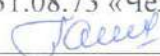



Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
кафедра дефектологии, русского языка и социальной работы

**СОГЛАСОВАНО**

Руководитель направления  
подготовки  
31.08.73 «Челюстно-лицевая хирургия»  
 /К.С. Гандылян/  
«22» мая 2024 г.

**УТВЕРЖДАЮ**

Зав. кафедрой хирургической стоматологии  
и челюстно-лицевой хирургии  
 /К.С. Гандылян/  
«22» мая 2024 г.

**Фонд оценочных средств по программе производственной  
практики**

Наименование практики	Клиническая практика №1
Направление подготовки	31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024

## 1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
<b>УК-1</b>	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
<b>ОПК-1</b>	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
<b>ОПК-4</b>	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
<b>ОПК-5</b>	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
<b>ПК-1</b>	Способен выполнять местную (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) анестезию в челюстно-лицевой области

## 2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
<b>УК-1</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	51 с эталоном ответов
<b>ОПК-1</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	51 с эталоном ответов
<b>ОПК-4</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов

	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	35 с эталоном ответов
<b>ОПК-5</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	51 с эталоном ответов
<b>ПК-1</b>	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	51 с эталоном ответов
<b>Всего</b>		300 заданий

### 3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1	УК -1	<p><b>Прочитайте текст и установите соответствие</b></p> <p><b>1. Установите соответствие между типом воспалительной реакции организма и ее иммунологической характеристикой:</b></p> <p><b>Типы воспалительной реакции:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиперергический</li> <li>2. нормергический</li> <li>3. гипоергический</li> </ol> <p><b>Иммунологические характеристики:</b></p> <p><b>А.</b> низкий уровень неспецифической реактивности, слабо выраженная вирулентность микроорганизмов низкий, уровень сенсibilизация организма</p> <p><b>В.</b> высокий уровень неспецифической реактивности, выраженная вирулентность микроорганизмов, низкий уровень сенсibilизация организма</p> <p><b>С.</b> низкий уровень неспецифической реактивности, выраженная вирулентность микроорганизмов, высокий уровень сенсibilизации организма</p> <p><b>2. Укажите соответствие границ околоушно-жевательной области:</b></p>	<p><b>1-С, 2-В, 3-А</b></p> <p><b>1-В, 2-А, 3-Д, 4-С</b></p>

		<p><b>Границы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верхняя</li> <li>2. нижняя</li> <li>3. передняя</li> <li>4. задняя</li> </ol> <p><b>Анатомическая структура:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. нижний край тела нижней челюсти</li> <li>B. нижний край скуловой дуги</li> <li>C. задний край ветви нижней челюсти</li> <li>D. передний край m.masseter</li> </ol>	
	УК -1	<p><b>Прочитайте текст и установите последовательность</b></p> <p><b>1. Укажите последовательность расположения анатомических образований в сонном треугольнике шеи (поверхностно-глубоко):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кожа, подкожная клетчатка, платизма</li> <li>2. Поверхностный листок собственной фасции</li> <li>3. Поверхностная фасция шеи</li> <li>4. Внутрешейная фасция (париетальный листок образует влагалище сосудисто-нервного пучка)</li> <li>5. Общая сонная артерия (медиально)</li> <li>6. Внутренняя яремная вена (латерально)</li> <li>7. Блуждающий нерв (между ними сзади)</li> <li>8. Предпозвоночная фасция</li> </ol> <p><b>2. Укажите последовательность этапов удаления зуба:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Продвижение щёчек щипцов</li> <li>2. Наложение щипцов</li> <li>3. Вывихивание зуба</li> <li>4. Извлечение (тракция) зуба</li> <li>5. Смыкание (фиксация) щипцов</li> </ol>	<p><b>4-2-5-1-3</b></p> <p><b>2-1-5-3-4</b></p>
	УК - 1	<p><b>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</b></p> <p><b>1.</b> Пациент А., 36 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.3 физиологической окраски. Коронка зуба 3.3 на <math>\frac{1}{3}</math> восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.3 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса зуба 3.3 пальпируется незначительное выбухание костной ткани (<math>0,4 \times 0,4</math> см). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) корневой канал</p>	<p><b>1.</b> В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.3 вне обострения.</p> <p><b>2.</b> В данной клинической ситуации пациенту показана операция — резекция верхушки</p>

		<p>зуба 3.3 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. В периапикальных тканях в области апекса 46 корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани (0,4 × 0,4 см) с четкими ровными контурами.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.</li> <li>2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.3?</li> <li>3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациенту?</li> <li>4. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.</li> </ol>	<p>корня зуба 3.3 в плановом порядке.</p> <p><b>3.</b> Операция — резекция верхушки корня зуба — относится к органосохраняющим оперативным вмешательствам, сохраняющим коронку зуба и целостность его периодонта.</p> <p><b>4.</b> Операция — резекция верхушки корня зуба — включает следующие этапы: — выполнение местной анестезии; — выкраивание слизисто-надкостничного лоскута); — отслаивание слизисто-надкостничного лоскута с помощью распатора; — трепанацию наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка; — расширение костного дефекта при помощи фрезы или фиссурного бора до полного обнажения верхушки корня и очага деструкции костной ткани; — резекцию верхушки корня зуба, выполняемую фиссурным бором строго перпендикулярно оси корня плавными горизонтальными движениями;</p>
--	--	---	---

		<p>2. В госпитальное челюстно-лицевое отделение доставлен пострадавший, 37 лет, в бессознательном состоянии с психомоторным возбуждением. В полости рта фиксирован воздуховод. При осмотре определяется огнестрельное ранение с входным отверстием в области клыковой ямки справа, размером 0,5 см и выходным отверстием в заушной области слева. Из ран обильно выделяется кровь с пузырями воздуха. Верхняя челюсть и нижняя челюсть слева подвижны. Из нижних носовых ходов выделяется кровь. Определяются признаки пареза лицевого нерва слева.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вид ранения.</li> <li>2. Какие повреждены анатомические</li> </ol>	<p>– удаление оболочки гранулемы или грануляций при помощи кюретажной ложки Фолькмана; – сглаживание фрезой острых краев костной раны и поверхности опиленного корня;</p> <p>– гемостаз;</p> <p>– инстилляцию костной раны растворами антисептиков;</p> <p>– введение в костную полость остеопластического материала для стимуляции и обеспечения наилучших условий для остеорегенерации; – укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, при необходимости его мобилизацию и фиксацию отдельными узловатыми швами, которые снимают через 7–8 суток.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сквозное огнестрельное ранение.</li> <li>2. Полость носа, верхняя челюсть, верхнечелюстные пазухи, ветвь нижней челюсти слева, левая околоушная слюнная железа и лицевой нерв слева.</li> <li>3. Так как больной без сознания, следует провести дифференциальную диагностику с</li> </ol>
--	--	---	--

		<p>образования? 3. С чем дифференцируется данное состояние?</p> <p>3. После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Наметьте план хирургического лечения.</li> <li>3. Назовите варианты пластики.</li> <li>4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения (интраоперационные, ранние и поздние послеоперационные)?</li> <li>5. Методы послеоперационного ведения?</li> </ol>	<p>закрытой черепно-мозговой травмой (ЧМТ), на что указывает клиника пареза лицевого нерва слева, который может быть центрального и периферического генеза.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.</li> <li>2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.</li> <li>3. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.</li> <li>4. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация.</li> <li>5. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.</li> </ol>
--	--	---	---

УК - 1		<p><b>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</b></p> <p><b>1.</b> У пациента Б., 32 лет, вследствие рубцового стяжения, угол рта слева опущен на 1 см относительно правой стороны. При иссечении рубца и пластике дефекта треугольными лоскутами, в каком направлении должен быть сделан основной разрез?</p> <p><b>2.</b> У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?</p>	<p>Основной разрез должен быть направлен вертикально.</p> <p>Показано закрытие дефекта свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.</p>
УК - 1		<p><b>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</b></p> <p><b>1. Наиболее частой причиной воспалительных заболеваний ЧЛЮ является инфекция:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одонтогенная</li> <li>2) стоматогенная</li> <li>3) тонзилогенная</li> <li>4) риногенная</li> </ol> <p><b>2. Гнилостно-некротические процессы в тканях ЧЛЮ вызываются:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) патогенными стафилококками</li> <li>2) непатогенными стафилококками</li> <li>3) аспорогенными анаэробами</li> <li>4) бета-гемолитическим стрептококком</li> </ol> <p><b>3. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) напоить раненого</li> <li>2) наложить повязку</li> <li>3) перенести в укрытие</li> <li>4) устранить угрозу асфиксии</li> <li>5) оформить медицинскую карточку</li> </ol> <p><b>4. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) частичной и ранней</li> <li>2) ранней и окончательной</li> <li>3) своевременной и частичной</li> </ol> <p><b>5. Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеотомии является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) шина Ванкевич</li> <li>2) гладкая шина-скоба</li> <li>3) шина-скоба с распорочным изгибом</li> <li>4) бимаксиллярные шины с зацепными</li> </ol>	<p>1,2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>4</p>

	<p><b>6. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острый паротит</li> <li>2) перелом челюстей</li> <li>3) острый лимфаденит</li> <li>4) обострение хронического периодонтита</li> <li>5) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма</li> </ol> <p><b>7. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) криотерапия</li> <li>2) ГБО-терапия</li> <li>3) химиотерапия</li> <li>4) рентгенотерапия</li> <li>5) электрокоагуляция</li> </ol> <p><b>8. Рецессия десны характерна для:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) катарального гингивита</li> <li>2) гипертрофического гингивита</li> <li>3) язвенно-некротического гингивита</li> <li>4) пародонтита</li> <li>5) пародонтоза</li> </ol> <p><b>9. Затруднение при глотании появляется при флегмоне:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) височной</li> <li>2) скуловой</li> <li>3) щечной области</li> <li>4) околоушно-жевательной</li> <li>5) окологлоточного пространства</li> </ol> <p><b>10. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ОРВЗ</li> <li>2) асфиксия</li> <li>3) травматический остеомиелит</li> </ol> <p><b>11. При нагноении мягких тканей в области лица воспалительный процесс переходит на синусы головного мозга чаще по:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) угловой вене лица</li> <li>2) лицевой артерии</li> <li>3) анастомозам лицевых вен</li> <li>4) поперечной артерии лица</li> <li>5) височной вене</li> </ol> <p><b>12. Симптом Герке - это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) усиление за грудиной боли при запрокидывании головы</li> <li>2) втягивание области яремной впадины при вдохе</li> <li>3) припухлость и крепитация в яремной впадине</li> <li>4) постоянное покашливание</li> </ol> <p><b>13. Стойкое ограничение движения в суставе, который возникает в результате внесуставных изменений - это:</b></p>	<p><b>5</b></p> <p><b>2</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>2</b></p>
--	---	---

	<p>1) артроз  2) контрактура  3) анкилоз  4) хронический артрит  5) острый артрит</p> <p><b>14. Наибольшую информацию о состоянии мягкотканых структур височно-нижнечелюстного сустава (внчс) даёт :</b></p> <p>1) телерентгенография  2) магнитно-резонансная томография  3) ортопантомография  4) компьютерная томография</p> <p><b>15. Электромиография регистрирует:</b></p> <p>1) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области  2) движение нижней челюсти  3) движение ВНЧС  4) гемодинамику мышц челюстно-лицевой области</p> <p><b>16. При невритах какой веточки тройничного нерва могут наблюдаться одновременно боли, нарушение чувствительности и двигательные расстройства?:</b></p> <p>1) неврите нижелуночкового нерва  2) неврите верхних луночковых нервов (верхнего зубного сплетения);  3) неврите язычного нерва;  4) неврите щечного нерва.</p> <p><b>17. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:</b></p> <p>1) в области флюктуации  2) в проекции корня языка  3) по границе гиперемии кожи  4) на протяжении инфильтрата  5) в месте наибольшей болезненности</p> <p><b>18. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:</b></p> <p>1) средостение  2) Околоушно-жевательную область  3) околоушную слюнную железу  4) подглазничную область  5) щечную область</p> <p><b>19. Причиной развития флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области:</b></p> <p>1) верхней губы  2) третьих моляров  3) зубов верхней челюсти  4) лимфатических узлов щечной области  5) периоста с небной стороны</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>2</p>
--	--	---

