетом. На слизистой оболочке щечных областей с обоих сторон по линии смыкании зубов определяются участки гиперкератоза в виде белесоватых пятен с нечеткими контурами. При рентгенологическом исследовании правой околоушной слюнной железы теней конкрементов не выявлено.

1. Поставьте диагноз. Опишите механизм развития заболевания.
2. Составьте план местного и общего лечения.
3. Укажите признаки (симптомы), не существенные для данного заболевания.

**Задача 3.** Больной, 48 лет, находился на лечении у ЛОР-врача с диагнозом: лакунарная ангина. Болен в течение двух недель. Первую неделю нахо­дился на стационарном лечении в ЛОР-отделении, в настоящее время наблюдается и лечится амбулаторно. Около четырех дней назад появилась припухлость в околоушно-жевательной области, затем присоединились постоянные ноющие боли, усиливающиеся при приеме пищи. Около суток назад отметил ограничение открывания рта. Направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре определяются несколько увеличенные, болез­ненные, подвижные лимфатические узлы в правой поднижнечелюстной области. В правой околоушно-жевательной области определяется отек, распространяющийся на позадичелюстную, щечную, поднижнечелюстную области справа. В нижних отделах околоушной слюнной железы справа определяется резко болезненный плотный инфильтрат, размером 2,0x3,0 см. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. Температура тела - 38,5°С. После проведённого общего анализа крови выявлен умеренный лейкоци­тоз, увеличение СОЭ, увеличение количества эозинофилов, лейкопения.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений недостаёт для постановки точного диагноза?
3. Ваша лечебная тактика по отношению имеющегося инфильтрата.

**Задача 4.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на припухлость в области обеих околоушных слюнных желез, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37,5-38,0°С. Болен в течение 9 лет, когда впервые обратил внимание на незначительное увеличение желёз, которое самопроизвольно исчезло в течение короткого периода времени. Через несколько лет после простудного заболевания отметил распирающие неприятные ощущения в области околоушных слюнных желёз, не доставляющие больших страданий и исчезнувшие через несколько дней без лечения. После этого неоднократно, примерно, один раз в полгода возника­ли обострения. Больной лечился самостоятельно прикладывая coгревающие компрессы, однако каждый раз обострения протекали более выражено. При осмотре отмечается увеличение в размерах обеих околоуш­ных слюнных желез, больше справа. Железы подвижны, консистенция их упруго-эластичная, пальпация вызывает неприятные ощущения, слабую боль. Кожа в околоушно-жевательной области в цвете не изменена соби­рается в складку. Устья обоих стеноновых протоков не изменены, слюна выделяется в малом количестве, мутная. При сиалографическом исследо­вании отмечается сужение протоков 2-3 порядка, определяемых в виде слабо заметных, прерывистых тонких теней. Более мелкие протоки не контрастируются.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на сильную боль и припух­лость в области левой околоушной слюнной железы, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°С, плохой сон, затрудненное, болезненное открывание рта, щелчки и хруст в области височно-нижнечелюстного сустава больше слева. Больна в течение 6 лет, с того момента, когда перенесла эпидемический паротит. После перенесенного заболевания в течение двух лет ничего не беспокоило. Затем обратила внимание на припухлость в левой околоушно-жевательной области, кото­рое прошло в течение 3 дней после применения согревающих компрессов. В дальнейшем обострения заболевания наблюдались до 4-5 раз в год и были связаны с переохлаждением, и простудными заболеваниями. Каждое обострение протекало более выражено, присоединились боли. Больная продолжала применять согревающие компрессы, но они ей не приносили выраженного облегчения. Самостоятельно принимала антибиотики, после чего воспаление купировалось. Во время последнего обострения впервые обратилась к врачу. Левая околоушная слюнная железа увеличена в раз­мерах, плотной консистенции, поверхность её мелко-бугристая, пальпация болезненна, смещаемость ограничена. Мягкие ткани над железой отечны, кожа в цвете не изменена, однако ограниченно собирается в складку. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. При движении нижней челюсти определяется хруст в височно-нижнечелюстном суставе с двух сторон, но больше слева. Движения нижней челюсти ступенчатые. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, болезненный, подвиж­ный лимфатический узел. Устье левого стенонова протока расширено, зияет, слизистая оболочка вокруг него гиперемированна, отечна. При мас­сировании железы из протока выделяется большое количество гнойного отделяемого с хлопьевидными включениями.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте своё решение.
2. Какие местные лечебные мероприятия необходимо применять в данном случае?
3. Какие признаки несущественны для данного заболевания и с чем они могут быть связаны?

**Задача 6.** Больной 38 лет, обратился с жалобами на увеличение и болезненность правой околоушной слюнной железы, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Во время приёма пищи боли резко усиливаются, принимают распирающий, колющий характер. Железа при этом ещё больше увеличивается в размерах. Приблизительно в течение часа после приёма пищи боли и припухлость уменьшаются. Болен около пяти лет, однако вышеперечисленные симптомы были гораздо менее интенсивными и не беспокоили больного, а временами вообще исчезали, поэтому к врачу не обращался. Правая околоушная слюнная железа увеличена в размерах, упруго-эластичной консистенции, подвижна, болезненна. В области правого стенонова протока пальпируется плотный болезненный тяж, в диаметре 0,5 см. При массировании правой околоушной железы из устья протока выделяется скудное количество мутной слюны с хлопьевидными гнойными включениями. Слизистая оболочка над прото­ком слабо гиперемированна, отёчна.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
3. Составьте план обследования я лечения.

**Практическое занятие №4**

**Тема:** Хронические сиаладениты. Хронический сиалодохит.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Хронический паренхиматозный сиаладенит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.
2. Хронический интерстициальный сиаладенит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.
3. Хронический сиалодохит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.

**Тестовые задания:**

1. По течению сиаладенит может быть:

1) острый,

2) подострый,

3) хронический,

4) верно а и в,

5) верно а, б и в.

2. Хронический сиаладенит, как правило, бывает:

1) межуточный продуктивный,

2) фиброзный,

3) гипертрофический,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

3. Исходом хронического сиаладенита может быть:

1) склероз железы,

2) атрофия ацинарных отделов,

3) липоматоз стромы,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

4. При хроническом течении слюнно-каменной болезни развивается:

1) эктопия железы,

2) синдром Микулича,

3) склероз железы,

4) выздоровление,

5) добавочные железы.

5. Причиной образования кисты слюнной железы может быть:

1) травма железы,

2) воспаление протоков,

3) эктопия железы,

4) верно а и б.

5) верно а, б и в.

6. Для болезни Микулича характерно:

1) поражение слюнных желез,

2) поражение слезных желез,

3) заболевание лимфоидной ткани,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

7. Для синдрома Хейерфорда характерно:

1) эпителиоидные гранулемы с гигантскими клетками,

2) пролиферация эпителия слюнных протоков,

3) массивные лимфоцитарные инфильтраты,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

8. К приобретенным заболеваниям слюнных желез относятся все ниже перечисленные, кроме:

1) агенезия желез,

2) сиалоаденит,

3) слюнокаменная болезнь,

4) кисты желез,

5) опухоли желез.

9. Развитие сиаладенита может быть связано с:

1) вирусной инфекцией,

2) бактериальной инфекцией,

3) отравлениями солями тяжелых металлов,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

10. Для синдрома Шегрена характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) атрофия ацинусов,

2) выраженная лимфоцитарная инфильтрация,

3) изменения венул,

4) пролиферация эпителия выводных протоков,

5) изменения артериол.

11. При слюнно-каменной болезни наиболее часто поражаются:

1) подчелюстная железа,

2) околоушная железа,

3) подъязычная железа,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

12. Как изменяются на сиалограммах выводные протоки околоушной железы при озлокачествлен­ной плеоморфной аденоме?:

1) протоки расширяются;

2) деформируются;

3) появляется фрагментация протоков;

4) протоки не изменяются.

13. Как изменяется паренхима железы на сиалограмме при наличии у больного озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

1) не изменяется;

2) появляются в паренхиме очаги скопления рентгено-контрастного вещества;

3) наблюдается сужение всех выводных протоков,ацинусы не заполняются рентгеноконтрастным ве­ществом.

14. Наблюдается ли ретенция контраста при сиалографии околоушной железы больного с озлокачест­вленной плеоморфной аденомой?:

1) нет, не наблюдается;

2) наблюдается, но очень редко;  
3) наблюдается почти всегда.

15. Как изменяется функция околоушной железы при возникновении в ней озлокачествленной плео­морфной аденомы?:

1) не изменяется;

2) усиливается;  
3) снижается.

16. Какой метод является решающим при установ­лении диагноза озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

1) анамнез заболевания;

2) данные клинического обследования (осмотр, паль­пация);

3) сиалография;

4) гистологическое исследование;

5) рентгенографическое исследование;

6) компьютерная томография;

7) ультразвуковое обследование.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной П., 29 лет, обратился к врачу с жалобами на нарушения речи, затруднения во время приема пищи. При осмотре обнаружено овальной формы выбухание в передне-боковом отделе дна полости рта вблизи уздечки языка, образование просвечивает голубоватым оттенком. Во время операции обнаружено, что образование тесно связано с подъязычной слюнной железой. Образование удалено оперативно. При макроскопическом исследовании выявлено, что образование представлено полостью с тонкой беловато-голубой оболочкой, в просвете полости - тягучая прозрачная жидкость. При микроскопическом исследовании обнаружено, что стенка полости представлена фиброзной и грануляционной тканью, в просвете - белковые свертки.

1) Какой патологический процесс подъязычной слюнной железы имел место у данного больного?

2) Какие могут быть осложнения и исходы описанного патологического процесса?

**Задача 2.** У больного М., 47 лет, удалено опухолевидное образование в области правой околоушной слюнной железы. Макроскопически опухоль представлена образованием серо-белого цвета с мелкими полостями, заполненными слизью. Микроскопическая картина: эпидермоидные клетки, напоминающие клетки многослойного плоского эпителия; клетки, секретирующие слизь; клетки промежуточного типа; имеются кистозные полости.

1) Какой патологический процесс околоушной слюнной железы имел место у данного больного?

2) Какая это форма описанного патологического процесса? 3) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

**Задача 3.**Больная С., 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на сухость во рту, сухость и чувство жжения в области глаз, боли в суставах. Выполнена биопсия левой околоушной слюнной железы. При гистологическом исследовании обнаружено: очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы железы, повреждение ацинарных клеток в виде дистрофии и некроза, атрофия ацинусов железы, пролиферация эпителия выводных протоков, изменения артериол.

1) Какой патологический процесс имел место у данного больного?

2) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

**Задача 4.** У больной Д., 59 лет, в области неба обнаружено плотное опухолевидное образование диаметром 2 см. После удаления образования при гистологическом исследовании выявлено: гиалиноподобные округлые скопления, окруженные тяжами и группами клеток, среди которых хорошо различимы клетки двух типов.

1) Какой патологический процесс имел место у данного больного?

2) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

3) С какими другими заболеваниями слизистой оболочки полости рта Вы проводили дифференциальную диагностику?

**Задача 5.** Больной Т., 39 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие опухолевидного образования в подчелюстной области. Образование удалено оперативно, при гистологическом исследовании обнаружена ткань слюнной железы с признаками хронического воспаления продуктивного характера в виде очаговых и диффузных гистиолимфоцитарных инфильтратов с наличием макрофагов, разрастание грубоволокнистой соединительной ткани с атрофией ацинарных и протоковых структур, местами - кистозно расширенные протоки с атрофией эпителия в них, с наличием секрета в просвете.

1) Какой патологический процесс имел место у данного больного?

2) Какая это морфологическая форма описанного патологического процесса?

3) Какие Вы знаете другие разновидности данного патологического процесса?

4) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

**Практическое занятие №5**

**Тема:** Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (сиаладенозы). Классификация сиаладенозов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Дистрофические заболевания слюнных желез (гипер- и гипосаливация).
2. Лечение больных с гиперсаливацией и ксеростомией.
3. Болезнь и синдром Микулича. Клиническая картина, лечение.
4. Болезнь и синдром Шегрена. Этиалогия, патогенез.
5. Клиническая картина, диагностика и лечение болезни Шегрена.

**Тестовые задания:**

1. Как изменяется размер лимфангиомы слюнной железы при физическом напряжении и наклоне го­ловы?:

1) не изменяется;

2) уменьшается;

3) увеличивается.

2. Если лимфангиому слюнной железы сжать ру­кой, то ее размеры:

1) уменьшаться;

2) увеличатся;  
3) не изменятся.

3. Липома слюнных желез построена из жировых долек:

1) правильной формы и одинаковых размеров;

2) правильной формы и неодинаковых размеров;

3) неправильной формы и одинаковых размеров;  
4) неправильной формы и неодинаковых размеров.

4. Липома, расположенная в толще слюнной же­лезы:

1) не имеет четких границ;

2) имеет собственную капсулу;

3) может быть с собственной капсулой и без нее.

5. Липома, расположенная под капсулой слюнной железы:

1) не имеет четких границ;

2) имеет собственную капсулу;

3) может быть с собственной капсулой и без нее.

6. При невриноме лицевого нерва обязателен ли парез мимической мускулатуры лица?:

1) да, обязателен;

2) нет, не обязателен.

7. При росте невриномы лицевого нерва сопро­вождается ли ее увеличение болью?:

1) нет, не сопровождается;

2) сопровождается, но не всегда;

3) всегда сопровождается болью.

8. Может ли встречаться первично злокачест­венная плеоморфная аденома больших слюнных желез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

9. Может ли встречаться озлокачествленная фор­ма плеоморфной аденомы больших слюнных же­лез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

10. Может ли встречаться доброкачественная плео­морфная аденома околоушной железы с мета­стазами, сохраняющими доброкачественную струк­туру?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

11. Может ли встречаться пролиферирующая плео­морфная аденома больших и малых слюнных же­лез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

12. Что указывает на озлокачествление плеоморф­ной аденомы слюнной железы?:

1) медленный рост;

2) болезненное течение;

3) ноющие боли;

4) ускорение роста опухоли;

5) подвижность опухоли.

13. Что указывает на озлокачествление плеоморф­ной аденомы слюнной железы?:

1) медленный рост;

2) болезненное течение;

3) ноющие боли;

4) ограничение подвижности опухоли;

5) подвижность опухоли.

14. Может ли наблюдаться при плеоморфной аде­номе околоушной железы парез мимической муску­латуры лица?:

1) наблюдается часто;

2) не наблюдается;

3) наблюдается при озлокачествлении опухоли.

15. Могут ли вовлекаться в опухолевой процесс, при озлокачествлении плеоморфной аденомы около­ушной железы, окружающие мягкие ткани и кость?:

1) нет, не вовлекаются;  
2) могут вовлекаться.

16. Могут ли быть метастазы в регионарных лимфа­тических узлах при плеоморфной аденоме около­ушной железы?:

1) нет, не могут;  
2) могут быть.

17. Возможен ли разрыв и фрагментация выводных протоков больших слюнных желез, выявляемых насиалограммах, при озлокачествленной плеоморф­ной аденоме околоушной железы?:

1) нет, не наблюдается;

2) наблюдается, но редко;

3) наблюдается почти всегда.

18. Как изменяются на сиалограммах выводные протоки околоушной железы при озлокачествлен­ной плеоморфной аденоме?:

1) протоки расширяются;

2) деформируются;

3) появляется фрагментация протоков;

4) протоки не изменяются.

19. Как изменяется паренхима железы на сиалограмме при наличии у больного озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

1) не изменяется;

2) появляются в паренхиме очаги скопления рентгено-контрастного вещества;

3) наблюдается сужение всех выводных протоков,ацинусы не заполняются рентгеноконтрастным ве­ществом.

20. Наблюдается ли ретенция контраста при сиалографии околоушной железы больного с озлокачест­вленной плеоморфной аденомой?:

1) нет, не наблюдается;

2) наблюдается, но очень редко;  
3) наблюдается почти всегда.

21. Как изменяется функция околоушной железы при возникновении в ней озлокачествленной плео­морфной аденомы?:

1) не изменяется;

2) усиливается;  
3) снижается.

22. Какой метод является решающим при установ­лении диагноза озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

1) анамнез заболевания;

2) данные клинического обследования (осмотр, паль­пация);

3) сиалография;

4) гистологическое исследование;

5) рентгенографическое исследование;

6) компьютерная томография;

7) ультразвуковое обследование.

23. Синоним мукоэпидермоидной опухоли:

1) ацинозноклеточная опухоль;

2) аденокистозная карцинома;

3) слизеобразующая эпителиома;

4) карцинома эпидермоидная;

5) аденокарцинома;

6) карцинома в плеоморфной аденоме.

24. Что является источником развития мукоэпидер­моидной опухоли слюнных желез?:

1) эпителий выводных протоков;

2) строма выводных протоков и паренхимы;

3) сосуды, находящиеся в железе;

4) нервы, находящиеся в железе;

5)все ранее перечисленное.

25. Какие различают варианты клинического тече­ния мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез?:

1) доброкачественный;

2) злокачественный;

3) полузлокачественный;

4) доброкачественный и злокачественный;

5) доброкачественный, злокачественный и полузло­качественный.

26. Какая опухоль имеет более злокачественный характер?:

1) высокодифференцированная;

2) низкодифференцированная.

27. Мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез может ли сопровождаться болью по мере ее роста?:

1) нет, не сопровождается;

2) может сопровождаться.

28. Может ли мукоэпидермоидная опухоль около­ушной железы вызвать парез мимической мускулатуры лица?:

1) нет, не вызывает;  
2) может вызвать.

29. Может ли мукоэпидермоидная опухоль около­ушной железы метастазировать в регионарные лимфатические узлы?:

1) нет, не может;  
2) может.

30. Склонна ли мукоэпидермоидная опухоль слюн­ной железы к рецидивированию?:

1) нет, не склонна;

2) рецидивы бывают очень редко;  
3)склонна к рецидивам.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1**. Пациент К., 50 лет, жалуется на обильное слюноотделение, появившееся более года назад. Находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу аденомы гипофиза.

Объективно: при пальпации слюнные железы не увеличены, мягкие, безболезненные. Открывание рта свободное. Из устьев выводных протоков ОУСЖ, ПЧСЖ выделяется чистая слюна. В полости рта много свободной слюны. Слизистая оболочка полости рта обильно увлажнена.

1. Какой метод исследования слюнных желез надо провести для уточнения диагноза?

2. Как выполняют это исследование?

3. Какие еще существуют методики сиалометрии?

4. Какой метод является альтернативой сиалометрии?

5. Какова тактика лечения этого пациента?

**Задача 2.**Пациент Ж., 25 лет, предъявляет жалобы на кратковременные периодические припухания под нижней челюстью слева, усиливающиеся во время приема пищи.

Анамнез: припухания беспокоят в течение 2-х недель, проходят самостоятельно через 15 минут, подъема температуры не отмечал.

Объективно: на момент осмотра конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное. Большие слюнные железы не увеличены. При бимануальной пальпации по ходу выводного протока левой поднижнечелюстной слюнной железы в средней его части выявляется слабоболезненный очаг уплотнения. Из устья выводного протока выделяется прозрачный секрет. Предварительный диагноз: слюнно-каменная болезнь.

1. С какого метода дополнительного обследования необходимо начать?

2. В каких проекциях проводится рентгенологическое обследование?

3. Как может выглядеть слюнной камень на сиало-г рамме?

4. Какой метод необходимо провести для исключения мелких камней в паренхиме железы и множественных конкрементов?

5. Нужно ли проводить в данном случае сиалометрию?

**Задача 3.** Пациентка К., 60 лет, жалуется на сухость полости рта и безболезненное увеличение околоушной слюнной железы (ОУСЖ). Данные симптомы беспокоят в течение трех лет.

