

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины
Кафедра онкологии, радиотерапии и пластической хирургии ПМГМУ

Методические материалы по дисциплине:
Онкологические заболевания ЧЛО
основная профессиональная образовательная программа высшего образования –
программа специалитета

КОД 31.05.03 Стоматология

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

Занятие 1. «Профилактика заболеваний и злокачественных опухолей полости рта, организация онкостоматологической помощи в России; предраковые заболевания кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта».

1.1 Какая модель организации медицинской помощи онкологическим больным практикуется в РФ?

- a. Двухуровневая
- b. Трёхуровневая
- c. Линейная
- d. Не линейная

1.2 Относятся ли молекулярно-генетический анализ опухоли к индивидуальному подходу в терапии онкологических больных?

- a. да
- b. нет

1.3 Классификацию по системе TNM для раковых опухолей полости рта и глотки была принята:

- a. 1962
- b. 1858
- c. 1963

1.4 Международная классификация злокачественных опухолей TNM не позволяет:

- a. проводить гистологическое подтверждение диагноза.
- b. более точно составить индивидуальный план лечения больного.
- c. точнее определить прогноз.
- d. унифицировать данные, касающиеся определения распространённости, особенностей метастазирования, принципов лечения, его эффективности при различных локализациях опухолей.

1.5 Символ Т в классификации характеризует:

- a. распространённость первичного очага
- b. состояние зон регионарного метастазирования
- c. наличие поражения лимфатических узлов

1.6 Символ N в классификации характеризует:

- a. характеризует наличие или отсутствие отдалённых метастазов
- b. распространённость первичного очага
- c. состояние зон регионарного метастазирования

1.7 Символ M в классификации характеризует:

- a. характеризует наличие или отсутствие отдалённых метастазов
- b. распространённость первичного очага
- c. состояние зон регионарного метастазирования

1.8 Термин «предрак» ввёл:

- a. Н.И. Пирогов в 1862 г.;
- b. Лисфранк в 1866 г.;
- c. Оппель в 1870 г.;
- d. Дюбрей в 1892 г.;
- e. Склифосовский в 1901 г.

1.9 Термин «предрак» впервые прозвучал на:

- a. съезде челюстно-лицевых хирургов в Нью-Йорке;

- b. конференции ЛОР врачей в Париже;
- c. совещании онкологов в Дрездене;
- d. республиканском слёте хирургов в Москве;
- e. международной конференции дерматологов в Лондоне.

1.10 Основными этиологическими факторами в возникновении предраков покровного эпителия являются все кроме:

- a. острый пульпит;
- b. хронический остеомиелит;
- c. нагноение атеромы;
- d. неблагоприятные метеофакторы;
- e. наличие воспалившихся розовых угрей.

1.11 Основными этиологическими факторами, вызывающими возникновение предраков слизистой оболочки полости рта, являются:

- a. вредные привычки;
- b. острые гингивиты;
- c. хронические периодонтиты;
- d. острая травма дёсен;
- e. частичная вторичная адентия.

1.12 Основными этиологическими факторами, вызывающими предраки слизистой оболочки полости рта, являются:

- a. полная вторичная адентия;
- b. профессиональные вредности;
- c. переломы корней зубов в пришеечной области;
- d. пемфигус;
- e. атероматоз в области носогубного треугольника.

1.13 Предрак покровного эпителия, по своей сути, это:

- a. воспалительный инфильтрат с эрозией;
- b. нестойкий пролиферат с явлениями гипер-, пара- или дискератоза;
- c. гуммозной формы элемент;
- d. язва на фоне вялотекущего туберкулёза лёгких;
- e. осложнение афтозного стоматита.

1.14 Йодная проба проводится с помощью:

- a. 5% химически чистого йода;
- b. 3% гидротартрата йода;
- c. 0,5% калия йодида;
- d. 2% водного раствора Люголя;
- e. 30% масляного раствора йодолипола.