		<p><b>20. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) диплопия</li> <li>2) отек и гиперемия кожи щечных областей</li> <li>3) боль при глотании и открывании рта</li> <li>4) затрудненное открывание рта</li> <li>5) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области</li> </ol> <p><b>21. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отек верхнего века</li> <li>2) отек крыловидно-нижнечелюстной складки</li> <li>3) отек и гиперемия кожи щечной области</li> <li>4) гиперемия кожи в области нижней губы</li> <li>5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-жевательной области</li> </ol> <p><b>22. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ангины Людвига</li> <li>2) карбункула нижней губы</li> <li>3) абсцедирующего паротита</li> <li>4) флегмоны височной области</li> <li>5) обострения хронического верхнечелюстного синусита</li> </ol> <p><b>23. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) симптом "песочных часов"</li> <li>2) отек губо-щечной складки</li> <li>3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области</li> <li>4) гиперемия кожи в области нижней губы</li> <li>5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области</li> </ol> <p><b>24. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 8 7 6   6 7 8</li> <li>2) 6 5 4   4 5 6</li> <li>3) 3 2 1   1 2 3</li> <li>4) 8 7 6   6 7 8</li> </ol> <p><b>25. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) асимметрия лица</li> <li>2) затрудненное открывание рта</li> <li>3) отек крыловидно-нижнечелюстной складки</li> <li>4) боль при глотании и движении языка</li> <li>5) отек и гиперемия кожи в щечных областях</li> </ol> <p><b>26. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дугообразно вдоль угла нижней челюсти</li> </ol>	<p>3</p> <p>5</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>2</p>
--	--	--	--

	<p>2) в подподбородочной области по средней линии</p> <p>3) по крыловидно-нижнечелюстной складке</p> <p>4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти</p> <p>5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла</p> <p><b>27. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:</b></p> <p>1) лицевой нерв</p> <p>2) лицевую артерию</p> <p>3) щитовидную железу</p> <p>4) подъязычную слюнную железу</p> <p>5) артерии и вены языка</p> <p><b>28. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита ниж-ней челюсти являются:</b></p> <p>1) подвижность всех зубов на челюсти</p> <p>2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки</p> <p>3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов</p> <p>4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана</p> <p><b>29. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в:</b></p> <p>1) Секвестрэктомии</p> <p>2) санации полости рта</p> <p>3) антибактериальной терапии</p> <p>4) периостотомии в области причинного зуба</p> <p>5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии</p> <p><b>30. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в:</b></p> <p>1) Секвестрэктомии</p> <p>2) санации полости рта</p> <p>3) антибактериальной терапии</p> <p>4) периостотомии в области причинного зуба</p> <p>5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии</p> <p><b>31. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:</b></p> <p>1) провести синусотомию</p> <p>2) динамическое наблюдение</p> <p>3) промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови</p> <p>4) укрыть лунку йодоформным тампоном</p>	<p>5</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>5</p> <p>3</p>
--	--	--

	<p>5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку</p> <p><b>32. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гноя</li> <li>2) лимфы</li> <li>3) крови</li> <li>4) мутной жидкости</li> <li>5) прозрачной опалесцирующей жидкости</li> </ol>	5
	<p><b>33. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перевязка</li> <li>2) иссечение</li> <li>3) прошивание</li> <li>4) криодеструкция</li> <li>5) склерозирование</li> </ol>	2
	<p><b>34. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в виде "тающего сахара"</li> <li>2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов</li> <li>3) в виде нескольких полостей с четкими контурами</li> <li>4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов</li> <li>5) с образованием секвестра</li> </ol>	4
	<p><b>35. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Цистэктомия</li> <li>2) криодеструкция</li> <li>3) склерозирование</li> <li>4) частичная резекция челюсти</li> <li>5) выскабливание через лунку удаленного зуба</li> </ol>	1
	<p><b>36. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) прорастание кисты в полость носа</li> <li>2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху</li> <li>3) небольшие размеры (в области 3-х зубов)</li> <li>4) большие размеры (в области 3-х зубов)</li> <li>5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти</li> </ol>	3
	<p><b>37. Подготовка к операции &lt;цистэктомия&gt; включает пломбирование:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) корня "причинного" зуба</li> <li>2) корней всех зубов, прилежащих к кисте</li> <li>3) зубов-антагонистов</li> <li>4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты</li> <li>5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью</li> </ol>	4

	<p><b>38. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Химиотерапия</li> <li>2) лучевая терапия</li> <li>3) Комбинированное лечение</li> <li>4) иссечение новообразования вместе с надкостницей</li> <li>5) резекция челюсти</li> </ol> <p><b>39. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ограниченным участком ороговения десны</li> <li>2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны</li> <li>3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов</li> <li>4) синюшно-бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции</li> <li>5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации</li> </ol> <p><b>40. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) болезненным дефектом костной ткани челюсти</li> <li>2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия</li> <li>3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны</li> <li>4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов</li> <li>5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации</li> </ol> <p><b>41. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) костными изменениями типа "тающего сахара"</li> <li>2) костными изменениями типа "матового стекла"</li> <li>3) деструкцией кости в виде множественных очагов</li> <li>4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении, разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками</li> <li>5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении</li> </ol> <p><b>42. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) свищами на коже</li> <li>2) контрактурой челюстей</li> <li>3) бессимптомным течением</li> </ol>	<p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p>
--	--	--

		<p>4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов</p> <p>5) Наличием острых краев в области альвеолярного отростка</p> <p><b>43. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:</b></p> <p>1) отсутствием костных изменений в области одонтомы</p> <p>2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления</p> <p>3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения</p> <p>4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти</p> <p>5) наличием зачатка несформировавшегося зуба</p> <p><b>44. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:</b></p> <p>1) Прошивание</p> <p>2) электрорезекция</p> <p>3) лучевое воздействие</p> <p>4) склерозирующая терапия</p> <p>5) криодеструкция, лазерокоагуляция</p> <p><b>45. Клиническая картина острого сиалоденита характеризуется:</b></p> <p>1) синдромом Харвата</p> <p>2) незначительным уплотнением железы</p> <p>3) болью, увеличением железы, гипосаливацией</p> <p>4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией</p> <p>5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы</p> <p><b>46. Лечение больного с острым сиалоаденитом заключается в:</b></p> <p>1) назначении десенсибилизирующей терапии</p> <p>2) удалении пораженной железы</p> <p>3) введении в проток гипертонического раствора</p> <p>4) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии</p> <p>5) промывании железы</p> <p><b>47. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:</b></p> <p>1) нижней челюсти</p> <p>2) скуловых костей с обеих сторон</p> <p>3) верхней челюсти (суборбитальном)</p> <p>4) альвеолярного отростка верхней челюсти</p> <p>5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти</p> <p><b>48. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:</b></p> <p>1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти</p>	<p>2</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p>
--	--	--	---

		<p>2) суббазальном переломе верхней челюсти  3) переломе скуловых костей  4) сочетанных переломах верхней челюсти  5) комбинированных повреждениях верхней челюсти</p> <p><b>49. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:</b></p> <p>1) симптом Малевича  2) положительная реакция Вассермана  3) положительный тест двойного пятна  4) снижение количества альбуминов в крови  5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков</p> <p><b>50. Характерным симптомом при двустороннем переломе мышцелкового отростка является:</b></p> <p>1) открытый прикус  2) кровотечение из носа  3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка  4) передний вывих нижней челюсти  5) смещение средней линии</p> <p><b>51. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:</b></p> <p>1) радикальной операции гайморотомии  2) остеотомии верхней челюсти  3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко  4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков  5) бимаксиллярного шинирования</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>4</p>
2	ОПК -1	<p><b>Прочитайте текст и установите соответствие</b></p> <p><b>1.Соотнесите источник и содержание информационных ресурсов (ИР):</b></p> <p><b>Источник ИР:</b></p> <p>1. Интернет ресурсы для специалистов лечебно-диагностических подразделений  2. Интернет ресурсы для специалистов по организации здравоохранения  3. Интернет ресурсы для пациентов  4. Интернет ресурсы для специалистов финансово-хозяйственных служб</p> <p><b>Содержание ИР:</b></p> <p>А. Законодательные и нормативные акты, справочные материалы, полезные для организации работы и подготовки отчетности учреждений и отдельных частнопрактикующих врачей  В. Оборудование, медикаменты, расходные</p>	1-D, 2-A, 3-C,4-B

		<p>материалы, инструментарий, средства связи, транспорт и т. д.</p> <p>С. Ресурсы, предлагающие справочную медицинскую информацию о различных заболеваниях, их симптомах</p> <p>Д. Специализированная медицинская информация для специалистов практического здравоохранения и научных работников</p> <p><b>2. Какая компьютерная система используется для определенных действий в медицине:</b></p> <p><b>Система:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HIS</li> <li>2. DLP</li> <li>3. ВКС</li> <li>4. SIEM</li> </ol> <p><b>Выполняемые действия с помощью системы:</b></p> <p>А. для контроля копирования и утечки конфиденциальной медицинской информации</p> <p>В. для управления рисками и инцидентами информационной безопасности</p> <p>С. для автоматизации расписания и планирования приёма пациентов</p> <p>Д. для проведения консилиумов и телемедицинских консультаций между врачами разных учреждений</p>	<p><b>1-С, 2-А, 3-Д, 4-В</b></p>
	<p>ОПК -1</p>	<p><b>Прочитайте текст и установите последовательность</b></p> <p><b>1. Укажите последовательность этапов обеспечения информационной безопасности (ИБ) в организации:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разработка и внедрение документов по ИБ, необходимых для организации</li> <li>2. Оценка возможных угроз</li> <li>3. Определение информации, которую необходимо защищать в организации</li> <li>4. Меры обеспечения информационной безопасности</li> </ol> <p><b>2. Укажите последовательность алгоритма включения компьютера:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Включить системный блок компьютера</li> <li>2. Включить сетевой фильтр и стабилизатор напряжения, если компьютер подключен через них</li> <li>3. Включить монитор компьютера</li> <li>4. Включить принтер и другие периферийные устройства (если они будут использоваться)</li> </ol>	<p><b>3-2-4-1</b></p> <p><b>2-4-3-1</b></p>