Из анамнеза выяснено, что страдает ревматоидным полиартритом. Находится на диспансерном учете у ревматолога.

1. Какой предварительный диагноз можно предположить?

2. Какие методы обследования необходимо провести для установления диагноза?

3. Как проводится сиалометрия?

4. Как выполнить пациентке сиалографию?

5. Методика биопсии малых слюнных желез.

**Задача 4.** У больного М., 42 лет, удалена опухоль левой околоушной слюнной железы. После проведенного гистологического исследования поставлен диагноз «Мономорфная аденома слюнной железы».

1) Опишите возможную макроскопическую картину данной опухоли.

2) Опишите возможную микроскопическую картину данной опухоли.

3) Укажите возможные осложнения и исходы данного заболевания.

**Задача 5.**Больная С., 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на сухость во рту, сухость и чувство жжения в области глаз, боли в суставах. Выполнена биопсия левой околоушной слюнной железы. При гистологическом исследовании обнаружено: очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы железы, повреждение ацинарных клеток в виде дистрофии и некроза, атрофия ацинусов железы, пролиферация эпителия выводных протоков, изменения артериол.

1) Какой патологический процесс имел место у данного больного?

2) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

**Практическое занятие №6**

**Тема:** Слюннокаменная болезнь.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология и патогенез слюнокаменной болезни.
2. Клиническая картина слюнокаменной болезни.
3. Лечение больных со слюнокаменной болезнью.
4. Показания к литотрипсии.

**Тестовые задания:**

1. Карциномы слюнных желез развиваются из:

1) стромы протоков;  
2) эпителия протоков;

3) кровеносных сосудов;

4) лимфатических сосудов;

5) нервных стволов;

6) клетчатки.

2. Не существует следующей карциномы:

1) аденокарциномы;  
2) солидной;

3) эпидермоидной;

4) недифференцированной;

5) в плеоморфной аденоме.

3. Могут ли при карциноме слюнных желез боли иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва?:

1) нет;  
2) да.

4. Наблюдается ли парез мимической мускула­туры лица при карциноме слюнных желез?:

1) нет;  
2) да.

5. Возможен ли некроз опухоли при карциноме слюнных желез?:

1) нет;

2) может быть, но только в ранней стадии;  
3) может быть, но только в поздней стадии;

4) наблюдается на любой стадии развития опухоли.

6. При карциноме слюнных желез метастазы бы­вают в:

1) регионарных лимфоузлах;

2) в различных органах и тканях;

3) метастазов нет.

7. Страдает ли функция слюнной железы при кар­циноме?:

1) нет;

2) увеличивается;  
3) уменьшается.

8. Чем обусловлено угнетение функции слюнной железы при развитии в ней карциномы?:

1) интоксикацией тканей;

2) инфильтрирующим ростом опухоли;

3) скоплением экссудата;

4) ухудшением местного кровообращения.

9.При карциноме слюнных желез наблюдаются следующие изменения на сиалограммах:

1) деформация протоков при сохранении их непрерывности;

2) деформация и фрагментация протоков, скоплениерентгеноконтрастной массы в железе в виде пятен;

3) сужение всех протоков, паренхима железы неопределяется;

4) скопление рентгеноконтрастной массы в паренхимежелезы в виде"гроздьев винограда".

10. Клиническое течение ацинозноклеточной опухоли слюнной  железы сходно:

1) с доброкачественной опухолью;

2) со злокачественной опухолью (карциномой);

3) с кистой;

4) напоминает гемангиому;

5) напоминает лимфангиому.

11. Может ли ацинозноклеточная опухоль метастазировать  в лимфатические узлы?:

1) нет;

2) да.

12. Может ли ацинозноклеточная опухоль метастазировать в легкие?:

1) нет;

2) да.

13. Сиалографическая картина ацинозноклеточной опухоли  слюнной железы соответствует:

1) доброкачественной опухоли;

2) злокачественной опухоли;

3) кисте;

4) гемангиоме.

14. При какой опухоли встречаются «сероциты»?:

1) плеоморфной аденоме;

2) парасиаломе;

3) карциноме;

4) ацинозноклеточной опухоли;

5) мукоэпидермоидной опухоли;

6) аденокистозной карциноме.

15. При лечении злокачественных опухолей слюнных желез:

1) проводится как предоперационная, так и послеоперационная лучевая терапия;

2) проводится только предоперационная лучевая терапия;

3) проводится только послеоперационная лучевая терапия;

4) лучевая терапия не проводится.

16. Какой метод предоперационной подготовки является наиболее эффективным  при лечении злокачественных опухолей слюнных желез?:

1) терморадиотерапия;

2) гамма-терапия;

3) лучевая терапия.

17. На каком этапе паротидэктомии необходимо выделять ствол лицевого  нерва?:

1) в начальном этапе;

2) в середине операции;

3) на конечном этапе.

18. При частичной паротидэктомии:

1) удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренихимой железы отступя от границ опухоли  не менее, чем на 1 см;

2) удаляется наружная доля околоушной железы;

3) удаляется наружная и внутренняя доля околоушной железы

19. При субтотальной паротидэктомии:

1) удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы отступя  от границ опухоли не менее, чем на 1 см;

2) удаляется наружная доля околоушной железы;

3) удаляется наружная и внутренняя доля околоушной железы.

20. При тотальной паротидэктомии:

1) удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы отступя от границ опухоли не менее, чемна 1 см;

2) удаляется наружная доля околоушной железы;

3) удаляется наружная и внутренняя доля околоушнойжелезы.

21. При рецидивирующих опухолях проводят:

1) энуклеацию опухоли;

2) частичную паротидэктомию;

3) субтотальную паротидэктомию;

4) тотальную паротидэктомию.

22. Если доброкачественная опухоль исходит изглубокой доли околоушной железы, то проводят:

1) энуклеацию опухоли;

2) частичную паротидэктомию;

3) субтотальную паротидэктомию;

4) тотальную паротидэктомию.

23. При какой форме злокачественных опухолейможет быть применен метод тотальной

паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой

терапией:

1) аденокарциноме;

2) эпидермоидной карциноме;

3) карциноме в плеоморфной аденоме;

4) аденокистозной карциноме.

24. При какой форме злокачественных опухолейможет быть применен метод тотальной  паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой

терапией?:

1) аденокарциноме;

2) эпидермоидной карциноме;

3) карциноме в плеоморфной аденоме;

4) мукоэпидермоидной опухоли.

25. При какой форме злокачественных опухолейможет быть применен метод тотальной  паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевойтерапией?:

1) аденокарциноме;

2) эпидермоидной карциноме;

3) карциноме в плеоморфной аденоме;

4) ацинозноклеточной опухоли.

26. На какой срок после операции паротидэктомии накладывается  давящая повязка?:

1) 1—2 дня;

2) 2—3 дня;

3) 5—6 дней;

4) 10—12 дней;

5) 14—20дней.

27. Как часто после паротидэктомии возникает временный парез  мимической  мускулатуры любой выраженности?:

1) не возникает;

2) возникает у У3 больных;

3) возникает у половины больных;

4) возникает у 2/3 больных;

5) возникает у всех больных.

28. Зависит ли частота возникновения временного пареза мимической  мускулатуры  лица от возраста больных, оперированных по поводу доброкачественных опухолей  методом паротидэктомии?:

1) не зависит;

2) в пожилом возрасте возникает чаще;

3) в среднем возрасте возникает чаще;

4) в детском возрасте возникает чаще.

29. При паротидэктомии может возникнуть посттравматический неврит лицевого нерва:

1) только всех его ветвей;

2) только отдельных ветвей;

3) как всех, так и отдельных ветвей.

30. Частота и тяжесть повреждения нерва при проведении операции по поводу  удаления  доброкачественных опухолей околоушной железы за­висит:

1) только от вида паротидэктомии;

2) от возраста больных;

3) от объема вмешательства;

4) от вида и объема оперативного вмешательства.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 29 лет, обратился с жалобами на появление припухлости в правой поднижнечелюстной области и резкие боли по типу «колик», воз­никающие при приеме пищи. После приема пищи боли постепенно пре­кращаются и припухлость уменьшается в размере в течение 20-30 минут. Выше перечисленные жалобы возникли около года назад, постепенно нарастали, но наиболее сильно стали беспокоить в течение последнего месяца. При пальпации правой поднижнечелюстной области обнаружено незначительное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, однако она нормальной консистенции, безболезненная. Устье правого вартонова протока расширено, нормальной окраски. При массировании железы слю­на не выделяется, а слева - выделение слюны нормальное. При пальпации по ходу протока в средней его трети пальпируется плотный конкремент, в диаметре 0,5 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Опишите методы лечебных мероприятий.

**Задача 2.** Больной, 48 лет, обратился с жалобами на резкие боли под языком, затруднение при приеме пищи и разговоре за счет болезненности при движении языка, наличие припухлости в левой поднижнечелюстной области. Из анамнеза выявлено, что в течение последних нескольких меся­цев у больного при приеме пищи появлялась небольшая припухлость и распирающие боли в левой поднижнечелюстной области, которые затем в течение 30-40 минут самостоятельно ликвидировались. Однако три дня назад боли резко усилились и не исчезали, появились затруднения при глотании, разговоре, пережевывании пищи за счет болезненности при движении языка. Симптомы постепенно нарастают. В левой поднижнече­люстной области определяется отек, при пальпации отмечается увеличен­ный и болезненный лимфатический узел. Левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, уплотнена, болезненна. Открывание рта не ограничено. В левой подъязычной области определяется резко бо­лезненный воспалительный инфильтрат, распространяющийся на левый челюстно-язычный желобок. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована. Выражен коллатеральный отек. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При рентгенологическом исследовании дна полости рта определяется интенсивная, плотная, округлая тень, схожая с тенью конкремента, размером 0,7x0,7 см, располагающаяся ближе к дистальному отделу поднижнечелюстной слюнной железы слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие наиболее опасные осложнения возможны при проведении оперативного лечения в данном случае, и что нужно учитывать, чтобы их избежать?

**Задача 3.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на периодически возни­кающие распирающие боли и появляющуюся припухлость в левой поднижнечелюстной области. Как правило, перечисленные симптомы возникают во время приема пищи и самостоятельно проходят в течение получа­са. Больного это не сильно беспокоит, поэтому в течение нескольких ме­сяцев, после появления этих симптомов он к врачу не обращался. Однако, 10 дней назад заболел зуб 37. При осмотре стоматолога был поставлен диагноз: зуб 37 - обострение хронического гранулирующего периодонтита. Зуб удален. После удаления боли уменьшились, но не исчезли, приобрели постоянный ноющий характер, появился неприятный запах изо рта и ощущение выделения гнойного отделяемого. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, болезненный лимфати­ческий узел. При пальпации в области левого вартоного протока определяется плотный конкремент, овальной формы, в диаметре 0,5 см. Слюна из протока не выделяется. В области лунки удаленного зуба 37 слизистая обо­лочка незначительно гиперемирована, слабо болезненна. Лунка заполнена гнойным отделяемым, костная ткань межкорневой перегородки при зон­дировании безболезненна.

1. Составьте план дополнительного обследования.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Больная, 56 лет, поступила с жалобами на припухлость в правой под­нижнечелюстной области, существующую в течение 2-х лет. При приеме пищи припухлость увеличивается, появляется незначительная распи­рающая боль. Ранее к врачу не обращалась. За последнее время боли стали усиливаться, что заставило ее обратится к врачу. Правая поднижнече­люстная слюнная железа увеличена в размерах, уплотнена, слабо болез­ненна. Наибольшая плотность определяется в задних отделах поднижне­челюстной слюнной железы. Слизистая оболочка над правым вартоновым протоком не изменена. При массировании железы выделяется скудное количество застойной мутной слюны с хлопьями.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Составьте план дополнительных исследований, необходимых для уточнения диагноза.
3. В чем может заключаться лечение?

**Задача 5.** У больного, 47 лет, поступившего с жалобами на боли в правой под­нижнечелюстной области, чувство онемения кожи в области правого угла рта и нижней губы справа. При осмотре выявлено уплотнение правой поднижнечелюстной слюнной железы, в нижних отделах - каменистой плотности. Слюна из правого вартоного протока практически не выде­ляется.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких данных не достает для постановки окончательного диагноза?
3. Какие данные являются в данном случае несущественными и с чем они могут быть связаны?

**Практическое занятие №7**

**Тема:** Повреждения слюнных желез.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиническая картина и лечение кисты малой слюнной железы.
2. Клиническая картина и лечение кисты подъязычной слюнной железы.
3. Клиническая картина и лечение кисты околоушной слюнной железы.
4. Клиническая картина и лечение кисты поднижнечелюстной слюнной железы.
5. Классификация слюнных свищей.
6. Клиническая картина сужения слюнного протока.
7. Заращение слюнного протока. Клиническая картина.
8. Травматическая киста слюнной железы. Клиника, лечение.
9. Лечение повреждений слюнных желез.

**Тестовые задания:**

1. При какой паротидэктомии наиболее часто возникает посттравматический неврит лицевого нерва?:

1) частичной;

2) субтотальной;  
3) тотальной.

2. При какой паротидэктомии чаще возникает повреждение всех ветвей лицевого нерва?:

1) частичной;

2) субтотальной;  
3) тотальной.

3. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается отсутствие смыкания век?:

1) височной;  
2) скуловой;

3) щечной;

4) краевой;

5) шейной.

4. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается нарушение движения верхней губы?:

1) височной;

2) скуловой;  
3) щечной;

4) краевой;

5) шейной.

5. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается нарушение движения нижней губы?:

1) височной;

2) скуловой;

3) щечной;  
4) краевой;

5) шейной.

6. Может ли развиться ксерофтальмия при пительном существовании посттравматическогоневрита скуловой ветви лицевого нерва?:

1) нет;  
2) да.

7. Может ли понижаться зрение при длительном существовании посттравматического неврита скуловой ветви лицевого нерва?:

1) нет;  
2) да.

8. Могут ли возникать кератоконъюктивиты при длительном существовании посттравматического неврита скуловой ветви лицевого нерва?:

1) нет;  
2) да.

9. При послеоперационном неврите скуловой ветви лицевого нерва выздоровление наступает через:

1) 1—2 месяца;  
2) 2—5 месяцев;

3) 1 —2 года;

4) 2—4 года.

10. По мере выздоровления, при посттравмати­ческом неврите скуловой ветви лицевого нерва, какой из симптомов появится первым?:

1) смыкание век при зажмуривании;

2) смыкание век при моргании;

3) появятся оба симптома одновременно.

11. При повреждении какой ветви лицевого нерва наблюдается сглаженность носо-губной складки?:

1) височной;

1) скуловой;  
3) щечной;

4) краевой;

5) шейной.

12. При посттравматическом неврите щечной ветви лицевого нерва во время улыбки верхняя губа смещается в:

1) здоровую сторону;

2) больную сторону.

13. Может ли наблюдаться временный парез ми­мической мускулатуры лица из-за ухудшения тро­фики лицевого нерва при проведении паротид­эктомии?:

1) нет;

2) очень редко;  
3) да.

14. При посттравматическом неврите лицевого нерва его клиническая симптоматика появляется:  
1) сразу после проведенной операции;

2) на 2—3 день после операции;

3) через неделю после операции.

15. Временный парез мимической мускулатуры лица, при ухудшении трофики лицевого нерва, возникает:

1) сразу после проведенной операции;  
2) на 2—3 день после операции;

3) через неделю после операции.

16. Временный парез мимической мускулатуры лица, при ухудшении трофики лицевого нерва, длится:

1) 2—3 недели после операции;

2) 1—2 месяца после операции;

3) 2—5 месяцев после операции.

17. При пересечении, какого сосуда нарушается трофика лицевого нерва?:

1) нижнечелюстной артерии;  
2) шилососцевидной артерии;

3) височной артерии;

4) глубокой ушной артерии;

5) лицевой артерии.

18. При повреждении каких нервов наблюдается нарушение чувствительности кожи околоушной области и ушной раковины при проведении паро­тидэктомии?:

1) большого ушного нерва;

2) ушно-височного нерва;

3) заднего ушного нерва;

4) большого ушного и ушно-височного нервов;

5) большого ушного, заднего ушного и ушно-височного нервов.

19. Слюнные свищи чаще наблюдаются при какой паротидэктомии?:

1) частичной;

2) субтотальной;

3) тотальной.

20. При каком виде паротидэктомии слюнные свищи в послеоперационном периоде не возни­кают?:

1) частичной;

2) субтотальной;  
3) тотальной.

21. Какое характерное отличие послеоперацион­ных слюнных свищей от посттравматических?:

1) стойкость;

2) нестойкость.

22. Какое наиболее часто используемое лечение послеоперационных слюнных свищей?:

1) консервативное;

2) хирургическое;

3) комбинированное.

23. «Слюнные опухоли» — это:

1) ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;

2) ограниченное скопление серозной жидкости подкожным лоскутом;

3) ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

24. Серомы — это:

1) ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;

2) ограниченное скопление серозной жидкости подкожным лоскутом;

3) ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

25. «Слюнная опухоль» обнаруживается:

1) на следующий день после операции;

2) в первые два дня после операции;

3) на 7—10 сутки после операции;

4) через 10—20 дней после операции.

26. Серомы обнаруживаются:

1) на следующий день после операции;

2) в первые два дня после операции;

3) на 7—10 сутки после операции;

4) через 10—20 дней после операции.

27. Серомы чаще наблюдаются при какой паротидэктомии?:

1) частичной;

2) субтотальной;

3) тотальной.

28. В каком месте чаще локализуются «слюнныеопухоли» после проведения паротидэктомии?:

1) у переднего края околоушной железы;

2) в скуловой области;

3) в позадичелюстной области.

29. В каком месте чаще локализуются серомыпосле проведения паротидэктомии?:

1) у переднего края околоушной железы;

2) в скуловой области;

3) в позадичелюстной области.

30. При пункции «слюнной опухоли» получаем:

1) серозную жидкость;

2) слюну;

3) кровь;

4) гной.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 31 года, обратился с жалобами на наличие образования в подъязычной области справа, которое заметил около двух месяцев назад. Медленно увеличивалось в размерах. Около трех недель назад обратил внимание на выделение большого количества вязкой прозрачной жид­кости без вкуса и запаха, после чего образование уменьшалось в размерах, затем вновь стало увеличиваться и достигло прежних размеров. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. В подъязычной области справа определяется образование 3,0x3,0 см, округлой формы, мягко-эластической консистенции, безболезненное. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна с голубоватым оттенком. Уздечка язы­ка смещена влево. Слюна из правого вартонова протока выделяется чис­тая, в достаточном количестве.

1. Поставьте диагноз.
2. С чем связано уменьшение размеров новообразования в анамнезе?
3. Опишите методы хирургического лечения.
4. Какие наиболее серьезные осложнения возможны при проведении операции?

**Задача 2.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на наличие безболезненного образования в левой околоушно-жевательной области. Обнаружил около 7-8 месяцев назад. Медленно увеличивалось в размере. Из анамнеза около года назад была травма левой околоушно-жевательной области. В верхних отделах околоушно-жевательной области слева определяется образование, мягко-эластической консистенции, размером 2,0x2,0 см. ограниченное, подвижное, с четкими контурами, с кожей не спаянное. Кожа над ним в цвете не изменена. Слюна из левого стенонова протока выделяется чистая в достаточном количестве. При контрастной сиалографии обнаружен участок дефекта наполнения протоков железы с четкими контурами, соот­ветствующие проекции новообразования. При рентгенологическом иссле­довании выявлено аномальное положение зуба 38, смещенного в нижние отде­лы ветви нижней челюсти слева. Вокруг зуба 38 определяется участок разреже­ния костной ткани с четкими контурами. При пункции новообразования получена прозрачная вязкая жидкость в большом количестве, после чего размеры образования уменьшились.

1. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения
2. С чем могло быть связано появление данного заболевания?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки и с чем они могут быть связаны?

**Задача 3.**Больной, 45 лет, около трех месяцев назад получил травму - ранение осколком стекла левой околоушно-жевательной области. Первичная хи­рургическая обработка резанной раны с ушиванием была произведена в травматологическом пункте по месту жительства. Сразу после ранения обнаружено неполное смыкание век левого глаза, однако в настоящее время степень смыкания век увеличилась. Вскоре после травмы в области рубца обнаружено округлое образование с медленным ростом, безболез­ненное. Определяется неполное смыкание век левого глаза (остается щель около 2,0 мм), умеренно выражены явления коньюктивита слева. Других симптомов пареза мимической мускулатуры не выявлено. В левой около­ушно-жевательной области на коже определяется линейный, вертикально расположенный рубец, длинной около 7,0 см, мягкий, безболезненный. В верхних отделах околоушно-жевательной области определяется образова­ние округлой формы, в диаметре 1,5 см, безболезненное. Функция слюно­отделения не нарушена. Кожа под новообразованием обычной окраски, собирается в складку.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений недостает для постановки диагноза?
3. Какова тактика лечебных мероприятий в зависимости от возможного диагноза?

**Задача 4.** Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на наличие безболезненного образования в подподбородочной и подъязычной областях. Ввиду боль­ших размеров новообразования возникают затруднения, дискомфорт при движении языка во время разговора, пережевывания пищи. Также беспо­коит чувство першения в горле, незначительные боли при глотании, осип­лость голоса, которое возникли после переохлаждения. Открывание рта свободное, безболезненное. В подподбородочной области определяется образование, безболезненное, с четкими контурами, ограниченно-подвижное, размером 5,0x4,0x4,0 см, распространяющееся в подъязыч­ную область. Уздечка языка смещена кверху и вправо. Язык незначитель­но приподнят. Движения языка свободны. Задняя стенка глотки, небные дужки гиперемированы, увеличены в размерах, рыхлые.

1. Наличие какого образования можно предположить?
2. Каких данных не достает для постановки диагноза?
3. Какие признаки являются несущественными и с чем они могут быть связаны?

**Задача 5.** Больной, 18 лет, поступил с жалобами на наличие безболезненного образования в области слизистой оболочки нижней губы в центральном отделе. Из анамнеза выявлено, что около трех недель назад во время игры в футбол получил удар мячом в область подбородка. На травму не обратил внимания, однако около 10 дней назад заметил появление образования на слизистой оболочке нижней губы, безболезненное. По настоянию родите­лей прополаскивал рот растворами трав, но новообразование продолжало увеличиваться в размере. На слизистой оболочке нижней губы в централь­ном отделе определяется образование, размером 1,5x1,5 см, мягкоэлас­тичной консистенции, безболезненное, ограниченно-подвижное, спаянное со слизистой оболочкой нижней губы в одной точке. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна, имеет голубоватый оттенок. Опреде­ляется участок флюктуации.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Что такое и какое в данном случае значение имеет «ретенционный пункт»?
3. Есть ли по Вашему мнению, необходимость проведения в данном случае каких-либо дополнительных исследований?

**Задача 6.** Больная, 68 лет, поступила с жалобами на наличие мягкого, безбо­лезненного, образования на слизистой оболочке щечной области слева, которое появилось около двух месяцев назад после неоднократного прикусывания зубами слизистой оболочки щеки слева. Новообразование уве­личивалось в размере, после очередного прикусывания быстро уменьша­лось в размере и исчезало, после чего постепенно вновь появлялось и увеличивалось. Больная в течение 7 лет пользуется полным съёмным пластинчатым протезом на нижней челюсти и частичным съемным проте­зом на верхней челюсти. В течение этого времени к ортопеду с целью замены протезов не обращалась. В анамнезе: гипертоническая болезнь I-II степени, остеохондроз шейного отдела позвоночника. Объективно: на границе слизистой оболочки нижней губы и щеки слева определяется новообразование, в диаметре 1,0x1,0 см, округлой формы, безболезненное с четкими контурами, ограниченно-подвижное, спаянное со слизистой оболочкой в одной точке, имеющей вид точечного рубца. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна. При удалении из полости рта съёмных протезов и осмотре, обнаружено, что в области протезного ложа на нижней челюсти справа имеются разрастания слизистой оболочки в виде долек различного размера, мягкой консистенции, слизистая оболочка над ним и в цвете не изменена. Сама больная обратила внимание на появление дольчатых разрастаний около двух лет назад, но значения не прида­ла.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите на несущественные для основного заболевания признаки или симптомы.
4. С чем связано появление дольчатых разрастаний?

**Задача 7.** Больная, 38 лет, поступила к стоматологу для проведения плановой санации полости рта. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы обнаружено мягко-эластическое, безболезненное новообразование округ­лой формы. Со слов больной образование появилось около трех месяцев назад, не беспокоит за исключением того, что она постоянно прикусывает слизистую оболочку в этом месте. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы справа определяется образование, мягкой консистенции, безболезненное. Отмечается частичный отлом коронки зуба 12 и острый край у оставшейся части зуба.

1. Каких сведений не достает для постановки диагноза (предварительного и окончательного)?
2. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить в данном случае?
3. Есть ли в данном случае необходимость проведения операции биопсии? Если да, то по какому типу и каким образом Вы будете проводить данную операцию?

**Задача 8.** Больной, 48 лет, поступил с жалобами на наличие образования на слизистой оболочке нижней губы в центральном отделе, возникшее после прикусывания во время принятия пищи около полугода назад. Последнюю неделю отмечается увеличение в размере. При объективном обследовании обнаружено мягкое новообразование, упругое, размером 2,0x3,0 см. При пальпации также определяется участок флюктуации. При осмотре полости рта на слизистой оболочке щек и губ, особенно по линии смыкания зубов определяется участок гиперкератоза в виде папул, сливающихся в «ажурный» крупный рисунок. Полость рта не санирована. Имеются мно­гочисленные кариозные полости, а также обилие наддесневых и поддесневых отложений. При рентгенологическом исследовании выявлены участки разрежения костной ткани с нечеткими контурами в области верхушек корней и бифуркации зубов 36, 37.

1. Каких сведений не достает для постановки основного диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) имеются у данного больного по Вашему мнению, помимо основного заболевания. Поставьте полный диагноз.
3. Какие сведения (заболевания) являются несущественными и не могут повлиять на исход оперативного лечения, и наоборот, какие могут?

**Модуль 2. Опухоли и опухолеподобные образования слюнных желез**

**Практическое занятие №8**

**Тема:** Кисты и опухоли слюнных желез.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация опухолей слюнных желез.
2. Доброкачественная опухоль слюнных желез (племорфная аденома).
3. Злокачественная опухоль слюнных желез (озлокачественная племорфная аденома).
4. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей околоушной железы (паротидэктомия).
5. Послеоперационные осложнения, их профилактика и лечение.

**Тестовые задания:**

1. «Слюнные опухоли» — это:

1) ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;

2) ограниченное скопление серозной жидкости подкожным лоскутом;

3) ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

2. Серомы — это:

1) ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;

2) ограниченное скопление серозной жидкости подкожным лоскутом;

3) ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

3. «Слюнная опухоль» обнаруживается:

1) на следующий день после операции;

2) в первые два дня после операции;

3) на 7—10 сутки после операции;

4) через 10—20 дней после операции.

4. Серомы обнаруживаются:

1) на следующий день после операции;

2) в первые два дня после операции;

3) на 7—10 сутки после операции;

4) через 10—20 дней после операции.

5. Плеоморфная аденома состоит из:

1) железистой ткани;

2) мезенхимоподобных структур;

3) железистой ткани и мезенхимоподобных структур.

6. К мономорфным аденомам не относится:

1) базальноклеточная аденома;

2) оксифильноклеточная аденома;

3) аденолимфома;

4) ацинозноклеточная опухоль;

5) опухоль Уортина.

7. К мономорфным аденомам не относится:

1) базальноклеточная аденома;

2) оксифильноклеточная аденома;

3) аденолимфома;

4) плеоморфная аденома;

5) опухоль Уортина.

8. К мономорфным аденомам не относится:

1) базальноклеточная аденома;

2) оксифильноклеточная аденома;

3) аденолимфома;  
4) парасиалома;

5) опухоль Уортина.

9. Не является синонимом оксифильноклеточной аденомы:

1) онкоцитома;

2) базальноклеточная аденома;

3) онкоцитарная аденома;

4) ацидофильноклеточная аденома.

10. Не является синонимом светлоклеточной аде­номы:

1) гипернефроидная опухоль;

2) паратиреоподобная опухоль;

3) миоэпителиальная аденома;

4) сальноклеточная аденома;  
5) бранхиогенная аденома.

11. Если лимфангиому слюнной железы сжать ру­кой, то ее размеры:

1) уменьшаться;

2) увеличатся;  
3) не изменятся.

12. Липома слюнных желез построена из жировых долек:

1) правильной формы и одинаковых размеров;

2) правильной формы и неодинаковых размеров;

3) неправильной формы и одинаковых размеров;  
4) неправильной формы и неодинаковых размеров.

13. Липома, расположенная в толще слюнной же­лезы:

1) не имеет четких границ;

2) имеет собственную капсулу;

3) может быть с собственной капсулой и без нее.

14. Липома, расположенная под капсулой слюнной железы:

1) не имеет четких границ;

2) имеет собственную капсулу;

3) может быть с собственной капсулой и без нее.

15. При невриноме лицевого нерва обязателен ли парез мимической мускулатуры лица?:

1) да, обязателен;

2) нет, не обязателен.

16. При росте невриномы лицевого нерва сопро­вождается ли ее увеличение болью?:

1) нет, не сопровождается;

2) сопровождается, но не всегда;

3) всегда сопровождается болью.

17. Может ли встречаться первично злокачест­венная плеоморфная аденома больших слюнных желез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

18. Может ли встречаться озлокачествленная фор­ма плеоморфной аденомы больших слюнных же­лез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

19. Может ли встречаться доброкачественная плео­морфная аденома околоушной железы с мета­стазами, сохраняющими доброкачественную струк­туру?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

20. Может ли встречаться пролиферирующая плео­морфная аденома больших и малых слюнных же­лез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

21. Какая опухоль имеет более злокачественный характер?:

1) высокодифференцированная;

2) низкодифференцированная.

22. Мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез может ли сопровождаться болью по мере ее роста?:

1) нет, не сопровождается;

2) может сопровождаться.

23. Может ли мукоэпидермоидная опухоль около­ушной железы вызвать парез мимической мускулатуры лица?:

1) нет, не вызывает;  
2) может вызвать.

24. Может ли мукоэпидермоидная опухоль около­ушной железы метастазировать в регионарные лимфатические узлы?:

1) нет, не может;  
2) может.

25. В каком месте чаще локализуются серомыпосле проведения паротидэктомии?:

1) у переднего края околоушной железы;

2) в скуловой области;

3) в позадичелюстной области.

26. При пункции «слюнной опухоли» получаем:

1) серозную жидкость;

2) слюну;

3) кровь;

4) гной.

27. При пункции серомы получаем:

1) серозную жидкость;

2) слюну;

3) кровь;

4) гной.

28. Аурикуло-темпоральный синдром наблюдается после:

1) частичной паротидэктомии;

2) субтотальной паротидэктомии;

3) тотальной паротидэктомии;

4) всех видов паротидэктомии.

29. Серомы чаще наблюдаются при какой паротидэктомии?:

1) частичной;

2) субтотальной;

3) тотальной.

30. В каком месте чаще локализуются «слюнныеопухоли» после проведения паротидэктомии?:

1) у переднего края околоушной железы;

2) в скуловой области;

3) в позадичелюстной области.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** У больной, 35 лет, обнаружено бугристое безболезненное новообра­зование в околоушно-жевательной области справа впереди козелка уха.

1. На что необходимо обратить внимание при сборе анамнеза?
2. Какова последовательность обследования больного?

**Задача 2.** Больной, 49 лет, обратился с жалобами на наличие образования на границе твердого и мягкого неба, замеченного около пяти лет назад. При осмотре обнаружено безболезненное образование, плотно-эластической консистенции с четкими границами, слизистая оболочка над ним не изме­нена, с подлежащей костью не спаяна. Регионарные лимфоузлы не увели­чены, безболезненны.

1. О наличии какой опухоли можно думать?
2. Какие дополнительные методы обследования следует использовать в диагностике?

**Задача 3.** У больной клинически диагностирована полиморфная аденома (смешанная опухоль) правой околоушной слюнной железы. Диагноз под­твержден цитологическим исследованием.

1. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Два года назад во время лечения зубов у больного было обнаружено небольших размеров новообразование в подчелюстной области слева, которое медленно увеличивалось в размере. В настоящее время в левой подчелюстной области пальпируется образование, связанное с левой под­челюстной слюнной железой, безболезненное, плотно-эластической консистенции с гладкой поверхностью, в диаметре около 2,0 см. Слюнная железа с включенным образованием не спаяна с окружающими тканями, слюноотделение не нарушено.

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 5.** Больной, 32 лет, поставлен диагноз: цилиндрома в области неба.

1. Опишите клиническую и рентгенологическую картины.

**Задача 6.** Больная направлена с предположительным диагнозом: цилиндрома в области околоушной слюнной железы справа.

1. На основании каких данных можно подтвердить диагноз?
2. Назовите методы лечения.

**Задача 7.** Больная, 53 лет, обратилась с жалобами на боль под языком справа, появившуюся два месяца назад. При осмотре обнаружено болезненное новообразование в подъязычной области справа, связанное с подъязычной слюнной железой. Ткани дна полости рта не инфильтрованы, из протока подчелюстной слюнной железы справа выделяется чистая слюна. Регио­нарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Анализы крови и мочи в пределах нормы. При рентгеноскопическом исследовании грудной клет­ки определяются в обоих легких множественные инфильтраты округлой формы различных размеров.

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Возможные варианты лечения?

**Задача 8.** Больной, 67 лет, обратился с жалобами на прогрессирующую асим­метрию лица (несмыкание век, опущение угла рта слева), которую заметил три недели назад. Последние пять дней отмечает ноющую боль в около-ушно-жевателыюй области слева. Впереди козелка уха слева кожа синюшная, втянута. Пальпаторно определяется болезненная инфильтрация тканей без четких границ, размером до 3,0 см, отмечается увеличение прекаротидных лимфатических узлов слева. Открывание рта ограничено до 2,0 см, из протока левой околоушной слюнной железы слюна не полу­чена.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки диагноза?

**Задача 9.** Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в околоушно-жевательной области слева, которое обнаружено случайно 4 года назад, не беспокоит и медленно увеличивается в размере. Из перене­сенных заболеваний отмечает детские инфекции и частые простудные заболевания. В нижнем полюсе левой околоушной железы определяется образование, размером около 3,0 см, смещаемое и безболезненное, по­верхность которого гладкая, кожные покровы не изменены. Больной про­водилась контрастная сиалография и ультразвуковое исследование, которые подтвердили наличие новообразования околоушной слюнной железы слева.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительных исследований.

**Задача 10.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области левой околоушной слюнной железы, сухость полости рта, хруст и щелкание в височно-нижнечелюстном суставе. Со слов больной, образо­вание обнаружено врачом при диспансеризации три года назад, в размерах не увеличивается, не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, эпидемический паротит, частые простудные заболева­ния. В нижнем полюсе левой околоушной слюнной железы определяется образование, размером 3,0-3,5 см, подвижность которого несколько огра­ничена, поверхность бугристая, плотно-эластической консистенции, паль­пация безболезненная, кожные покровы не изменены и свободно соби­раются в складку, открывание рта свободное. Слюна выделяется пенистая, слизистая оболочка не достаточно увлажнена, отмечается отсутствие же­вательных зубов на верхней челюсти слева и на нижней челюсти справа. Больной проводилось цитологическое исследование пунктата образова­ния.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания и дайте им объяснение.

**Задача 11.** Больной 53 лет, заметил образование в правой поднижнечелюстной области, причиняющее иногда тупую боль. В поднижнечелюстной области справа определяется новообразование, размером до 2,0 см, подвижное, слюноотделение не нарушено, при рентгенологическом исследовании в поднижнечелюстной слюнной железе справа конкременты не выявлены. Полость рта не санирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 12.** Больная, 31 года, обратилась с жалобами на наличие припухлости в области правой околоушной слюнной железы, которая обнаружена слу­чайно два года назад, боль не беспокоит, но отмечается быстрое увеличе­ние в размерах. Из перенесенных заболеваний отмечает в детском воз­расте эпидемический паротит, в 10-летнем возрасте проводилось хирурги­ческое вмешательство по поводу лимфангиомы правой щечной области. В среднем отделе правой околоушной слюнной железы определяется ново­образование, в диаметре до 3,0 см, в толще железы, бугристое, безболез­ненное с несколько ограниченной подвижностью. Кожные покровы в цве­те не изменены, смещаемы, открывание рта свободное, слюноотделение не нарушено. Проводилась контрастная сиалография, при которой выяв­лен дефект наполнения протоков соответственно расположению новооб­разования.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает, какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 13.** Больная, 56 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области правой околоушной слюнной железы, которое обнаружила слу­чайно два года назад. Отмечает увеличение в размерах, боли носят умеренный характер. Из перенесенных заболеваний отмечает гипертони­ческую болезнь и гастрит. В среднем отделе правой околоушной слюннойжелезы определяется новообразование, в диаметре до 4,0 см, с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции, ограниченно подвиж­ное, безболезненное при пальпации. Нарушения функций лицевого нерва не выявлено. При цитологическом исследовании определяется наличие эпидермальных и слизеобразующих клеток.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 14.** Больная, 44 лет, обратилась с жалобами на ограниченное открывание рта, которое медленно прогрессирует в течение года. Практически считает себя здоровой. Открывание рта до 2,0 см, полость рта санирована. При пальпации в крыло-челюстном пространстве справа определяется бугристое образование, размером до 1,5 см, ограничено подвижно, слизистая оболочка над ним слегка гиперемирована. При рентгенологическом исследовании выявлена четкая округлая тень участка разрежения костной ткани в области верхушек корней зубов 46, 45, в диаметре 0,3-0,4 см. Парез мимической мускулатуры справа не определяется.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план дополнительных методов обследования.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 15.** Больной, 43 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области левой околоушной слюнной железы. Образование обнаружил случайно около года назад. Считает себя практически здоровым. Новооб­разование расположено в толще левой околоушной слюнной железы, в диаметре до 3,0 см, кожный покров над образованием истончен, имеет синюшно-багровый опенок с сосудистым рисунком. Функция лицевого нерва и слюноотделение не нарушены.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков, анамнестических данных и дополнительных методов исследования не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 16.** Больная, 56 лет, обратилась с жалобами на наличие образования в области правой околоушной железы, которое обнаружила два года назад. В нижнем полюсе околоушной слюнной железы определяется образование, в диаметре до 3,0 см с наличием симптома флюктуации. Функция лицевого нерва не нарушена, слизистая оболочка полости рта нормально увлажнена, из протока околоушной слюнной железы справа слюна не получена. Полость рта не санирована.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера, а также дополнительных методов исследования не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 17.** Больной, 48 лет, обратился с жалобами на наличие образования в околоушно-жевательной области справа. Новообразование обнаружил случайно, несколько лет назад, которое больного не беспокоит. Из перене­сенных заболеваний отмечает частые ангины, оперирован по поводу аде­номы предстательной железы три года назад. Под мочкой уха в толще правой околоушной слюнной железы определяется новообразование, раз­мером до 2,0 см, безболезненное, с гладкой поверхностью, плотно- эластической консистенции, кожные покровы над ним не изменены. При цитологическом исследовании выявлен двухслойный эозинофильный эпителий и лимфоидная строма.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 18.** Больной, 28 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в околоушно-жевательной области справа. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания. Образование обнаружено слу­чайно год назад, периодически то увеличивается, то уменьшается в разме­рах. Под мочкой уха соответственно околоушной слюнной железе справапальпируется образование, размером до 2,0 см, безболезненное, мягкой консистенции, кожные покровы в цвете не изменены и смещаются сво­бодно.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 19.** Больной, 55 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в поднижнечелюстной области слева. Образование обнаружено случайно несколько лет назад. Во время приема пищи не увеличивается. Из перене­сенных заболеваний отмечает сахарный диабет, желчно-каменную болезнь, гастрит. При местном осмотре определяется новообразование в поднижнечелюстной области слева, безболезненное, мягковатой конси­стенции, смещаемое. Открывание рта свободное, слизистая оболочка по­лости рта не достаточно увлажнена, язык обложен, полость рта не саниро­вана, имеются подвижные зубы с пародонтальными карманами.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Каких клинических данных или сведений анамнестического характера не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 20.** Больной, 50 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в околоушно-жевательной области справа, которую обнаружил случайно. Отмечает то увеличение, то уменьшение размеров образования, сухость полости рта. За последнюю неделю появилась боль ноющего характера в области верхней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает стенокардию и язвенную болезнь. Соответственно нижнего полюса в тол­ще правой околоушной слюнной железы определяется новообразование, размером до 3,0 см, безболезненное, с гладкой поверхностью, мягковатой консистенции, в центре которой обнаруживается участок флюктуации.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических данных или сведений анамнестического характера, а также каких дополнительных методов исследования не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 21.** Больная, 52 лет, обратилась с жалобами на наличие припухлости в околоушно-жевательной области слева. Появление припухлости связывает с перенесенным простудным заболеванием два месяца назад, в течение которых припухлость резко увеличилась в размерах, боль не беспокоит. Из сопутствующих заболеваний отмечает гипертоническую болезнь II степени, в 20-летнем возрасте перенесла легочную форму туберкулеза. В нижнем полюсе околоушной слюнной железы определяется новообра­зование до 3,0 см в диаметре, плотной консистенции, безболезненное, бугристое, отсутствует четкость границ, кожные покровы не изменены, слюноотделение не нарушено.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы и их последовательность?
4. Составьте план лечения.