1.15 При положительной йодной пробе предраковые очаги окрашиваются в:

- a. жёлтый цвет;
- b. коричневый цвет;
- c. тёмно-вишнёвый цвет;
- d. не окрашиваются (йоднегативность);
- e. цвет киновари.

1.16 Проба Деранже проводится с использованием:

- a. кармина красного;
- b. индигокармина;
- c. гематоксилина с квасцами меди;
- d. гематоксилин-эозина;
- e. хромкобальта.

1.17 При положительной пробе по Деранже предраковые очаги окрашиваются:

- a. в бледно-зелёный цвет;
- b. в серо-зелёный цвет;
- c. в фиолетовый цвет;
- d. в красно-розовый цвет;
- e. в чёрный цвет.

1.18 Применение толуидина для диагностики предраков даёт окрашивание очагов предрака:

- a. в зелёный цвет;
- b. в синий цвет;
- c. в цвет киновари;
- d. в цвет индиго;
- e. в чёрно-зелёный цвет.

1.19 Подготовка исследуемого участка слизистой оболочки полости рта к стоматоскопии заключается:

- a. в обработке её 5% борной кислотой;
- b. в обработке её 0,06% раствором хлоргексидина;
- c. в обработке её 2-4% раствором уксусной кислоты;
- d. в обработке её раствором фурацилина 1 : 5000;
- e. в обработке её 1% раствором перекиси водорода.

1.20 Наиболее точный результат при диагностике предраков покровного эпителия даёт метод:

- a. УЗИ;
- b. фотостоматоскопии;
- c. ЭОД;
- d. цито- и гистоисследования;
- e. осмотр с помощью двукратной лупы.

1.21 Радикальное лечение облигатных преинвазивных заболеваний заключается:

- a. в аппликациях спиртового раствора прополиса;
- b. в иссечении очага в пределах здоровых тканей;
- c. в УВЧ-терапии очага;
- d. в УЗТ очага;
- e. в применении электроакупунктуры.

№ вопроса		Ответ рус	Англ.		
1	1	Б	b	А	А
1	2	А	a	Б	В
1	3	В	c	В	С
1	4	Б	b	Г	Д
1	5	А	a	Д	Е
1	6	В	c	Е	Ф
1	7	А	a	Ж	Г

1	8	Г	d	З	Н
1	9	Д	e	И	I
1	10	Г	d	К	G
1	11	А	a	Л	К
1	12	Б	b	М	L
1	13	Б	b		М
1	14	Г	d		
1	15	Г	d		
1	16	В	c		
1	17	В	c		
1	18	Б	b		
1	19	В	b		
1	20	Г	d		
1	21	Б	b		

Занятие № 2 «Злокачественные опухоли кожи лица и красной каймы губ»

2.1 Рак кожи лица чаще всего локализуется:

- А в области спинки носа;
- Б в области корня носа;
- В в области щеки;
- Г в области подбородка;
- Д в области крыла носа, ушной раковины, медиального угла глаза.

2.2 Раки кожи лица растут из:

- А соединительной ткани;
- Б сосудистой ткани;
- В нервной ткани
- Г гистиоцитарных элементов;
- Д эпителиально-железистых элементов.

2.3 Злокачественные поражения кожи чаще встречаются у:

- А военных лётчиков дальней авиации;
- Б полярников, горцев, работников сельского хозяйства, трубочистов;
- В моряков-подводников атомных ракетноносцев;
- Г работников ИТР, врачей, педагогов;
- Д офисных работников.

2.4 Наиболее поражаемым раками кожи возрастом является:

- А 60-70 лет;
- Б 50-59 лет;
- В 40-49 лет;
- Г 30-39 лет;
- Д 20-29 лет.

2.5 Какой из всех раков кожи практически не метастазирует:

- А ороговевающий плоскоклеточный;
- Б неороговевающий плоскоклеточный;
- В базальноклеточный;
- Г спиноцеллюлярный;
- Д рак Борна-Ядассона.