		<p><b>3. Укажите основные направления медицинской управленческой информатики.</b></p>	<p>поддержки специалистов с помощью информационных технологий;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сокращение расходов на управление отраслью за счет снижения трудоемкости сбора, передачи и обработки информации на всех уровнях управления, оптимизации процессов управления, совместного использования (интеграции) общих информационных ресурсов заинтересованными сторонами;</li> <li>- повышение уровня квалификации медицинских работников на основе внедрения новых информационных технологий поддержки учебного процесса, включая последипломное образование;</li> <li>- повышение уровня информационно-справочного обслуживания населения по вопросам охраны здоровья.</li> </ul> <p>- административно-управленческие информационные системы и системы медикостатистического учета учреждений здравоохранения;</p>
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- информационные системы органов управления здравоохранением;</li> <li>- информационные системы ОМС;</li> <li>- интеграцию электронной медицинской информации в Единую информационную систему с использованием в том числе и телемедицинских технологий.</li> </ul>
	ОПК - 1	<p><b>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</b></p> <p><b>1.</b> Как называются действия, выполняемые с информацией?</p> <p><b>2.</b> Как называется совокупность средств, реализованных на базе персонального компьютера, для решения профессиональных задач в определенной предметной области?</p>	<p>информационный процесс</p> <p>автоматизированное рабочее место</p>
	ОПК - 1	<p><b>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</b></p> <p><b>1. Трансформация традиционного лечебно-диагностического процесса заключается в:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повышении качества оказания медицинской помощи посредством применения современных медицинских цифровых технологий</li> <li>2) применении медицинским персоналом современных медицинских цифровых технологий</li> <li>3) быстрых изменениях традиционного уклада жизни и возможностях человеческого организма и системы здравоохранения</li> <li>4) изменении роли медицинского персонала в этом процессе</li> </ol> <p><b>2. Создание единого цифрового контура на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) входит в число федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение»</li> <li>2) входит в число федеральных проектов национального проекта/программы «Цифровая экономика»</li> <li>3) не оказывает влияние на достижение целей федеральных проектов</li> </ol>	<p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p>

	<p>4) формирует нормативно-правовую основу цифровой трансформации в здравоохранении</p> <p><b>3. Электронный медицинский документ можно выдать пациенту:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) только в электронном виде</li> <li>2) в электронном или бумажном (по требованию пациента) виде</li> <li>3) в электронном и бумажном виде</li> <li>4) только в бумажном виде</li> </ol> <p><b>4. Мониторинг и управление потоками пациентов:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) не предусматривают прямого вовлечения медицинского персонала</li> <li>2) не входят в набор ключевых функциональных возможностей МИС МО</li> <li>3) включают интеграцию с архивом медицинских изображений</li> <li>4) относятся к функциональным возможностям, которые должна обеспечивать МИС МО</li> </ol> <p><b>5. Сроки хранения электронных медицинских документов:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) совпадают со сроками хранения бумажных документов</li> <li>2) ограничены сроком действия электронной подписи</li> <li>3) определяются медицинской организацией</li> <li>4) определяются федеральными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения</li> </ol> <p><b>6. Телемедицинский комплекс:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предназначен для использования без участия медицинского работника</li> <li>2) применяется в стационарах при оказании первичной медико-санитарной помощи медицинским персоналом</li> <li>3) представляет собой набор мобильных и носимых программно-аппаратных средств для применения в домашней телемедицине, экстремальной медицине, медицине катастроф, военной медицине, а также скорой и амбулаторной помощи и реабилитации пациентов</li> <li>4) представляет собой набор стационарных программно-аппаратных средств для применения в домашней телемедицине, экстремальной медицине, медицине катастроф, военной медицине, а также скорой и амбулаторной помощи и реабилитации пациентов</li> </ol> <p><b>7. Телемедицинские технологии:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) представляют собой информационно-</li> </ol>	<p>2</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>4</p>
--	---	--

	<p>коммуникационные технологии для обмена информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм</p> <p>2) представляют собой формализованную на уровне алгоритмических инструкций компьютерную программу</p> <p>3) представляют собой удаленный контакт медицинского работника или команды врачей и средних медицинских работников с пациентом</p> <p>4) представляют собой такой способ оказания медицинских услуг, при котором невозможно обеспечить в установленный временной период физический контакт медицинского работника или команды врачей и средних медицинских работников с пациентом, достаточный для оказания медицинской помощи надлежащего качества и обладающий необходимой ресурсооборуженностью</p> <p><b>8. Архитектура единого цифрового контура сформирована:</b></p> <p>1) совокупностью информационных функциональных подсистем, действующих на уровне Российской Федерации</p> <p>2) набором персонализированных и обезличенных массивов медицинских данных, пригодных к различным методам обработки</p> <p>3) массивом медицинских данных, накопленных в центрах обработки данных в целях обработки алгоритмами искусственного интеллекта набором требований со стороны различных пользователей ЕГИСЗ</p> <p><b>9. В сферу практического здравоохранения наиболее активно внедряются:</b></p> <p>1) телемедицинские консультации и телеобучение</p> <p>2) контроль состояния здоровья (сенсорика) и мобильные телемедицинские комплексы</p> <p>3) системы дистанционного биомониторинга</p> <p>4) телемедицинские консультации и мобильные телемедицинские комплексы</p> <p><b>10. Основной фокус Концепции актуальности цифровой трансформации здравоохранения направлен на:</b></p> <p>1) традиционный лечебно-диагностический процесс</p> <p>2) трудовые функции медицинского персонала</p> <p>3) качество оказания медицинской помощи</p> <p>4) нормативно-правовую основу цифровой трансформации</p> <p><b>11. Актуальность формирования современных цифровых компетенций у медицинских работников обусловлена:</b></p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
--	--	-------------------------------------

	<p>1) Национальным проектом «Здравоохранение»  2) нормативно-правовой базой в сфере здравоохранения  3) локальными нормативными актами медицинской организации  4) прямыми и косвенными указаниями соответствующих профессиональных стандартов</p> <p><b>12. Единый цифровой контур представляет собой:</b></p> <p>1) трехуровневую интегрированную систему накопления, передачи и использования медицинской и статистической информации  2) медицинские информационные системы медицинских организаций, являющиеся основным источником информационного наполнения баз данных  3) систему хранения и обработки информации на региональном уровне  4) государственную информационную систему в сфере здравоохранения, завершающую обработку информации и регулиющую ее потоки</p> <p><b>13. К числу ожидаемых результатов внедрения ЕГИСЗ относится:</b></p> <p>1) информирование населения по вопросам ведения здорового образа жизни  2) информационная поддержка разработки программных решений на основе цифровой технологии интернета вещей  3) формирование современных цифровых компетенций у медицинского персонала  4) формирование баз данных персонализированной информации для формирования систем поддержки принятия врачебных решений</p> <p><b>14.Какая технология обеспечивает защищённое шифрование канала передачи медицинских данных в интернете:</b></p> <p>1) HTML  2) SSL  3) XML  4) CSS</p> <p><b>15. Какая система используется для хранения и передачи диагностических изображений:</b></p> <p>1) ERP  2) PACS  3) CRM  4) RIS</p> <p><b>16. Электронный медицинский документ подписывают усиленными квалифицированными подписями два</b></p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>4</p>
--	--	--

	<p><b>медицинских специалиста:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при использовании медицинских записей, полученных в результате применения медицинских изделий, допущенных к обращению</li> <li>2) при использовании записей, которые содержатся в журналах</li> <li>3) при формировании документа, передаваемого в РЭМД</li> <li>4) при участии в формировании медицинского документа нескольких медицинских работников</li> </ol> <p><b>17. Что является основной целью использования ИКТ в медицинской практике?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Увеличение бумажной документации</li> <li>2) Оптимизация рабочих процессов и повышение качества помощи</li> <li>3) Сокращение числа медицинских специалистов</li> <li>4) Замена всех очных приёмов онлайн-консультациями</li> </ol> <p><b>18. Какой стандарт обеспечивает защищённый обмен медицинской информацией между учреждениями?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) FTP</li> <li>2) NTTP</li> <li>3) HL7</li> <li>4) SMTP</li> </ol> <p><b>19. Что такое телемедицина?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Система хранения медицинских изображений</li> <li>2) Дистанционные консультации и мониторинг пациентов</li> <li>3) Программа для учёта медикаментов</li> <li>4) База данных лабораторных анализов</li> </ol> <p><b>20. Какой документ регламентирует защиту персональных данных в РФ?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Трудовой кодекс</li> <li>2) ФЗ-152 «О персональных данных»</li> <li>3) ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья»</li> <li>4) Налоговый кодекс</li> </ol> <p><b>21. Что означает термин «электронная медицинская карта» (ЭМК)?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Бумажный документ с цифровыми копиями</li> <li>б) Цифровой аналог бумажной карты с доступом через ЕГИСЗ</li> <li>2) Личное приложение пациента для записи к врачу</li> <li>3) База данных страховых полисов</li> </ol> <p><b>21. Какой метод аутентификации наиболее надёжен для доступа к медицинским данным?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Пароль из 6 символов</li> </ol>	<p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
--	--	---

		<p>2) Многофакторная аутентификация (пароль + SMS-код)</p> <p>3) Отпечаток пальца без дополнительного подтверждения</p> <p>4) Открытый доступ для врачей</p> <p><b>22. Что такое фишинг в контексте информационной безопасности?</b></p> <p>1) Мошенническая попытка получить конфиденциальные данные через поддельные письма</p> <p>2) Вирусная атака на серверы</p> <p>3) Несанкционированный доступ через уязвимости ПО</p> <p>4) Физическое изъятие оборудования</p> <p><b>23. Какой стандарт используется для шифрования медицинских данных?</b></p> <p>1) AES-56</p> <p>2) AES-256</p> <p>3) DES</p> <p>4) RSA-1024</p> <p><b>24. Что такое DLP-система в медицине?</b></p> <p>1) Система для диагностики заболеваний</p> <p>2) Система предотвращения утечек данных</p> <p>3) Программа для анализа МРТ</p> <p>4) Чат-бот для пациентов</p> <p><b>25. Какой риск возникает при использовании нелицензионного ПО в медучреждении?</b></p> <p>1) Повышение скорости работы компьютеров</p> <p>2) Уязвимости для вирусов и утечек данных</p> <p>3) Экономия бюджета</p> <p>4) Улучшение совместимости с оборудованием</p> <p><b>26. Что такое «облачные технологии» в медицине?</b></p> <p>1) Физические серверы в клинике</p> <p>2) Удалённые серверы для хранения и обработки данных</p> <p>3) Мобильные приложения для пациентов</p> <p>4) Локальная сеть учреждения</p> <p><b>27. Какой протокол обеспечивает защищённое соединение для передачи медицинских данных?</b></p> <p>1) HTTPS</p> <p>2) HTTP</p> <p>3) FTP</p> <p>4) UDP</p> <p><b>28. Что такое «аудит безопасности» в медицинской организации?</b></p> <p>1) Проверка наличия оборудования</p> <p>2) Анализ уязвимостей и нарушений в системе защиты данных</p> <p>3) Оценка качества лечения</p> <p>4) Аудит финансовых отчётов</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>
--	--	---	---

		<p><b>29. Какой документ подтверждает право пациента на доступ к своей медицинской информации?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Страховой полис</li> <li>2) Паспорт</li> <li>3) Ф3-323 «Об основах охраны здоровья граждан»</li> <li>4) СНИЛС</li> </ol>	3
		<p><b>30. Что такое «двухфакторная аутентификация» (2FA)?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ввод пароля дважды</li> <li>2) Комбинация пароля и дополнительного кода (SMS, токен)</li> <li>3) Сканирование лица</li> <li>4) Использование биометрии</li> </ol>	2
		<p><b>31. Какой риск связан с использованием личных устройств (BYOD) в медучреждении?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Удобство для сотрудников</li> <li>2) Снижение затрат на оборудование</li> <li>3) Возможность утечки данных через незащищённые гаджеты</li> <li>4) Ускорение рабочих процессов</li> </ol>	3
		<p><b>32. Что такое «резервное копирование» в ИТ-безопасности?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Удаление старых данных</li> <li>2) Создание копий данных для восстановления при сбоях</li> <li>3) Шифрование файлов</li> <li>4) Передача данных в облако</li> </ol>	2
		<p><b>33. Что означает аббревиатура «ЭМК» в медицинском контексте?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Электронная медицинская карта</li> <li>2) Единая медицинская комиссия</li> <li>3) Экспертная медицинская консультация</li> <li>4) Единый медицинский код</li> </ol>	1
		<p><b>34. Какой стандарт обеспечивает защищённый обмен медицинскими данными между учреждениями?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TSP/IP</li> <li>2) HL7</li> <li>3) HTTP</li> <li>4) FTP</li> </ol>	2
		<p><b>35. Какое требование обязательно для защиты персональных данных в медицине?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Шифрование данных и контроль доступа</li> <li>2) Хранение всех данных на бумажных носителях</li> <li>3) Шифрование данных и контроль доступа</li> <li>4) Открытый доступ для всех сотрудников</li> <li>5) Удаление данных после каждого использования</li> </ol>	1

	<p><b>36. Что такое «фишинг» в контексте информационной безопасности?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Метод шифрования данных</li> <li>2) Вид кибератаки с целью получения конфиденциальной информации</li> <li>3) Программа для резервного копирования</li> <li>4) Способ аутентификации</li> </ol> <p><b>37. Какой документ регламентирует обработку персональных данных в РФ?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ФЗ-152 «О персональных данных»</li> <li>2) Трудовой кодекс</li> <li>3) ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья»</li> <li>4) Налоговый кодекс</li> </ol> <p><b>38. Что означает «двухфакторная аутентификация»?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ввод пароля и кода из SMS</li> <li>2) Использование только пароля</li> <li>3) Сканирование отпечатка пальца</li> <li>4) Ввод PIN-кода</li> </ol> <p><b>39. Какая система позволяет вести учёт лекарственных средств в аптеке медучреждения?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) CRM</li> <li>2) ERP</li> <li>3) МИС (Медицинская информационная система) CMS</li> </ol> <p><b>40. Что такое «резервное копирование» в ИТ-безопасности?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Удаление устаревших данных</li> <li>2) Создание копий данных для восстановления при сбоях</li> <li>3) Шифрование файлов</li> <li>4) Передача данных в облако</li> </ol> <p><b>41. Какой риск возникает при использовании незащищённого Wi-Fi в медучреждении?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Потеря интернет-соединения</li> <li>2) Перегрузка сети</li> <li>3) Перехват конфиденциальных данных</li> <li>4) Снижение скорости интернета</li> </ol> <p><b>42. Что такое «цифровой след» в медицине?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Физический носитель данных</li> <li>2) История действий пользователя в информационной системе</li> <li>3) Резервная копия данных</li> <li>4) Шифр для доступа к системе</li> </ol> <p><b>43. Какой метод защиты предотвращает несанкционированный доступ к ЭМК?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Использование общих паролей</li> <li>2) Ролевая модель доступа (RBAC)</li> <li>3) Открытый доступ для врачей</li> <li>4) Хранение данных на флешке</li> </ol> <p><b>44. Что такое «кибератака»?</b></p>	<p><b>2</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>2</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>2</b></p> <p><b>2</b></p> <p><b>1</b></p>
--	--	---

	<p>1) Попытка нарушения информационной безопасности</p> <p>2) Ошибка в программном обеспечении</p> <p>3) Сбой оборудования</p> <p>4) Естественное устаревание техники</p> <p><b>45. Какой стандарт используется для обмена радиологическими данными (КТ, МРТ)?</b></p> <p>1) DICOM</p> <p>2) XML</p> <p>3) JSON</p> <p>4) PDF</p> <p><b>46. Что означает «аутентификация» в ИТ?</b></p> <p>1) Проверка подлинности пользователя</p> <p>2) Шифрование данных</p> <p>3) Резервное копирование</p> <p>4) Удаление данных</p> <p><b>47. Какой инструмент помогает обнаружить вирусы в медицинской сети?</b></p> <p>1) Текстовый редактор</p> <p>2) Графический редактор</p> <p>3) Браузер</p> <p>4) Антивирусное ПО</p> <p><b>48. Какова основная цель использования электронной медицинской карты (ЭМК)?</b></p> <p>1) Сокращение бумажного документооборота.</p> <p>2) Обеспечение доступности и целостности медицинской информации для врачей.</p> <p>3) Автоматизация начисления зарплат медперсоналу.</p> <p>4) Хранение фотографий пациентов.</p> <p><b>49. Какое требование обязательно при передаче медицинских данных через интернет?</b></p> <p>1) Использование протокола HTTP.</p> <p>2) Применение TLS/SSL для шифрования.</p> <p>3) Отправка данных в виде обычных PDF-файлов.</p> <p>4) Передача через социальные сети.</p> <p><b>50. Кто несёт ответственность за нарушение правил обработки персональных данных в медучреждении?</b></p> <p>1) Только системный администратор.</p> <p>2) Только руководитель организации.</p> <p>3) Все сотрудники, имеющие доступ к данным, в соответствии с их должностными обязанностями.</p> <p>4) Никто — это техническая проблема.</p> <p><b>51. Что из перечисленного не относится к мерам защиты медицинской информации?</b></p> <p>1) Шифрование данных при передаче по сети.</p> <p>2) Регулярное обновление антивирусного ПО.</p> <p>3) Хранение электронных медицинских карт</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p>
--	---	--

		на общедоступном облаке без шифрования. 4) Двухфакторная аутентификация для доступа к ЭМК.	
3	ОПК -4	<p><b>Прочитайте текст и установите соответствие</b></p> <p><b>1. Установите соответствие между степенью ожога и глубиной повреждения кожных покровов:</b></p> <p><b>Степень ожога:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ожог I степени</li> <li>ожог II степени</li> <li>ожог III (а) степени</li> </ol> <p><b>Повреждение кожных покровов:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>поверхностный эпидермис и капилляры</li> <li>поверхностный эпидермис</li> <li>все слои дермы с сохранением дериватов кожи</li> </ol> <p><b>2. Установите соответствие между нозологической единицей и ее клиническим проявлением:</b></p> <p><b>Нозологическая единица:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Хронический гранулирующий периодонтит</li> <li>Хронический одонтогенный остеомиелит</li> <li>Невралгия тройничного нерва</li> </ol> <p><b>Клиническое проявление:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Муфтообразное утолщение челюсти. Смпиптом Венсана.</li> <li>Болевые параксизмы длящиеся от нескольких минут до нескольких часов. Триггерные зоны.</li> <li>Очаг деструкции костной ткани в периапикальных тканях, с четкими контурами.</li> </ol>	<p><b>1-В, 2-А, 3-С</b></p> <p><b>1-С, 2-А, 3-В</b></p>
	ОПК -4	<p><b>Прочитайте текст и установите последовательность</b></p> <p><b>1. Укажите последовательность клинических проявлений развития фурункула челюстно-лицевой области:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Образование пустулы и воспалительного инфильтрата мягких тканей вокруг него</li> <li>Зуд, жжение в области имеющегося гнойничка</li> <li>Отторжение гнойно-некротического стержня</li> <li>Формирование гнойно-некротического стержня</li> </ol> <p><b>2. Укажите последовательность обследования челюстно-лицевой области (ЧЛО):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Дополнительные методы обследования</li> <li>Осмотр и пальпация полости рта</li> <li>Сбор жалоб и анамнеза (жизни, заболевания)</li> <li>Внешний осмотр и пальпация ЧЛО</li> <li>Перкуссия и зондирование зубов</li> </ol>	<p><b>2-1-4-3</b></p> <p><b>3-4-6-7-2-5-1</b></p>

		<p>6. Пальпация регионарных лимфатических узлов головы и шеи</p> <p>7. Оценка степени открывания полости рта и движения ВНЧС</p>	
	ОПК -4	<p><b>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</b></p> <p><b>1.</b> На прием в отделение челюстно-лицевой хирургии обратился больной Ф., 59 лет с жалобами на наличие дефекта мягких тканей нижней губы. An.morbi: 5 лет назад была произведена тотальная резекция нижней губы по поводу рака с последующим лучевым лечением. Объективно: при внешнем осмотре нижняя губа отсутствует полностью. Ротовая щель не смыкается. Кожа подбородка рубцово изменена, сухая, имеет вид «пергаментной бумаги». В полости рта: без патологии.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1.Поставьте диагноз</p> <p>2.Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту</p> <p>3.Составьте план лечения</p> <p><b>2.</b> Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомию в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Проведите обоснование диагноза?</p> <p>2. Поставьте диагноз?</p> <p>3. Консультация каких смежных специалистов</p>	<p>1.Постоперационный тотальный дефект нижней губы, рубцовая деформация мягких тканей подбородка</p> <p>2.КТ нижней челюсти.</p> <p>3.Пластика филатовским стеблем (формирование стебля напередне-боковой поверхности живота, перенос через предплечье, перенос к месту дефекта, распластывание)</p> <p>1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие “курковой” зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гипестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.</p> <p>2. Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва слева.</p> <p>3. Следует провести</p>

		<p>необходима?</p> <p>3. После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте диагноз.</li> <li>2. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения (интраоперационные, ранние и послеоперационные)?</li> <li>3. Наметьте план хирургического лечения.</li> </ol>	<p>обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.</li> <li>2. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей.</li> <li>3. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.</li> </ol>
	ОПК -4	<p><b>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перечислите методы забора материала для цитологического исследования.</li> <li>2. Назовите пути распространения инфекции в ЧЛО.</li> </ol>	<p>пункционный, аспирационный методы, соскоб, мазок, отпечаток</p> <p>гематогенный, лимфогенный, по протяжению</p>

ОПК -4	<p align="center"><b>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</b></p> <p><b>1. При клиническом методе обследовании жалобы и анамнез включают в себя</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) общие сведения о больном</li> <li>2) анамнез жизни</li> <li>3) анамнез заболевания</li> <li>4) перенесенные и сопутствующие заболевания</li> </ol> <p><b>2. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются</li> <li>2) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи</li> <li>3) история болезни заполняется после нормализации состояния</li> </ol> <p><b>3. Как правильно проводить пальпацию?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) от "здорового" к "больному" участку тела</li> <li>2) от "больного" к "здоровому" участку тела</li> </ol> <p><b>4. Последовательность осмотра слизистой полости рта</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области</li> <li>2) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек</li> <li>3) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков</li> </ol> <p><b>5. Пальпация относится</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) к дополнительному методу обследования больного</li> <li>2) к клиническому методу обследования больного</li> <li>3) к лабораторному методу обследования больного</li> </ol> <p><b>6. Для забора материала при пункционной биопсии используются иглы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Скалдина</li> <li>2) Медвинского</li> <li>3) Маре</li> </ol> <p><b>7. Бимануальная пальпация применяется</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области</li> <li>2) в челюстно-лицевой области не применяется</li> <li>3) при патологии тканей дна полости рта</li> <li>4) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез</li> <li>5) только при локализации процесса в щечной области</li> <li>6) при локализации процесса на шее</li> </ol>	<p>1,2,3,4</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1,2</p> <p>1</p>
--------	---	--

	<p><b>8. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях</li> <li>2) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы</li> <li>3) обследование височно-нижнечелюстного сустава</li> <li>4) КЛКТ</li> </ol> <p><b>9. При проведении телерентгенографии расстояние между объектом исследования и источником излучения составляет</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 3 м</li> <li>2) 2 м</li> <li>3) 1 м</li> <li>4) 2,5 м</li> <li>5) 1.5 м</li> <li>6) 0.5 м</li> </ol> <p><b>10. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при наличии свищей</li> <li>2) при наличии резанных и колотых ран</li> <li>3) при переломах челюстей</li> <li>4) при заболеваниях слюнных желез</li> <li>5) при флегмонах челюстно-лицевой области</li> </ol> <p><b>11. При перкуссии зубов определяется</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) болевая реакция</li> <li>2) некроз пульпы</li> <li>3) перелом коронки зуба</li> <li>4) перелом корня зуба</li> <li>5) подвижность зубов</li> </ol> <p><b>12. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) да</li> <li>2) нет</li> </ol> <p><b>13. Ложная флюктуация - это:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) флюктуация воспринимается в одном направлении</li> <li>2) отсутствие колебаний жидкости в полости</li> <li>3) колебание жидкости во всех направлениях</li> </ol> <p><b>14. У больного имеется пулевое ранение, а также повреждение кожи от воздействия боевыми отравляющими веществами. Назовите это ранение:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) одиночное</li> <li>2) множественное</li> <li>3) сочетанное</li> <li>4) комбинированное</li> </ol> <p><b>15. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы?:</b></p>	<p><b>1,2,3,4</b></p> <p><b>4</b></p> <p><b>1,2,4</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>2</b></p> <p><b>1</b></p> <p><b>4</b></p> <p><b>2,3,4,5</b></p>
--	--	---

	<p>1) не изменены  2) болезненные  3) увеличены  4) плотноэластической консистенции  5) подвижные</p> <p><b>16. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий:</b></p> <p>1) анаэробных  2) аэробных  3) факультативных  4) только аэробных и факультативных  5) только анаэробных</p> <p><b>17. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:</b></p> <p>1) височной  2) скуловой  3) щечной  4) околоушно-жевательной  5) окологлоточного пространства</p> <p><b>18. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:</b></p> <p>1) скуловой  2) поднижнечелюстной  3) подглазничной  4) щечной области  5) околоушно-жевательной</p> <p><b>19. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в :</b></p> <p>1) средостение  2) Околоушно-жевательную область  3) околоушную слюнную железу  4) подглазничную область  5) щечную область</p> <p><b>20. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется в :</b></p> <p>1) околоушно-жевательную область  2) щечную область  3) крыловидно-небное венозное сплетение  4) венозные синусы головного мозга  5) крыловидно-нижнечелюстное пространство</p> <p><b>21. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:</b></p> <p>1) отек верхнего века  2) отек крыловидно-нижнечелюстной складки  3) отек и гиперемия кожи щечной области  4) гиперемия кожи в области нижней губы  5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-</p>	<p>1,2,3</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>5</p> <p>5</p>
--	--	---

	<p>жевательной области</p> <p><b>22. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ангины Людвига</li> <li>2) карбункула нижней губы</li> <li>3) абсцедирующего паротита</li> <li>4) флегмоны височной области</li> <li>5) обострения хронического верхнечелюстного синусита</li> </ol>	3
	<p><b>23. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) симптом "песочных часов"</li> <li>2) отек губо-щечной складки</li> <li>3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области</li> <li>4) гиперемия кожи в области нижней губы</li> <li>5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области</li> </ol>	1
	<p><b>24. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) асимметрия лица</li> <li>2) затрудненное открывание рта</li> <li>3) отек крыловидно-нижнечелюстной складки</li> <li>4) боль при глотании и движении языка</li> <li>5) отек и гиперемия кожи в щечных областях</li> </ol>	4
	<p><b>25. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) подвижность всех зубов на челюсти</li> <li>2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки</li> <li>3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов</li> <li>4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана</li> </ol>	3
	<p><b>26. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в виде "тающего сахара"</li> <li>2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов</li> <li>3) в виде нескольких полостей с четкими контурами</li> <li>4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов</li> <li>5) с образованием секвестра</li> </ol>	4
	<p><b>27. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:</b></p>	4

		<p>1) ограниченным участком ороговения десны  2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны  3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов  4) синюшно-бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции  5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации</p> <p><b>28. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:</b></p> <p>1) костными изменениями типа "тающего сахара"  2) костными изменениями типа "матового стекла"  3) деструкцией кости в виде множественных очагов  4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении, разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками  5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении</p> <p><b>29. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:</b></p> <p>1) свищами на коже  2) контрактурой челюстей  3) бессимптомным течением  4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов  5) Наличием острых краев в области альвеолярного отростка</p> <p><b>30. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:</b></p> <p>1) отсутствием костных изменений в области одонтомы  2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления  3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения  4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти  5) наличием зачатка несформировавшегося зуба</p> <p><b>31. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:</b></p> <p>1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами  2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками  3) разрушение кортикального слоя</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p>
--	--	---	-------------------------------------

	<p>бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов</p> <p>4) наличие кисты с зачатком зуба</p> <p>5) наличие секвестра</p> <p><b>32. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:</b></p> <p>1) нижней челюсти</p> <p>2) скуловых костей с обеих сторон</p> <p>3) верхней челюсти (суборбитальном)</p> <p>4) альвеолярного отростка верхней челюсти</p> <p>5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти</p> <p><b>33. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:</b></p> <p>1) симптом Малевича</p> <p>2) положительная реакция Вассермана</p> <p>3) положительный тест двойного пятна</p> <p>4) снижение количества альбуминов в крови</p> <p>5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков</p> <p><b>34. Характерным симптомом при двустороннем переломе мышцелкового отростка является:</b></p> <p>1) открытый прикус</p> <p>2) кровотечение из носа</p> <p>3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка</p> <p>4) передний вывих нижней челюсти</p> <p>5) смещение средней линии</p> <p><b>35. Суставные симптомы при заболеваниях ВНЧС:</b></p> <p>1) суставной шум</p> <p>2) тугоподвижность нижней челюсти</p> <p>3) неудобство при смыкании зубов</p> <p><b>36. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:</b></p> <p>1) анализ функциональной окклюзии</p> <p>2) рентгенологическое исследование</p> <p>3) электромиографическое исследование</p> <p><b>37. Реография области ВНЧС используется для определения:</b></p> <p>1) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области</p> <p>2) гемодинамики</p> <p>3) движения головок нижней челюсти</p> <p>4) размеров элементов ВНЧС</p> <p><b>38. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:</b></p> <p>1) сужение суставной щели</p> <p>2) отсутствие суставной щели</p> <p>3) расширение суставной щели</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1,2,3</p> <p>1,2,3</p> <p>2</p> <p>5</p>
--	--	--

	<p>4) уплотнение кортикального слоя суставной головки</p> <p>5) изменение формы костных элементов сустава</p> <p><b>39. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:</b></p> <p>1) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей</p> <p>2) крепитацию</p> <p>3) отсутствие суставного шума</p>	2
	<p><b>40. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:</b></p> <p>1) артрографию</p> <p>2) магниторезонансную томографию</p> <p>3) ультразвуковую диагностику</p>	2,3
	<p><b>41. Аускультация ВНЧС при артрозе и хроническом артрите выявляет:</b></p> <p>1) крепитацию</p> <p>2) равномерные, мягкие, скользящие звуки трущихся поверхностей</p> <p>3) щелкающие звуки</p>	1,3
	<p><b>42. Положительный симптом Герке определяется при:</b></p> <p>1) гайморите</p> <p>2) сепсисе</p> <p>3) хроническом перидонтите</p> <p>4) медиастините</p> <p>5) сиалодените</p>	4
	<p><b>43. Вынужденное положение пациента на боку с приведёнными к животу ногами определяется при:</b></p> <p>1) флегмона дна полости рта</p> <p>2) сепсисе</p> <p>3) медиастините</p> <p>4) субмаксилите</p> <p>5) тромбофлебит</p>	3
	<p><b>44. Симптом Равич-Щербо отмечается при:</b></p> <p>1) сепсисе</p> <p>2) остром аппендиците</p> <p>3) медиастините</p> <p>4) флегмоне височной области</p> <p>5) тромбофлебите</p>	3
	<p><b>45. Симптом Попова отмечается при:</b></p> <p>1) медиастините</p> <p>2) сепсисе</p> <p>3) тромбофлебите</p> <p>4) аппендиците</p> <p>5) бронхите</p>	1
	<p><b>46. Для септикопиемии наиболее характерны:</b></p> <p>1) лихорадка</p> <p>2) интоксикация организма</p> <p>3) головная боль</p>	5

	<p>4) бессонница  5) в органах и тканях появляются метастатические гнойники и абсцессы</p> <p><b>47. Для септицемии наиболее характерны:</b></p> <p>1) температура тела 39С  2) потрясающий озноб  3) сильная головная боль  4) бессонница  5) пиемические очаги не выявлены, а из крови высевается патогенная микрофлора</p> <p><b>48. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относится:</b></p> <p>1) физикальный  2) биохимический  3) гистологический  4) ангиографический  5) иммунологический</p> <p><b>49. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие:</b></p> <p>1) гиперперолиоза  2) гиперхроматоза ядер  3) атипического ороговения  4) инвазии в подэпителиальные ткани</p> <p><b>50. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака слизистой оболочки дна полости рта в условиях поликлиники:</b></p> <p>1) томография  2) клиническое  3) цитологическое  4) ультразвуковое  5) рентгенологическое</p> <p><b>51. Рентгенологическая картина вторичного рака нижней челюсти характеризуется:</b></p> <p>1) деструкцией костной ткани без четких границ по телу «тающего сахара»  2) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений  3) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения  4) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования</p>	<p>5</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p>
--	---	--



	ОПК -5	<p align="center"><b>Прочитайте текст и установите последовательность</b></p> <p><b>1. Назовите последовательность действий при возникновении у пациента в кресле аллергической реакции немедленного типа на введенный анестетик:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Немедленное прекращение введения препарата.</li> <li>2. Введение антигистаминных препаратов (например, супрастин в/м) и глюкокортикоидов (дексаметазон в/м или в/в).</li> <li>3. Обеспечение проходимости дыхательных путей, вызов реанимационной бригады</li> <li>4. Введение адреналина (эпинефрина) п/к или в/м.</li> </ol> <p><b>2. Укажите последовательность действий алгоритма при угрозе перфорации верхнечелюстной пазухи при плановом удалении зуба:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назначение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) для оценки состояния костного дна пазухи и топографии корней.</li> <li>2. Планирование атравматичного удаления.</li> <li>3. Оценка риска перфорации и обсуждение с пациентом плана действий в случае ее возникновения (возможное одномоментное закрытие соустья).</li> <li>4. Послеоперационные рекомендации</li> </ol>	<p><b>1-3-4-2</b></p> <p><b>1-3-2-4</b></p>
	ОПК -5	<p align="center"><b>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</b></p> <p><b>1.</b> Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком виде деформации челюсти идет речь?</li> <li>2. Какие варианты оперативного лечения?</li> </ol>	<p><b>1.</b> На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.</p> <p><b>2.</b> Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнати необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не</p>

			<p>удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованиям, их сохраняют (депульпируют с последующим пломбированием каналов корней). Лечение планируют по распространенным методам хирургического вмешательства по Кон-Стоку или Шухарду, которые состоят в удалении 1.4, 2.4 или 1.5, 2.5, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается кзади, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой</p>
--	--	--	---

		<p><b>2.В</b> хирургическое отделение поступил пострадавший, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Больному выполнена тотальная ринопластика филатовским стеблем по Хитрову.</p> <p><b>Вопрос:</b> Укажите этапы данной операции.</p> <p><b>3.</b>Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5 зубов. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.</p> <p><b>Вопросы:</b>  <b>1.</b> Составьте план лечения больного.  <b>2.</b> Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?</p>	<p>бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении.</p> <p>Этапы тотальной ринопластики Филатовским стеблем по Хитрову:  1) формирование круглого кожно-жирового стебля на груди или животе;  2) пересадка одной ножки стебля на кисть или предплечье;  3) перенесение второй ножки стебля в область корня носа;  4) ринопластика (формирование носа).</p> <p><b>1.</b> План лечения:  а) клинорентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа;  б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата?  в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или</p>
--	--	---	---

			<p>гомотрансплантат)  г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?  <b>2.</b> Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить:  - хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата;  - рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти  - специализированный послеоперационным уходом за больным (питание, уход за шинами);  - динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.</p>
	ОПК -5	<p><b>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</b>  <b>1.</b> Пациентка К., 60 лет, жалуется на сухость полости рта и безболезненное увеличение околоушных слюнных желез. Данные симптомы беспокоят в течение трех лет. Из анамнеза выяснено, что страдает ревматоидным полиартритом. Находится на диспансерном учете у ревматолога. Какой предварительный диагноз можно предположить?</p> <p><b>2.</b> В поликлинику обратился больной 18 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования на нижней губе, которое заметил 1 месяц тому назад. Отмечает увеличение размера опухоли в 2 раза. При осмотре - на слизистой оболочке нижней губы имеется образование округлой формы, диаметром 1 см, голубоватого цвета, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями. Слизистая оболочка</p>	<p>Синдром Шегрена</p> <p>Гемангиома нижней губы</p>

		над образованием истончена, подвижна. Какой предварительный диагноз можно предположить?	
ОПК -5	<p><b>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</b></p> <p><b>1. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:</b></p> <p>1) Порта 2) Ванкевич 3) Тигерштедта 4) Лимберга</p> <p><b>2. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:</b></p> <p>1) дуга Энгля 2) метод Адамса 3) остеосинтез по Макиенко 4) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой</p> <p><b>3. Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране:</b></p> <p>1) ранняя хирургическая обработка 2) промывание раны антисептическими растворами 3) назначение антибактериальных средств 4) назначение противовоспалительных средств</p> <p><b>4. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:</b></p> <p>1) распатор 2) зажим Кохера 3) крючок Фарабефа 4) крючок Лимберга</p> <p><b>5. При гнойном периостите при хирургическом вскрытии:</b></p> <p>1) Рана не дренируется 2) Рана дренируется резиновым выпускником 3) Достаточно однократного промывания раны антисептиком 4) Рана дренируется только на нижней челюсти</p> <p><b>6. Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе:</b></p> <p>1) Предушным доступом 2) В подбородочной области 3) В поднижнечелюстной области 4) По переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба 5) Параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла</p> <p><b>7. Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе:</b></p> <p>1) По носогубной складке</p>	<p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p>	

	<p>2) В подбородочной области  3) По ходу ветвей лицевого нерва  4) Слизистой оболочки по крыло - челюстной складке  5) В поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти</p> <p><b>8. Секвестрэктомиа при хроническом остеомиелите показана в период:</b>  1) После физиотерапевтического лечения  2) Формирования секвестра  3) Сформировавшегося секвестра  4) После антибактериальной терапии</p> <p><b>9. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:</b>  1) Мостовидным  2) Опрокидываемым  3) Удвоенным по-Рауэру  4) Встречными треугольными</p> <p><b>10. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:</b>  1) Остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания  2) Лечение осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица  3) Первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица</p> <p><b>11. Основным методом лечения костного анкилоза ВНЧС является:</b>  1) Редрессация  2) Эндопротезирование ВНЧС  3) Физиолечение  4) Миогимнастика</p> <p><b>12. Для профилактики токсического действия анестетиков необходимо:</b>  1) Провести премедикацию диазепамом  2) Выполнить аспирационную пробу  3) Назначить димедрол  4) Обколоть место инъекции адреналином</p> <p><b>13. При хронической лимфаденопатии неясного генеза показано проведение:</b>  1) Антибактериальной терапии  2) Физиотерапии  3) Гистологического исследования лимфатического узла  4) Иммуностимулирующая терапия</p> <p><b>14. Какова лечебная тактика по отношению к зубу, расположенному в линии перелома на нижней челюсти:</b>  1) Всегда удаляется</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p>
--	--	--

	<p>2) Всегда сохраняется</p> <p>3) Сохраняется только в случае отсутствия смещения отломков, выраженной воспалительной реакции и патологического процесса</p> <p><b>15. Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) В области флюктуации</li> <li>2) В проекции корня языка</li> <li>3) По границе гиперемии кожи</li> <li>4) На всю ширину инфильтрата</li> <li>5) В месте наибольшей болезненности</li> </ol> <p><b>16. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) В подбородочной области, окаймляя угол нижней челюсти</li> <li>2) Слизистой оболочке по крылочелюстной складке</li> <li>3) В поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти</li> <li>4) Параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла</li> </ol> <p><b>17. Лечение актиномикоза комплексное, продолжительное (30 – 40 дней) и включает:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Применение препаратов, содержащих йод (р-р Люголя).</li> <li>2) Антибиотики и сульфаниламиды в больших дозах.</li> <li>3) Иммуноterapia актинолизатом.</li> <li>4) Хирургическое вскрытие абсцесса.</li> <li>5) Рентгенотерапию в дозах 1000 – 2000 Rg</li> </ol> <p><b>18. Лечение острого гнойного одонтогенного гайморита:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) только консервативное лечение;</li> <li>2) удаление причинного зуба, симптоматическое лечение;</li> <li>3) гайморотомия;</li> <li>4) удаление причинного зуба, назначение сосудосуживающих и физиотерапевтических средств.</li> <li>5) пункция (если нет сообщения после удаления зуба) и промывание верхнечелюстной пазухи.</li> </ol> <p><b>19. При хроническом одонтогенном синусите, лечение начинается с:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Радикального лечения пазухи.</li> <li>2) Удаления причинного зуба.</li> <li>3) Физиотерапевтического лечения.</li> <li>4) Медикаментозного лечения</li> </ol> <p><b>20. Основным в лечении острых серозных сиалоаденитов является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Разрез (вскрытие в любом случае).</li> </ol>	<p>4</p> <p>4</p> <p>1,2,3,4</p> <p>2,4,5</p> <p>2</p> <p>3</p>
--	---	---

	<p>2) Массаж железы и физиотерапия.  3) Антибиотикотерапия, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия, препараты, стимулирующие слюноотделение.  4) Имностимулирующее лечение.  5) Удаление поражённой железы.</p> <p><b>21. При комплексном лечении острого сиалоденита в выводной проток вводят:</b></p> <p>1) Перекись водорода 3%.  2) Липоидол 1-2 мл.  3) Антибиотики и ферменты.  4) Тёплый раствор фурацилина.  5) Искусственную слюну.</p> <p><b>22. Какой препарат и в какой дозировке назначается для стимуляции слюноотделения при сиалоденитах:</b></p> <p>1) 3-4 раза в день по 20-30 капель 1%-го р-ра пилокарпина.  2) 5-6 капель 1%-го р-ра пилокарпина.  3) 8-10 раз в день по 10-15 капель 1%-го р-ра пилокарпина.  4) Перед едой назначается по 0,5 мл 1%-го р-ра пилокарпина.  5) 2-3 раза в день по 4-6 капель 1%-го р-ра пилокарпина (не более 10 дней)</p> <p><b>23. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является:</b></p> <p>1) Склерозирование  2) Криодеструкция  3) Лазерокоагуляция  4) Перевязка  5) Иссечение</p> <p><b>24. Гемостаз в случае кровотечений из носа осуществляется при помощи:</b></p> <p>1) Передняя тампонада;  2) Задняя тампонада;  3) Резиновыми шариками которые надуваются;  4) Наложение швов на поврежденные сосуды;</p> <p><b>25. Первой помощью при дислокационной асфиксии в случае западения языка является:</b></p> <p>1) Интубация больного  2) Тракция языка нитью проведенной через переднюю треть языка  3) Иммобилизация нижней челюсти пращей  4) Проведение трахеотомии</p> <p><b>26. Неотложная помощь при сочетанных травмах включает:</b></p> <p>1) Наложение асептической повязки и временная иммобилизация костных отломков</p>	<p>3,4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>1,2,3</p> <p>2</p> <p>1,2,3,4</p>
--	---	---

	<p>2) Неотложную помощь при шоке  3) Остановку кровотечения  4) Поддержки жизненно-важных систем</p> <p><b>27. Первая помощь при переломах верхней челюсти предполагает временную фиксацию лицевого массива с целью:</b></p> <p>1) Нормализации дыхания  2) Перевозки больного  3) Нормализации прикуса  4) Окончательного гемостаза  5) Снятия боли</p> <p><b>28. При лечении ангиом мягких тканей лица применяют:</b></p> <p>1) Склерозирование  2) Иссечение  3) Электрокоагуляцию  D. Криодеструкцию  E. Лучевую терапию</p> <p><b>29. При лечении больных с регионарными метастазами рака губы в излечимых случаях применяют:</b></p> <p>1) Лучевой метод  2) Хирургический метод  3) Криохирургию  4) Комбинированный метод</p> <p><b>30. Основным методом лечения рака нижней челюсти является:</b></p> <p>1) Хирургический  2) Лучевой  3) Комбинированный  4) Химиотерапевтический  5) Электрохирургический</p> <p><b>31. При доброкачественных опухолях поднижнечелюстной слюной железы:</b></p> <p>1) Удаляют опухоль  2) Удаляют опухоль с частью железы  3) Удаляют опухоль и перевязывают выводной проток  4) Удаляют опухоль вместе с железой  5) Проводят верхнее фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки</p> <p><b>32. При лечении амелобластомы используют:</b></p> <p>1) Выскабливание очага  2) Лучевую терапию  3) Резекцию пораженного участка челюсти  4) Коагуляция лазером  5) Консервативное лечение</p> <p><b>33. Резекция челюсти показана при:</b></p> <p>1) Фиброме, фиброматозе  2) Липоме, липоматозе  3) Лейомиоме, рабдомиоме  4) Амелобластоме</p>	<p>1,2,5</p> <p>1,2,3,4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p>
--	---	--

	<p>5) Фиброзном эпюлисе</p> <p><b>34. План лечения больного со злокачественной опухолью в челюстно-лицевой области составляется:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Онкологом</li> <li>2) Радиологом</li> <li>3) Химиотерапевтом</li> </ol> <p><b>35. К основным методам лечения больных со злокачественными опухолями относится:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Хирургический</li> <li>2) Лучевой</li> <li>3) Лекарственный</li> <li>4) Паллиативный</li> <li>5) Симптоматический</li> </ol> <p><b>36. Лечение предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта преимущественно:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Консервативное</li> <li>2) Лучевое</li> <li>3) Химиолучевое</li> <li>4) Хирургическое</li> <li>5) Паллиативное</li> </ol> <p><b>37. Лечение рака слизистой оболочки полости рта преимущественно:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Лучевое</li> <li>2) Хирургическое</li> <li>3) Комбинированное</li> <li>4) Химиотерапевтическое (лекарственное)</li> <li>5) Паллиативное</li> </ol> <p><b>38. При удалении опухолей околоушной слюнной железы используется оперативный доступ по:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Брунсу</li> <li>2) Мухину</li> <li>3) Редону</li> <li>4) Йовчеву</li> <li>5) Ковтуновичу</li> </ol> <p><b>39. Основными принципами пластической хирургии являются:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Предотвращение боли</li> <li>2) Предотвращение натяжение краев раны</li> <li>3) Гемостаз</li> <li>4) Быстрая регенерация</li> <li>5) Уменьшение отека</li> </ol> <p><b>40. Медикаментозное лечение флегмоны дна полости рта состоит в назначении:</b>  Антибиотиков широкого спектра действия  Дезинтоксикационных растворов  Антигистаминных препаратов  Анальгетических средств  Препаратов, стимулирующих процессы иммунитета</p>	<p>1,2,3</p> <p>1,2,3</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3,5</p> <p>2,3</p> <p>1,2,3,4,5</p>
--	---	--

	<p><b>41. Оперативный доступ при поднижнечелюстной флегмоне:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) срединный (в подбородочной области)</li> <li>2) воротникообразный</li> <li>3) в поднижнечелюстной области, параллельно к телу нижней челюсти</li> <li>4) в поднижнечелюстной области, перпендикулярно к телу челюсти</li> </ol> <p><b>42. Хирургическое лечение медиастинитов состоит в проведении разрезов в:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) В шейной области по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы</li> <li>2) Надгрудиный</li> <li>3) Вертикальный разрез проходящий через грудину (А. Иванов)</li> <li>4) Трансдиафрагмальная медиастенитотомия (Савин-Розинов)</li> <li>5) Окологрудиный по Маделунгу</li> </ol> <p><b>43. Лечение септицемии должно быть срочным, интенсивным и комплексным:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Санация септического очага (хирургически)</li> <li>2) Антибиотикотерапия в оптимальных дозах с 2-мя, 3-мя и более антибиотиков</li> <li>3) Лечение антибиотиками будет продлено до 14-16 дней</li> <li>4) Иммунотерапия (гаммаглобулин, сыворотки, анатоксин)</li> <li>5) Лечение кортикостероидами, восстановление гидроэлектrolитного и кислотнощелочного баланса, лечение сосудистой недостаточности, кислородотерапия и др.</li> </ol> <p><b>44. Основным в лечении острых гнойных лимфаденитов является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Консервативное лечение</li> <li>2) Антибиотикотерапия</li> <li>3) Хирургическое вмешательство (вскрытие гнойного очага)</li> <li>4) Компрессы, повязки с мазями</li> <li>5) Физиотерапия</li> </ol> <p><b>45. При гнойном периостите при хирургическом вскрытии:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Рана не дренируется</li> <li>2) Рана дренируется резиновым выпускником</li> <li>3) Достаточно однократного промывания раны антисептиком</li> <li>4) Рана дренируется только на нижней челюсти</li> </ol> <p><b>46. Ведущим методом лечения хронического периостита челюсти является:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Лекарственная терапия</li> <li>2) Ополаскивания антисептиком в течение 10</li> </ol>	<p>3</p> <p>1,3,4,5</p> <p>1,2,3,4,5</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p>
--	--	---

	<p>дней</p> <p>3) Удаление патологического очага физическими или хирургическим методами</p> <p>4) Не требует лечения</p> <p><b>47. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:</b></p> <p>1) Мостовидным</p> <p>2) Опрокидывающимся</p> <p>3) Удвоенным по-Рауэру</p> <p>4) Встречными треугольными</p> <p><b>48. Вторичная костная пластика после основной операции проводится через:</b></p> <p>1) 10 дней</p> <p>2) 1-2 месяца</p> <p>3) 3-4 месяца</p> <p>4) 6-8 месяцев</p> <p>5) 1-1,5 года</p> <p><b>49. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:</b></p> <p>1) Остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания</p> <p>2) Лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица</p> <p>3) Первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица</p> <p><b>50. Остеосинтез по - Макиенко проводится:</b></p> <p>1) Спицей</p> <p>2) Мини-пластинами</p> <p>3) Стальной проволокой</p> <p>4) Бронзо-алюминиевой лигатурой</p> <p>5) Компрессионно-дистракционным аппаратом струпа и развития грануляций</p> <p><b>51. Основным методом лечения костного анкилоза ВНЧС является:</b></p> <p>1) Редрессация</p> <p>2) Эндопротезирование ВНЧС</p> <p>3) Физиолечение</p> <p>4) Миогимнастика</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p>
--	---	--

5	ПК - 1	<p><b>Прочитайте текст и установите соответствие</b></p> <p><b>1.Расставьте правильно пальцы левой руки на анатомических ориентирах для поиска проекционной точки нижнечелюстного отверстия по П.М.Егорову :</b></p> <p><b>Палец:</b></p> <p>А. 1 палец  В. 2 палец  С. 3 палец  D. 4 палец  Е. 5 палец</p> <p><b>Анатомические ориентиры:</b></p> <p>а) нижний край скуловой кости  б) основание суставного отростка  в) основание венечного отростка  г) нижний край челюсти  д) на проекционной точке н/ч отверстия</p> <p><b>2. При проведении анестезии по Берше, Дубову, Уварову вкол иглы производят под краем скуловой дуги кпереди от козелка ушной раковины на 2 см. Отличаются эти методики глубиной погружения иглы в ткани. Какой методике анестезии соответствует какая глубина продвижения иглы?</b></p> <p><b>Вид анестезии:</b></p> <p>А. Берше  В. Дубов  С. Уваров</p> <p><b>Глубина погружения иглы:</b></p> <p>а) 3,0-3,5 см  б) 4,0-4,5 см  в) 2,0-2,5 см</p>	<p><b>А-в,В-а,С-д,D-б,Е-г</b></p> <p><b>А-в,В-а,С-б</b></p>
	ПК - 1	<p><b>Прочитайте текст и установите последовательность</b></p> <p><b>1.Укажите последовательность действий при проведении торусальной анестезии:</b></p> <p>1. Расположение шприца на уровне первого верхнего моляра с противоположной стороны.  2. Вкол иглы в латеральный скат крыловидно-нижнечелюстной складки, на 0,5 см ниже коронки верхнего третьего моляра.  3. Продвинуть иглу до кости.  4. Провести аспирационную пробу и ввести анестетик.</p> <p><b>2.Укажите последовательность событий при проникновении местного анестетика в цитоплазму нервных клеток:</b></p> <p>1. Прикрепление анестетика к мембране нейрона ароматическим кольцом.  2. Ионизация и диффузия анестетика в цитоплазму нейрона.</p>	<p><b>2-3-1-4</b></p> <p><b>1 - 2 - 3 - 4</b></p>

		<p>3. Прикрепление алкильных радикалов к рецепторам натриевых каналов с их блокадой.</p> <p>1. 4. Прекращение передачи импульсов по нервному волокну.</p>	
	ПК - 1	<p><b>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</b></p> <p>1. Пациентка 58 лет, тучного телосложения, у которой наблюдаются, последние 10 лет, повышенные цифры артериального давления. После проведения местной анестезии в стоматологическом кресле, почувствовала: сильную головную боль; головокружение; ощущение «двоения» в глазах, появилось мелькание – «белый снег»; ощущение «онемения» в конечностях; кожные покровы покрылись потом; появилось чувство нехватки воздуха «звон» в ушах; все эти явления сопровождались резко выраженным страхом. В этот момент определялось: кожные покровы влажные, ЧСС 110 уд.в мин., ЧД 28 экс. в мин., АД 180/120 мм. рт.ст.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?</p> <p>2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?</p> <p>3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?</p> <p>4. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?</p> <p>5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?</p> <p>2. У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <p>1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба?</p>	<p>1. Гипертонический криз</p> <p>2. Имеющихся данных достаточно</p> <p>3. Обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, применить гипотензивные препараты, вызвать машину скорой помощи, контролировать – АД, ЧСС, ЧД</p> <p>4. Спазмолитические, гипотензивные средства, седативные препараты и транквилизаторы</p> <p>5. Амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией.</p> <p>1. Беременность – относительное противопоказание к операции.</p> <p>2. Лучше не применять анестетиков,</p>

		<p>2.Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации?  3.Какие варианты анестезий можно использовать?</p> <p><b>3.</b> Пациент 30 лет, в анамнезе аллергия на анилиновые красители. Через 15 минут после местной анестезии новокаином в стоматологическом кресле, почувствовал: интенсивный зуд всей поверхности кожи; затем на коже появились гиперемированные участки сыпи, выступающие над ее поверхностью. При этом отмечалось: нарастающая слабость, головокружение и головная боль, тошнота, повышение температуры тела – 38,5 °С, АД 100/60 мм.рт. ст., ЧСС 100 в мин., ЧД 20 экс. в мин. После проведенной неотложной терапии все явления исчезли.</p> <p><b>Вопросы:</b>  1.Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?  2. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?  3. Чем, в наибольшей степени, опасно развитие подобного состояния?  4. Наличие в анамнезе аллергии на анилиновые красители должно было обратить внимание стоматолога на возможность развития данной реакции. Какие дополнительные диагностические возможности были упущены?  5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?</p>	<p>содержащих вазоконстрикторы.  3.Для удаления 16 зуба возможно применить инфильтрационное обезболивание, туберальную анестезию в сочетании с палатинальной.</p> <p>1. Острая крапивница  2. Немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды и возможно сосудосуживающие средства.  3. Возможным развитием отека Квинке в области дыхательных путей и асфиксией.  4. Консультация врача-аллерголога-иммунолога  5. Амбулаторно, после консультации врача-аллерголога-иммунолога с учетом его рекомендаций, под прикрытием премедикации антигистаминными, глюкокортикоидными препаратами и местной анестезией рекомендованными иммунологом.</p>
--	--	--	---

ПК - 1	<p><b>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</b></p> <p><b>1.</b> Пациентке К., 20 лет показано удаление ретенированного 48 зуба. Сопутствующая патология отсутствует.</p> <p><b>Вопросы:</b> Какое обезболивание необходимо данной пациентке?</p> <p><b>2.</b> У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.</p> <p><b>Вопросы:</b> Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба?</p>	<p>Выполнение торусальной или мандибулярной и инфильтрационной анестезии</p> <p>Беременность – относительное противопоказание к операции.</p>
ПК - 1	<p><b>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</b></p> <p><b>1. Ориентиром для вкола иглы при проведении инфильтрационной анестезии на верхней челюсти является:</b></p> <p>A. десневой край; B. величина коронки зуба; C. переходная складка; D. свод преддверия; E. десневой сосочек.</p> <p><b>2. Вкол иглы при туберальной анестезии производят на уровне верхнего:</b></p> <p>A. 8 зуба; B. 7 зуба; C. 6 зуба; D. 5 зуба; E. 4 зуба.</p> <p><b>3. При проведении туберальной анестезии иглу направляют:</b></p> <p>A. кверху, кзади, кнаружи; B. кверху, кзади, кнутри; C. книзу, кзади, кнутри; D. книзу, кпереди, кнутри; E. кверху, кпереди, кнутри.</p> <p><b>4. Вкол иглы при проведении внеротовой туберальной анестезии по С.Н. Вайсблату производят по нижнему краю:</b></p> <p>A. скуловой дуги; B. скуловой кости; C. глазницы; D. козелка ушной раковины; E. трагоорбитальной линии.</p> <p><b>5. При проведении внеротовой туберальной анестезии по П.М. Егорову в качестве ориентира используется:</b></p> <p>A. франкфуртская горизонталь; B. трагоорбитальная линия;</p>	<p>С</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>А</p>

	<p>С. скуловая дуга;  D. скуловая кость;  E. скулоальвеолярный гребень.</p> <p><b>6. При обезболивании второй ветви тройничного нерва по С.Н. Вайсблату в качестве ориентира используется:</b></p> <p>A. франкфуртская горизонталь;  B. скулоальвеолярный гребень;  C. середина трагоорбитальной линии;  D. передненижний угол скуловой кости;  E. нижний край скуловой дуги.</p> <p><b>7. Вкол иглы при проведении резцовой анестезии производят:</b></p> <p>A. в передний отдел резцового сосочка;  B. в среднюю часть сосочка;  C. в заднюю часть сосочка;  D. в основание перегородки носа;  E. в основание уздечки губы.</p> <p><b>8. При проведении мандибулярной анестезии блокируются:</b></p> <p>A. нижнечелюстной нерв;  B. нижнелуночковый нерв;  C. щечный нерв;  D. ушно-височный нерв;  E. язычный нерв.</p> <p><b>9. В качестве ориентира, при проведении мандибулярной анестезии может использоваться:</b></p> <p>A. передний край ветви нижней челюсти;  B. ретромолярный треугольник;  C. височный гребень;  D. крыловидно-нижнечелюстная складка;  E. передняя небная дужка.</p> <p><b>10. При проведении анестезии по Гоу-Гейтсу пациент располагается:</b></p> <p>A. вертикально;  B. горизонтально;  C. полугоризонтально;  D. на боку;  E. в позе Тренделенбурга.</p> <p><b>11. При проведении анестезии по Вазирани-Акинозивкол иглы делают:</b></p> <p>A. между медиальной поверхностью ветви нижней челюсти и альвеолярным отростком верхней челюсти на уровне верхнего третьего моляра;  B. по медиальному краю ветви нижней челюсти на уровне шеек верхних моляров;  C. по медиальной поверхности ветви нижней челюсти на уровне жевательной поверхности нижних моляров;  D. позади венечного отростка нижней челюсти</p>	<p>A</p> <p>C,D</p> <p>B,E</p> <p>B,C,D</p> <p>B</p> <p>A</p>
--	---	---

		<p>на уровне верхнего третьего моляра;  Е. по латеральной поверхности ветви нижней челюсти на уровне верхних моляров.</p> <p><b>12. К непосредственным местным осложнениям местного обезболивания относят:</b></p> <p>А. внутрисосудистое введение анестетика;  В. образование гематомы;  С. нагноение гематомы;  D. ранение нерва иглой;  Е. травматическая невралгия.</p> <p><b>13. Основной причиной внутрисосудистого введения анестетика является:</b></p> <p>А. случайное попадание иглы в просвет сосуда;  В. пренебрежение аспирационной пробой;  С. погрешности в соблюдении методики обезболивания;  D. анатомические особенности;  Е. беспокойное поведение пациента.</p> <p><b>14. Рубцовая контрактура нижней челюсти может развиваться после проведения анестезии:</b></p> <p>А. инфильтрационной;  В. небной;  С. мандибулярной;  D. интралигаментарной;  Е. торусальной.</p> <p><b>15. Какие осложнения общего характера на стоматологическом приеме сопровождаются потерей сознания пациентом?</b></p> <p>А. Коллапс;  В. Обморок;  С. Приступ стенокардии;  D. Эпилептический припадок;  Е. Приступ бронхиальной астмы.</p> <p><b>16. Пациентам с психоэмоциональным возбуждением легкой степени для стабилизации эмоционального фона можно назначить:</b></p> <p>А. седативный препарат;  В. транквилизатор;  С. нейролептик;  D. наркотик;  Е. антидепрессант.</p> <p><b>17. Выберите препарат для обезболивания тканей полости рта при воспалении:</b></p> <p>1) Мепивакаин  2) Артикаин (ультракаин)  3) Прокаин (новокаин)  4) Бупивакаин  5) Лидокаин</p> <p><b>18. Отметьте местный анестетик, не</b></p>	<p>A,B,D</p> <p>A,B,C,D</p> <p>C,E</p> <p>B,D</p> <p>A</p> <p>2</p>
--	--	--	---

		<p><b>оказывающий сосудорасширяющего действия:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Бензокаин (анестезин)</li> <li>2) Мепивакаин</li> <li>3) Прокаин (новокаин)</li> <li>4) Лидокаин</li> <li>5) Артикаин (ультракаин)</li> </ol> <p><b>19. Определите препарат, который можно наиболее эффективно использовать для инфильтрационной анестезии на нижней челюсти:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Мепивакаин</li> <li>2) Артикаин (ультракаин)</li> <li>3) Прокаин (новокаин)</li> <li>4) Бупивакаин</li> <li>5) Лидокаин</li> </ol> <p><b>20. Точка приложения действия местных анестетиков (все ответы неверны, кроме одного):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Кора головного мозга</li> <li>2) Таламус</li> <li>3) Лимбическая система</li> <li>4) Чувствительные нервные окончания и проводники</li> <li>5) Белки поверхностного слоя слизистых оболочек и кожи</li> </ol> <p><b>21. Отметьте механизм действия местных анестетиков:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Увеличение проницаемости клеточных мембран для ионов кальция и увеличение потенциала действия</li> <li>2) Снижение проницаемости клеточных мембран для ионов натрия, сопровождающееся мембранно-стабилизирующим эффектом</li> <li>3) Угнетение проведения болевых импульсов на уровне задних рогов спинного мозга</li> <li>4) Угнетение проведения болевых импульсов на уровне таламуса</li> </ol> <p><b>22. Мепивакаин (все утверждения верны, кроме одного):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Используется для инфильтрационной и проводниковой анестезии</li> <li>2) Действует до 90 минут</li> <li>3) Не вызывает расширения сосудов</li> <li>4) По активности уступает лидокаину</li> <li>5) Токсичнее новокаина</li> </ol> <p><b>23. Артикаин (все утверждения верны, кроме одного):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Используется для поверхностной анестезии</li> <li>2) Используется для инфильтрационной и проводниковой анестезии</li> <li>3) Расширяет сосуды</li> </ol>	<p>2</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>1</p>
--	--	--	---

	<p>4) Действует до 90 минут  5) Обладает высокой диффузионной способностью</p> <p><b>24. Прокаин (новокаин) (все утверждения верны, кроме одного):</b></p> <p>1) Используется для инфильтрационной и проводниковой анестезии  2) Суживает сосуды  3) Действует 20-30 минут  4) Часто вызывает аллергические осложнения  5) Разрушается холинэстеразой</p> <p><b>25. При инъекции раствора анестетика в зону воспаления в большей степени снижается активность:</b></p> <p>1) Лидокаина  2) Артикаина (ультракаина)  3) Тримекаина  4) Прокаина (новокаина)  5) Мепивакаина</p> <p><b>26. Препарат, используемый для всех видов местной анестезии (все ответы неверны, кроме одного):</b></p> <p>1) Мепивакаин  2) Лидокаин  3) Артикаин (ультракаин)  4) Анестезин (бензокаин)  5) Прокаин (новокаин)</p> <p><b>27. Неотложная помощь при внезапной остановке кровообращения:</b></p> <p>1) Строфантин, мезатон  2) Преднизолон, димедрол, хлористый кальций  3) Закрытый массаж сердца, ИВЛ, дефибрилляция  4) Вызов бригады скорой помощи, обеспечение покоя больному и доступа свежего воздуха  5) Адреналин, мезатон, преднизолон</p> <p><b>28. Атропин вводят для нормализации сердечного ритма:</b></p> <p>1) При выраженной брадикардии  2) При выраженной тахикардии  3) При мерцательной аритмии  4) При шоке</p> <p><b>29. При наличии аритмии у больного местную анестезию лучше выполнять:</b></p> <p>1) Лидокаином  2) Бупивакаином  3) Мепивакаином  4) Артикаином  5) Новокаином  6) Прилокаином</p> <p><b>30. У лиц пожилого и старческого возраста дозы местных анестетиков следует:</b></p>	<p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p>
--	---	--

	<p>1) Увеличивать  2) Уменьшать  3) Оставлять без изменения  4) Не применять вообще</p> <p><b>31. При беременности нужно использовать:</b></p> <p>1) Артикаин  2) Бупивакаин  3) Мепивакаин  4) Лидокаин  5) Этидокаин</p> <p><b>32. При беременности местные анестетики желателно вводить:</b></p> <p>1) С вазоконстрикторами  2) Без вазоконстрикторов  3) Не применять</p> <p><b>33. Токсическое действие на ЦНС наиболее выражено у:</b></p> <p>1) Новокаина  2) Артикаина  3) Бупивакаина  4) Мепивакаина  5) Лидокаина</p> <p><b>34. Местным осложнением от введения норадреналина может стать:</b></p> <p>1) Воспаление  2) Некроз ткани  3) Отек  4) Кровотечение</p> <p><b>35. При применении вазопрессоров может развиться:</b></p> <p>1) Альвеолит  2) Гематома  3) Неврит  4) Пульпит  5) Отек</p> <p><b>36. Местный анестетик, обладающий сосудосуживающим действием:</b></p> <p>1) Лидокаин  2) Мепивакаин  3) Новокаин  4) Артикаин  5) Этидокаин</p> <p><b>37. Применение вазоконстрикторов в высокой концентрации может привести к:</b></p> <p>1) Пульпиту  2) Альвеолиту  3) Некрозу тканей  4) Ишемии</p> <p><b>38. Для лечения судорог при передозировке анестетиков следует использовать:</b></p> <p>1) Мезатон  2) Нитроглицерин</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1,2,3,4</p> <p>3</p>
--	--	---

		<p>3) Сибазон 4) Кордиамин</p> <p><b>39. При желудочковых нарушениях ритма показано использование:</b></p> <p>1) Артикаина 2) Бупивакаина 3) Новокаина 4) Лидокаина</p> <p><b>40. Абсолютным показанием к наркозу при стоматологических хирургических вмешательствах является:</b></p> <p>1) Аллергическая реакция на местные анестетики группы сложных эфиров 2) Эпилепсия 3) Хирургические вмешательства продолжительностью более 1 часа 4) Сопутствующие заболевания органов внутренней секреции 5) Вмешательства сопровождающиеся нарушением проходимости верхних дыхательных путей</p> <p><b>41. Эталонотоксичности среди местных анестетиков служит:</b></p> <p>1) Прокаин 2) Лидокаин 3) Бупивакаин 4) Артикаин 5) Кокаин</p> <p><b>42. Точка вкола иглы при проведении стволовой анестезии по-Вайсблату должна соответствовать проекции:</b></p> <p>1) Нижнего полюса полулунной вырезки 2) Середине траго-орбитальной линии под скуловой дугой (траго-орбитально-ангулярного расстояния) 3) Проекция передней поверхности суставной головки при широко открытом рте 4) Передненижнему углу скуловой кости</p> <p><b>43. Местный анестетик, обладающий сосудосуживающим действием:</b></p> <p>1) Лидокаин 2) Мепивакаин 3) Новокаин 4) Артикаин 5) Этидокаин</p> <p><b>44. Снижение уровня всех видов чувствительности за счет уменьшения афферентации (передачи восходящих импульсов от рецепторов по нервным волокнам и синапсам) или повышения порога болевой и других видов чувствительности, называется:</b></p>	<p>4</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>А</p>
--	--	---	---

	<p>A. гипозестезия,  B. гиперэстезия,  C. аналгезия,  D. анестезия.</p> <p><b>45. Временное устранение болевых ощущений на периферическом или центральном уровне, с сохранением других видов чувствительности, называется:</b></p> <p>A. гипозестезия,  B. гиперэстезия,  C. аналгезия,  D. анестезия.</p> <p><b>46. Полную обратимую блокаду всех видов чувствительности, называют:</b></p> <p>A. гипозестезией;  B. гиперэстезией;  C. аналгезией;  D. анестезия.</p> <p><b>47. Совокупность методов предупреждения проведения или блокады афферентной импульсации от ограниченного участка тканей на уровне периферической нервной системы, называется:</b></p> <p>A. общей анестезией;  B. местной анестезией;  C. сочетанной анестезией;  D. комбинированной анестезией;  E. многокомпонентной анестезией.</p> <p><b>48. Совокупность методов блокады болевой чувствительности на уровне ЦНС называется:</b></p> <p>A. общей анестезией;  B. местной анестезией;  C. сочетанной анестезией;  D. комбинированной анестезией;  E. многокомпонентной анестезией.</p> <p><b>49. Одновременное применение методов местной и общей анестезии называют:</b></p> <p>A. общей анестезией;  B. местной анестезией;  C. сочетанной анестезией;  D. комбинированной анестезией;  E. многокомпонентной анестезией;</p> <p><b>50. Использование различных способов анестезии в пределах одного метода (общего или местного) обезболивания называется:</b></p> <p>A. общей анестезией;  B. местной анестезией;  C. сочетанной анестезией;  D. комбинированной анестезией;  E. многокомпонентной анестезией.</p> <p><b>51. При проведении аппликационной</b></p>	<p>C</p> <p>D</p> <p>B</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>B,C,D,E</p>
--	---	--

	<p><b>анестезии анестетик наносят на поверхность кожи или слизистой оболочки в виде:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. порошка;</li><li>B. раствора;</li><li>C. мази;</li><li>D. геля;</li><li>E. пленки.</li></ul>	
--	--	--