**Задача 22.** Больной, 62 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в правой подчелюстной области, которую обнаружил три месяца назад. За это время припухлость резко увеличилась в размерах и появилась боль во время приема пиши. Несколько лет назад больному проводилась операция удаления конкремента из протока поднижнечелюстной слюнной железы справа. В анамнезе отмечает язвенную болезнь желудка, аденому предста­тельной железы. Правая подчелюстная железа значительно увеличена в размерах, болезненная, плотной консистенции, несмещаемая, кожные покровы над ней не изменены. Слюна из правого вартанова протока не выделяется. При рентгенологическом исследовании тени конкремента не выявлены. Пальпируются увеличенные поднижнечелюстные лимфатиче­ские узлы справа. У больного имеются участки лейкоплакии на слизистой оболочке щечных областей по линии смыкания зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 23.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости и боль в области твердого неба, которую обнаружил три недели назад. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический тонзиллит, частые про­студные заболевания. На границе твердого и мягкого неба справа опреде­ляется образование, в диаметре около 2,0 см, спаянное с подлежащими тканями, слизистая оболочка над ним изъязвлена. Полость рта не саниро­вана. В правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный болезненный, ограничено-подвижный лимфатический узел.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении.

**Задача 24.** Больная, 43 лет, обратилась с жалобами на наличие образования в правой околоушно-жевательной области. Новообразование обнаружила из-за появления болей в этой области в ночное время с иррадиацией в правую височную область. Сопутствующие заболевания: желчно-каменная болезнь, сахарный диабет. В среднем отделе правой околоушной слюнной железы определяется образование, в диаметре 2,0 см, плотной консистен­ции, смещаемое.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера, а также дополнительных методов исследования не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 25.** Больная, 43 лет, обратилась с жалобами на наличие образования в области правой околоушной слюнной железы, которую обнаружила около полутора лет назад. За последние три месяца опухоль значительно увели­чилась в размере и появилась боль. Из перенесенных заболеваний отмеча­ет гастрит, гепатит. В среднем отделе правой околоушной слюнной желе­зы определяется новообразование до 4,0 см в диаметре, мягкоэласти­ческой консистенции с гладкой поверхностью, ограничено-подвижное, при пальпации болезненное, кожные покровы не изменены, функция ли­цевого нерва не нарушена. При контрастной сиалографии выявлены де­фекты наполнения протоков и ткани правой околоушной слюнной железы. В правом легком при рентгеноскопическом исследовании обнаружены инфильтраты.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 26.** Больная, 50 лет, обратилась с жалобами на образование в области правой околоушной слюнной железы, которую обнаружила около года назад после проведения лечения по поводу хронического правостороннего паротита. Отмечает слабость, потерю веса. За последние два месяца обра­зование значительно увеличилось в размере, появилась боль и гнойное отделяемое из протока правой околоушной слюнной железы. Из перене­сенных заболеваний отмечает гепатит и в детстве перенесла эпидемиче­ский паротит. В среднем отделе правой околоушной слюнной железы определяется новообразование, в диаметре 4,0 см, плотной консистенции, с бугристой поверхностью, ограничено-подвижное, при пальпации болез­ненное. Определяется неполное смыкание век правого глаза, из правого выводного протока околоушной слюнной железы выделяется гнойное отделяемое. В правом легком при рентгеноскопическом обследовании обнаружены инфильтраты.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план дополнительных методов исследования.
4. Составьте план лечения.
5. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 27.** Больной, 38 лет, обратился с жалобами на припухлость и боль в ле­вой поднижнечелюстной области. Боль появилась 3-4 месяца назад, в это же время обнаружена и припухлость, которая не увеличивается при приеме пищи. При пальпации определяется, что левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, болезненна, слюноотделение не нарушено, полость рта не санирована. Выявлен увеличенный болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Каких клинических и анамнестических данных не достает для постановки окончательного диагноза?
4. Составьте план лечения и последовательность дополнительных методов исследования.

**Задача 28.** Больная, 31 года, обратилась с жалобами на припухлость в области левой околоушной слюнной железы, которую обнаружила случайно, боль не беспокоит. В толще левой околоушной слюнной железы определяется ограниченное образование, в диаметре 3,0 см, спаянное с окружающими тканями, безболезненное, кожные покровы над ним смещаемы. Отмечает­ся опущение левого угла рта, пальпируется подвижный, безболезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос, письменный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытие  м темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение проблемно-ситуационных**  **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»**выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации в форме зачета**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка | Критерии |
| **Незачтено** | Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Ответ не раскрывает полноту знаний по теме, в ответе не наблюдается умение выделять главное, использование приемов анализа, сравнения, обобщения, изложение знаний своими словами, приведение примеров, доказательств. Ответ логически не выстроен, в нем отсутствуют доказательства, опирающиеся на аргументы, аналитические данные и факты; ответ не выстроен в единстве теории и практики с подтверждением теоретических положений фактами, педагогическими ситуациями. |
| **Зачтено** | Выставляется за правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора.  Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.  Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера). |

**3.** **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по билетам.

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Лекционная аудитория.

**Образец зачетного билета**

|  |  |
| --- | --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  направление подготовки (специальность) 31.05.03 «Стоматология»  дисциплина «Заболевания и повреждения слюнных желез»  **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**  **I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**   1. Пороки развития слюнных желез. 2. Гриппозный сиаладенит   **II. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**  Больной, 48 лет, находился на лечении у ЛОР-врача с диагнозом: лакунарная ангина. Болен в течение двух недель. Первую неделю нахо­дился на стационарном лечении в ЛОР-отделении, в настоящее время наблюдается и лечится амбулаторно. Около четырех дней назад появилась припухлость в околоушно-жевательной области, затем присоединились постоянные ноющие боли, усиливающиеся при приеме пищи. Около суток назад отметил ограничение открывания рта. Направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре определяются несколько увеличенные, болез­ненные, подвижные лимфатические узлы в правой поднижнечелюстной области. В правой околоушно-жевательной области определяется отек, распространяющийся на позадичелюстную, щечную, поднижнечелюстную области справа. В нижних отделах околоушной слюнной железы справа определяется резко болезненный плотный инфильтрат, размером 2,0x3,0 см. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. Температура тела - 38,5°С. После проведённого общего анализа крови выявлен умеренный лейкоци­тоз, увеличение СОЭ, увеличение количества эозинофилов, лейкопения.  1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?  2. Каких сведений недостаёт для постановки точного диагноза?  3. Ваша лечебная тактика по отношению имеющегося инфильтрата. | |
| Зав. кафедрой стоматологии и  челюстно-лицевой хирургии  д.м.н, профессор  Декан стоматологического факультета  д.м.н., доцент  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. Матчин  Н.Б. Денисюк |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Анатомия и физиология слюнных желез.
2. Методы обследование больных с заболеваниями и повреждениями слюнных желез.
3. Методика выполнения бужирования протока слюнной железы.
4. Рентгенологический метод обследования (сиалография, пантомосиалография, радиосиалография, сиалосцинтиграфия).
5. Методы исследования секреторной функции слюнной железы.
6. Клиническая картина, диагностика и лечение болезни Шегрена.
7. Классификация неопухолевых заболеваний слюнных желез.
8. Классификация опухолевых заболеваний слюнных желез.
9. Пороки развития слюнных желез.
10. Эпидемический паротит. Этиология, патогенез, клиническая картина.
11. Гриппозный сиаладенит.
12. Критерии количественного анализа функции слюнной железы в норме и патологии.
13. Интерпретация результатов цитологического исследования слюны, взятой из протока слюнной железы?
14. Морфологический метод исследования при заболеваниях слюнных желез?
15. Дистрофические заболевания слюнных желез (гипер- и гипосаливация).
16. Лечение больных с гиперсаливацией и ксеростомией.
17. Болезнь и синдром Микулича. Клиническая картина, лечение.
18. Болезнь и синдром Шегрена. Этиалогия, патогенез.
19. Постинфекционный и постоперационный сиаладенит.
20. Лимфогенный сиаладенит. Клиника, диагностика.
21. Контактный сиаладенит. Клиника, диагностика.
22. Сиаладенит вызванный внедрением инородных тел, выводных протоков желез. Клиника, диагностика.
23. Общие принципы лечения и профилактики острых сиаладенитов.
24. Хронический паренхиматозный сиаладенит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.
25. Хронический интерстициальный сиаладенит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.
26. Хронический сиалодохит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и лечение.
27. Этиология и патогенез слюнокаменной болезни.
28. Клиническая картина слюнокаменной болезни.
29. Лечение больных со слюнокаменной болезнью.
30. Показания к литотрипсии.
31. Клиническая картина и лечение кисты малой слюнной железы.
32. Клиническая картина и лечение кисты подъязычной слюнной железы.
33. Клиническая картина и лечение кисты околоушной слюнной железы.
34. Клиническая картина и лечение кисты поднижнечелюстной слюнной железы.
35. Классификация слюнных свищей.
36. Клиническая картина сужения слюнного протока.
37. Заращение слюнного протока. Клиническая картина.
38. Травматическая киста слюнной железы. Клиника, лечение.
39. Лечение повреждений слюнных желез.
40. Опухоли слюнных желез. Классификация, клиническая картина, диагностика и принципы лечения.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Задача 1.**У больной, 35 лет, обнаружено бугристое безболезненное новообра­зование в околоушно-жевательной области справа впереди козелка уха.

1. На что необходимо обратить внимание при сборе анамнеза?
2. Какова последовательность обследования больного?

**Задача 2.**Больной, 49 лет, обратился с жалобами на наличие образования на границе твердого и мягкого неба, замеченного около пяти лет назад. При осмотре обнаружено безболезненное образование, плотно-эластической консистенции с четкими границами, слизистая оболочка над ним не изме­нена, с подлежащей костью не спаяна. Регионарные лимфоузлы не увели­чены, безболезненны.

1. О наличии какой опухоли можно думать?
2. Какие дополнительные методы обследования следует использовать в диагностике?

**Задача 3.**У больной клинически диагностирована полиморфная аденома (смешанная опухоль) правой околоушной слюнной железы. Диагноз под­твержден цитологическим исследованием.

1. Составьте план лечения.

**Задача 4.**Два года назад во время лечения зубов у больного было обнаружено небольших размеров новообразование в подчелюстной области слева, которое медленно увеличивалось в размере. В настоящее время в левой подчелюстной области пальпируется образование, связанное с левой под­челюстной слюнной железой, безболезненное, плотно-эластической консистенции с гладкой поверхностью, в диаметре около 2,0 см. Слюнная железа с включенным образованием не спаяна с окружающими тканями, слюноотделение не нарушено.

1. О каких заболеваниях может идти речь?
2. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 5.**Больной, 32 лет, поставлен диагноз: цилиндрома в области неба.

1. Опишите клиническую и рентгенологическую картины.

**Задача 6.**Больная направлена с предположительным диагнозом: цилиндрома в области околоушной слюнной железы справа.

1. На основании каких данных можно подтвердить диагноз?
2. Назовите методы лечения.

**Задача 7.** Больная, 53 лет, обратилась с жалобами на боль под языком справа, появившуюся два месяца назад. При осмотре обнаружено болезненное новообразование в подъязычной области справа, связанное с подъязычной слюнной железой. Ткани дна полости рта не инфильтрованы, из протока подчелюстной слюнной железы справа выделяется чистая слюна. Регио­нарные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Анализы крови и мочи в пределах нормы. При рентгеноскопическом исследовании грудной клет­ки определяются в обоих легких множественные инфильтраты округлой формы различных размеров.

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Возможные варианты лечения?

**Задача 8.**Больной, 67 лет, обратился с жалобами на прогрессирующую асим­метрию лица (несмыкание век, опущение угла рта слева), которую заметил три недели назад. Последние пять дней отмечает ноющую боль в около-ушно-жевателыюй области слева. Впереди козелка уха слева кожа синюшная, втянута. Пальпаторно определяется болезненная инфильтрация тканей без четких границ, размером до 3,0 см, отмечается увеличение прекаротидных лимфатических узлов слева. Открывание рта ограничено до 2,0 см, из протока левой околоушной слюнной железы слюна не полу­чена.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки диагноза?

**Задача 9.**Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в околоушно-жевательной области слева, которое обнаружено случайно 4 года назад, не беспокоит и медленно увеличивается в размере. Из перене­сенных заболеваний отмечает детские инфекции и частые простудные заболевания. В нижнем полюсе левой околоушной железы определяется образование, размером около 3,0 см, смещаемое и безболезненное, по­верхность которого гладкая, кожные покровы не изменены. Больной про­водилась контрастная сиалография и ультразвуковое исследование, которые подтвердили наличие новообразования околоушной слюнной железы слева.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план дополнительных исследований.

**Задача 10.**Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области левой околоушной слюнной железы, сухость полости рта, хруст и щелкание в височно-нижнечелюстном суставе. Со слов больной, образо­вание обнаружено врачом при диспансеризации три года назад, в размерах не увеличивается, не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, эпидемический паротит, частые простудные заболева­ния. В нижнем полюсе левой околоушной слюнной железы определяется образование, размером 3,0-3,5 см, подвижность которого несколько огра­ничена, поверхность бугристая, плотно-эластической консистенции, паль­пация безболезненная, кожные покровы не изменены и свободно соби­раются в складку, открывание рта свободное. Слюна выделяется пенистая, слизистая оболочка не достаточно увлажнена, отмечается отсутствие же­вательных зубов на верхней челюсти слева и на нижней челюсти справа. Больной проводилось цитологическое исследование пунктата образова­ния.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерныедля данного заболевания и дайте им объяснение.

**Задача 11.**Больной 53 лет, заметил образование в правой поднижнечелюстной области, причиняющее иногда тупую боль. В поднижнечелюстной области справа определяется новообразование, размером до 2,0 см, подвижное, слюноотделение не нарушено, при рентгенологическом исследовании в поднижнечелюстной слюнной железе справа конкременты не выявлены. Полость рта не санирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 12.**Больная, 31 года, обратилась с жалобами на наличие припухлости в области правой околоушной слюнной железы, которая обнаружена слу­чайно два года назад, боль не беспокоит, но отмечается быстрое увеличе­ние в размерах. Из перенесенных заболеваний отмечает в детском воз­расте эпидемический паротит, в 10-летнем возрасте проводилось хирурги­ческое вмешательство по поводу лимфангиомы правой щечной области. В среднем отделе правой околоушной слюнной железы определяется ново­образование, в диаметре до 3,0 см, в толще железы, бугристое, безболез­ненное с несколько ограниченной подвижностью. Кожные покровы в цве­те не изменены, смещаемы, открывание рта свободное, слюноотделение не нарушено. Проводилась контрастная сиалография, при которой выяв­лен дефект наполнения протоков соответственно расположению новооб­разования.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает, какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерныедля данного заболевания.

**Задача 13.**Больная, 56 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области правой околоушной слюнной железы, которое обнаружила слу­чайно два года назад. Отмечает увеличение в размерах, боли носят умеренный характер. Из перенесенных заболеваний отмечает гипертони­ческую болезнь и гастрит. В среднем отделе правой околоушной слюннойжелезы определяется новообразование, в диаметре до 4,0 см, с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции, ограниченно подвиж­ное, безболезненное при пальпации. Нарушения функций лицевого нерва не выявлено. При цитологическом исследовании определяется наличие эпидермальных и слизеобразующих клеток.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 14.** Больная, 44 лет, обратилась с жалобами на ограниченное открывание рта, которое медленно прогрессирует в течение года. Практически считает себя здоровой. Открывание рта до 2,0 см, полость рта санирована. При пальпации в крыло-челюстном пространстве справа определяется бугристое образование, размером до 1,5 см, ограничено подвижно, слизистаяоболочка над ним слегка гиперемирована. При рентгенологическом исследовании выявлена четкая округлая тень участка разрежения костной ткани в области верхушек корней зубов 46, 45, в диаметре 0,3-0,4 см. Парез мимической мускулатуры справа не определяется.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план дополнительных методов обследования.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерныедля данного заболевания.

**Задача 15.**Больной, 43 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области левой околоушной слюнной железы. Образование обнаружил случайно около года назад. Считает себя практически здоровым. Новооб­разование расположено в толще левой околоушной слюнной железы, в диаметре до 3,0 см, кожный покров над образованием истончен, имеет синюшно-багровый опенок с сосудистым рисунком. Функция лицевогонерва и слюноотделение не нарушены.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков, анамнестических данных и дополнительных методов исследования не достаетдля постановки окончательного диагнозаи решения вопроса о лечении?

**Задача 16.** Больная, 56 лет, обратилась с жалобами на наличие образованиявобласти правой околоушной железы, которое обнаружила два года назад. В нижнем полюсе околоушной слюнной железы определяется образование, в диаметре до 3,0 см с наличием симптома флюктуации. Функция лицевого нерва не нарушена, слизистая оболочка полости рта нормально увлажнена, из протока околоушной слюнной железы справа слюна не получена. Полость рта не санирована.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков или сведенийанамнестическогохарактера, а также дополнительных методов исследованияне достает для постановки окончательного диагнозаи решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерныедля данного заболевания.

