

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
МОРФОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Направление подготовки (специальность): **31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ**

Кафедра: **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Морфология заболеваний органов ротовой полости» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Морфология заболеваний органов ротовой полости». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тестовые задания	Тестовые задания с выбором одного и несколько правильных ответов	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Ситуационные задачи, у вопросов указано количество ответов	Перечень ситуационных задач

Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Тестовые задания	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
4	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
5	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

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

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ОПК-9 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	текущий	<p>Раздел 1 Кариес. Флюороз. Клиновидные дефекты. Патологическая стираемость зубов. Воспалительные заболевания зубочелюстной системы: пульпит.</p> <p>Раздел 2 Воспалительные заболевания зубо-челюстной системы: пульпит, периодонтит, гингивит, пародонтит, периостит, остеомиелит, стоматит, сиалоаденит. Кисты челюстных костей. Пародонтоз.</p> <p>Раздел 3 Одонтогенная инфекция и одонтогенный сепсис.</p> <p>Раздел 4 Предопухолевые и опухолевые заболевания слизистых оболочек полости рта, губ, языка (лейкоплакия, дисплазия, рак). Одонтогенные опухоли. Эпулид (эпулис). Опухоли слюнных желез.</p>	Тестовые задания, ситуационные задачи

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме *контрольной работы, включающей тестовые задания с выбором одного или нескольких правильных ответов и ситуационных задач.*

Оценочные средства для текущего контроля.

(примерные темы для дискуссий, примерные темы рефератов и т.д.)

(преподавателем указываются все виды заданий для проведения текущего контроля, если это предусмотрено в РПД, по форме, приведенной ниже в качестве примера. Текущий контроль проводится в разрезе оценки компетенций, предусмотренных в РПД, а не тем или разделов дисциплины)

4.1. Задачи для оценки компетенции «ОПК9» (*указать код компетенции*):

<http://eos.pimunn.ru/specialities/specialty/200/disciplines/3885/education-materials>

4.2. Задания (оценочные средства), выносимые на экзамен/зачет

Приводится полный пакет экзаменационных заданий/задач («ОПК9» код компетенции):

БОЛЕЗНИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

1. При профилактических осмотрах в школах г. Нижнего Новгорода у учеников 5-х классов в значительном проценте обнаружен кариес зубов на разных стадиях. Известно, что в Нижегородском регионе высокая частота кариеса у населения.

1. Дайте определение кариеса зубов.
2. Какие местные факторы способствуют развитию кариеса зубов?
3. Какие общие факторы способствуют развитию кариеса зубов?