2.6 Факторы, предрасполагающие к возникновению раков кожи лица и красной каймы губ,- это:

- А вегетарианство;

- Б вредные привычки (курение, прикусывание губ, очень горячая пища);
- В периодическое использование скраба;
- Г использование фотозащитных кремов;
- Д неблагоприятные метеофакторы (ветер, пыль, солнечные лучи, мороз);

2.7 Раки красной каймы губ чаще локализуются:

- А на левой половине верхней губы;
- Б на правой половине верхней губы;
- В по центру нижней губы;
- Г на правой половине нижней губы;
- Д на левой половине нижней губы.

2.8 Спиноцеллюлярный рак отличается от плоскоклеточного рака кожи:

- А более выраженным ороговением в паренхиме;
- Б ничем не отличается;
- В более агрессивным ростом;
- Г большой скоростью распространения;
- Д ранним регионарным метастазированием

2.9 Третья стадия базальноклеточного рака кожи обозначается формулой:

- А T1N2M0;
- Б T2N3M0;
- В T2N0M0;
- Г T4N2M1;
- Д T4N4M1.

2.10 Вторая «А» стадия рака красной каймы губ обозначается формулой:

- А T1N0M0;
- Б T2N1M0;
- В T3N0M0;
- Г T2N2M0;
- Д T2N4M0.

2.11 Наиболее достоверным методом диагностики раков кожи лица и красной каймы губ является:

- А осмотр очага поражения через стоматоскоп;
- Б пальпация очага поражения;
- В проведение пробы по Деранже;
- Г мазок-отпечаток, соскоб из язвы с цитологическим исследованием;
- Д нанесение на очаг люминофоров.

2.12 Наиболее достоверным методом диагностики раков кожи лица и красной каймы губ является:

- А осмотр очага поражения в поляризованном свете;
- Б применение жидких кристаллов;
- В хроматография;
- Г проба с толуидиновым синим;
- Д биопсия с последующим гистоисследованием.

2.13 Эксцизионная биопсия выполняется с помощью:

- А пинцета анатомического;
- Б пинцета хирургического
- В любого режущего инструмента
- Г конхотома;
- Д шпателя

2.14 Эксцизионную биопсию можно выполнить с помощью:

- А углекислотного лазера или прибора «Сургитрон»;
- Б зажима Микулича;
- В лопаточки Буяльского;
- Г крючка Лимберга.

2.15 В какой стадии рака кожи и красной каймы губ можно лечить только лучевыми или местными химиотерапевтическими методами?

- А в первой «А» стадии;
- Б в первой «Б» стадии;
- В во второй «Б» стадии;
- Г в третьей «А» стадии;
- Д в любой стадии

2.16 Местная химиотерапия при раках кожи проводится с использованием:

- А 3% преднизолоновой мази;
- Б 10% метилурациловой мази;
- В 0,5% омаиновой мази с преднизолоном;
- Г солкосерила;
- Д 1% тетрациклиновой мази.

2.17 Радикальным методом лечения базалиом в развитых стадиях является: лучевая дистанционная телегамматерапия;

- А общая химиотерапия;
- Б внутриаартериальная регионарная химиотерапия;
- В иссечение очага в пределах здоровых тканей с замещением дефекта;
- Г лазерная физиотерапия.

2.18 Наиболее распространённым хирургическим лечением рака красной каймы губ является методика:

- А по Безредко;
- Б по Безрукову;
- В по Боровскому
- Г по Паникаровскому;
- Д по Блохину.

№ вопроса		Ответ
2	1	Д
2	2	Д
2	3	Б
2	4	А
2	5	В
2	6	Б
2	7	Д
2	8	Б
2	9	Б
2	10	Б
2	11	Г
2	12	Д
2	13	В
2	14	А
2	15	А

2	16	В
2	17	Г
2	18	Д

Занятие № 3 «Злокачественные опухоли языка и слизистой оболочки полости рта»

3.1 Слизистую **оболочку полости рта** чаще всего поражает:

- А базальноклеточный рак;
- Б светлоклеточная меланома;
- В аденокарцинома;
- Г плоскоклеточный ороговевающий рак;
- Д цилиндрома.