**Задача 17.**Больной, 48 лет, обратился с жалобами на наличие образования в околоушно-жевательной области справа. Новообразование обнаружил случайно, несколько лет назад, которое больного не беспокоит. Из перене­сенных заболеваний отмечает частые ангины, оперирован по поводу аде­номы предстательной железы три года назад. Под мочкой уха в толще правой околоушной слюнной железы определяется новообразование, раз­мером до 2,0 см, безболезненное, с гладкой поверхностью, плотно- эластической консистенции, кожные покровы над ним не изменены. При цитологическом исследовании выявлен двухслойный эозинофильный эпителий и лимфоидная строма.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 18.**Больной, 28 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в околоушно-жевательной области справа. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания. Образование обнаружено слу­чайно год назад, периодически то увеличивается, то уменьшается в разме­рах. Под мочкой уха соответственно околоушной слюнной железе справапальпируется образование, размером до 2,0 см, безболезненное, мягкой консистенции, кожные покровы в цвете не изменены и смещаются сво­бодно.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 19.**Больной, 55 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в поднижнечелюстной области слева. Образование обнаружено случайно несколько лет назад. Во время приема пищи не увеличивается. Из перене­сенных заболеваний отмечает сахарный диабет, желчно-каменную болезнь, гастрит. При местном осмотре определяется новообразование в поднижнечелюстной области слева, безболезненное, мягковатой конси­стенции, смещаемое. Открывание рта свободное, слизистая оболочка по­лости рта не достаточно увлажнена, язык обложен, полость рта не саниро­вана, имеются подвижные зубы с пародонтальными карманами.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Каких клинических данных или сведений анамнестического характера не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 20.**Больной, 50 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в околоушно-жевательной области справа, которую обнаружил случайно. Отмечает то увеличение, то уменьшение размеров образования, сухость полости рта. За последнюю неделю появилась боль ноющего характера в области верхней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает стенокардию и язвенную болезнь. Соответственно нижнего полюса в тол­ще правой околоушной слюнной железы определяется новообразование, размером до 3,0 см, безболезненное, с гладкой поверхностью, мягковатой консистенции, в центре которой обнаруживается участок флюктуации.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических данных или сведений анамнестического характера, а также каких дополнительных методов исследования не достает для постановки окончательного диагнозаи решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерныедля данного заболевания.

**Задача 21.**Больная, 52 лет, обратилась с жалобами на наличие припухлости в околоушно-жевательной области слева. Появление припухлости связывает с перенесенным простудным заболеванием два месяца назад, в течение которых припухлость резко увеличилась в размерах, боль не беспокоит. Из сопутствующих заболеваний отмечает гипертоническую болезнь II степени, в 20-летнем возрасте перенесла легочную форму туберкулеза. В нижнем полюсе околоушной слюнной железы определяется новообра­зование до 3,0 см в диаметре, плотной консистенции, безболезненное, бугристое, отсутствует четкость границ, кожные покровы не изменены, слюноотделение не нарушено.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы и их последовательность?
4. Составьте план лечения.

**Задача 22.**Больной, 62 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в правой подчелюстной области, которую обнаружил три месяца назад. За это время припухлость резко увеличилась в размерах и появилась боль во время приема пиши. Несколько лет назад больному проводилась операция удаления конкремента из протока поднижнечелюстной слюнной железы справа. В анамнезе отмечает язвенную болезнь желудка, аденому предста­тельной железы. Правая подчелюстная железа значительно увеличена вразмерах, болезненная, плотной консистенции, несмещаемая, кожные покровы над ней не изменены. Слюна из правого вартанова протока не выделяется. При рентгенологическом исследовании тени конкремента не выявлены. Пальпируются увеличенные поднижнечелюстные лимфатиче­ские узлы справа. У больного имеются участки лейкоплакии на слизистой оболочке щечных областей по линии смыкания зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерныедля данного заболевания.

**Задача 23.**Больной, 30 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости и боль в области твердого неба, которую обнаружил три недели назад. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический тонзиллит, частые про­студные заболевания. На границе твердого и мягкого неба справа опреде­ляется образование, в диаметре около 2,0 см, спаянное с подлежащими тканями, слизистая оболочка над ним изъязвлена. Полость рта не саниро­вана. В правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный болезненный, ограничено-подвижный лимфатический узел.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении.

**Задача 24.**Больная, 43 лет, обратилась с жалобами на наличие образования в правой околоушно-жевательной области. Новообразование обнаружила из-за появления болей в этой области в ночное время с иррадиацией в правую височную область. Сопутствующие заболевания: желчно-каменная болезнь, сахарный диабет. В среднем отделе правой околоушной слюнной железы определяется образование, в диаметре 2,0 см, плотной консистен­ции, смещаемое.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера, а также дополнительных методов исследованияне достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 25.**Больная, 43 лет, обратилась с жалобами на наличие образования в области правой околоушной слюнной железы, которую обнаружила около полутора лет назад. За последние три месяца опухоль значительно увели­чилась в размере и появилась боль. Из перенесенных заболеваний отмеча­ет гастрит, гепатит. В среднем отделе правой околоушной слюнной желе­зы определяется новообразование до 4,0 см в диаметре, мягкоэласти­ческой консистенции с гладкой поверхностью, ограничено-подвижное, при пальпации болезненное, кожные покровы не изменены, функция ли­цевого нерва не нарушена. При контрастной сиалографии выявлены де­фекты наполнения протоков и ткани правой околоушной слюнной железы. В правом легком при рентгеноскопическом исследовании обнаружены инфильтраты.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.

**Задача 26.**Больная, 50 лет, обратилась с жалобами на образование в области правой околоушной слюнной железы, которую обнаружила около года назад после проведения лечения по поводу хронического правостороннего паротита. Отмечает слабость, потерю веса. За последние два месяца обра­зование значительно увеличилось в размере, появилась боль и гнойное отделяемое из протока правой околоушной слюнной железы. Из перене­сенных заболеваний отмечает гепатит и в детстве перенесла эпидемиче­ский паротит. В среднем отделе правой околоушной слюнной железы определяется новообразование, в диаметре 4,0 см, плотной консистенции, с бугристой поверхностью, ограничено-подвижное, при пальпации болез­ненное. Определяется неполное смыкание век правого глаза, из правого выводного протока околоушной слюнной железы выделяется гнойное отделяемое. В правом легком при рентгеноскопическом обследовании обнаружены инфильтраты.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план дополнительных методов исследования.
4. Составьте план лечения.
5. Определите признаки, не характерныедля данного заболевания.

**Задача 27.**Больной, 38 лет, обратился с жалобами на припухлость и боль в ле­вой поднижнечелюстной области. Боль появилась 3-4 месяца назад, в это же время обнаружена и припухлость, которая не увеличивается при приеме пищи. При пальпации определяется, что левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, болезненна, слюноотделение не нарушено, полость рта не санирована. Выявлен увеличенный болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Между какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Каких клинических и анамнестических данных не достает для постановки окончательного диагноза?
4. Составьте план лечения и последовательность дополнительных методов исследования.

**Задача 28.**Больная, 31 года, обратилась с жалобами на припухлость в области левой околоушной слюнной железы, которую обнаружила случайно, боль не беспокоит. В толще левой околоушной слюнной железы определяется ограниченное образование, в диаметре 3,0 см, спаянное с окружающими тканями, безболезненное, кожные покровы над ним смещаемы. Отмечает­ся опущение левого угла рта, пальпируется подвижный, безболезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

**Задача 29.**Больной, 31 года, обратился с жалобами на наличие образования в подъязычной области справа, которое заметил около двух месяцев назад. Медленно увеличивалось в размерах. Около трех недель назад обратил внимание на выделение большого количества вязкой прозрачной жид­кости без вкуса и запаха, после чего образование уменьшалось в размерах, затем вновь стало увеличиваться и достигло прежних размеров. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. В подъязычной области справа определяется образование 3,0x3,0 см, округлой формы, мягко-эластической консистенции, безболезненное. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна с голубоватым оттенком. Уздечка язы­ка смещена влево. Слюна из правого вартонова протока выделяется чис­тая, в достаточном количестве.

1. Поставьте диагноз.
2. С чем связано уменьшение размеров новообразования в анамнезе?
3. Опишите методы хирургического лечения.
4. Какие наиболее серьезные осложнения возможны при проведении операции?

**Задача 30.**Больной, 18 лет, обратился с жалобами на наличие безболезненного образования в левой околоушно-жевательной области. Обнаружил около 7-8 месяцев назад. Медленно увеличивалось в размере. Из анамнеза около года назад была травма левой околоушно-жевательной области. В верхних отделах околоушно-жевательной области слева определяется образование, мягко-эластической консистенции, размером 2,0x2,0 см. ограниченное, подвижное, с четкими контурами, с кожей не спаянное. Кожа над ним в цвете не изменена. Слюна из левого стенонова протока выделяется чистая в достаточном количестве. При контрастной сиалографии обнаружен участок дефекта наполнения протоков железы с четкими контурами, соот­ветствующие проекции новообразования. При рентгенологическом иссле­довании выявлено аномальное положение зуба 38, смещенного в нижние отде­лы ветви нижней челюсти слева. Вокруг зуба 38 определяется участок разреже­ния костной ткани с четкими контурами. При пункции новообразования получена прозрачная вязкая жидкость в большом количестве, после чего размеры образования уменьшились.

1. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения
2. С чем могло быть связано появление данного заболевания?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки и с чем они могут быть связаны?

**Задача 31.**Больной, 45 лет, около трех месяцев назад получил травму - ранение осколком стекла левой околоушно-жевательной области. Первичная хи­рургическая обработка резанной раны с ушиванием была произведена в травматологическом пункте по месту жительства. Сразу после ранения обнаружено неполное смыкание век левого глаза, однако в настоящее время степень смыкания век увеличилась. Вскоре после травмы в области рубца обнаружено округлое образование с медленным ростом, безболез­ненное. Определяется неполное смыкание век левого глаза (остается щель около 2,0 мм), умеренно выражены явления коньюктивита слева. Других симптомов пареза мимической мускулатуры не выявлено. В левой около­ушно-жевательной области на коже определяется линейный, вертикально расположенный рубец, длинной около 7,0 см, мягкий, безболезненный. В верхних отделах околоушно-жевательной области определяется образова­ние округлой формы, в диаметре 1,5 см, безболезненное. Функция слюно­отделения не нарушена. Кожа под новообразованием обычной окраски, собирается в складку.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений недостает для постановки диагноза?
3. Какова тактика лечебных мероприятий в зависимости от возможного диагноза?

**Задача 32**.Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на наличие безболезненного образования в подподбородочной и подъязычной областях. Ввиду боль­ших размеров новообразования возникают затруднения, дискомфорт при движении языка во время разговора, пережевывания пищи. Также беспо­коит чувство першения в горле, незначительные боли при глотании, осип­лость голоса, которое возникли после переохлаждения. Открывание рта свободное, безболезненное. В подподбородочной области определяется образование, безболезненное, с четкими контурами, ограниченно-подвижное, размером 5,0x4,0x4,0 см, распространяющееся в подъязыч­ную область. Уздечка языка смещена кверху и вправо. Язык незначитель­но приподнят. Движения языка свободны. Задняя стенка глотки, небные дужки гиперемированы, увеличены в размерах, рыхлые.

1. Наличие какого образования можно предположить?
2. Каких данных не достает для постановки диагноза?
3. Какие признаки являются несущественными и с чем они могут быть связаны?

**Задача 33.**Больной, 18 лет, поступил с жалобами на наличие безболезненного образования в области слизистой оболочки нижней губы в центральном отделе. Из анамнеза выявлено, что около трех недель назад во время игры в футбол получил удар мячом в область подбородка. На травму не обратил внимания, однако около 10 дней назад заметил появление образования на слизистой оболочке нижней губы, безболезненное. По настоянию родите­лей прополаскивал рот растворами трав, но новообразование продолжало увеличиваться в размере. На слизистой оболочке нижней губы в централь­ном отделе определяется образование, размером 1,5x1,5 см, мягкоэлас­тичной консистенции, безболезненное, ограниченно-подвижное, спаянное со слизистой оболочкой нижней губы в одной точке. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна, имеет голубоватый оттенок. Опреде­ляется участок флюктуации.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Что такое и какое в данном случае значение имеет «ретенционный пункт»?
3. Есть ли по Вашему мнению, необходимость проведенияв данном случае каких-либо дополнительных исследований?

**Задача 34.**Больная, 68 лет, поступила с жалобами на наличие мягкого, безбо­лезненного, образования на слизистой оболочке щечной области слева, которое появилось около двух месяцев назад после неоднократного прикусывания зубами слизистой оболочки щеки слева. Новообразование уве­личивалось в размере, после очередного прикусывания быстро уменьша­лось в размере и исчезало, после чего постепенно вновь появлялось и увеличивалось. Больная в течение 7 лет пользуется полным съёмным пластинчатым протезом на нижней челюсти и частичным съемным проте­зом на верхней челюсти. В течение этого времени к ортопеду с целью замены протезов не обращалась. В анамнезе: гипертоническая болезнь I-II степени, остеохондроз шейного отдела позвоночника. Объективно: на границе слизистой оболочки нижней губы и щеки слева определяется новообразование, в диаметре 1,0x1,0 см, округлой формы, безболезненное с четкими контурами, ограниченно-подвижное, спаянное со слизистой оболочкой в одной точке, имеющей вид точечного рубца. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна. При удалении из полости рта съёмных протезов и осмотре, обнаружено, что в области протезного ложа на нижней челюсти справа имеются разрастания слизистой оболочки в виде долек различного размера, мягкой консистенции, слизистая оболочка над ним и в цвете не изменена. Сама больная обратила внимание на появление дольчатых разрастаний около двух лет назад, но значения не прида­ла.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите на несущественные для основного заболевания признаки или симптомы.
4. С чем связано появление дольчатых разрастаний?

**Задача 35.**Больная, 38 лет, поступила к стоматологу для проведения плановой санации полости рта. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы обнаружено мягко-эластическое, безболезненное новообразование округ­лой формы. Со слов больной образование появилось около трех месяцев назад, не беспокоит за исключением того, что она постоянно прикусывает слизистую оболочку в этом месте. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы справа определяется образование, мягкой консистенции, безболезненное. Отмечается частичный отлом коронки зуба 12 и острый край у оставшейся части зуба.

1. Каких сведений не достает для постановки диагноза (предварительного и окончательного)?
2. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить в данном случае?
3. Есть ли в данном случае необходимость проведения операции биопсии? Если да, то по какому типу и каким образом Вы будете проводить данную операцию?

**Задача 36.**Больной, 48 лет, поступил с жалобами на наличие образования на слизистой оболочке нижней губы в центральном отделе, возникшее после прикусывания во время принятия пищи около полугода назад. Последнюю неделю отмечается увеличение в размере. При объективном обследовании обнаружено мягкое новообразование, упругое, размером 2,0x3,0 см. При пальпации также определяется участок флюктуации. При осмотре полости рта на слизистой оболочке щек и губ, особенно по линии смыкания зубов определяется участок гиперкератоза в виде папул, сливающихся в «ажурный» крупный рисунок. Полость рта не санирована. Имеются мно­гочисленные кариозные полости, а также обилие наддесневых и поддесневых отложений. При рентгенологическом исследовании выявлены участки разрежения костной ткани с нечеткими контурами в области верхушек корней и бифуркации зубов 36, 37.

1. Каких сведений не достает для постановки основного диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) имеются у данного больного по Вашему мнению, помимо основного заболевания. Поставьте полный диагноз.
3. Какие сведения (заболевания) являются несущественными и не могут повлиять на исход оперативного лечения, и наоборот, какие могут?

**Задача 37.**Больная, 18 лет, поступила с жалобами на боли и припухлость в об­ласти околоушных слюнных желез, больше справа. Боли колющего харак­тера резко усиливаются при приеме пищи. Беспокоит также сухость в полости рта, общая слабость, недомогание, озноб, повышение температу­ры тела до 38.0-38.5°С. Перечисленные жалобы появились два дня назад, симптомы нарастали. До этого момента ничем не болела, не переохлажда­лась. Из анамнеза выявлено, что около месяца назад младшая сестра боль­ной перенесла эпидемический паротит, лечилась под наблюдением врачей в домашних условиях. Открывание рта ограничено до 2,5-3,0 см, обе око­лоушные слюнные железы увеличены в размерах, слегка уплотнены, бо­лезненны при пальпации. Кожа над ними в цвете не изменена, собирается в складку. Правая железа увеличена в большей степени. Слизистая обо­лочка в области обоих стеноновых протоков гиперемирована, отечна. Устья протоков гиперемированы, зияют. При массаже слюнных желез отмечается резкая болезненность, слюна не выделяется.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте свое решение.
2. Назначьте лечение.
3. Развития каких осложнений стоит опасаться?

**Задача 38.**Больной, 56 лет, поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в области правой околоушной слюнной железы, носящие колюще-режущий характер во время приема пищи, припухлость в правой околоушно­-жевательной области, умеренно болезненную при пальпации. Три недели назад была произведена операция половинной резекции желудка по пово­ду язвенной болезни. Вышеперечисленные жалобы появились около 10 дней назад, медленно нарастали. Правая околоушная слюнная железа уве­личена в размерах, уплотнена, болезненна при пальпации. Определяется умерено выраженный коллатеральный отек, распространяющийся на позадичелюстную и поднижнечелюстную области справа. Кожа над железой нормальной окраски, однако ограничено собирается в складку. Открыва­ние рта в полном объеме, болезненное. Слизистая оболочка щечной об­ласти соответственно правому стенонову протоку отечна, устье протока гиперемировано, зияет. При массировании слюна не выделяется. При пальпации правый стенонов проток несколько утолщен. Язык обложен серым налетом. На слизистой оболочке щечных областей с обоих сторон по линии смыкании зубов определяются участки гиперкератоза в виде белесоватых пятен с нечеткими контурами. При рентгенологическом исследовании правой околоушной слюнной железы теней конкрементов не выявлено.

1. Поставьте диагноз. Опишите механизм развития заболевания.
2. Составьте план местного и общего лечения.
3. Укажите признаки (симптомы), не существенные для данного заболевания.

**Задача 39.**Больной, 48 лет, находился на лечении у ЛОР-врача с диагнозом: лакунарная ангина. Болен в течение двух недель. Первую неделю нахо­дился на стационарном лечении в ЛОР-отделении, в настоящее время наблюдается и лечится амбулаторно. Около четырех дней назад появилась припухлость в околоушно-жевательной области, затем присоединились постоянные ноющие боли, усиливающиеся при приеме пищи. Около суток назад отметил ограничение открывания рта. Направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре определяются несколько увеличенные, болез­ненные, подвижные лимфатические узлы в правой поднижнечелюстной области. В правой околоушно-жевательной области определяется отек, распространяющийся на позадичелюстную, щечную, поднижнечелюстную области справа. В нижних отделах околоушной слюнной железы справа определяется резко болезненный плотный инфильтрат, размером 2,0x3,0 см. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. Температура тела - 38,5°С. После проведённого общего анализа крови выявлен умеренный лейкоци­тоз, увеличение СОЭ, увеличение количества эозинофилов, лейкопения.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений недостаёт для постановки точного диагноза?
3. Ваша лечебная тактика по отношению имеющегося инфильтрата.