4. Назовите основные существенные моменты патогенеза кариеса зубов (как и в какой последовательности происходят изменения твердых тканей зуба).
 5. Чем опасен кариес зубов?
 6. Почему в Нижегородском регионе высокая частота кариеса у населения?
2. При профилактическом осмотре полости рта у ребенка 12-ти лет обнаружено непрозрачное белое пятно на жевательной поверхности зуба 36. При зондировании эмаль в области пятна гладкая. Поставлен диагноз кариеса, назначены лечебные мероприятия согласно выявленной патологии.
1. Укажите стадию кариеса зуба у ребенка.
 2. Подробно опишите микроскопические (гистологические) изменения твердых тканей зуба в эту стадию кариеса.
 3. Назовите возможное дальнейшее развитие изменений твердых тканей зуба у ребенка без лечения.
 4. Что такое реминерализация при кариесе зубов и как она происходит?
 5. Чем опасен кариес зубов?
 6. По каким основным параметрам принято классифицировать кариес зубов?
3. При профилактическом осмотре полости рта у ребенка 10-ти лет обнаружены изменения зуба 36, которые расценили как поверхностный кариес. Проведены лечебные мероприятия согласно выявленной патологии.
1. Опишите макроскопическую картину поверхностного кариеса зубов.
 2. Опишите микроскопические (гистологические) изменения твердых тканей зуба в эту стадию.
 3. Назовите возможный дальнейший путь развития описанной патологии зуба без лечения.
 4. Какие зубы поражаются кариесом чаще?
 5. Какие зоны (части) зуба поражаются кариесом чаще?
 6. Почему кариес зубов нужно выявлять и лечить на ранних стадиях?
4. У больного, пришедшего в стоматологический кабинет, определяется нарушение целостности коронки зуба 47 в виде полости. Пациент предъявляет жалобы на болевые ощущения при приеме горячей и холодной пищи, однако боль проходит после прекращения контакта с раздражителем. Поставлен диагноз средний кариес, начато лечение.
1. Опишите макроскопическую картину среднего кариеса.
 2. Назовите микроскопические (гистологические) изменения в дне кариозной полости при среднем кариесе.
 3. Какие стадии предшествуют среднему кариесу зуба?
 4. Как вы представляете развитие среднего кариеса (какие изменения твердых тканей зуба и в какой последовательности происходят при развитии среднего кариеса зубов)?
 5. Какие лечебные мероприятия показаны больному при среднем кариесе?
 6. Назовите дальнейший путь развития среднего кариеса без лечения.
5. В зубной кабинет поликлиники обратился больной с жалобой на болезненность в области зуба нижней челюсти, возникающую при приеме пищи. При осмотре обнаружена глубокая кариозная полость, дно ее размягчено, болезненно. Поставлен диагноз глубокий кариес, начато лечение.
1. Опишите макроскопический вид кариозной полости зуба.
 2. Какие зоны дна кариозной полости выделяют при глубоком кариесе?
 3. Что такое прозрачный (реминерализованный) дентин, как он образуется?
 4. Что такое вторичный (заместительный) дентин, как он образуется?
 5. Какие реактивные изменения в пульпе зуба могут быть при глубоком кариесе?
 6. Назовите осложнение (последствие) глубокого кариеса.

6. Юноша 19-ти лет, проживающий в эндемическом очаге, обратился к стоматологу с жалобами на пятнистую пигментацию эмали зубов. При осмотре на поверхности зубов обнаружены множественные меловые пятна и полоски. Поставлен диагноз флюороз.

1. Дайте определение флюороза.
2. Назовите причину эндемического флюороза.
3. Назовите основной патогенетический момент в развитии флюороза зубов.
4. Какая форма (стадия) флюороза зубов у больного, описанного в задаче?
5. Перечислите микроскопические изменения, происходящие в твердых тканях зубов при флюорозе?
6. Каковы последствия флюороза зубов?

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ. (ПЕРИОДОНТИТ, ПУЛЬПИТ, ГИНГИВИТ)

1. Больной обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на острую боль в области нижней челюсти справа, которая появилась накануне вечером и резко усилилась ночью. При осмотре зуба 45 обнаружена большая кариозная полость. Поставлен диагноз острый пульпит.

1. Какой, видимо, морфологический вариант пульпита у больного, описанного в задаче? Почему вы так думаете?
2. Опишите подробно морфологические (микроскопические) изменения пульпы при таком варианте пульпита.
3. Как вы понимаете патогенез развития острого пульпита?
4. Какова максимальная продолжительность острого пульпита?
5. Назовите возможные исходы острого пульпита без лечения.
6. Какое осложнение пульпита могло развиться у больного, описанного в задаче?

2. В стоматологическую поликлинику обратился больной с острой болью в области нижней челюсти слева. Боль возникает приступообразно, отдает в ухо. Ночью боль была особенно сильной. При осмотре полости рта обнаружена глубокая кариозная полость 46 зуба. Поставлен диагноз острый пульпит.

1. Дайте определение пульпита.
2. Перечислите морфологические варианты острых пульпитов.
3. Какой видимо морфологический вариант острого пульпита у больного? Почему вы так думаете?
4. Опишите подробно морфологические изменения при нем.
5. Опишите морфологические изменения пульпы при других морфологических вариантах острого пульпита.
6. Почему опасно не лечить острый пульпит?

3. Больной с глубокой кариозной полостью зуба 47 и клиникой острого пульпита обратился за медицинской помощью через несколько суток после начала болевых ощущений, когда резкие болевые ощущения практически стихли. Больной зуб был депульпирован стоматологом. Пульпа имела серо-черный цвет, неприятный запах.

1. С каким морфологическим вариантом острого пульпита больной обратился к стоматологу?
2. Почему при этом варианте пульпита пульпа имеет черный цвет?
3. Как вы можете объяснить патогенез образования этого пигмента?
4. Назовите этиологический фактор, вызвавший пульпит в данном случае. Какая патология зуба 47 предшествовала развитию пульпита?
5. Перечислите все последовательно развивавшиеся морфологические изменения пульпы у больного, описанного в задаче.
6. Объясните почему у больного, описанного в задаче, сначала были сильные болевые ощущения? Объясните почему потом болевые ощущения стихли?

4. У больной отмечается самопроизвольная боль средней интенсивности в области нижней челюсти справа, не зависящая от времени суток, усиливающаяся от химических и термических раздражителей. При осмотре полости рта в коронке зуба 35 обнаружена кариозная полость, в ней, так называемый, полип пульпы. Поставлен диагноз хронический пульпит.

1. Назовите вариант хронического пульпита у больной.
2. Какой морфологический вид воспаления имеется при нем?
3. Опишите подробно морфологические изменения пульпы при таком варианте пульпита.
4. Что такое полип пульпы?
5. Назовите возможное осложнение пульпита?
6. Почему опасно не лечить пульпит у стоматолога?

5. У мужчины 40-ка лет с глубокой кариозной полостью зуба 47. Внезапно возникли сильные боли, развился отек окружающих мягких тканей десны и щеки (флюс). Стоматолог поставил диагноз острый периодонтит.

1. Дайте определение периодонтита.
2. Назовите основные причины развития периодонтита.
3. Уточните возможные пути проникновения инфекции в периодонт. Каков путь проникновения инфекции у больного, описанного в задаче?
4. Какие виды периодонтитов выделяют по локализации?
5. Укажите наиболее частую локализацию периодонтита.
6. Перечислите морфологические варианты острых периодонтитов.
7. Назовите исходы острого периодонтита.

6. Больной обратился с жалобами на острую пульсирующую боль в области зуба 35. Зуб как бы вырос, смыкание челюстей вызывает усиление боли. При осмотре выраженный отек десны и мягких тканей щеки. Коронка зуба 35 значительно разрушена. Поставлен диагноз острый периодонтит.

1. Дайте определение периодонтита.
2. Назовите морфологические варианты острого периодонтита.
3. Опишите подробно морфологические изменения при них.
4. Как называется изменение мягких тканей ротовой полости, десны, щеки при остром периодонтите? Какие морфологические изменения в них развиваются при этом?
5. Какие осложнения возможны при наличии острого периодонтита?
6. Перечислите исходы острого периодонтита.

7. Больная 35-ти лет осмотрена стоматологом, обнаружена кариозная полость зуба 36, перкуссия зуба болезненна. На рентгенограмме соответственно корню зуба 36 определяется зона разрежения кости альвеолы с ровными четкими краями 0,3 см в диаметре. Поставлен диагноз хронический гранулематозный апикальный периодонтит.

1. Объясните патогенез развития периодонтита у больной.
2. Назовите морфологические варианты хронического гранулематозного периодонтита (гранулемы).
3. Опишите морфологические (микроскопические) изменения при каждом варианте хронического гранулематозного периодонтита (изменение периодонта, цемента, костной ткани альвеолы).
4. Какие изменения кости альвеолы развились у больной, описанной в задаче, согласно рентгенограмме?
5. Назовите исходы хронических периодонтитов?
6. Почему опасно не лечить хронический периодонтит у стоматолога?

8. Больной жалуется на ноющие, периодически обостряющиеся боли в области зуба 11. Перкуссия зуба болезненна. Имеется большая пломба в коронке зуба 11. На рентгенограмме

соответственно околоворхушечной зоне корня зуба характерное разрежение костной ткани альвеолы с неровными краями. Поставлен диагноз хронический гранулирующий периодонтит.

1. Опишите морфологические (микроскопические) изменения периодонта при хроническом гранулирующем периодонтите.
2. Какой морфологический вид воспаления имеет место при хронических периодонтитах?
3. Какие изменения костной ткани лунки зуба были у больного, описанного в задаче, согласно рентгенограмме?
4. Какие изменения цемента и дентина развиваются при хронических периодонтитах?
5. Чем опасен хронический периодонтит, если он даже мало беспокоит больного?
6. Можно ли в данном случае говорить об очаге одонтогенной инфекции и почему?

9. Мужчина 30-ти лет имеет много кариозных зубов, длительное время не наблюдался у стоматолога. Последнее обращение связано с появлением боли в области нижнего моляра. Отмечается припухлость десны около этого зуба и отделение гноя по свищевому ходу. Сделан рентгеновский снимок, высказано мнение о наличии гранулирующего периодонтита с обострением.

1. Назовите морфологические варианты хронических периодонтитов.
2. Опишите подробно гистологическую (микроскопическую) картину хронического гранулирующего периодонтита (изменения периодонта, цемента и дентина, костной ткани альвеолы).
3. Какие морфологические изменения добавляются к картине хронического периодонтита при обострении?
4. Что такое свищ, как он формируется?
5. Перечислите исходы хронического периодонтита.

10. В приемный покой больницы доставлен больной с жалобами на боли в области нижней челюсти, повышение температуры тела 37,8°C. Отмечается припухлость и гиперемия слизистой оболочки по переходной складке в области зубов 45, 46, 47, подвижность зуба 47, боль при перкуссии последнего. Поставлен диагноз обострение хронического периодонтита, острый периостит нижней челюсти справа.

1. Дайте определение периодонтита.
2. Дайте определение периостита.
3. Назовите морфологические изменения, характерные для хронического периодонтита.
4. Какие морфологические изменения периодонта добавились к уже имевшимся в ходе обострения?
5. Объясните связь периодонтита с периоститом.
6. Назовите возможные морфологические изменения надкостницы у больного с диагнозом острый периостит.

11. В зубной кабинет поликлиники обратился больной с жалобами на болезненность, чувство жжения, кровоточивость десен. При осмотре десневые сосочки набухшие, цианотичные. Имеется мощный зубной налет и зубные камни. Начато лечение патологии с обязательным удалением камней.

1. Что такое зубной налет?
2. Что такое зубной камень?
3. Как и где образуется зубной камень?
4. Какая патология десен у больного (ваш диагноз)?
5. Опишите микроскопические (гистологические) изменения десен при этой патологии.
6. Чем опасна такая патология для больного, если ему не будут оказаны лечебные мероприятия?

12. Больной 46-ти лет уже длительное время жалуется на кровоточивость десен. При осмотре полости рта стоматолог обнаружил увеличение и гиперемию десневых сосочков нижней челюсти. Поставлен диагноз хронический гингивит, начато амбулаторное лечение.

1. Дайте определение гингивита?
2. Какие виды хронических гингивитов выделяют, учитывая особенности воспалительных изменений?
3. Опишите микроскопические изменения слизистой оболочки десны при различных видах хронических гингивитов.
4. Перечислите местные факторы, способствующие развитию хронического гингивита.
5. Назовите исходы хронических гингивитов (к развитию какого заболевания может привести хронический гингивит)?

13. В настоящее время вторым по частоте стоматологическим заболеванием считается пародонтит. Более 50% населения старше 30 лет в той или иной степени поражены этим заболеванием, что требует пристального внимания стоматологов, своевременной диагностики и проведения эффективного планового лечения

1. Что такое пародонт (какие структуры объединены в это понятие)?
2. Дайте определение пародонтита.
3. Назовите морфологические изменения, имеющие место при пародонтите.
4. Перечислите степени пародонтита и назовите критерии их определяющие.
5. Каковы последствия пародонтита местного характера?
6. Укажите последствия периодонтита общего характера.

14. У больного тяжелая патология зубочелюстной области. При осмотре полости рта десневые сосочки нижней челюсти набухшие, цианотичные. Надавливание инструментом на десневой край вызывает выделение из-под десны гнойного содержимого. Имеется отложение зубного камня. Проведено рентгенологическое исследование, поставлен диагноз пародонтита.

1. Дайте определение пародонтита.
2. Как вы назовете патологический процесс десен, обнаруженный у больного описанного в задаче?
3. Какое значение он имеет в развитии пародонтита?
4. Что такое патологический зубодесневой карман и как он формируется?
5. Что такое пародонтальный карман и как он формируется?
6. Какие изменения костной ткани альвеолы имеют место при пародонтите?
7. Назовите последствия пародонтита местного характера.

15. К стоматологу обратился больной, длительное время проработавший в северных районах страны. Предъявляет жалобы на расшатывание зубов. При осмотре обнаружено побледнение и атрофия десневого края в области части зубов с обнажением шейки зубов. На рентгенограмме атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти соответственно этим зубам. Поставлен диагноз пародонтоз.

1. Дайте определение пародонтоза.
2. Какова наиболее частая локализация поражений при пародонтозе?
3. Опишите подробно морфологические изменения, характерные для пародонтоза.
4. К каким последствиям приводит пародонтоз?
5. С какими не кариозными заболеваниями твердых тканей зуба часто сочетается?
6. Часто ли встречается пародонтоз?
7. Какова этиология пародонтоза?

16. В хирургическое отделение стоматологической клиники обратилась больная с жалобами на узловое разрастание на десне в области правого премоляра нижней челюсти. Произведено хирургическое удаление патологического очага, материал направлен на гистологическое исследование в патологоанатомическое отделение. Гистологическое заключение эпюлид.

1. Что такое эпюлид?

2. Назовите синонимы эпюлида.
3. Опишите макроскопический вид эпюлида (внешний вид, типичная локализация, особенности основания).
4. Назовите причины его образования.
5. Перечислите варианты эпюлидов, выделяемые по гистологической картине.
6. Часто ли эпюлид встречается в стоматологической практике?
7. Почему необходимо хирургическое удаление эпюлида?

Периостит, кисты челюстей, одонтогенные опухоли

1. В приемный покой ночью поступил больной с жалобами на боли в области зуба 46, боли постоянные, до зуба больно дотрагиваться. Имеются выраженная отечность и гиперемия десны. При пальпации здесь острая боль и флюктуация. Зуб запломбирован, при перкуссии резкая болезненность. Температура тела 37,8°C. Поставлен диагноз острый периостит.

1. Дайте определение периостита.
2. Как вам кажется, какой морфологический вид периостита у больного?
3. Опишите подробно микроскопические (гистологические) изменения надкостницы при таком виде периостита.
4. С какой патологией зуба 46, видимо, связано развитие периостита?
5. Изложите подробно патогенез периостита в таких случаях.
6. Назовите все известные вам морфологические виды периоститов.

2. В отделение челюстно-лицевой хирургии госпитализирован больной. с диагнозом острый гнойный одонтогенный остеомиелит нижней челюсти для активного хирургического лечения. Коронки зубов 36, 37 значительно разрушены. Имеется целый ряд клинических и рентгенологических симптомов, позволивших поставить диагноз остеомиелита.

1. Дайте определение остеомиелита.
2. Как вы понимаете заключение одонтогенный остеомиелит? Опишите его патогенез у данного больного?
3. Назовите основные морфологические изменения при остеомиелите.
4. Что такое секвестр?
5. Что такое секвестральная полость?
6. Почему больному показано оперативное лечение?

3. Больной длительное время страдает остеомиелитом нижней челюсти с наличием свищей и секвестров. Несколько раз был оперирован, производилось удаление секвестров, но полного излечения не наступило. В последнее время в анализе мочи появился белок.

1. Назовите микроскопические (гистологические) изменения, характерные для хронического гнойного остеомиелита.
2. Что такое секвестр, как он образуется?
3. Что такое секвестральная полость?
4. Опишите строение стенки секвестральной полости при хроническом остеомиелите.
5. Что такое свищ?
6. С какой патологией почек видимо связано появление белка в моче у данного больного?

4. Среди операционного и биопсийного материала, поступающего в патологоанатомическое отделение из отделения челюстно-лицевой хирургии областной больницы, часть составляют одонтогенные кисты, среди них встречается радикулярная киста.

1. Дайте определение одонтогенных кист челюстных костей.
2. Как принято классифицировать одонтогенные кисты челюстных костей?
3. Что такое радикулярная киста? Как она образуется (ее патогенез)?
4. Укажите наиболее частую локализацию радикулярной кисты.
5. Опишите микроскопическое (гистологическое) строение радикулярной кисты (стенка, внутренняя выстилка, содержимое).
6. Назовите осложнения, которые может давать радикулярная киста.

7. Какова частота радикулярных кист среди одонтогенных?

5. Больная оперирована по поводу одонтогенной кисты. Удаленную кисту прислали на микроскопическое (гистологическое) исследование в патологоанатомическое отделение больницы. Учитывая клинику, локализацию, морфологические данные, высказано мнение о наличии примордиальной кисты.

1. К какому типу одонтогенных челюстных кист ее нужно относить (к воспалительным или дизонтогенетическим)?
2. Почему в настоящее время ее стали называть кератокистозная опухоль?
3. Опишите главные клиничко-морфологические признаки примордиальной кисты (локализация, стенка, внутренняя выстилка, содержимое).
4. Укажите особенности течения примордиальных кист.
5. Частота встречаемости примордиальной кисты (кератокистозной опухоли) челюстных костей?
6. Какие еще одонтогенные кисты вы знаете?

6. При рентгенографии у больной 32-х лет обнаружено округлое просветление костной ткани нижней челюсти соответственно области правого клыка с включениями элементов зуба. Поставлен диагноз одонтогенная киста, видимо, фолликулярная.

1. Дайте классификацию одонтогенных кист челюстных костей по этиопатогенезу.
2. К каким относится фолликулярная киста?
3. Как вы понимаете патогенез фолликулярной кисты?
4. Опишите клиничко-морфологические признаки фолликулярной кисты (локализация, строение стенки, внутренняя выстилка, содержимое).
5. Часто ли встречается такая киста?
6. Какая одонтогенная киста встречается наиболее часто?

7. Больной 22-х лет поставлен диагноз ревматизм, ревмокардит. С целью выявления очагов скрытой инфекции больная направлена к стоматологу. При осмотре обнаружены кариозные полости нескольких зубов, перкуссия зуба 36 и пальпация прилегающей десны болезненны. На рентгенограмме имеются изменения костной ткани альвеолы. Поставлен диагноз хронический периодонтит в стадии обострения. Начато лечение.

1. Можно ли имеющийся у данной больной хронический периодонтит в стадии обострения рассматривать как очаг одонтогенной инфекции? Почему вы так думаете?
2. Дайте определение одонтогенной инфекции?
3. Какие заболевания гнойно-воспалительного характера зубочелюстной системы можно объединить в это понятие?
4. Назовите гнойно-воспалительные заболевания, которые могут развиваться как осложнение одонтогенной инфекции.
5. Назовите общесоматические заболевания, патогенетически связанные с одонтогенной инфекцией.
6. Чем еще опасно для больной, страдающей ревматизмом, наличие очага одонтогенной инфекции?

8. В стоматологическое отделение областной больницы направлен мужчина 45-ти лет с жалобами на деформацию лицевого скелета. При осмотре и рентгенологическом исследовании выяснилось, что имеется веретенообразное вздутие кости нижней челюсти. Заподозрена опухоль, произведена биопсия. По биопсийному материалу дано гистологическое заключение - амелобластома.

1. Дайте определение амелобластомы?
2. Перечислите основные макроскопические особенности этой опухоли (локализация, вид на разрезе).
3. Назовите основные гистологические (микроскопические) особенности амелобластомы.

4. Укажите особенности роста этой опухоли (темп роста, вид роста по отношению окружающих тканей).
5. Какие еще одонтогенные опухоли вы знаете (зрелые и незрелые, доброкачественные и злокачественные)?
6. Какая одонтогенная опухоль встречается чаще?

Стоматит, предопухолевые процессы, опухоли ротовой полости, слюнных желез.

1. Больной, страдающий много лет гастритом, обратился с жалобами на боли в ротовой полости. Общее самочувствие удовлетворительное. При осмотре на слизистой оболочке ротовой полости и нижней губы несколько эрозированных участков округлой формы диаметром 0,5 см, покрытые пленчатым налетом и окруженные узкой каймой гиперемии. Поставлен диагноз афтозный стоматит.

1. Дайте определение стоматита.
2. Что такое афта, опишите подробно ее микроскопическую картину.
3. Назовите исход афты.
4. Какова этиология афтозного стоматита?
5. Возможен ли рецидив?
6. Перечислите виды стоматитов, выделяемые по особенностям воспалительных изменений слизистой оболочки. Перечислите виды стоматитов, выделяемые как отдельные нозологические единицы.

2. Больная 32-х лет обратилась к стоматологу с жалобами на боли в ротовой полости при приеме пищи, чувство жжения, неприятный запах изо рта. Температура тела 37,5°C. При осмотре полости рта обнаружены участки гиперемии слизистой оболочки, покрытые серым налетом и изъязвленные участки ярко-красного цвета (эрозии, язвы). Поставлен диагноз язвенный стоматит.

1. Дайте определение стоматита.
2. Назовите микроскопические (гистологические) особенности язвенного стоматита.
3. Что такое эрозия? Как она образуется?
4. Что такое язва? Как они образуются?
5. Какой исход у эрозии, какой – у язвы?
6. Назовите возможную этиологию язвенного стоматита?

3. При обследовании 35-тилетнего мужчины на слизистой оболочке щек, соответственно линии смыкания зубов, обнаружены беловатые пятна и бляшки небольшого размера, определяемые при пальпации как плотные образования. Жалоб больной не предъявляет. Из анамнеза установлено, что много курит. Поставлен диагноз лейкоплакия.

1. Дайте определение лейкоплакии.
2. Укажите возможную локализацию лейкоплакии в ротовой полости.
3. Опишите макроскопическую картину лейкоплакии. Какие клинико-морфологические формы лейкоплакии выделяют?
4. Опишите микроскопическую (гистологическую) картину лейкоплакии. Какие виды лейкоплакии выделяют по гистологическим особенностям?
5. Выделите изменения эпителия, опасные в отношении малигнизации.
6. Назовите микроскопическую (гистологическую) форму рака, которая может развиваться на основе лейкоплакии.
7. Каково должно быть лечение и ведение больного с диагнозом лейкоплакия полости рта?

4. В поликлинику областного онкологического диспансера обратился мужчина 75-ти лет с жалобами на длительно не заживающий патологический очаг на слизистой оболочке нижней губе в виде утолщения с неровной шероховатой поверхностью белого цвета. Поставлен диагноз бородавчатая лейкоплакия. Произведена биопсия патологического участка. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружены изменения

многослойного плоского эпителия: гиперкератоз, гиперплазия, акантоз, дисплазия 3 степени, местами картина «рака на месте».

1. Выделите из перечисленных изменений эпителия изменения непосредственно предшествующие развитию рака.
2. Дайте определение дисплазии эпителия.
3. Дайте определение «рака на месте».
4. Какие изменения эпителия в настоящее время объединены в понятие плоскоклеточная интраэпителиальная неоплазия (ПИН)?
5. Почему больному, описанному в задаче, была произведена биопсия?
6. Какова тактика ведения больного с дисплазией 3 степени и «раком на месте» нижней губы?
7. Назовите гистологический (микроскопический) вариант рака нижней губы, развивающийся при такой патологии.

5. Мужчине 60-ти лет с диагнозом рак нижней губы проведен курс лучевой терапии с положительным эффектом, в настоящее время опухоли на губе визуально не определяется. В плане дальнейшего лечения планируется хирургическое удаление лимфатических узлов шеи и подчелюстной области.