3.2 **Чаще злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта встречаются у:**

- А дошкольников;
- Б мужчин зрелого возраста;
- В призывников;
- Г женщин молодого возраста;
- Д лиц пенсионного возраста.

3.3 **Раками слизистой оболочки чаще страдают:**

- А мужчины;
- Б дети;
- В женщины;
- Г трансвеститы;
- Д ВИЧ-инфицированные.

3.4 **Наиболее часто раковым процессом поражается:**

- А твёрдое нёбо;
- Б язык;
- В щека;
- Г дно полости рта;
- Д слизистая оболочка дёсен.

3.5. **Самым достоверным методом диагностики рака слизистой оболочки полости рта является:**

- А пробы с красителями;
- Б цитологическое исследование;
- В гистологическое исследование;
- Г фотостоматоскопия;
- Д термовизиография.

3.6 **Больные с предраками слизистой оболочки полости рта и начальными стадиями рака относятся:**

- А к первой диспансерной группе онкобольных;
- Б ко второй «А» группе;
- В ко второй «Б» группе;
- Г к третьей «А» группе;
- Д к третьей «Б» группе.

3.7 **Больные с запущенными формами рака слизистой оболочки относятся:**

- А к первой диспансерной группе онкобольных;
- Б ко второй группе;
- В к третьей «А» группе;
- Г к третьей «Б» группе;
- Д к четвёртой группе.

3.8 Начальная стадия рака слизистой оболочки полости рта обозначается формулой:

- А Т2N1M0;
- Б Т4N1M0;
- В Т1N0M0;
- Г Т1N3M0;
- Д Т3N3M1.

3.9 Запущенная стадия рака слизистой оболочки полости рта обозначается формулой:

- А Т2N2M0;
- Б Т2N3M0;
- В Т3N3M0;
- Г Т3N4M1;
- Д Т4N1M0.

3.10 Для санации поражённого раковыми клетками лимфоаппарата всей шеи используют хирургическое вмешательство:

- А по Ванаху;
- Б по Крайлу;
- В по Березину;
- Г по Диффенбаху;
- Д по Юдину.

3.11 Перед операцией по поводу удаления значительной части языка и дна полости рта по поводу их поражения злокачественным процессом предварительно необходимо выполнить:

- А селективную ваготомию с соответствующей стороны;
- Б вагосимпатическую блокаду;
- В блокаду всей третьей ветви тройничного нерва;
- Г перевязку наружной сонной артерии;
- Д перевязку внутренней яремной вены.

№ вопроса		Ответ
3	1	Г
3	2	Д
3	3	А
3	4	Б
3	5	В
3	6	А
3	7	Д
3	8	В
3	9	Г
3	10	Б
3	11	Г

4.1 Какая из больших слюнных желез поражается раками и саркомами чаще всего?

- А поднижнечелюстная левая;
- Б поднижнечелюстная правая;
- В околоушная;
- Г подъязычная левая;
- Д подъязычная правая.

4.2 Важным клиническим симптомом при раковом поражении больших слюнных желез является:

- А наличие припухлости в области соответствующей СЖ;
- Б наличие болей тянущего характера в СЖ;
- В наличие участков размягчения в СЖ;
- Г наличие втянутости кожи над центром СЖ;
- Д наличие кровянистых выделений из устья главного выводного протока.

4.3 Важным клиническим признаком наличия злокачественной опухоли в околоушной слюнной железе является:

- А высокая общая температура;
- Б обильное слюноотделение;
- В паралич ветвей лицевого нерва;
- Г сухость и жжение во рту;
- Д онемение щеки или кончика языка.

4.4. Какой разновидностью злокачественного образования чаще поражаются поднижнечелюстные и подъязычные СЖ:

- А базально-клеточным раком
- Б плоскоклеточным раком;
- В светлоклеточной меланомой;
- Г мукоэпидермоидным раком;
- Д карциномой.

4.5 Какой разновидностью злокачественной опухоли чаще поражаются малые СЖ:

- А цилиндромой;
- Б карциномой;
- В спиноцеллюлярным раком;
- Г меланомой;
- Д саркомой.

4.6 Одним из важных специальных методов выявления злокачественных новообразований БСЖ является:

- А пальпация СЖ;
- Б контрастная сиалогграфия;
- В эстеziометрия;
- Г хронаксия;
- Д тепловизиоскопия.

4.7 Одним из важных специальных методов выявления злокачественных новообразований БСЖ является:

- А ЭОД;
- Б тензометрия;
- В рентгеноскопия;
- Г термовизиография;
- Д капилляроскопия.

4.8 Одним из важных специальных методов выявления злокачественных новообразований БСЖ является:

- А диафаноскопия;
- Б тензометрия;
- В радиоизотопная диагностика;
- Г обзорная рентгенография;
- Д эстеziометрия.

4.9 При контрастировании БСЖ на снимке будет видно:

- А наличие дефекта наполнения с неровными контурами;
- Б расширение устья главного выводного протока СЖ;
- В расширение протоков первого порядка СЖ;
- Г равномерное вздутие паренхимы СЖ;
- Д склерозирование периферических участков СЖ.

4.10 Термовизиография при злокачественных поражениях околоушных СЖ применима потому, что:

- А имеется общая гипертермия;
- Б расширены поверхностные вены шеи среднего калибра;
- В расширены капилляры в зоне роста опухоли;
- Г резко расширены лимфатические сосуды;
- Д спазмированы венулы околоушных областей.

4.11 Лечение злокачественных опухолей БСЖ всегда:

- А комбинированное;
- Б только дистанционная телегамматерапия;
- В только хирургическое;
- Г только общая химиотерапия;
- Д только местная регионарная внутриартериальная химиотерапия.

№ вопроса		Ответ
4	1	В
4	2	Д
4	3	В
4	4	Г
4	5	А
4	6	Б
4	7	Г
4	8	В
4	9	А
4	10	В
4	11	А

Занятие 5 "Злокачественные опухоли челюстных костей: клиника, диагностика, лечение"

5.1 Эпителиальными злокачественными опухолями чаще поражается:

- А правая половина нижней челюсти;
- Б левая половина нижней челюсти;
- В альвеолярный отросток верхней челюсти;
- Г нёбный отросток верхней челюсти;
- Д верхнечелюстной синус.

5.2 Первичный рак нижней челюсти поражает её, произрастая из:

- А эпителиальных островков Малассе;
- Б эндотелия сосудов кости;
- В остатков Гертвиговской мембраны;
- Г периневрия нижнеальвеолярного нерва;
- Д околокорневых гранулём.

5.3 Саркомы чаще поражают:

- А правую верхнюю челюсть;
- Б левую верхнюю челюсть;
- В нижнюю челюсть;
- Г одинаково часто и верхнюю, и нижнюю челюсти.
- Д челюстные кости саркомами не поражаются.

5.4 Патогномоничным симптомом поражения нижней челюсти злокачественным процессом является:

- А наличие большого количества зубных отложений;
- Б цианоз соответствующей половины нижней губы;
- В боли в соответствующей половине языка;
- Г симптом Венсана;
- Д симптом Рунге-Дюпюитрена.

5.5 Какова особенность рентгенологической картины при наличии злокачественной опухоли нижней челюсти:

- А структура кости приобретает вид «тающего сахара»;
- Б структура кости приобретает вид «швейцарского сыра»;
- В структура кости приобретает вид «языков пламени»;
- Г структура кости приобретает вид «битого льда»;
- Д структура кости приобретает вид «морозного узора».

5.6 Верхняя челюсть чаще поражается:

- А рабдомиосаркомой;
- Б цилиндромой;
- В хондросаркомой;
- Г гемангиоэндотелиомой;
- Д карциномой.

5.7 Клиническая картина злокачественных опухолей верхней челюсти напрямую зависит от:

- А разновидности опухоли;
- Б локализации и стадии процесса;
- В пола пациента;
- Г наличия большого количества вредных привычек;
- Д степени выраженности сопутствующих заболеваний.

5.8 На основании чего определяется степень распространённости злокачественных опухолей нижней челюсти:

- А клинического опыта и стажа врача;
- Б состояния больного;
- В рентгенографии лёгких;
- Г ЭКГ;

- Д рентгенологического определения количества поражённых сегментов нижнечелюстной кости.

5.9 При локализации злокачественной опухоли на верхней стенке верхней челюсти ведущими симптомами будут:

- А заложенность носа;
- Б экзофтальм, диплопия, неврит инфраорбитального нерва;
- В боль в интактных зубах на стороне поражения;
- Г «раковая» контрактура;
- Д симптом Дюпюитрена.

5.10 Основным методом верификации диагноза при наличии злокачественной опухоли челюстных костей является:

- А опрос и осмотр больного;
- Б остеометрия;
- В диафаноскопия;
- Г тепловизиоскопия;
- Д биопсия с последующим гистологическим исследованием.

5.11 Третья стадия рака верхней челюсти-это опухоль:

- А выходящая за пределы синуса с метастазами в лимфоузлах;
- Б не выходящая за пределы синуса с метастазами в лимфоузлах;
- В выходящая за пределы подслизистой оболочки синуса без метастазов;
- Г не выходящая за пределы подслизистой оболочки синуса;
- Д растущая в пределах верхнечелюстного синуса.

5.12 При комбинированном лечении злокачественных опухолей челюстных костей предоперационную лучевую терапию проводят в дозе:

- А 50-80 Гр.;
- Б 30-39 Гр.;
- В 20-29 Гр.;
- Г 80-120 Гр.;
- Д не проводят.

5.13 Радикальной операцией при раках верхней челюсти является:

- А удаление поражённой челюсти;
- Б резекция стенки синуса, на которой локализуется рак;
- В электрокоагуляция опухоли;
- Г введение в опухоль радиоактивного стержня;
- Д разрушение опухоли радионожом.

5.14 Отдалённое метастазирование злокачественных опухолей челюстных костей чаще отмечается в следующие области:

- А в мозг;
- Б в ключицу и лопатку;
- В в печень, лёгкие, тазовые кости;
- Г в селезёнку, поджелудочную железу;
- Д в брыжейку тонкого кишечника.

№ вопроса		Ответ
5	1	Д
5	2	В
5	3	В
5	4	Г
5	5	А
5	6	Д
5	7	Б
5	8	Д
5	9	Б
5	10	Д
5	11	А
5	12	А
5	13	А
5	14	В

Занятие № 6. «Метастазирование злокачественных опухолей челюстно-лицевой области, методы диагностики метастазов и борьба с ними».

6.1 Термин «метастаз» в дословном переводе означает:

- А находящийся отдельно;
- Б перенесённый током лимфы;
- В существующий помимо;
- Г перенесённый током крови;
- Д остановившийся вдалеке.

6.2 Метастазирование злокачественных опухолей лимфогенным путём происходит потому, что:

- А они растут, раздвигая ткани;
- Б они растут, отталкивая ткани;
- В они растут, прорастая в ткани, сосуды и пр.;
- Г они растут непосредственно в лимфоузлах;
- Д они не метастазируют лимфогенным путём.

6.3 Отдалённое метастазирование реализуется в том случае, когда:

- А опухоль прорастает в крупные нервные стволы;
- Б опухоль прорастает в прилежащие слюнные железы;
- В опухоль прорастает в надкостницу челюстных костей;
- Г опухоль прорастает в венозные или артериальные структуры;
- Д вне зависимости от того, куда она прорастает.

6.4 Эпителиальные и железистые раки в основном метастазируют:

- А лимфогенно;
- Б гематогенно;

- В эндоневрально;
- Г перивазально;
- Д сублингвально.

6.5 Саркомы и меланомы метастазируют в основном:

- А лимфогенно;
- Б эндоневрально;
- В интраоссально;
- Г гематогенно;
- Д суббазально.

6.6 Для определения наличия ранних метастазов в регионарных лимфоузлах (РЛУ) с высокой степенью достоверности используется метод:

- А опроса больного;
- Б осмотра шеи больного;
- В пальпации шеи больного;
- Г рентгенографии шеи больного;
- Д радиоизотопной диагностики.

6.7 Какой из радиоактивных фармакологических препаратов (РФП) избирательно накапливается в лимфоузлах:

- А изотоп йода;
- Б изотоп ксенона;
- В изотоп технеция пертехнетата;
- Г изотоп золота;
- Д изотоп стронция.

6.8 Какой из РФП избирательно накапливается в лимфоузлах:

- А изотоп лития;
- Б изотоп палладия;
- В лимфоцис;
- Г изотоп бериллия;
- Д изотоп кадмия.

6.9 Для наиболее эффективного распространения РФП в лимфоузлы шеи его вводят:

- А толстой иглой вблизи каждого лимфоузла;
- Б тонкой иглой в уздечку языка;
- В толстой иглой в главный лимфатический проток;
- Г тонкой иглой по типу торусальной анестезии;
- Д толстой иглой в центр поднижнечелюстной области.

6.10 Наличие клинически не выявляемых метастазов в лимфоузлах подтверждается в том случае, если накопление в них изотопа превышает норму на:

- А 10-15%;
- Б 20-25%;
- В 30-40%;
- Г 50-60%;
- Д 70% и более.

6.11 Достоверность данных радиоизотопной диагностики составляет:

- А 18-22%;
- Б 31-42%;

- В 45-55%;
- Г 94-96%;
- Д 100%.

6.12 Абсолютную возможность верификации регионарного метастазирования даёт метод:

- А рентгенографии;
- Б тепловизиоскопии;
- В УЗИ;
- Г пункционной биопсии;
- Д экстрасенсорного исследования.

6.13 Абсолютную возможность верификации регионарного метастазирования даёт метод:

- А эксцизионной биопсии;
- Б рентгеноскопии;
- В термовизиографии;
- Г магнитносенсорного исследования;
- Д электроскопии.

6.14 Борьба с выявленными метастазами в регионарных лимфоузлах шеи осуществляется с помощью:

- А физических (холод-тепло) методов;
- Б радиотерапии;
- В хирургических (удаление лимфоаппарата шеи) методов;
- Г телегамматерапии;
- Д химиотерапии.

6.15 Наиболее радикальным методом борьбы с регионарными метастазами шеи является хирургическое вмешательство по методу:

- А Трахтенберга;
- Б А.И. Евдокимова;
- В Крайла;
- Г Ракова-Вагнера;
- Д Ф.М.Хитрова.

№ вопроса		Ответ
6	1	Д
6	2	В
6	3	Г

6	4	А
6	5	Г
6	6	Д
6	7	Г
6	8	В
6	9	Б
6	10	Г
6	11	Г
6	12	Г
6	13	А
6	14	В
6	15	В

Занятие 7."Пластика дефектов лица местными тканями"

7.1 Пластика дефектов на лице местными тканями -это:

- А использование тканей, находящихся в некотором отдалении;
- Б использование тканей, находящихся на значительном отдалении;
- В использование тканей из симметричного участка лица;
- Г использование тканей, взятых у ближайших родственников;
- Д использование тканей, расположенных непосредственно у дефекта.

7.2 Показанием к местнопластическим методам являются:

- А дефекты малого размера;
- Б дефекты среднего размера и сложной конфигурации;
- В дефекты больших размеров и простой конфигурации;
- Г дефекты больших размеров и сложной конфигурации;
- Д любые дефекты лица.

7.3 Показанием к местнопластическим методам являются:

- А множественные мелкие дефекты кожи после оспы;
- Б дефекты лица средней величины, сквозные;
- В дефекты большого размера, поверхностные;
- Г малые приобретённые деформации, рубцовые тяжи, вывороты;
- Д гемиатрофия лица.

7.4 К методам пластики местными тканями относится:

препаровка краёв дефекта;

- А скольжение, опрокидывание или ротация тканей, прилежащих к дефекту;
- Б перенос тканей с шеи в дефект;
- В перенос тканей из височных областей в дефект;
- Г закрытие дефекта свободной пересадкой кожи (типа почтовых марок).

7.5 Местная пластика путём скольжения в сочетании с ротацией впервые была предложена:

- А в 19 веке Дудукаловым;
- Б в 19 веке Дюпюитреном;
- В в 19 веке Диффенбахом;
- Г в XX веке Лимбергом;
- Д в XX веке Франкенбергом.

7.6 Местная пластика путём перемещения встречных треугольных лоскутов была предложена:

- А в 19 веке Шимановским;

- Б в 19 веке Партчем;
- В в 20 веке Лимбергом;
- Г в 20 веке Морестеном;
- Д в 20 веке Гиллисом (Джилльсом).

7.7 От чего зависит степень прироста тканей при Z-пластике: от длины разреза;

- А от величины углов треугольных лоскутов и ширины их основания;
- Б от возраста пациентов;
- В от характера используемого материала, его растяжимости;
- Г от качества шовного материала.

7.8 Пластику встречными треугольными лоскутами проводят:

- А при рубцовых выворотах и укорочениях век, губ, угла рта, уздечки языка;
- Б при дефектах мимических мышц;
- В при гнойном расплавлении жирового комка Биша;
- Г при снижении высоты альвеолярного гребня;
- Д при последствиях скрофулодермы.

7.9 Пластику встречными треугольными лоскутами проводят:

- А при ликвидации последствий натуральной оспы;
- Б при дефекте круговой мышцы глаза;
- В при атрофии жевательных мышц;
- Г при дефекте поднимателя угла рта;
- Д при наличии толстой и короткой уздечки верхней губы.

7.10 Половинный дефект нижней губы при сохранённой слизистой оболочке можно закрыть с помощью метода:

- А Неробеева;
- Б Диффенбаха;
- В Хитрова;
- Г Лексера;
- Д Кручинского.

7.11 Дефект тканей, ширина которого составляет половину его длины, можно закрыть по методу:

- А простого сближения краёв после их широкой препаровки;
- Б Филатова;
- В Лимберга;
- Г Франкенберга;
- Д Золтана.

7.12 При любом используемом способе местной пластики дефектов лица недопустимо:

- А широко препарировать края дефекта;
- Б перемещать ткани методом скольжения;
- В перемещать ткани методом ротации;
- Г закрывать дефект методом сближения краёв с сильным натяжением;
- Д ушивать ткани послойно.

7.13 . При Z-пластике недопустимо:

- А использовать несимметричные треугольные лоскуты;
- Б выкраивать лоскуты с углом менее 20 градусов;
- В выкраивать лоскуты с углом в 30 градусов;
- Г выкраивать лоскуты с углом в 45 градусов;
- Д оставлять расстояние между швами в 3-4 мм.

№ вопроса		Ответ
7	1	Д
7	2	А
7	3	Г
7	4	Б
7	5	В
7	6	В
7	7	Б
7	8	А
7	9	Д
7	10	Б
7	11	А
7	12	Г
7	13	Б