**Задача 40.**Больной, 46 лет, обратился с жалобами на припухлость в области обеих околоушных слюнных желез, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37,5-38,0°С. Болен в течение 9 лет, когда впервые обратил внимание на незначительное увеличение желёз, которое самопроизвольно исчезло в течение короткого периода времени. Через несколько лет после простудного заболевания отметил распирающие неприятные ощущения в области околоушных слюнных желёз, не доставляющие больших страданий и исчезнувшие через несколько дней без лечения. После этого неоднократно, примерно, один раз в полгода возника­ли обострения. Больной лечился самостоятельно прикладывая coгревающие компрессы, однако каждый раз обострения протекали более выражено. При осмотре отмечается увеличение в размерах обеих околоуш­ных слюнных желез, больше справа. Железы подвижны, консистенция их упруго-эластичная, пальпация вызывает неприятные ощущения, слабую боль. Кожа в околоушно-жевательной области в цвете не изменена соби­рается в складку. Устья обоих стеноновых протоков не изменены, слюна выделяется в малом количестве, мутная. При сиалографическом исследо­вании отмечается сужение протоков 2-3 порядка, определяемых в виде слабо заметных, прерывистых тонких теней. Более мелкие протоки не контрастируются.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 41.**Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на сильную боль и припух­лость в области левой околоушной слюнной железы, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°С, плохой сон, затрудненное, болезненное открывание рта, щелчки и хруст в области височно-нижнечелюстного сустава больше слева. Больна в течение 6 лет, с того момента, когда перенесла эпидемический паротит. После перенесенного заболевания в течение двух лет ничего не беспокоило. Затем обратила внимание на припухлость в левой околоушно-жевательной области, кото­рое прошло в течение 3 дней после применения согревающих компрессов. В дальнейшем обострения заболевания наблюдались до 4-5 раз в год и были связаны с переохлаждением, и простудными заболеваниями. Каждое обострение протекало более выражено, присоединились боли. Больная продолжала применять согревающие компрессы, но они ей не приносили выраженного облегчения. Самостоятельно принимала антибиотики, после чего воспаление купировалось. Во время последнего обострения впервые обратилась к врачу. Левая околоушная слюнная железа увеличена в раз­мерах, плотной консистенции, поверхность её мелко-бугристая, пальпация болезненна, смещаемость ограничена. Мягкие ткани над железой отечны, кожа в цвете не изменена, однако ограниченно собирается в складку. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. При движении нижней челюсти определяется хруст в височно-нижнечелюстном суставе с двух сторон, но больше слева. Движения нижней челюсти ступенчатые. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, болезненный, подвиж­ный лимфатический узел. Устье левого стенонова протока расширено, зияет, слизистая оболочка вокруг него гиперемированна, отечна. При мас­сировании железы из протока выделяется большое количество гнойного отделяемого с хлопьевидными включениями.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте своё решение.
2. Какие местные лечебные мероприятия необходимо применять в данном случае?
3. Какие признаки несущественны для данного заболевания и с чем они могут быть связаны?

**Задача 42.**Больной 38 лет, обратился с жалобами на увеличение и болезненность правой околоушной слюнной железы, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Во время приёма пищи боли резко усиливаются, принимают распирающий, колющий характер. Железа при этом ещё больше увеличивается в размерах. Приблизительно в течение часа после приёма пищи боли и припухлость уменьшаются. Болен около пяти лет, однако вышеперечисленные симптомы были гораздо менее интенсивными и не беспокоили больного, а временами вообще исчезали, поэтому к врачу не обращался. Правая околоушная слюнная железа увеличена в размерах, упруго-эластичной консистенции, подвижна, болезненна. В области правого стенонова протока пальпируется плотный болезненный тяж, в диаметре 0,5 см. При массировании правой околоушной железы из устья протока выделяется скудное количество мутной слюны с хлопьевидными гнойными включениями. Слизистая оболочка над прото­ком слабо гиперемированна, отёчна.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
3. Составьте план обследования я лечения.

**Задача 43.**Больной, 29 лет, обратился с жалобами на появление припухлости в правой поднижнечелюстной области и резкие боли по типу «колик», воз­никающие при приеме пищи. После приема пищи боли постепенно пре­кращаются и припухлость уменьшается в размере в течение 20-30 минут. Выше перечисленные жалобы возникли около года назад, постепенно нарастали, но наиболее сильно стали беспокоить в течение последнего месяца. При пальпации правой поднижнечелюстной области обнаружено незначительное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, однако она нормальной консистенции, безболезненная. Устье правого вартонова протока расширено, нормальной окраски. При массировании железы слю­на не выделяется, а слева - выделение слюны нормальное. При пальпации по ходу протока в средней его трети пальпируется плотный конкремент, в диаметре 0,5 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Опишите методы лечебных мероприятий.

**Задача 44.**Больной, 48 лет, обратился с жалобами на резкие боли под языком, затруднение при приеме пищи и разговоре за счет болезненности при движении языка, наличие припухлости в левой поднижнечелюстной области. Из анамнеза выявлено, что в течение последних нескольких меся­цев у больного при приеме пищи появлялась небольшая припухлость и распирающие боли в левой поднижнечелюстной области, которые затем в течение 30-40 минут самостоятельно ликвидировались. Однако три дня назад боли резко усилились и не исчезали, появились затруднения при глотании, разговоре, пережевывании пищи за счет болезненности при движении языка. Симптомы постепенно нарастают. В левой поднижнече­люстной области определяется отек, при пальпации отмечается увеличен­ный и болезненный лимфатический узел. Левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, уплотнена, болезненна. Открывание рта не ограничено. В левой подъязычной области определяется резко бо­лезненный воспалительный инфильтрат, распространяющийся на левый челюстно-язычный желобок. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована. Выражен коллатеральный отек. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При рентгенологическом исследовании дна полости рта определяется интенсивная, плотная, округлая тень, схожая с тенью конкремента, размером 0,7x0,7 см, располагающаяся ближе к дистальному отделу поднижнечелюстной слюнной железы слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие наиболее опасные осложнения возможныпри проведении оперативного лечения в данном случае, и что нужно учитывать, чтобы их избежать?

**Задача 45.**Больной, 44 лет, обратился с жалобами на периодически возни­кающие распирающие боли и появляющуюся припухлость в левой поднижнечелюстной области. Как правило, перечисленные симптомы возникают во время приема пищи и самостоятельно проходят в течение получа­са. Больного это не сильно беспокоит, поэтому в течение нескольких ме­сяцев, после появления этих симптомов он к врачу не обращался. Однако, 10 дней назад заболел зуб 37. При осмотре стоматолога был поставлен диагноз: зуб 37 - обострение хронического гранулирующего периодонтита. Зуб удален. После удаления боли уменьшились, но не исчезли, приобрели постоянный ноющий характер, появился неприятный запах изо рта и ощущение выделения гнойного отделяемого. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, болезненный лимфати­ческий узел. При пальпации в области левого вартоного протока определяется плотный конкремент, овальной формы, в диаметре 0,5 см. Слюна из протока не выделяется. В области лунки удаленного зуба 37 слизистая обо­лочка незначительно гиперемирована, слабо болезненна. Лунка заполнена гнойным отделяемым, костная ткань межкорневой перегородки при зон­дировании безболезненна.

1. Составьте план дополнительного обследования.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 46.**Больная, 56 лет, поступила с жалобами на припухлость в правой под­нижнечелюстной области, существующую в течение 2-х лет. При приеме пищи припухлость увеличивается, появляется незначительная распи­рающая боль. Ранее к врачу не обращалась. За последнее время боли стали усиливаться, что заставило ее обратится к врачу. Правая поднижнече­люстная слюнная железа увеличена в размерах, уплотнена, слабо болез­ненна. Наибольшая плотность определяется в задних отделах поднижне­челюстной слюнной железы. Слизистая оболочка над правым вартоновым протоком не изменена. При массировании железы выделяется скудное количество застойной мутной слюны с хлопьями.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Составьте план дополнительных исследований, необходимых для уточнения диагноза.
3. В чем может заключаться лечение?

**Задача 47.**У больного, 47 лет, поступившего с жалобами на боли в правой под­нижнечелюстной области, чувство онемения кожи в области правого угла рта и нижней губы справа. При осмотре выявлено уплотнение правой поднижнечелюстной слюнной железы, в нижних отделах - каменистой плотности. Слюна из правого вартоного протока практически не выде­ляется.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких данных не достает для постановки окончательного диагноза?
3. Какие данные являются в данном случае несущественными и с чем они могут быть связаны?

**Тестовые задания для подготовки к промежуточной аттестации**

1. Частные методы используют при обследовании пациентов:

1) всех;

2) с патологией определенных органов;

3) с воспалительными заболеваниями;

4) с дистрофическими заболеваниями;

5) с подозрением на онкологическое заболевание.

2. Длина околоушных слюнных желез у взрослого (см):

1) 2-3;

2) 4-6;

3) 6-8;

4) 8-10;

5) 11-12.

3. В норме большие слюнные железы:

1) пальпируются;

2) не пальпируются;

3) определяются визуально;

4) определяются при запрокидывании головы;

5) значительно увеличены.

4. Выводной проток околоушной слюнной железы называется:

1) стенонов;

2) вартонов;

3) бартолиниев;

4) вальтеров;

5) вирсунгов.

5. Выводной проток поднижнечелюстной слюнной железы называется:

1) стенонов;

2) вартонов;

3) бартолиниев;

4) Вальтеров;

5) вирсунгов.

6. Выводной проток подъязычной слюнной железы называется:

1) стенонов;

2) вартонов;

3) бартолиниев;

4) вальтеров;

5) вирсунгов.

7. Проток околоушной слюнной железы открывается на слизистой оболочке:

1) щеки;

2) верхней губы;

3) нижней губы;

4) мягкого нёба;

5) дна полости рта.

8. Проток околоушной слюнной железы открывается на уровне:

1) верхнего третьего моляра;

2) нижнего первого моляра;

3) верхнего первого моляра;

4) верхнего первого премоляра;

5) верхнего второго премоляра.

9. Выводные протоки подъязычной и поднижнечелюст-ных слюнных желез открываются на подъязычном сосочке:

1) всегда общим протоком;

2) общим протоком в 95% случаях;

3) всегда раздельно;

4) общим протоком в 50%;

5) общим протоком в 30%.

10. В норме секрет протоков больших слюнных желез:

1) прозрачный;

2) мутный;

3) со слизистыми комочками;

4) с включениями тяжей;

5) с хлопьевидными включениями.

11. Атрезия слюнного протока - это:

1) его отсутствие;

2) дистопия;

3) сужение;

4) заращение;

5) киста.

12. Жалобы в начальной стадии ксеростомии на:

1) ощущение сухости слизистой оболочки полости рта при разговоре;

2) постоянную сухость полости рта;

3) болевые ощущения во время еды;

4) прогрессивное разрушение зубов;

5) эрозии на слизистой оболочке полости рта.

13. При сиалометрии по методу Т.Б. Андреевой из околоушной слюнной железы выделяют (мл):

1) 0,5-1;

2) 1-3;

3) 3-5;

4) 5-7;

5) 7-10.

14. При сиалометрии по методу Т.Б. Андреевой из под-нижнечелюстной слюнной железы выделяют (мл):

1) 0,5-1;

2) 1-4;

3) 4-6;

4) 6-8;

5) 8-10.

15. Время забора слюны по методу Т.Б. Андреевой (мин):

1) 5;

2) 10;

3) 15;

4) 20;

5) 30.

16. Для объективного подтверждения ксеростомии используют:

1) сиалографию;

2) цитологическое исследование;

3) биопсию слюнной железы;

4) сиалометрию;

5) зондирование протоков.

17. При ксеростомии в клинически выраженной стадии отмечают снижение саливации (мл):

1) 0;

2) 0-0, 2;

3) 0,3-0,8;

4) 1-1,5;

5) 1,5-2.

18. Средние колебания скорости выделения смешанной слюны в состоянии покоя (мл/мин):

1) 0,1-0,15;

2) 0,3-0,4;

3) 1-2;

4) 3-4;

5) 4-5.

19. При стимуляции жеванием парафина скорость выделения смешанной слюны возрастает до (мл/мин):

1) 0,1-0,15;

2) 0,3-0,4;

3) 1-2;

4) 3-4;

5) 4-5.

20. 1% раствор пилокарпина гидрохлорида для стимуляции слюноотделения:

1) М-холиноблокатор;

2) М-холиномиметик;

3) β1-адреномиметик;

4) β1-адреноблокатор;

5) блокатор гистаминовых рецепторов.

21. Сиалотомография - это:

1) субтракционная сиалография;

2) сиалография с прямым увеличением изображения;

3) послойное рентгенографическое исследование слюнных желез после заполнения протоков контрастным веществом;

4) сканирование слюнных желез;

5) термовизиография.

22. В норме на слизистой оболочке нижней губы (на участке 2x2 см) функционирует малых слюнных желез:

1) 10±1,0;

2) 16±1,0;

3) 21±1,0;

4) 35±1,0;

5) 40±1,0.

23. Капсула Лешли-Ющенко-Красногорского:

1) однокамерная;

2) двухкамерная;

3) трехкамерная;

4) четырехкамерная;

5) пятикамерная.

24. Капсулу Лешли-Ющенко-Красногорского используют при заборе слюны из (слюнных желез):

1) околоушных;

2) околоушных и поднижнечелюстных;

3) поднижнечелюстных;

4) подъязычных;

5) малых.

25. Сиалометрию малых слюнных желез проводят при помощи:

1) канюли;

2) капсулы;

3) отсасывания шприцем;

4) взвешивания ватных тампонов;

5) визуально.

26. Для заполнения протоков неизмененной околоушной слюнной железы контрастного вещества требуется (мл):

1) 1-2;

2) 3-4;

3) 5-6;

4) 6-7;

5) 7-8.

27. Дефект заполнения паренхимы слюнной железы на сиалограмме выглядит как:

1) пятно контрастного вещества с четкими контурами;

2) пятно контрастного вещества без четких контуров;

3) участок паренхимы с отсутствием контрастирования;

4) выход контрастного вещества за пределы протоков;

5) множественные сиалоэктазии.

28. При подозрении на наличие камня в поднижнечелюс-тной слюнной железе в первую очередь проводят:

1) компьютерную томографию;

2) магнитно-резонансную томографию;

3) рентгенологическое исследование в 2-х проекциях;

4) цитологическое исследование секрета;

5) гистологическое исследование.

29. Для цитологического исследования каплю секрета слюнной железы окрашивают по:

1) Цилю-Нильсену;

2) Романовскому-Гимзе;

3) способу Меллера;

4) Нейссеру;

5) Грамму.

30. При цитологическом исследовании протокового секрета слюнных желез в норме определяются:

1) единичные клетки плоского и цилиндрического эпителия, бесклеточный детрит;

2) клетки плоского эпителия, нейтрофильные лейкоциты и лимфоциты;

3) пласты клеток плоского и цилиндрического эпителия, бокаловидные клетки;

4) обилие плоского, цилиндрического, кубического эпителия, бокаловидных клеток, нейтрофилов в стадии дегенерации;

5) скопления лимфоидных элементов и бокаловидных клеток.

31. Цитологическая картина смешанной слюны при болезни Шегрена характеризуется:

1) появлением бокаловидных клеток;

2) скудностью клеточных элементов;

3) появлением голых ядер;

4) увеличением клеток глубоких слоев эпителия (интермедиального типа);

5) появлением атипичных клеток.

32. Йодолипол - это:

1) водорастворимое контрастное вещество;

2) жирорастворимое контрастное вещество;

3) стимулятор слюноотделения;

4) радиофармпрепарат;

5) М-холиноблокатор.

33. При проведении сиалографии рекомендуется использовать:

1) омнипак-180;

2) омнипак-240;

3) омнипак-300;

4) омнипак-350;

5) все препараты.

34. Международное название омнипака:

1) билигност;

2) ультравист;

3) билимин;

4) йогексол;

5) пропилйодон.

35. При выполнении сиалографии жирорастворимыми контрастными препаратами возможны следующие осложнения:

1) травма протока с выходом контраста в паренхиму;

2) длительная задержка контрастного вещества в протоках и паренхиме;

3) развитие клеточной реакции с участием лимфоцитов и гистиоцитов и дальнейшим перидуктальным фиброзом;

4) образование гранулем инородных тел с многоядерными гигантскими клетками.

36. Ширина околоушного протока в норме (мм):

1) 1-2;

2) 2-3;

3) 4-5;

4) 6-7;

5) 8-9.

37. В клинически выраженной стадии болезни Шегре-на на сиалограмме кистозные полости имеют следующий размер (мм):

1) до 1;

2) 1-5;

3) 5-10;

4) 10-15;

5) 15-20.

38. При проведении функциональной дигитальной суб-тракционной сиалографии в протоки железы вводит:

1) жирорастворимое контрастное вещество;

2) водорастворимое контрастное вещество;

3) радиоактивный Тс;

4) радиоактивный I;

5) радиоактивный Ga.

39. При радиосиалографическом исследовании пациенту натощак внутривенно вводят:

1) жирорастворимое контрастное вещество;

2) водорастворимое контрастное вещество;

3) радиоактивный Тс;

4) радиоактивный I;

5) радиоактивный Ga.

40. Эвакуация водорастворимого контрастного вещества из паренхимы и протоков непораженных околоушных слюнных желез составляет:

1) 40-50 с;

2) 1-2 мин;

3) 3-4 мин;

4) 5-6 мин;

5) 7-8 мин.

41. К врожденным заболеваниям слюнных желез относятся все ниже перечисленные, кроме:

1) агенезия желез,

2) слюнно-каменная болезнь,

3) гипоплазия желез,

4) эктопия желез,

5) добавочные железы.

42. Сиаладенит может быть:

1) первичным,

2) вторичным,

3) третичным,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

43. Острый сиаладенит может быть:

1) серозным,

2) гнойным,

3) гангренозным,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

44. Для синдрома Микулича характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) массивные лимфоцитарные инфильтраты,

2) атрофия паренхиматозные элементов железы,

3) гипертрофия паренхиматозных элементов железы,

4) расширение протоков и застой слюны,

5) заполнение просвета протоков пролиферирующими эпителиальными клетками с формированием эпителиальных островков с миоэпителиальными клетками на периферии.

45. Образование слюнных камней может быть связано с:

1) дискинезией протоков,

2) воспалением протоков,

3) застоем слюны,

4) повышением вязкости слюны,

5) верно все выше перечисленное.

46. Кисты слюнных желез наиболее часто развиваются в:

1) больших слюнных железах,

2) малых слюнных железах,

3) добавочных слюнных железах,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

47. Полость кисты слюнной железы может быть выстлана:

1) кубическим эпителием,

2) многослойным плоским эпителием,

3) переходным эпителием,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

48. Слюнная киста на дне полости рта называется:

1) ранула,

2) мукоцеле,

3) варикоцеле,

4) аденома,

5) лимфома.

49. К врожденных заболеваниям протоков слюнных желез относится все ниже перечисленные, кроме:

1) атрезия протоков,

2) эктазия протоков,

3) опухоли протоков,

4) аномальное ветвление протоков,

5) дефекты стенок протоков с образованием врожденных фистул.

50. По течению сиаладенит может быть:

1) острый,

2) подострый,

3) хронический,

4) верно а и в,

5) верно а, б и в.

51. Хронический сиаладенит, как правило, бывает:

1) межуточный продуктивный,

2) фиброзный,

3) гипертрофический,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

52. Исходом хронического сиаладенита может быть:

1) склероз железы,

2) атрофия ацинарных отделов,

3) липоматоз стромы,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

53. При хроническом течении слюнно-каменной болезни развивается:

1) эктопия железы,

2) синдром Микулича,

3) склероз железы,

4) выздоровление,

5) добавочные железы.

54. Причиной образования кисты слюнной железы может быть:

1) травма железы,

2) воспаление протоков,

3) эктопия железы,

4) верно а и б.