1. Назовите типичную локализацию раковой опухоли на нижней губе.
2. Перечислите макроскопические формы рака нижней губы.
3. Какой микроскопический (гистологический) вариант рака типичен для нижней губы?
4. Опишите гистологическую (микроскопическую) картину такого рака.
5. Почему больному, описанному в задаче, необходимо хирургическое удаление лимфоузлов?
6. Каков в целом прогноз при раке нижней губы (относительно неблагоприятный, неблагоприятный)?

6. В городском онкологическом диспансере лечится больной с диагнозом рак языка. Первично опухоль была обнаружена при осмотре ротовой полости стоматологом, который направил больного к онкологу. Диагноз рака языка установлен при гистологическим (микроскопическим) исследованием биопсийного материала.

1. Какие макроскопические формы рака языка выделяют?
2. Что мог увидеть стоматолог при осмотре ротовой полости?
3. Назовите наиболее частую локализацию рака языка.
4. Укажите гистологический вариант рака, типичный для языка.
5. Опишите его гистологическую (микроскопическую) картину.
6. Почему при клиническом диагнозе опухоль необходимо проведение биопсии. Какие возможности для диагностики рака дает биопсия?

7. В стационар доставлена больная с жалобами на усиливающиеся боли в области правой околоушной железы. Железа увеличена в объеме, болезненна при пальпации. Температура тела 37,9°C. При осмотре из протока железы выделяется содержимое гнойного характера. Поставлен диагноз острый сиалоаденит.

1. Как вы думаете, какой морфологический вид воспаления развился в слюнной железе?
2. Опишите микроскопическую (гистологическую) картину изменений в слюнной железе при таком морфологическом виде воспаления.
3. Укажите этиологию данного сиалоаденита.
4. Возможные исходы описанного сиалоаденита?
5. Какие еще виды сиалоаденитов вы знаете (острых и хронических)?
6. Какова этиология различных видов сиалоаденитов?

8. Женщина 45-ти лет, врач по профессии, заметила уплотнение и увеличение левой околоушной железы. Больной произведено хирургическое удаление опухоли с последующим

гистологическим исследованием операционного материала. Диагностирована смешанная опухоль (плеоморфная аденома) слюнной железы.

1. Опишите макроскопическое строение этой опухоли.
2. Опишите микроскопическое (гистологическое) строение этой опухоли.
3. Это зрелая или незрелая опухоль?
4. Это доброкачественная или злокачественная опухоль?
5. Часто ли встречается такая опухоль в слюнных железах?
6. Может ли она малигнизироваться? Часто или редко?
7. Какие еще опухоли слюнных желез вы знаете (зрелые и незрелые, доброкачественные и злокачественные)?

9. На гистологическое (микроскопическое) исследование патологоанатому прислан биопсийный материал – фрагмент опухоли твердого неба. Из клиники известно, что опухоль росла быстро. По гистологической картине дано заключение аденокистозная карцинома (цилиндрома) малой слюнной железы.

1. Назовите основные варианты карцином слюнных желез.
2. Укажите характер роста карцином слюнных желез по отношению к окружающим тканям.
3. Могут ли карциномы слюнной железы давать метастазы и какими путями?
4. С какой целью была произведена биопсия и гистологическое (микроскопическое) исследование опухоли твердого неба.
5. Как часто встречается аденокистозная карцинома (цилиндрома) слюнной железы полости рта?
6. Опишите ее микроскопическое (гистологическое) строение (паренхимы, стромы).

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

Содержание оценочного средства (вопросы, темы рефератов, круглых столов и т.п.)

В случае если фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и зачета обучающихся по данной дисциплине представлен на Образовательном портале ПИМУ, указать ссылку на этот электронный ресурс.

<http://eos.pimunn.ru/specialities/specialty/200/disciplines/3885/education-materials>

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности *(преподавателем указывает лишь те задания и иные материалы, которые им используются в рамках данной дисциплины)*

5.1.1. Вопросами к экзамену *Морфология заболеваний органов ротовой полости* являются ситуационные задачи, указанные выше.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные

		ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Юнусова К.Э., к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии

Дата « 19 » 02 _____ 2023 __ г.