5) верно а, б и в.

55. Для болезни Микулича характерно:

1) поражение слюнных желез,

2) поражение слезных желез,

3) заболевание лимфоидной ткани,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

56. Для синдрома Хейерфорда характерно:

1) эпителиоидные гранулемы с гигантскими клетками,

2) пролиферация эпителия слюнных протоков,

3) массивные лимфоцитарные инфильтраты,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

57. К приобретенным заболеваниям слюнных желез относятся все ниже перечисленные, кроме:

1) агенезия желез,

2) сиалоаденит,

3) слюнокаменная болезнь,

4) кисты желез,

5) опухоли желез.

58. Развитие сиаладенита может быть связано с:

1) вирусной инфекцией,

2) бактериальной инфекцией,

3) отравлениями солями тяжелых металлов,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

59. Для синдрома Шегрена характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) атрофия ацинусов,

2) выраженная лимфоцитарная инфильтрация,

3) изменения венул,

4) пролиферация эпителия выводных протоков,

5) изменения артериол.

60. При слюнно-каменной болезни наиболее часто поражаются:

1) подчелюстная железа,

2) околоушная железа,

3) подъязычная железа,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

61. При обтурации протока слюнной железы камнем в протоке развивается:

1) сиалодохит,

2) аденома,

3) карцинома,

4) атрезия,

5) эктазия.

62. Кисты слюнных желез по своему генезу относятся к:

1) травматическим,

2) ретенционным,

3) некротическим,

4) гипертрофическим,

5) атрофическим.

63. Кисту с мукоидным содержимым называют:

1) мукоцеле,

2) варикоцеле,

3) дермоидная киста,

4) тератома,

5) миксома.

64. Осложнением гнойного сиаладенита может быть:

1) абсцесс дна полости рта,

2) флегмона дна полости рта,

3) кариес,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

65. Наиболее частой доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

1) плеоморфная аденома,

2) плоскоклеточная папиллома,

3) переходно-клеточная папиллома,

4) мономорфная аденома,

5) мукоэпидермоидная опухоль.

66. Вариантами мономоформной аденомы являются все ниже перечисленные, кроме:

1) тубулярная аденома,

2) трабекулярная аденома,

3) базальноклеточная аденома,

4) альвеолярная аденома,

5) папиллярная цистаденома.

67. Для мукоэпидермоидной опухоли характерно:

1) дифференцировка клеток в эпидермоидные,

2) дифференцировка клеток в слизеообразующие,

3) дифференцировка клеток в мышечные,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

68. Для полиморфной аденомы характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) эпителиальные структуры,

2) костные структуры,

3) очаги мукоидного характера,

4) очаги миксоидного характера,

5) очаги хондроидного характера.

69. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

1) околоушных слюнных желез

2) подъязычных слюнных желез

3) поднижнечелюстных слюнных желез

4) малых слюнных желез

5) верно 1) и 2)

70. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:

1) щек

2) верхней губы

3) нижней губы

4) кончика языка

5) нижней поверхности языка

71. Ретенционные кисты Блан-дин-Нунна расположены на слизистой оболочке:

1) щек

2) верхней губы

3) нижней губы

4) мягкого неба

5) нижней поверхности языка

72. Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:

1) дна рта

2) щек

3) верхней губы

4) нижней губы

5) кончика языка

73. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез:

1) физиотерапевтический

2) склерозирующая терапия

3) криотерапия

4) хирургический

5) верно 1) и 2)

74. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:

1) цистотомия

2) цистэктомия

3) цистаденэктомия

4) криотерапия

5) склерозирование

75. Наиболее часто возникают рецидивы после удаления ретенционных кист малых слюнных желез:

1) слизистой оболочки верхней губы

2) слизистой оболочки нижней губы

3) железы Блан-дин-Нунна

4) слизистой оболочки щек

5) слизистой оболочки мягкого и твердого неба

76. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:

1) клинический

2) контрастная рентгенография

3) эхография

4) пункция

5) томография

77. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

1) подъязычных

2) поднижнечелюстных

3) околоушных

4) малых слизистой оболочки полости рта

5) верно 1) и 2)

78. Комбинированный метод лечения рекомендуется при:

1) аденолимфоме

2) плеоморфной аденоме

3) мукоэпидермоидной опухоли

4) ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы

5) верно 1) и 2)

79. Комбинированный метод лечения новообразований:

1) хирургический + физиотерапевтический

2) криотерапия + хирургический

3) склерозирующая терапия + хирургический

4) лучевая терапия + хирургический

5) хирургический + лекарственная терапия

80. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

1) поднижнечелюстной

2) Околоушной

3) подъязычной

4) малой слизистой оболочки щеки

5) верно 1) и 3)

81. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

1) томографии

2) контрастной рентегнографии

3) открытой хирургической биопсии

4) пункционой биопсии

5) морфологического исследования послеоперационного материала

82. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

1) удовлетворительное общее состояние ребенка

2) характерная консистенция железы

3) выделение гноя из устья выводного протока

4) поражение одной железы

5) поражение обеих желез

83. Слюннокамениая болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:

1) малые

2) околоушные

3) подъязычные

4) поднижнечелюстные

5) верно 2) и 4)

84. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:

1) хроническом рецидивирующем паротите

2) остром эпидемическом паротите

3) калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез

4) паротите новорожденных

5) верно 1) и 3)

85. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:

1) острого эпидемического

2) хронического рецидивирующего вне обострения

3) хронического рецидивирующего в стадии обострения

4) новорожденных

5) верно 1), 2) и 3)

86. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

1) околоушных слюнных желез

2) подъязычных слюнных желез

3) поднижнечелюстных слюнных желез

4) малых слюнных желез

5) верно 1) и 2)

87. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:

1) щек

2) верхней губы

3) нижней губы

4) кончика языка

5) нижней поверхности языка

88. Ретенционные кисты Блан-дин-Нунна расположены на слизистой оболочке:

1) щек

2) верхней губы

3) нижней губы

4) мягкого неба

5) нижней поверхности языка

89. Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:

1) дна рта

2) щек

3) верхней губы

4) нижней губы

5) кончика языка

90. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез:

1) физиотерапевтический

2) склерозирующая терапия

3) криотерапия

4) хирургический

5) верно 1) и 2)

91. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:

1) цистотомия

2) цистэктомия

3) цистаденэктомия

4) криотерапия

5) склерозирование

92. Наиболее часто возникают рецидивы после удаления ретенционных кист малых слюнных желез:

1) слизистой оболочки верхней губы

2) слизистой оболочки нижней губы

3) железы Блан-дин-Нунна

4) слизистой оболочки щек

5) слизистой оболочки мягкого и твердого неба

93. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:

1) клинический

2) контрастная рентгенография

3) эхография

4) пункция

5) томография

94. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

1) подъязычных

2) поднижнечелюстных

3) околоушных

4) малых слизистой оболочки полости рта

5) верно 1) и 2)

95. Комбинированный метод лечения рекомендуется при:

1) аденолимфоме

2) плеоморфной аденоме

3) мукоэпидермоидной опухоли

4) ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы

5) верно 1) и 2)

96. Комбинированный метод лечения новообразований:

1) хирургический + физиотерапевтический

2) криотерапия + хирургический

3) склерозирующая терапия + хирургический

4) лучевая терапия + хирургический

5) хирургический + лекарственная терапия

97. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

1) поднижнечелюстной

2) Околоушной

3) подъязычной

4) малой слизистой оболочки щеки

5) верно 1) и 3)

98. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

1) томографии

2) контрастной рентегнографии

3) открытой хирургической биопсии

4) пункционой биопсии

5) морфологического исследования послеоперационного материала

99. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

1) удовлетворительное общее состояние ребенка

2) характерная консистенция железы

3) выделение гноя из устья выводного протока

4) поражение одной железы

5) поражение обеих желез

100. Слюннокамениая болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:

1) малые

2) околоушные

3) подъязычные

4) поднижнечелюстные

5) верно 2) и 4)

101. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:

1) хроническом рецидивирующем паротите

2) остром эпидемическом паротите

3) калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез

4) паротите новорожденных

5) верно 1) и 3)

102. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:

1) острого эпидемического

2) хронического рецидивирующего вне обострения

3) хронического рецидивирующего в стадии обострения

4) новорожденных

5) верно 1), 2) и 3)

103. По течению сиаладенит может быть:

1) острый,

2) подострый,

3) хронический,

4) верно а и в,

5) верно а, б и в.

104. Хронический сиаладенит, как правило, бывает:

1) межуточный продуктивный,

2) фиброзный,

3) гипертрофический,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

105. Исходом хронического сиаладенита может быть:

1) склероз железы,

2) атрофия ацинарных отделов,

3) липоматоз стромы,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

106. При хроническом течении слюнно-каменной болезни развивается:

1) эктопия железы,

2) синдром Микулича,

3) склероз железы,

4) выздоровление,

5) добавочные железы.

107. Причиной образования кисты слюнной железы может быть:

1) травма железы,

2) воспаление протоков,

3) эктопия железы,

4) верно а и б.

5) верно а, б и в.

108. Для болезни Микулича характерно:

1) поражение слюнных желез,

2) поражение слезных желез,

3) заболевание лимфоидной ткани,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

109. Для синдрома Хейерфорда характерно:

1) эпителиоидные гранулемы с гигантскими клетками,

2) пролиферация эпителия слюнных протоков,

3) массивные лимфоцитарные инфильтраты,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

110. К приобретенным заболеваниям слюнных желез относятся все ниже перечисленные, кроме:

1) агенезия желез,

2) сиалоаденит,

3) слюнокаменная болезнь,

4) кисты желез,

5) опухоли желез.

111. Развитие сиаладенита может быть связано с:

1) вирусной инфекцией,

2) бактериальной инфекцией,

3) отравлениями солями тяжелых металлов,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

112. Для синдрома Шегрена характерно все ниже перечисленное, кроме:

1) атрофия ацинусов,

2) выраженная лимфоцитарная инфильтрация,

3) изменения венул,

4) пролиферация эпителия выводных протоков,

5) изменения артериол.

113. При слюнно-каменной болезни наиболее часто поражаются:

1) подчелюстная железа,

2) околоушная железа,

3) подъязычная железа,

4) верно а и б,

5) верно а, б и в.

114. Как изменяются на сиалограммах выводные протоки околоушной железы при озлокачествлен­ной плеоморфной аденоме?:

1) протоки расширяются;

2) деформируются;

3) появляется фрагментация протоков;

4) протоки не изменяются.

115. Как изменяется паренхима железы на сиалограмме при наличии у больного озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

1) не изменяется;

2) появляются в паренхиме очаги скопления рентгено-контрастного вещества;

3) наблюдается сужение всех выводных протоков,ацинусы не заполняются рентгеноконтрастным ве­ществом.

116. Наблюдается ли ретенция контраста при сиалографии околоушной железы больного с озлокачест­вленной плеоморфной аденомой?:

1) нет, не наблюдается;

2) наблюдается, но очень редко;  
3) наблюдается почти всегда.

117. Как изменяется функция околоушной железы при возникновении в ней озлокачествленной плео­морфной аденомы?:

1) не изменяется;

2) усиливается;  
3) снижается.

118. Какой метод является решающим при установ­лении диагноза озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

1) анамнез заболевания;

2) данные клинического обследования (осмотр, паль­пация);

3) сиалография;

4) гистологическое исследование;

5) рентгенографическое исследование;

6) компьютерная томография;

7) ультразвуковое обследование.

119. Как изменяется размер лимфангиомы слюнной железы при физическом напряжении и наклоне го­ловы?:

1) не изменяется;

2) уменьшается;

3) увеличивается.

120. Если лимфангиому слюнной железы сжать ру­кой, то ее размеры:

1) уменьшаться;

2) увеличатся;  
3) не изменятся.

121. Липома слюнных желез построена из жировых долек:

1) правильной формы и одинаковых размеров;

2) правильной формы и неодинаковых размеров;

3) неправильной формы и одинаковых размеров;  
4) неправильной формы и неодинаковых размеров.

122. Липома, расположенная в толще слюнной же­лезы:

1) не имеет четких границ;

2) имеет собственную капсулу;

3) может быть с собственной капсулой и без нее.

123. Липома, расположенная под капсулой слюнной железы:

1) не имеет четких границ;

2) имеет собственную капсулу;

3) может быть с собственной капсулой и без нее.

124. При невриноме лицевого нерва обязателен ли парез мимической мускулатуры лица?:

1) да, обязателен;

2) нет, не обязателен.

125. При росте невриномы лицевого нерва сопро­вождается ли ее увеличение болью?:

1) нет, не сопровождается;

2) сопровождается, но не всегда;

3) всегда сопровождается болью.

126. Может ли встречаться первично злокачест­венная плеоморфная аденома больших слюнных желез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

127. Может ли встречаться озлокачествленная фор­ма плеоморфной аденомы больших слюнных же­лез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

128. Может ли встречаться доброкачественная плео­морфная аденома околоушной железы с мета­стазами, сохраняющими доброкачественную струк­туру?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

129. Может ли встречаться пролиферирующая плео­морфная аденома больших и малых слюнных же­лез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

130. Что указывает на озлокачествление плеоморф­ной аденомы слюнной железы?:

1) медленный рост;

2) болезненное течение;

3) ноющие боли;

4) ускорение роста опухоли;

5) подвижность опухоли.

131. Что указывает на озлокачествление плеоморф­ной аденомы слюнной железы?:

1) медленный рост;

2) болезненное течение;

3) ноющие боли;

4) ограничение подвижности опухоли;

5) подвижность опухоли.

132. Может ли наблюдаться при плеоморфной аде­номе околоушной железы парез мимической муску­латуры лица?:

1) наблюдается часто;

2) не наблюдается;

3) наблюдается при озлокачествлении опухоли.

133. Могут ли вовлекаться в опухолевой процесс, при озлокачествлении плеоморфной аденомы около­ушной железы, окружающие мягкие ткани и кость?:

1) нет, не вовлекаются;  
2) могут вовлекаться.

134. Могут ли быть метастазы в регионарных лимфа­тических узлах при плеоморфной аденоме около­ушной железы?:

1) нет, не могут;  
2) могут быть.

135. Возможен ли разрыв и фрагментация выводных протоков больших слюнных желез, выявляемых насиалограммах, при озлокачествленной плеоморф­ной аденоме околоушной железы?:

1) нет, не наблюдается;

2) наблюдается, но редко;

3) наблюдается почти всегда.

136. Как изменяются на сиалограммах выводные протоки околоушной железы при озлокачествлен­ной плеоморфной аденоме?:

1) протоки расширяются;

2) деформируются;

3) появляется фрагментация протоков;

4) протоки не изменяются.

137. Как изменяется паренхима железы на сиалограмме при наличии у больного озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

1) не изменяется;

2) появляются в паренхиме очаги скопления рентгено-контрастного вещества;

3) наблюдается сужение всех выводных протоков,ацинусы не заполняются рентгеноконтрастным ве­ществом.

138. Наблюдается ли ретенция контраста при сиалографии околоушной железы больного с озлокачест­вленной плеоморфной аденомой?:

1) нет, не наблюдается;

2) наблюдается, но очень редко;  
3) наблюдается почти всегда.

139. Как изменяется функция околоушной железы при возникновении в ней озлокачествленной плео­морфной аденомы?:

1) не изменяется;

2) усиливается;  
3) снижается.

140. Какой метод является решающим при установ­лении диагноза озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:

1) анамнез заболевания;

2) данные клинического обследования (осмотр, паль­пация);

3) сиалография;

4) гистологическое исследование;

5) рентгенографическое исследование;

6) компьютерная томография;

7) ультразвуковое обследование.

141. Синоним мукоэпидермоидной опухоли:

1) ацинозноклеточная опухоль;

2) аденокистозная карцинома;

3) слизеобразующая эпителиома;

4) карцинома эпидермоидная;

5) аденокарцинома;

6) карцинома в плеоморфной аденоме.

142. Что является источником развития мукоэпидер­моидной опухоли слюнных желез?:

1) эпителий выводных протоков;

2) строма выводных протоков и паренхимы;

3) сосуды, находящиеся в железе;

4) нервы, находящиеся в железе;

5)все ранее перечисленное.

143. Какие различают варианты клинического тече­ния мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез?:

1) доброкачественный;

2) злокачественный;

3) полузлокачественный;

4) доброкачественный и злокачественный;

5) доброкачественный, злокачественный и полузло­качественный.

144. Какая опухоль имеет более злокачественный характер?:

1) высокодифференцированная;

2) низкодифференцированная.

145. Мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез может ли сопровождаться болью по мере ее роста?:

1) нет, не сопровождается;

2) может сопровождаться.

146. Может ли мукоэпидермоидная опухоль около­ушной железы вызвать парез мимической мускулатуры лица?:

1) нет, не вызывает;  
2) может вызвать.

147. Может ли мукоэпидермоидная опухоль около­ушной железы метастазировать в регионарные лимфатические узлы?:

1) нет, не может;  
2) может.

148. Склонна ли мукоэпидермоидная опухоль слюн­ной железы к рецидивированию?:

1) нет, не склонна;

2) рецидивы бывают очень редко;  
3)склонна к рецидивам.

149. Карциномы слюнных желез развиваются из:

1) стромы протоков;  
2) эпителия протоков;

3) кровеносных сосудов;

4) лимфатических сосудов;

5) нервных стволов;

6) клетчатки.

150. Не существует следующей карциномы:

1) аденокарциномы;  
2) солидной;

3) эпидермоидной;

4) недифференцированной;

5) в плеоморфной аденоме.

151. Могут ли при карциноме слюнных желез боли иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва?:

1) нет;  
2) да.

152. Наблюдается ли парез мимической мускула­туры лица при карциноме слюнных желез?:

1) нет;  
2) да.

153. Возможен ли некроз опухоли при карциноме слюнных желез?:

1) нет;

2) может быть, но только в ранней стадии;  
3) может быть, но только в поздней стадии;

4) наблюдается на любой стадии развития опухоли.

154. При карциноме слюнных желез метастазы бы­вают в:

1) регионарных лимфоузлах;

2) в различных органах и тканях;

3) метастазов нет.

155. Страдает ли функция слюнной железы при кар­циноме?:

1) нет;

2) увеличивается;  
3) уменьшается.

156. Чем обусловлено угнетение функции слюнной железы при развитии в ней карциномы?:

1) интоксикацией тканей;

2) инфильтрирующим ростом опухоли;

3) скоплением экссудата;

4) ухудшением местного кровообращения.

157.При карциноме слюнных желез наблюдаются следующие изменения на сиалограммах:

1) деформация протоков при сохранении их непрерывности;

2) деформация и фрагментация протоков, скоплениерентгеноконтрастной массы в железе в виде пятен;

3) сужение всех протоков, паренхима железы неопределяется;

4) скопление рентгеноконтрастной массы в паренхимежелезы в виде"гроздьев винограда".

158. Клиническое течение ацинозноклеточной опухоли слюнной  железы сходно:

1) с доброкачественной опухолью;

2) со злокачественной опухолью (карциномой);

3) с кистой;

4) напоминает гемангиому;

5) напоминает лимфангиому.

159. Может ли ацинозноклеточная опухоль метастазировать  в лимфатические узлы?:

1) нет;

2) да.

160. Может ли ацинозноклеточная опухоль метастазировать в легкие?:

1) нет;

2) да.

161. Сиалографическая картина ацинозноклеточной опухоли  слюнной железы соответствует:

1) доброкачественной опухоли;

2) злокачественной опухоли;

3) кисте;

4) гемангиоме.

162. При какой опухоли встречаются «сероциты»?:

1) плеоморфной аденоме;

2) парасиаломе;

3) карциноме;

4) ацинозноклеточной опухоли;

5) мукоэпидермоидной опухоли;

6) аденокистозной карциноме.

163. При лечении злокачественных опухолей слюнных желез:

1) проводится как предоперационная, так и послеоперационная лучевая терапия;

2) проводится только предоперационная лучевая терапия;

3) проводится только послеоперационная лучевая терапия;

4) лучевая терапия не проводится.

164. Какой метод предоперационной подготовки является наиболее эффективным  при лечении злокачественных опухолей слюнных желез?:

1) терморадиотерапия;

2) гамма-терапия;

3) лучевая терапия.

165. На каком этапе паротидэктомии необходимо выделять ствол лицевого  нерва?:

1) в начальном этапе;

2) в середине операции;

3) на конечном этапе.

166. При частичной паротидэктомии:

1) удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренихимой железы отступя от границ  опухоли не менее, чем на 1 см;

2) удаляется наружная доля околоушной железы;

3) удаляется наружная и внутренняя доля околоушной железы

167. При субтотальной паротидэктомии:

1) удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы отступя  от границ опухоли не менее, чем на 1 см;

2) удаляется наружная доля околоушной железы;

3) удаляется наружная и внутренняя доля околоушной железы.

168. При тотальной паротидэктомии:

1) удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы отступя от границ опухоли не менее, чемна 1 см;

2) удаляется наружная доля околоушной железы;

3) удаляется наружная и внутренняя доля околоушнойжелезы.

169. При рецидивирующих опухолях проводят:

1) энуклеацию опухоли;

2) частичную паротидэктомию;

3) субтотальную паротидэктомию;

4) тотальную паротидэктомию.

170. Если доброкачественная опухоль исходит изглубокой доли околоушной железы, то проводят:

1) энуклеацию опухоли;

2) частичную паротидэктомию;

3) субтотальную паротидэктомию;

4) тотальную паротидэктомию.

170. При какой форме злокачественных опухолейможет быть применен метод тотальной

паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой

терапией:

1) аденокарциноме;

2) эпидермоидной карциноме;

3) карциноме в плеоморфной аденоме;

4) аденокистозной карциноме.

171. При какой форме злокачественных опухолейможет быть применен метод тотальной

паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой

терапией?:

1) аденокарциноме;

2) эпидермоидной карциноме;

3) карциноме в плеоморфной аденоме;

4) мукоэпидермоидной опухоли.

172. При какой форме злокачественных опухолейможет быть применен метод тотальной  паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевойтерапией?:

1) аденокарциноме;

2) эпидермоидной карциноме;

3) карциноме в плеоморфной аденоме;

4) ацинозноклеточной опухоли.

173. На какой срок после операции паротидэктомии накладывается  давящая повязка?:

1) 1—2 дня;

2) 2—3 дня;

3) 5—6 дней;

4) 10—12 дней;

5) 14—20дней.

174. Как часто после паротидэктомии возникает временный парез  мимической  мускулатуры любой выраженности?:

1) не возникает;

2) возникает у У3 больных;

3) возникает у половины больных;

4) возникает у 2/3 больных;

5) возникает у всех больных.

175. Зависит ли частота возникновения временного пареза мимической  мускулатуры  лица от возраста больных, оперированных по поводу доброкачественных опухолей  методом паротидэктомии?:

1) не зависит;

2) в пожилом возрасте возникает чаще;

3) в среднем возрасте возникает чаще;

4) в детском возрасте возникает чаще.

176. При паротидэктомии может возникнуть посттравматический неврит лицевого нерва:

1) только всех его ветвей;

2) только отдельных ветвей;

3) как всех, так и отдельных ветвей.

177. Частота и тяжесть повреждения нерва при проведении операции по поводу  удаления  доброкачественных опухолей околоушной железы за­висит:

1) только от вида паротидэктомии;

2) от возраста больных;

3) от объема вмешательства;

4) от вида и объема оперативного вмешательства.

178. При какой паротидэктомии наиболее часто возникает посттравматический неврит лицевого нерва?:

1) частичной;

2) субтотальной;  
3) тотальной.

179. При какой паротидэктомии чаще возникает повреждение всех ветвей лицевого нерва?:

1) частичной;

2) субтотальной;  
3) тотальной.

180. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается отсутствие смыкания век?:

1) височной;  
2) скуловой;

3) щечной;

4) краевой;

5) шейной.

181. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается нарушение движения верхней губы?:

1) височной;

2) скуловой;  
3) щечной;

4) краевой;

5) шейной.

182. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается нарушение движения нижней губы?:

1) височной;

2) скуловой;

3) щечной;  
4) краевой;

5) шейной.

183. Может ли развиться ксерофтальмия при пительном существовании посттравматического неврита скуловой ветви лицевого нерва?:

1) нет;  
2) да.

184. Может ли понижаться зрение при длительном существовании посттравматического неврита скуловой ветви лицевого нерва?:

1) нет;  
2) да.

185. Могут ли возникать кератоконъюктивиты при длительном существовании посттравматического неврита скуловой ветви лицевого нерва?:

1) нет;  
2) да.

186. При послеоперационном неврите скуловой ветви лицевого нерва выздоровление наступает через:

1) 1—2 месяца;  
2) 2—5 месяцев;

3) 1 —2 года;

4) 2—4 года.

187. По мере выздоровления, при посттравмати­ческом неврите скуловой ветви лицевого нерва, какой из симптомов появится первым?:

1) смыкание век при зажмуривании;

2) смыкание век при моргании;

3) появятся оба симптома одновременно.

188. При повреждении какой ветви лицевого нерва наблюдается сглаженность носогубной складки?:

1) височной;

1) скуловой;  
3) щечной;

4) краевой;

5) шейной.

189. При посттравматическом неврите щечной ветви лицевого нерва во время улыбки верхняя губа смещается в:

1) здоровую сторону;

2) больную сторону.

190. Может ли наблюдаться временный парез ми­мической мускулатуры лица из-за ухудшения тро­фики лицевого нерва при проведении паротид­эктомии?:

1) нет;

2) очень редко;  
3) да.

191. При посттравматическом неврите лицевого нерва его клиническая симптоматика появляется:  
1) сразу после проведенной операции;

2) на 2—3 день после операции;

3) через неделю после операции.

192. Временный парез мимической мускулатуры лица, при ухудшении трофики лицевого нерва, возникает:

1) сразу после проведенной операции;  
2) на 2—3 день после операции;

3) через неделю после операции.

193. Временный парез мимической мускулатуры лица, при ухудшении трофики лицевого нерва, длится:

1) 2—3 недели после операции;

2) 1—2 месяца после операции;

3) 2—5 месяцев после операции.

194. При пересечении, какого сосуда нарушается трофика лицевого нерва?:

1) нижнечелюстной артерии;  
2) шилососцевидной артерии;

3) височной артерии;

4) глубокой ушной артерии;

5) лицевой артерии.

195. При повреждении каких нервов наблюдается нарушение чувствительности кожи околоушной области и ушной раковины при проведении паро­тидэктомии?:

1) большого ушного нерва;

2) ушно-височного нерва;

3) заднего ушного нерва;

4) большого ушного и ушно-височного нервов;

5) большого ушного, заднего ушного и ушно-височного нервов.

196. Слюнные свищи чаще наблюдаются при какой паротидэктомии?:

1) частичной;

2) субтотальной;

3) тотальной.

197. При каком виде паротидэктомии слюнные свищи в послеоперационном периоде не возни­кают?:

1) частичной;

2) субтотальной;  
3) тотальной.

198. Какое характерное отличие послеоперацион­ных слюнных свищей от посттравматических?:

1) стойкость;

2) нестойкость.

199. Какое наиболее часто используемое лечение послеоперационных слюнных свищей?:

1) консервативное;

2) хирургическое;

3) комбинированное.

200. «Слюнные опухоли» — это:

1) ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;

2) ограниченное скопление серозной жидкости подкожным лоскутом;

3) ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

201. Серомы — это:

1) ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;

2) ограниченное скопление серозной жидкости подкожным лоскутом;

3) ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

202. «Слюнная опухоль» обнаруживается:

1) на следующий день после операции;

2) в первые два дня после операции;

3) на 7—10 сутки после операции;

4) через 10—20 дней после операции.

203. Серомы обнаруживаются:

1) на следующий день после операции;

2) в первые два дня после операции;

3) на 7—10 сутки после операции;

4) через 10—20 дней после операции.

204. Серомы чаще наблюдаются при какой паротидэктомии?:

1) частичной;

2) субтотальной;

3) тотальной.

205. В каком месте чаще локализуются «слюнныеопухоли» после проведения

паротидэктомии?:

1) у переднего края околоушной железы;

2) в скуловой области;

3) в позадичелюстной области.

206. В каком месте чаще локализуются серомыпосле проведения паротидэктомии?:

1) у переднего края околоушной железы;

2) в скуловой области;

3) в позадичелюстной области.

207. При пункции «слюнной опухоли» получаем:

1) серозную жидкость;

2) слюну;

3) кровь;

4) гной.

208. «Слюнные опухоли» — это:

1) ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;

2) ограниченное скопление серозной жидкости подкожным лоскутом;

3) ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

209. Серомы — это:

1) ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;

2) ограниченное скопление серозной жидкости подкожным лоскутом;

3) ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

210. «Слюнная опухоль» обнаруживается:

1) на следующий день после операции;

2) в первые два дня после операции;

3) на 7—10 сутки после операции;

4) через 10—20 дней после операции.

211. Серомы обнаруживаются:

1) на следующий день после операции;

2) в первые два дня после операции;

3) на 7—10 сутки после операции;

4) через 10—20 дней после операции.

212. Плеоморфная аденома состоит из:

1) железистой ткани;

2) мезенхимоподобных структур;

3) железистой ткани и мезенхимоподобных структур.

213. К мономорфным аденомам не относится:

1) базальноклеточная аденома;

2) оксифильноклеточная аденома;

3) аденолимфома;

4) ацинозноклеточная опухоль;

5) опухоль Уортина.

214. К мономорфным аденомам не относится:

1) базальноклеточная аденома;

2) оксифильноклеточная аденома;

3) аденолимфома;

4) плеоморфная аденома;

5) опухоль Уортина.

215. К мономорфным аденомам не относится:

1) базальноклеточная аденома;

2) оксифильноклеточная аденома;

3) аденолимфома;  
4) парасиалома;

5) опухоль Уортина.

216. Не является синонимом оксифильноклеточной аденомы:

1) онкоцитома;

2) базальноклеточная аденома;

3) онкоцитарная аденома;

4) ацидофильноклеточная аденома.

217. Не является синонимом светлоклеточной аде­номы:

1) гипернефроидная опухоль;

2) паратиреоподобная опухоль;

3) миоэпителиальная аденома;

4) сальноклеточная аденома;  
5) бранхиогенная аденома.

218. Если лимфангиому слюнной железы сжать ру­кой, то ее размеры:

1) уменьшаться;

2) увеличатся;  
3) не изменятся.

219. Липома слюнных желез построена из жировых долек:

1) правильной формы и одинаковых размеров;

2) правильной формы и неодинаковых размеров;

3) неправильной формы и одинаковых размеров;  
4) неправильной формы и неодинаковых размеров.

220. Липома, расположенная в толще слюнной же­лезы:

1) не имеет четких границ;

2) имеет собственную капсулу;

3) может быть с собственной капсулой и без нее.

221. Липома, расположенная под капсулой слюнной железы:

1) не имеет четких границ;

2) имеет собственную капсулу;

3) может быть с собственной капсулой и без нее.

222. При невриноме лицевого нерва обязателен ли парез мимической мускулатуры лица?:

1) да, обязателен;

2) нет, не обязателен.

223. При росте невриномы лицевого нерва сопро­вождается ли ее увеличение болью?:

1) нет, не сопровождается;

2) сопровождается, но не всегда;

3) всегда сопровождается болью.

224. Может ли встречаться первично злокачест­венная плеоморфная аденома больших слюнных желез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

225. Может ли встречаться озлокачествленная фор­ма плеоморфной аденомы больших слюнных же­лез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

226. Может ли встречаться доброкачественная плео­морфная аденома околоушной железы с мета­стазами, сохраняющими доброкачественную струк­туру?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

227. Может ли встречаться пролиферирующая плео­морфная аденома больших и малых слюнных же­лез?:

1) нет, плеоморфная аденома может быть только в  
2) доброкачественной форме;

3) может встречаться.

228. Какая опухоль имеет более злокачественный характер?:

1) высокодифференцированная;

2) низкодифференцированная.

229. Мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез может ли сопровождаться болью по мере ее роста?:

1) нет, не сопровождается;

2) может сопровождаться.

230. Может ли мукоэпидермоидная опухоль около­ушной железы вызвать парез мимической мускулатуры лица?:

1) нет, не вызывает;  
2) может вызвать.

231. Может ли мукоэпидермоидная опухоль около­ушной железы метастазировать в регионарные лимфатические узлы?:

1) нет, не может;  
2) может.

232. В каком месте чаще локализуются серомыпосле проведения паротидэктомии?:

1) у переднего края околоушной железы;

2) в скуловой области;

3) в позадичелюстной области.

233. При пункции «слюнной опухоли» получаем:

1) серозную жидкость;

2) слюну;

3) кровь;

4) гной.

234. При пункции серомы получаем:

1) серозную жидкость;

2) слюну;

3) кровь;

4) гной.

235. Аурикуло-темпоральный синдром наблюдается после:

1) частичной паротидэктомии;

2) субтотальной паротидэктомии;

3) тотальной паротидэктомии;

4) всех видов паротидэктомии.

236. Серомы чаще наблюдаются при какой паротидэктомии?:

1) частичной;

2) субтотальной;

3) тотальной.

237. В каком месте чаще локализуются «слюнныеопухоли» после проведения

паротидэктомии?:

1) у переднего края околоушной железы;

2) в скуловой области;

3) в позадичелюстной области.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикаторы достижения компетенции | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | Инд.УК1.1. Применяет системный подход для разрешения проблемных ситуаций | знать основные информационные источники в стоматологии, методы решения проблемных ситуаций в познавательной и профессиональной деятельности | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-150 |
| уметь применять к конкретному фактическому материалу теоретические знания, необходимые для решения проблемных ситуаций в сфере стоматологии | Задачи 1-35 |
| владеть навыками использования источников информации для решения проблемных ситуаций в области стоматологии | Задачи 1-35 |
| 2 | ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | Инд.ОПК5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний | знать анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-230 |
| уметь осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1- 47 |
| владеть навыками сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1- 47 |
| 3 | ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний | Инд.ПК1.3. Интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями | знать этиологию, патогенез, клинические проявления и методы диагностики заболеваний челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-237 |
| уметь производить осмотр пациента, анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия и др.) | Задачи 1-47 |
| владеть навыками проведения осмотра пациента, интерпретацией и анализом результатов осмотра и обследования пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-47 |
| 4 | ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых | Инд.ПК5.1. Разрабатывает план лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать правила назначения, показания и противопоказания к назначению немедикаментозной терапии, лечебного питания, лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39  Тестовые задания 1-237 |
| уметь составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Задачи 1-47 |
| владеть навыками оценки эффективности и безопасности применения назначенного лечения | Задачи 1-47 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

Методические рекомендации составлены с использованием следующих нормативных документов:

Положения П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №479 от 3.03.2020 г.

Положения П 076.04-2023 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №1410 от 15.06.2023 г.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга (Ртф) обучающегося**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся по дисциплине (модулю) на кафедре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в соответствии с пунктами 6, 8.3, 8.4 положения «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», а также пунктом 7.9 положения «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры» определен следующий порядок формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе) складывается из среднеарифметической суммы баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине, который складывается из оценки за устный ответ, тестирование, письменный контроль и практические навыки (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии) (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* оценки за итоговую работу, представленную в виде защиты истории болезни (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)

**4.2. Порядок расчета текущего стандартизированного рейтинга**

4.2.1. При отсутствии пропусков по лекциям и практическим занятиям текущий стандартизированный рейтинг с целью стандартизации значений текущего фактического рейтинга вычисляется по следующей формуле:

**Ртс = (Ртф\*70) / 5**

где,

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг** (**0-70 баллов)**

**Ртф – текущий фактический рейтинг (0-5 баллов)**

4.2.2. При наличии у обучающегося пропусков по лекциям и/или практическим занятиям по неуважительной причине от текущего стандартизированного рейтинга, рассчитанного согласно пункту 4.2.1 вычитывается по 3 балла за каждое пропущенное практическое занятие и по 1 баллу за каждую пропущенную лекцию.

4.2.3. При пропуске лекций/практических занятий по уважительной причине, студенту дается 2 недели на отработку пропуска и по окончании этого срока будет производиться расчет Ртс согласно пункту 4.2.2.

**4.3. Порядок расчета бонусного рейтинга**

Бонусный рейтинг рассчитывается отдельно после подсчета текущего стандартизированного рейтинга и определяется в диапазоне от 0 до 5 баллов.

|  |  |
| --- | --- |
| Вид деятельности | Бонусные баллы |
| Посещение всех занятий и лекций | 2 |
| Участие в олимпиаде:  1-е место  2-е место  3-е место  участие | 3  2  2  1 |

**4.4. Порядок расчета зачетного / экзаменационного рейтинга**

4.4.1. Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

* Промежуточная аттестация проводится в форме зачета / экзамена.
* Зачет проходит в форме тестирования в информационной системе ОрГМУ / по зачетным билетам.
* Экзамен проходит по экзаменационным билетам.
* К промежуточной аттестации допускаются студенты, имеющие значение текущего стандартизированного и бонусного рейтинга 35 баллов и более.
* Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (в виде тестирования) и выражается в процентах от 71 до 100 в зависимости от результата тестирования. Результат тестирования менее 71% считается неудовлетворительным и у студента формируется академическая задолженность.

Правила перевода результатов зачетного тестирования по дисциплине в баллы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** |
| 71 | 15 | 81 | 20 | 91 | 25 |
| 72 | 15,5 | 82 | 20,5 | 92 | 25,5 |
| 73 | 16 | 83 | 21 | 93 | 26 |
| 74 | 16,5 | 84 | 21,5 | 94 | 26,5 |
| 75 | 17 | 85 | 22 | 95 | 27 |
| 76 | 17,5 | 86 | 22,5 | 96 | 27,5 |
| 77 | 18 | 87 | 23 | 97 | 28 |
| 78 | 18,5 | 88 | 23,5 | 98 | 28,5 |
| 79 | 19 | 89 | 24 | 99 | 29 |
| 80 | 19,5 | 90 | 24,5 | 100 | 30 |

* Зачетный / экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (по билетам) и выражается в баллах от 0 до 30.

Правила перевода зачетного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Зачетный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен, дифференцированный зачет** | **Зачет** |
| 26-30 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 21-25 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 15-20 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| Менее 15 баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

4.4.2. Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного / экзаменационного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

4.4.4. В случае неявки на зачет / экзамен, а также получения обучающимся зачетного / экзаменационного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг в этом случае не рассчитывается.

**4.5. Порядок расчета дисциплинарного рейтинга обучающегося**

После успешной сдачи промежуточной аттестации производится расчет дисциплинарного рейтинга (Рд) по следующей формуле:

**Рд = Ртс + Б + Рзс/Рэ**

где,

Рд **–** дисциплинарный рейтинг (максимально 105 баллов)

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг (35-70 баллов)**

**Б – бонусные баллы (0-5 баллов)**

Рзс –зачетный стандартизированный рейтинг (15-30 баллов)

Рэ – экзаменационный рейтинг (15-30 баллов)

**Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в итоговую оценку по дисциплине**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен** | **Зачет** |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |