



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 №2
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
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ПК-1	Способен выполнять местную (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) анестезию в челюстно-лицевой области
ПК-2	Способен оказывать специализированную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю, в том числе с травмой, челюстно-лицевой области

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-3	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	34 с эталоном ответов
ОПК-1	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	2 с эталоном ответов

		<p>В. используется для расширения участия сотрудников в выполнении управленческих функций.</p> <p>С. используется для распределения полномочий, функций, обязанностей, ответственности, взаимоотношений</p> <p>Д. используется для мотивации сотрудников к эффективному труду, партнерским отношениям, создания благоприятного климата в коллективе</p>	
	УК -3	<p align="center">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Укажите последовательность действий в принятии управленческого решения (УР):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выбор альтернатив, разработка и принятие (согласование и утверждение) решения 2. Выявление и описание проблемной ситуации, прогноз ее развития либо Анализ состояния внутренней и внешней среды организации 3. Контроль реализации решения 4. Формулировка целей разработки УР 5. Оценка времени и ресурсов, необходимых для разработки УР 6. Оценка эффективности 7. Разработка альтернативных вариантов УР 8. Оценка альтернатив и прогнозирование ситуации, определяющей последствия реализации альтернатив 9. Организация процесса реализации решения и управление реализацией <p>2. Укажите последовательность стадий переговоров для решения конфликтных ситуаций в системе здравоохранения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поиск взаимоприемлемого решения (психологическая борьба, установление реальной позиции оппонентов) 2. Подготовка к началу переговоров (до открытия переговоров) 3. Завершение (выход из возникшего кризиса или переговорного тупика) 4. Предварительный отбор позиции (первоначальные заявления участников об их позиции в данных переговорах) 	<p>2-4-5-7-8-1-9-3-6</p> <p>2-4-1-3</p>

	УК - 3	<p align="center">Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Дайте характеристику демократическому стилю руководства: отличительные особенности, позитивные и негативные черты, условия применения.</p> <p>2. Дайте характеристику либеральному стилю руководства: отличительные особенности, позитивные и негативные черты, условия применения.</p>	<p>Демократический (коллективный или коллегиальный) руководитель доверяет сотрудникам, советуется с ними, взаимодействует с общественностью, делегирует полномочия, создает условия подчиненным для профессионального роста. В коллективе благоприятные условия для развития инициативы работников и их удовлетворенности работой. Общение - вежливое, распоряжения - в форме предложений и советов, порядок и дисциплина - не на страхе, а на высокой сознательности работников. Неэффективен в ситуациях, требующих немедленного директивного вмешательства.</p> <p>Либеральный стиль: роль руководителя в координации действий сотрудников — в общих указаниях, в контроле. Создаются условия для творчества. Применим: в высококвалифицированных коллективах, способных к самостоятельной</p>
--	--------	---	---

		<p>3. Назовите основные причины конфликтов.</p>	<p>работе. Неприменим: в условиях, требующих постоянной координации и контроля, четких конкретных указаний. Может перерасти в анархический.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ограниченность и распределение ресурсов. – Взаимозависимость задач. – Различия в целях. – Различия в представлениях и ценностях. – Различия в манере поведения. – Различия в жизненном опыте и уровне образования. – Неудовлетворительные коммуникации. – Несоответствие уровня притязаний.
УК - 3	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Что является функцией управления, которая предполагает регулярный анализ и выявление отклонений в процессе выполнения плановых мероприятий с одновременной коррекцией работы?</p> <p>2. Какой стиль руководства необходимо применять в экстремальных (чрезвычайных) ситуациях?</p>	<p>Контроль</p> <p>Авторитарный</p>	
УК - 3	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Наиболее эффективным, хотя и трудно реализуемым, стилем поведения руководителя в конфликтной ситуации является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) доминирование 2) сотрудничество 3) избегание 4) уступчивость <p>2. Право использования ресурсов (временные, человеческие,</p>	<p>2</p> <p>4</p>	

	<p>информационные, технологические, материально-технические, финансовые) для достижения цели – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) делегирование 2) менеджмент 3) лидерство 4) полномочия <p>3. Команда – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) группа, обладающая единой целью, четкой иерархией, стандартами взаимодействия и функционально-ролевой специализацией. 2) формирование или организованная группа людей 3) постоянный или временный коллектив рабочих, выполняющих общее производственное задание и несущих совместную ответственность <p>4. Для профессионального общения с пациентами необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проходить специальное обучение 2) просто быть хорошим врачом, проработав в медицине много лет 3) просто быть хорошим человеком 4) соблюдать общепринятые правила вежливости. <p>5. Коммуникация - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) воздействие на партнера 2) взаимное ориентирование на совместную деятельность 3) обмен информацией, настроениями, эмоциями 4) приобретенные способности 5) черты характера <p>6. Методы управления, основанные на дисциплине, четкой субординации и строгой регламентации деятельности, характерные для формальных организаций:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) административные 2) законодательные 3) социально-психологические 4) экономические <p>7. С точки зрения личных качеств руководителя различают стили руководства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) классический 2) либеральный 3) демократический 4) авторитарный 5) консервативный <p>8. Выбор стиля руководства зависит от:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) личностных качеств руководителя 2) профессиональной подготовки руководителя 3) уровня развития коллектива 4) указаний свыше 	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2,3,4</p> <p>1,2,3</p>
--	---	---

	<p>5) наличия нормативной базы</p> <p>9. К методам поддержания работоспособности персонала относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стимулирование персонала 2) организация труда 3) структура управления организацией 4) ориентирующие условия 5) социальное партнерство <p>10. К методам поддержания работоспособности персонала относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стимулирование персонала 2) организация труда 3) структура управления организацией 4) ориентирующие условия 5) социальное партнерство <p>11. Распорядительные (командные) методы управления направлены на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) информационную и методическую помощь подчиненным для обеспечения успешного выполнения работы 2) решение конкретных ситуаций, не предусмотренных регламентационными актами 3) установление параметров, определяющих границы какой-либо деятельности по верхнему и нижнему пределам 4) установление ответственности подчиненных и ее практической реализации <p>12. Стиль управления, при котором управленческие решения принимаются на основе обсуждения проблемы, учета мнений и инициатив сотрудников, а выполнение принятых решений контролируется и руководителем, и самими сотрудниками:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) демократический 2) либеральный 3) деловой 4) компромиссный <p>13. Не являются методами мотивации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экономическая заинтересованность 2) целевой подход в управлении 3) меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении 4) качественное расширение выполняемой работы 5) участие работников в управлении учреждением <p>14. Личное влияние человека на коллектив, которое он приобретает своим трудом, профессиональными знаниями, организаторскими способностями, нововведениями, умением работать с</p>	<p>1,5</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>2</p>
--	--	---

	<p>людьми – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) харизма 2) авторитет 3) внушение 4) руководство <p>15. Факторы психологической профилактики конфликтов в коллективе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) высокий авторитет руководителя 2) наличие в коллективе высокой организационной культуры 3) отсутствие иерархии в коллективе 4) престиж деятельности и организации <p>16. Удовлетворенность пациентов процессом взаимодействия с медицинским персоналом зависит от:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) качества предоставленной информации 2) коммуникативных навыков медперсонала 3) проявленного сопереживания 4) проявленного сочувствия <p>17. Методы управления, основанные на дисциплине, четкой субординации и строгой регламентации деятельности, характерные для формальных организаций:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) административные 2) законодательные 3) социально-психологические 4) экономические <p>18. Личное влияние человека на коллектив, которое он приобретает своим трудом, профессиональными знаниями, организаторскими способностями, нововведениями, умением работать с людьми – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) харизма 2) авторитет 3) внушение 4) руководство <p>19. Факторы психологической профилактики конфликтов в коллективе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) высокий авторитет руководителя 2) наличие в коллективе высокой организационной культуры 3) отсутствие иерархии в коллективе 4) престиж деятельности и организации <p>20. Организационные изменения встречают наибольшее сопротивление вследствие:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) неправильной последовательности действий 2) консервативности людей 3) внешних обстоятельств 4) недостатка ресурсов для осуществления изменений 5) спешки 	<p>1,2,4</p> <p>1,2,3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1,2,4</p> <p>2</p>
--	--	---

		<p>21. К административным методам управления относятся: 1) премирование персонала 2) участие работников в управлении организацией 3) формирование трудовых коллективов с учетом особенностей характера 4) дисциплинарные мероприятия 5) пропаганда и агитация</p> <p>22. Наиболее эффективным, хотя и трудно реализуемым, стилем поведения руководителя в конфликтной ситуации является: 1) доминирование 2) сотрудничество 3) избегание 4) уступчивость</p> <p>23. Право использования ресурсов (временные, человеческие, информационные, технологические, материально-технические, финансовые) для достижения цели – это: 1) делегирование 2) менеджмент 3) лидерство 4) полномочия</p> <p>25. Комплекс сложнейших биопсихических состояний и реакций человека, формирующих его действия - это: 1) делегирование 2) мотивация 3) руководство 4) управление</p> <p>26. Эмоциональный интеллект - это: 1) сумма навыков и способностей человека распознавать эмоции 2) совокупность способностей к пониманию и управлению собственными эмоциями, пониманию и управлению эмоциями других людей 3) управление эмоциями</p> <p>27. Не являются методами мотивации: 1) экономическая заинтересованность 2) целевой подход в управлении 3) меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении 4) качественное расширение выполняемой работы 5) участие работников в управлении учреждением</p> <p>28. Стремление субъектов взаимодействия идти на взаимные уступки и реализовывать свои интересы с учетом интересов противоположной стороны:</p>	<p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p>
--	--	---	--

	<p>1) альтруизм 2) избегание 3) компромисс 4) сотрудничество</p> <p>29. Для профессионального общения с пациентами необходимо:</p> <p>1) проходить специальное обучение 2) просто быть хорошим врачом, проработав в медицине много лет 3) просто быть хорошим человеком 4) соблюдать общепринятые правила вежливости</p> <p>30. Вербальные коммуникации осуществляются с помощью:</p> <p>1) определенного темпа речи 2) информационных технологий 3) устной речи 4) мимики 5) зрительного контакта</p> <p>31. Удовлетворенность пациентов процессом взаимодействия с медицинским персоналом зависит от:</p> <p>1) качества предоставленной информации 2) коммуникативных навыков медперсонала 3) проявленного сопереживания 4) проявленного сочувствия</p> <p>32. Важнейшая функция корпоративной культуры - это:</p> <p>1) укрепление дисциплины 2) формирование благоприятного психологического климата в организации 3) поддержание социальной стабильности в организации 4) правильное распределение вознаграждений 5) создание благоприятного имиджа организации</p> <p>33. С точки зрения личных качеств руководителя различают стили руководства:</p> <p>1) классический 2) либеральный 3) демократический 4) авторитарный 5) консервативный</p> <p>34. Выбор стиля руководства зависит от:</p> <p>1) личностных качеств руководителя 2) профессиональной подготовки руководителя 3) уровня развития коллектива 4) указаний свыше 5) наличия нормативной базы</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1,2,3</p> <p>2</p> <p>2,3,4</p> <p>1,2,3</p>
--	--	---

		<p>необходимо защищать в организации</p> <p>4. Меры обеспечения информационной безопасности</p> <p>2. Укажите последовательность алгоритма включения компьютера:</p> <p>1. Включить системный блок компьютера</p> <p>2. Включить сетевой фильтр и стабилизатор напряжения, если компьютер подключен через них</p> <p>3. Включить монитор компьютера</p> <p>4. Включить принтер и другие периферийные устройства (если они будут использоваться)</p>	<p>2-4-3-1</p>
ОПК - 1		<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Что такое ФРМО и ФРМР?</p>	<p>ФРМО - это подсистема, предназначенная для учёта сведений о медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, об их структурных подразделениях с указанием профилей их медицинской деятельности, местонахождения, а также сведений об их оснащении и использовании медицинских изделий, за исключением информации об их финансово-хозяйственной деятельности.</p> <p>ФРМР - это подсистема, предназначенная для учёта сведений о кадровом обеспечении медицинских организаций и трудоустройстве медицинских работников в медицинские организации, а также</p>

		<p>2.Каковы перспективы развития информационных технологий в медицине и здравоохранении?</p>	<p>предоставления доступа к электронным сервисам медицинским работникам</p> <ul style="list-style-type: none"> - повышение качества оказания медицинской помощи на основе повышения уровня информационной поддержки специалистов с помощью информационных технологий; - 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; - повышение уровня квалификации медицинских работников на основе внедрения новых информационных технологий поддержки учебного процесса, включая последипломное образование; - повышение уровня информационно-справочного
--	--	---	--

		<p>3. Укажите основные направления медицинской управленческой организационной информатики.</p>	<p>обслуживания населения по вопросам охраны здоровья.</p> <ul style="list-style-type: none"> - административно-управленческие информационные системы и системы медикостатистического учета учреждений здравоохранения; - информационные системы органов управления здравоохранением; - информационные системы ОМС; - интеграцию электронной медицинской информации в Единую информационную систему с использованием в том числе и телемедицинских технологий.
ОПК - 1		<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Как называются действия, выполняемые с информацией?</p> <p>2. 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 style="text-align: center;">Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Трансформация традиционного лечебно-диагностического процесса заключается в:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышении качества оказания медицинской помощи посредством применения современных медицинских цифровых технологий 2) применении медицинским персоналом современных медицинских цифровых технологий 3) быстрых изменениях традиционного уклада жизни и возможностях человеческого организма и системы здравоохранения 4) изменении роли медицинского персонала в этом процессе <p>2. Создание единого цифрового контура на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) входит в число федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» 2) входит в число федеральных проектов национального проекта/программы «Цифровая экономика» 3) не оказывает влияние на достижение целей федеральных проектов 4) формирует нормативно-правовую основу цифровой трансформации в здравоохранении <p>3. Электронный медицинский документ можно выдать пациенту:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) только в электронном виде 2) в электронном или бумажном (по требованию пациента) виде 3) в электронном и бумажном виде 4) только в бумажном виде <p>4. Мониторинг и управление потоками пациентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не предусматривают прямого вовлечения медицинского персонала 2) не входят в набор ключевых функциональных возможностей МИС МО 3) включают интеграцию с архивом медицинских изображений 4) относятся к функциональным возможностям, которые должна обеспечивать МИС МО <p>5. Сроки хранения электронных медицинских документов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) совпадают со сроками хранения бумажных документов 2) ограничены сроком действия электронной подписи 	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">1</p>
---------	--	--

	<p>3) определяются медицинской организацией</p> <p>4) определяются федеральными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения</p> <p>6. Телемедицинский комплекс:</p> <p>1) предназначен для использования без участия медицинского работника</p> <p>2) применяется в стационарах при оказании первичной медико-санитарной помощи медицинским персоналом</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>7. Телемедицинские технологии:</p> <p>1) представляют собой информационно-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>8. Архитектура единого цифрового контура сформирована:</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</p> <p>4</p> <p>1</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>9. В сферу практического здравоохранения наиболее активно внедряются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) телемедицинские консультации и телеобучение 2) контроль состояния здоровья (сенсорика) и мобильные телемедицинские комплексы 3) системы дистанционного биомониторинга 4) телемедицинские консультации и мобильные телемедицинские комплексы <p>10. Основной фокус Концепции актуальности цифровой трансформации здравоохранения направлен на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) традиционный лечебно-диагностический процесс 2) трудовые функции медицинского персонала 3) качество оказания медицинской помощи 4) нормативно-правовую основу цифровой трансформации <p>11. Актуальность формирования современных цифровых компетенций у медицинских работников обусловлена:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>12. Единый цифровой контур представляет собой:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>13. К числу ожидаемых результатов внедрения ЕГИСЗ относится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) информирование населения по вопросам 	<p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>1</p>
--	--	--	--

	<p>ведения здорового образа жизни</p> <p>2) информационная поддержка разработки программных решений на основе цифровой технологии интернета вещей</p> <p>3) формирование современных цифровых компетенций у медицинского персонала</p> <p>4) формирование баз данных персонализированной информации для формирования систем поддержки принятия врачебных решений</p> <p>14.Какая технология обеспечивает защищённое шифрование канала передачи медицинских данных в интернете:</p> <p>1) HTML</p> <p>2) SSL</p> <p>3) XML</p> <p>4) CSS</p> <p>15. Какая система используется для хранения и передачи диагностических изображений:</p> <p>1) ERP</p> <p>2) PACS</p> <p>3) CRM</p> <p>4) RIS</p> <p>16. Электронный медицинский документ подписывают усиленными квалифицированными подписями два медицинских специалиста:</p> <p>1) при использовании медицинских записей, полученных в результате применения медицинских изделий, допущенных к обращению</p> <p>2) при использовании записей, которые содержатся в журналах</p> <p>3) при формировании документа, передаваемого в РЭМД</p> <p>4) при участии в формировании медицинского документа нескольких медицинских работников</p> <p>17. Что является основной целью использования ИКТ в медицинской практике?</p> <p>1) Увеличение бумажной документации</p> <p>2) Оптимизация рабочих процессов и повышение качества помощи</p> <p>3) Сокращение числа медицинских специалистов</p> <p>4) Замена всех очных приёмов онлайн-консультациями</p> <p>18. Какой стандарт обеспечивает защищённый обмен медицинской информацией между учреждениями?</p> <p>1) FTP</p> <p>2) HTTP</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p>
--	--	--

	<p>3) HL7 4) SMTP</p> <p>19. Что такое телемедицина?</p> <p>1) Система хранения медицинских изображений 2) Дистанционные консультации и мониторинг пациентов 3) Программа для учёта медикаментов 4) База данных лабораторных анализов</p>	2
	<p>20. Какой документ регламентирует защиту персональных данных в РФ?</p> <p>1) Трудовой кодекс 2) ФЗ-152 «О персональных данных» 3) ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья» 4) Налоговый кодекс</p>	2
	<p>21. Что означает термин «электронная медицинская карта» (ЭМК)?</p> <p>1) Бумажный документ с цифровыми копиями б) Цифровой аналог бумажной карты с доступом через ЕГИСЗ 2) Личное приложение пациента для записи к врачу 3) База данных страховых полисов</p>	2
	<p>21. Какой метод аутентификации наиболее надёжен для доступа к медицинским данным?</p> <p>1) Пароль из 6 символов 2) Многофакторная аутентификация (пароль + SMS-код) 3) Отпечаток пальца без дополнительного подтверждения 4) Открытый доступ для врачей</p>	2
	<p>22. Что такое фишинг в контексте информационной безопасности?</p> <p>1) Мошенническая попытка получить конфиденциальные данные через поддельные письма 2) Вирусная атака на серверы 3) Несанкционированный доступ через уязвимости ПО 4) Физическое изъятие оборудования</p>	1
	<p>23. Какой стандарт используется для шифрования медицинских данных?</p> <p>1) AES-56 2) AES-256 3) DES 4) RSA-1024</p>	2
	<p>24. Что такое DLP-система в медицине?</p> <p>1) Система для диагностики заболеваний 2) Система предотвращения утечек данных 3) Программа для анализа МРТ 4) Чат-бот для пациентов</p>	2
	<p>25. Какой риск возникает при использовании</p>	2

		<p>нелицензионного ПО в медучреждении?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Повышение скорости работы компьютеров 2) Уязвимости для вирусов и утечек данных 3) Экономия бюджета 4) Улучшение совместимости с оборудованием <p>26. Что такое «облачные технологии» в медицине?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Физические серверы в клинике 2) Удалённые серверы для хранения и обработки данных 3) Мобильные приложения для пациентов 4) Локальная сеть учреждения <p>27. Какой протокол обеспечивает защищённое соединение для передачи медицинских данных?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) HTTPS 2) HTTP 3) FTP 4) UDP <p>28. Что такое «аудит безопасности» в медицинской организации?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Проверка наличия оборудования 2) Анализ уязвимостей и нарушений в системе защиты данных 3) Оценка качества лечения 4) Аудит финансовых отчётов <p>29. Какой документ подтверждает право пациента на доступ к своей медицинской информации?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Страховой полис 2) Паспорт 3) ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан» 4) СНИЛС <p>30. Что такое «двухфакторная аутентификация» (2FA)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ввод пароля дважды 2) Комбинация пароля и дополнительного кода (SMS, токен) 3) Сканирование лица 4) Использование биометрии <p>31. Какой риск связан с использованием личных устройств (BYOD) в медучреждении?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Удобство для сотрудников 2) Снижение затрат на оборудование 3) Возможность утечки данных через незащищённые гаджеты 4) Ускорение рабочих процессов <p>32. Что такое «резервное копирование» в ИТ-безопасности?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Удаление старых данных 2) Создание копий данных для восстановления 	<p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p>
--	--	--	---

		<p>при сбоях</p> <p>3) Шифрование файлов</p> <p>4) Передача данных в облако</p> <p>33. Что означает аббревиатура «ЭМК» в медицинском контексте?</p> <p>1) Электронная медицинская карта</p> <p>2) Единая медицинская комиссия</p> <p>3) Экспертная медицинская консультация</p> <p>4) Единый медицинский код</p> <p>34. Какой стандарт обеспечивает защищённый обмен медицинскими данными между учреждениями?</p> <p>1) TSP/IP</p> <p>2) HL7</p> <p>3) HTTP</p> <p>4) FTP</p>	<p>1</p> <p>2</p>
3	ОПК -4	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между степенью ожога и глубиной повреждения кожных покровов:</p> <p>Степень ожога:</p> <p>1. ожог I степени</p> <p>2. ожог II степени</p> <p>3. ожог III (а) степени</p> <p>Повреждение кожных покровов:</p> <p>А. поверхностный эпидермис и капилляры</p> <p>В. поверхностный эпидермис</p> <p>С. все слои дермы с сохранением дериватов кожи</p> <p>2. Установите соответствие между нозологической единицей и ее клиническим проявлением:</p> <p>Нозологическая единица:</p> <p>1. Хронический гранулирующий периодонтит</p> <p>2. Хронический одонтогенный остеомиелит</p> <p>3. Невралгия тройничного нерва</p> <p>Клиническое проявление:</p> <p>А. Муфтаобразное утолщение челюсти. Смпиптом Венсана.</p> <p>В. Болевые параксизмы длящиеся от нескольких минут до нескольких часов. Триггерные зоны.</p> <p>С. Очаг деструкции костной ткани в периапикальных тканях, с четкими контурами.</p>	<p>1-В, 2-А, 3-С</p> <p>1-С, 2-А, 3-В</p>

3	ОПК -4	<p align="center">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Укажите последовательность клинических проявлений развития фурункула челюстно-лицевой области:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Образование пустулы и воспалительного инфильтрата мягких тканей вокруг него 2. Зуд, жжение в области имеющегося гнойничка 3. Отторжение гнойно-некротического стержня 4. Формирование гнойно-некротического стержня <p>2. Укажите последовательность обследования челюстно-лицевой области (ЧЛО):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дополнительные методы обследования 2. Осмотр и пальпация полости рта 3. Сбор жалоб и анамнеза (жизни, заболевания) 4. Внешний осмотр и пальпация ЧЛО 5. Перкуссия и зондирование зубов 6. Пальпация регионарных лимфатических узлов головы и шеи 7. Оценка степени открывания полости рта и движения ВНЧС 	<p>2-1-4-3</p> <p>3-4-6-7-2-5-1</p>
	ОПК -4	<p align="center">Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. На прием в отделение челюстно-лицевой хирургии обратился больной Ф., 59 лет с жалобами на наличие дефекта мягких тканей нижней губы. Ан.могbi: 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. Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Поставьте диагноз 2.Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту 3.Составьте план лечения <p>2. 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,</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</p>

		<p>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, аппендэктомия 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>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите обоснование диагноза? 2. Поставьте диагноз? 3. Консультация каких смежных специалистов необходима? <p>3. После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения (интраоперационные, ранние и послеоперационные)? 3. Наметьте план хирургического лечения. 	<p>(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 обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта.</p> <p>1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.</p> <p>2. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей.</p> <p>3. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением</p>
--	--	---	--

			образовавшегося дефекта.
	ОПК -4	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Перечислите методы забора материала для цитологического исследования.</p> <p>2. Назовите пути распространения инфекции в ЧЛО.</p>	<p>пункционный, аспирационный методы, соскоб, мазок, отпечаток</p> <p>гематогенный, лимфогенный, по протяжению</p>
	ОПК -4	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. При клиническом методе обследовании жалобы и анамнез включают в себя</p> <p>1) общие сведения о больном</p> <p>2) анамнез жизни</p> <p>3) анамнез заболевания</p> <p>4) перенесенные и сопутствующие заболевания</p> <p>2. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания</p> <p>1) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются</p> <p>2) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи</p> <p>3) история болезни заполняется после нормализации состояния</p> <p>3. Как правильно проводить пальпацию?</p> <p>1) от "здорового" к "больному" участку тела</p> <p>2) от "больного" к "здоровому" участку тела</p> <p>4. Последовательность осмотра слизистой полости рта</p> <p>1) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области</p> <p>2) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек</p> <p>3) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков</p> <p>5. Пальпация относится</p> <p>1) к дополнительному методу обследования больного</p> <p>2) к клиническому методу обследования больного</p> <p>3) к лабораторному методу обследования больного</p> <p>6. Для забора материала при пункционной биопсии используются иглы</p>	<p>1,2,3,4</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1,2</p>

	<p>1) Скалдина 2) Медвинского 3) Маре</p> <p>7. Бимануальная пальпация применяется 1) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области 2) в челюстно-лицевой области не применяется 3) при патологии тканей дна полости рта 4) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез 5) только при локализации процесса в щечной области 6) при локализации процесса на шее</p> <p>8. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются 1) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях 2) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы 3) обследование височно-нижнечелюстного сустава 4) КЛКТ</p> <p>9. При проведении телерентгенографии расстояние между объектом исследования и источником излучения составляет 1) 3 м 2) 2 м 3) 1 м 4) 2,5 м 5) 1.5 м 6) 0.5 м</p> <p>10. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области 1) при наличии свищей 2) при наличии резанных и колотых ран 3) при переломах челюстей 4) при заболеваниях слюнных желез 5) при флегмонах челюстно-лицевой области</p> <p>11. При перкуссии зубов определяется 1) болевая реакция 2) некроз пульпы 3) перелом коронки зуба 4) перелом корня зуба 5) подвижность зубов</p> <p>12. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи? 1) да 2) нет</p> <p>13. Ложная флюктуация - это:</p>	<p>1</p> <p>1,2,3,4</p> <p>4</p> <p>1,2,4</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>
--	--	--

		<p>1) флюктуация воспринимается в одном направлении</p> <p>2) отсутствие колебаний жидкости в полости</p> <p>3) колебание жидкости во всех направлениях</p> <p>14. У больного имеется пулевое ранение, а также повреждение кожи от воздействия боевыми отравляющими веществами. Назовите это ранение:</p> <p>1) одиночное</p> <p>2) множественное</p> <p>3) сочетанное</p> <p>4) комбинированное</p> <p>15. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы?:</p> <p>1) не изменены</p> <p>2) болезненные</p> <p>3) увеличены</p> <p>4) плотноэластической консистенции</p> <p>5) подвижные</p> <p>16. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий:</p> <p>1) анаэробных</p> <p>2) аэробных</p> <p>3) факультативных</p> <p>4) только аэробных и факультативных</p> <p>5) только анаэробных</p> <p>17. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:</p> <p>1) височной</p> <p>2) скуловой</p> <p>3) щечной</p> <p>4) околоушно-жевательной</p> <p>5) окологлоточного пространства</p> <p>18. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:</p> <p>1) скуловой</p> <p>2) поднижнечелюстной</p> <p>3) подглазничной</p> <p>4) щечной области</p> <p>5) околоушно-жевательной</p> <p>19. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в :</p> <p>1) средостение</p> <p>2) Околоушно-жевательную область</p> <p>3) околоушную слюнную железу</p> <p>4) подглазничную область</p> <p>5) щечную область</p> <p>20. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция</p>	<p>4</p> <p>2,3,4,5</p> <p>1,2,3</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>5</p>
--	--	--	--

	<p>распространяется в :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) околоушно-жевательную область 2) щечную область 3) крыловидно-небное венозное сплетение 4) венозные синусы головного мозга 5) крыловидно-нижнечелюстное пространство <p>21. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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-жевательной области <p>22. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ангины Людвига 2) карбункула нижней губы 3) абсцедирующего паротита 4) флегмоны височной области 5) обострения хронического верхнечелюстного синусита <p>23. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) симптом "песочных часов" 2) отек губо-щечной складки 3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области 4) гиперемия кожи в области нижней губы 5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области <p>24. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) асимметрия лица 2) затрудненное открывание рта 3) отек крыловидно-нижнечелюстной складки 4) боль при глотании и движении языка 5) отек и гиперемия кожи в щечных областях <p>25. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подвижность всех зубов на челюсти 2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки 3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов 4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана 	<p>5</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>3</p>
--	--	--

		<p>26. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в виде "тающего сахара" 2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов 5) с образованием секвестра <p>27. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>28. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>29. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>30. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее 	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>2</p>
--	--	--	--

		<p>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>31. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:</p> <p>1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами</p> <p>2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками</p> <p>3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов</p> <p>4) наличие кисты с зачатком зуба</p> <p>5) наличие секвестра</p> <p>32. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:</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>33. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:</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>34. Характерным симптомом при двустороннем переломе мышцелкового отростка является:</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>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p>
--	--	--	-------------------------------------

4	ОПК - 5	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между названием границ поднижнечелюстной области и анатомическими структурами их образующими:</p> <p>Граница:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нижняя граница 2. Верхневнутренняя граница 3. Наружная граница 4. Передненижняя граница 5. Задненижняя граница <p>Анатомическая структура, образующая границу:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. заднее брюшко m.digastricus B. челюстно-подъязычная мышца C. внутренняя поверхность тела нижней челюсти D. переднее брюшко m.digastricus E. подъязычная кость <p>2. Установите соответствие между названием границ подвисочной ямки и анатомическими структурами их образующими:</p> <p>Граница:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Верхняя граница 2. Нижняя граница 3. Передняя граница 4. Задняя граница 5. Внутренняя граница <p>Анатомическая структура, образующая границу:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. подвисочный гребень основной кости B. щечно-глоточная фасция C. шиловидный отросток D. бугор верхней челюсти E. наружная пластинка крыловидного отростка 	<p>1-Е, 2-В,3-С, 4-Д, 5-А</p> <p>1-А, 2-В,3-Д, 4-С, 5-Е</p>
	ОПК -5	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Назовите последовательность действий при возникновении у пациента в кресле аллергической реакции немедленного типа на введенный анестетик:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Немедленное прекращение введения препарата. 2. Введение антигистаминных препаратов (например, супрастин в/м) и глюкокортикоидов (дексаметазон в/м или в/в). 3. Обеспечение проходимости дыхательных путей, вызов реанимационной бригады 4. Введение адреналина (эпинефрина) п/к или в/м. 	<p>1-3-4-2</p>

		<p>2. Укажите последовательность действий алгоритма при угрозе перфорации верхнечелюстной пазухи при плановом удалении зуба:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) для оценки состояния костного дна пазухи и топографии корней. 2. Планирование атравматичного удаления. 3. Оценка риска перфорации и обсуждение с пациентом плана действий в случае ее возникновения (возможное одномоментное закрытие соустья). 4. Послеоперационные рекомендации 	<p>1-3-2-4</p>
ОПК -5		<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. 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>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком виде деформации челюсти идет речь? 2. Какие варианты оперативного лечения? 	<p>1. На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.</p> <p>2. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнатию необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если</p>

		<p>2.В хирургическое отделение поступил пострадавший, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Больному выполнена тотальная ринопластика филатовским стеблем по Хитрову.</p> <p>Вопрос:</p>	<p>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 удалений 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 бимаксилярные 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</p>
--	--	---	--

		<p>Укажите этапы данной операции.</p> <p>3. 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>Вопросы:</p> <p>1. Составьте план лечения больного.</p> <p>2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?</p>	<p>груди или животе;</p> <p>2) пересадка одной ножки стебля на кисть или предплечье;</p> <p>3) перенесение второй ножки стебля в область корня носа;</p> <p>4) ринопластика (формирование носа).</p> <p>1. План лечения:</p> <p>а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа;</p> <p>б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата?</p> <p>в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат)</p> <p>г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?</p> <p>2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить:</p>
--	--	--	--

			<p>- хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата;</p> <p>- рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти</p> <p>- специализированный послеоперационным уходом за больным (питание, уход за шинами);</p> <p>- динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.</p>
ОПК -5	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. 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>2. 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 над образованием истончена, подвижна. Какой предварительный диагноз можно предположить?</p>	<p>Синдром Шегрена</p> <p>Гемангиома нижней губы</p>	
ОПК -5	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:</p> <p>1) Порта 2) Ванкевич 3) Тигерштедта 4) Лимберга</p> <p>2. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:</p> <p>1) дуга Энгля 2) метод Адамса</p>	<p>1</p> <p>3</p>	

	<p>3) остеосинтез по Макиенко</p> <p>4) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой</p> <p>3. Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране:</p> <p>1) ранняя хирургическая обработка</p> <p>2) промывание раны антисептическими растворами</p> <p>3) назначение антибактериальных средств</p> <p>4) назначение противовоспалительных средств</p> <p>4. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:</p> <p>1) распатор</p> <p>2) зажим Кохера</p> <p>3) крючок Фарабефа</p> <p>4) крючок Лимберга</p> <p>5. При гнойном периостите при хирургическом вскрытии:</p> <p>1) Рана не дренируется</p> <p>2) Рана дренируется резиновым выпускником</p> <p>3) Достаточно однократного промывания раны антисептиком</p> <p>4) Рана дренируется только на нижней челюсти</p> <p>6. Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе:</p> <p>1) Предушным доступом</p> <p>2) В подбородочной области</p> <p>3) В поднижнечелюстной области</p> <p>4) По переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба</p> <p>5) Параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла</p> <p>7. Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе:</p> <p>1) По носогубной складке</p> <p>2) В подбородочной области</p> <p>3) По ходу ветвей лицевого нерва</p> <p>4) Слизистой оболочки по крыло - челюстной складке</p> <p>5) В поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти</p> <p>8. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период:</p> <p>1) После физиотерапевтического лечения</p> <p>2) Формирования секвестра</p> <p>3) Сформировавшегося секвестра</p> <p>4) После антибактериальной терапии</p> <p>9. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:</p> <p>1) Мостовидным</p>	<p>1</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>
--	--	--

	<p>2) Опрокидываемся 3) Удвоенным по-Рауэру 4) Встречными треугольными</p> <p>10. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:</p> <p>1) Остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания 2) Лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица 3) Первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица</p> <p>11. Основным методом лечения костного анкилоза ВНЧС является:</p> <p>1) Редрессация 2) Эндопротезирование ВНЧС 3) Физиолечение 4) Миогимнастика</p> <p>12. Для профилактики токсического действия анестетиков необходимо:</p> <p>1) Провести премедикацию диазепамом 2) Выполнить аспирационную пробу 3) Назначить димедрол 4) Обколоть место инъекции адреналином</p> <p>13. При хронической лимфоаденопатии неясного генеза показано проведение:</p> <p>1) Антибактериальной терапии 2) Физиотерапии 3) Гистологического исследования лимфатического узла 4) Иммуностимулирующая терапия</p> <p>14. Какова лечебная тактика по отношению к зубу, расположенному в линии перелома на нижней челюсти:</p> <p>1) Всегда удаляется 2) Всегда сохраняется 3) Сохраняется только в случае отсутствия смещения отломков, выраженной воспалительной реакции и патологического процесса</p> <p>15. Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан:</p> <p>1) В области флюктуации 2) В проекции корня языка 3) По границе гиперемии кожи 4) На всю ширину инфильтрата 5) В месте наибольшей болезненности</p> <p>16. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p>
--	--	---

	<p>1) В подбородочной области, окаймляя угол нижней челюсти</p> <p>2) Слизистой оболочке по крылочелюстной складке</p> <p>3) В поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти</p> <p>4) Параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла</p> <p>17. Лечение актиномикоза комплексное, продолжительное (30 – 40 дней) и включает:</p> <p>1) Применение препаратов, содержащих йод (р-р Люголя).</p> <p>2) Антибиотики и сульфаниламиды в больших дозах.</p> <p>3) Иммунотерапия актинолизатом.</p> <p>4) Хирургическое вскрытие абсцесса.</p> <p>5) Рентгенотерапию в дозах 1000 – 2000 Rg</p> <p>18. Лечение острого гнойного одонтогенного гайморита:</p> <p>1) только консервативное лечение;</p> <p>2) удаление причинного зуба, симптоматическое лечение;</p> <p>3) гайморотомия;</p> <p>4) удаление причинного зуба, назначение сосудосуживающих и физиотерапевтических средств.</p> <p>5) пункция (если нет сообщения после удаления зуба) и промывание верхнечелюстной пазухи.</p> <p>19. При хроническом одонтогенном синусите, лечение начинается с:</p> <p>1) Радикального лечения пазухи.</p> <p>2) Удаления причинного зуба.</p> <p>3) Физиотерапевтического лечения.</p> <p>4) Медикаментозного лечения</p> <p>20. Основным в лечении острых серозных сиалоаденитов является:</p> <p>1) Разрез (вскрытие в любом случае).</p> <p>2) Массаж железы и физиотерапия.</p> <p>3) Антибиотикотерапия, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия, препараты, стимулирующие слюноотделение.</p> <p>4) Имностимулирующее лечение.</p> <p>5) Удаление поражённой железы.</p> <p>21. При комплексном лечении острого сиалоденита в выводной проток вводят:</p> <p>1) Перекись водорода 3%.</p> <p>2) Липоидол 1-2 мл.</p> <p>3) Антибиотики и ферменты.</p> <p>4) Тёплый раствор фурацилина.</p> <p>5) Искусственную слюну.</p> <p>22. Какой препарат и в какой дозировке</p>	<p>1,2,3,4</p> <p>2,4,5</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3,4</p> <p>5</p>
--	---	---

	<p>назначается для стимуляции слюноотделения при сиалоденитах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>23. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Склерозирование 2) Криодеструкция 3) Лазерокоагуляция 4) Перевязка 5) Иссечение <p>24. Гемостаз в случае кровотечений из носа осуществляется при помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Передняя тампонада; 2) Задняя тампонада; 3) Резиновыми шариками которые надуваются; 4) Наложение швов на поврежденные сосуды; <p>25. Первой помощью при дислокационной асфиксии в случае западения языка является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Интубация больного 2) Тракция языка нитью проведенной через переднюю треть языка 3) Иммобилизация нижней челюсти пращей 4) Проведение трахеотомии <p>26. Неотложная помощь при сочетанных травмах включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Наложение асептической повязки и временная иммобилизация костных отломков 2) Неотложную помощь при шоке 3) Остановку кровотечения 4) Поддержки жизненно-важных систем <p>27. Первая помощь при переломах верхней челюсти предполагает временную фиксацию лицевого массива с целью:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нормализации дыхания 2) Перевозки больного 3) Нормализации прикуса 4) Окончательного гемостаза 5) Снятия боли <p>28. При лечении ангиом мягких тканей лица применяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Склерозирование 2) Иссечение 	<p>5</p> <p>1,2,3</p> <p>2</p> <p>1,2,3,4</p> <p>1,2,5</p> <p>1,2,3,4</p>
--	--	---

		<p>3) Электрокоагуляцию D. Криодеструкцию E. Лучевую терапию</p> <p>29. При лечении больных с регионарными метастазами рака губы в излечимых случаях применяют:</p> <p>1) Лучевой метод 2) Хирургический метод 3) Криохирургию 4) Комбинированный метод</p> <p>30. Основным методом лечения рака нижней челюсти является:</p> <p>1) Хирургический 2) Лучевой 3) Комбинированный 4) Химиотерапевтический 5) Электрохирургический</p> <p>31. При доброкачественных опухолях поднижнечелюстной слюной железы:</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>32. При лечении амелобластомы используют:</p> <p>1) Выскабливание очага 2) Лучевую терапию 3) Резекцию пораженного участка челюсти 4) Коагуляция лазером 5) Консервативное лечение</p> <p>33. Резекция челюсти показана при:</p> <p>1) Фиброме, фиброматозе 2) Липоме, липоматозе 3) Лейомиоме, рабдомиоме 4) Амелобластоме 5) Фиброзном эпюлисе</p> <p>34. План лечения больного со злокачественной опухолью в челюстно-лицевой области составляется:</p> <p>1) Онкологом 2) Радиологом 3) Химиотерапевтом</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1,2,3</p>
5	ОПК - 6	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между названием метода физиотерапевтического лечения и его видом:</p> <p>Метод:</p> <p>1. Электротерапия 2. Фототерапия</p>	1-В, 2-D, 3-А, 4-С

		<p>3. Ультразвуковая терапия 4. Теплолечение. Вид: А. Фонофорез В. Дарсонвализация С. Парафинотерапия D. Лазеротерапия</p> <p>2. Установите соответствие между показаниями и противопоказаниями к физиотерапевтическому лечению (выберите все показания и все противопоказания): К лечению физиотерапией: 1. Показания 2. Противопоказания Вид показаний и противопоказаний: А. новообразования в полости рта В. боли при поражениях тройничного нерва С. незафиксированные переломы D. гнойные процессы при отсутствии оттока содержимого Е. параличи и парезы тканей полости рта F. гнойные и воспалительные заболевания ЧЛЮ</p>	1-В,Е, F; 2-А, С, D
	ОПК - 6	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Укажите последовательность этапов реабилитации челюстно-лицевых больных: 1. Ранний послеоперационный период 2. Предоперационный этап 3. Поздний отсроченный период 4. Восстановительный период</p> <p>2. Укажите последовательность приемов косметического массажа ЧЛЮ при парезе лицевого нерва, склеродермии, свежие гипертрофические рубцах: 1. массаж лица 2. массаж задней поверхности шеи 3. массаж передней поверхности шеи</p>	2-1-4-3 2-1-3
	ОПК - 6	<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа. Вопросы: 1. Перечислите возможные осложнения</p>	1. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В

		<p>оперативного лечения? 2. Методы послеоперационного ведения?</p> <p>2. Больной В, 20 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на ограничение открывания рта, которое возникло после ожога слизистой оболочки полости рта кислотой, около трех лет назад. Стоматолог не может провести санацию полости рта. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. В полости рта: открывание рта ограничено до 1,0 см между передними зубами из-за множественных рубцов слизистой оболочки щечной области справа и слева. Рубцовые тяжи грубые, плотные, без воспалительных изменений. Гигиена полости рта плохая, много зубов поражено кариесом, катаральный гингивит. На рентгенограмме ВНЧС: патологии не выявлено.</p> <p>Вопрос: 1. Поставьте диагноз по представленным данным. 2. Наметьте план хирургического лечения и послеоперационного ведения.</p> <p>3. Больной М, 25 лет, обратился с жалобами на невозможность открыть рот в течение нескольких лет. История заболевания. В раннем детстве больной перенес остеомиелит нижней челюсти справа, после чего постепенно развивалось ограничение открывания рта.</p>	<p>ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдаленные осложнения – рубцовая деформация.</p> <p>2. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.</p> <p>1. Рубцовая контрактура нижней челюсти 3 степени. 2. Контрактуры нижней челюсти такого происхождения устраняются путем рассечения рубцов со свободной пересадкой кожи (слизистой оболочки) или, при поверхностных и подвижных рубцах, возможна пластика местными тканями: встречными треугольными лоскутами по Лимбергу.</p> <p>В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.</p> <p>1. Для уточнения диагноза анкилоза ВНЧС необходимо рентгенологическое обследование ВНЧС справа и слева,</p>
--	--	--	--

		<p>Лечился механотерапией, физиотерапией с гидрокортизоном и лидазой. Было улучшение, однако, постепенно рот полностью закрылся. Питался жидкой пищей через дефект в зубном ряду. При осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. На коже поднижнечелюстной области справа имеется ряд втянутых рубцов. Средняя линия подбородка смещена вправо. Попытка открыть рот оказалась безрезультатной. Прикус перекрестный. Обследование движений суставных головок мышечковых отростков нижней челюсти через наружные слуховые проходы: отмечаются слева слабые движения, справа – движения отсутствуют.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для уточнения диагноза? 2. Опишите характерную рентгенологическую картину костного анкилоза ВНЧС? 3. Наметьте план лечения. 4. Какая особенность послеоперационного лечения больных с анкилозом ВНЧС? 	<p>оптимально, компьютерная томография лицевого черепа. Линейное измерение размеров нижней челюсти справа и слева (ветвей, тела нижней челюсти).</p> <p>2. При костном анкилозе ВНЧС при рентгенологическом исследовании отмечается слияние в единый костный массив суставной головки мышечкового отростка нижней челюсти, суставной впадины и суставного бугорка височной кости, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.</p> <p>3. Хирургическое лечение: артропластика ортотопическим гомо трансплантатом нижней челюсти, суставной головкой мышечкового отростка вместе с ветвью нижней челюсти или эндопротезирование титанового ВНЧС, что позволяет одномоментно восстановить ВНЧС и удлинить ветвь нижней челюсти.</p> <p>4. В послеоперационном периоде (через 1,0-</p>
--	--	--	---

		<p>для закаливания, повышения общей и местной резистентности, активизации витаминобразования применяют дозы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)субэритемные 2)эритемные 3)гиперэритемные <p>8. Электрическое поле УВЧ в нетепловой дозе оказывает действие</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)усиливающее минерализацию кости 2)обезболивающее 3)регенерирующее 4)противовоспалительное <p>9. Механизм действия ультразвука основан на действии факторов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)механического 2)механического, теплового 3)механического, теплового, физико-химического 4)механического, теплового, физико-химического, электромагнитного <p>10.Талассотерапия – это лечение</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)минеральными водами 2)морскими купаниями 3)воздушной средой пещер <p>11. Направлению на санаторно-курортное лечение подлежат пациенты</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)с хроническими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии 2)с хроническими заболеваниями в стадии обострения 3)с острым процессом 4)беременные <p>12. Противопоказанием к применению флюктуоризации является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)невралгия тройничного нерва 2)обострение хронического периодонтита 3)злокачественные новообразования, склонность к кровотечению 4)заболевания слюнных желез <p>13. Противопоказания к применению локальной криотерапии, гипотермии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)кровотечения 2)недостаточность ССС 3)новообразования 4)практически отсутствуют противопоказания 5)острые воспалительные процессы <p>14. Из перечисленных методов обезболивающим действием обладает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)флюктуоризация 2)гальванизация 3)диатермокоагуляция 4)диадинамотерапия 	<p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1,4</p>
--	--	--	--

	<p>15. Какую ответственность несет врач при невыполнении индивидуальной программы реабилитации пациента 1) административную 2) юридическую</p> <p>16. При каких условиях врач несет ответственность за невыполнение индивидуальной программы реабилитации пациента 1) если она не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка 2) если она не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка 3) если она не выполнена по нежеланию пациента, о чем не сделана соответствующая отметка</p> <p>17. Что является главной целью реабилитации пациентов с переломами челюстей? а) Косметический эффект б) Восстановление прикуса и функций жевания в) Снятие болевого синдрома г) Профилактика нагноения</p> <p>18. Какой метод физиотерапии наиболее эффективен в первые 3-5 дней после травмы ЧЛЮ для уменьшения отека? а) Электрофорез с лидазой б) УВЧ-терапия в) Массаж г) Парафинолечение</p> <p>19. ЛФК (лечебная физкультура) при переломах нижней челюсти обычно назначается: а) Сразу после травмы б) После снятия шин в) После формирования костной мозоли (через 2-3 недели) г) Только через 3 месяца</p> <p>20. Что из перечисленного относится к ортопедическим методам реабилитации после удаления опухолей челюстей? а) Установка имплантатов б) Изготовление замещающих протезов (обтурирующих) в) Костная пластика г) Лучевая терапия</p> <p>21. Основная цель ранней реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба: а) Раннее ортодонтическое лечение б) Восстановление функции сосания, глотания и речи</p>	<p>1</p> <p>2,3</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>б</p>
--	--	--

	<p>в) Замещение дефекта протезом г) Раннее удаление молочных зубов</p> <p>22. Применение миогимнастики в реабилитации ЧЛЮ необходимо для:</p> <p>а) Расслабления мышц б) Укрепления жевательной мускулатуры и восстановления функции в) Увеличения объема мягких тканей г) Устранения рубцов</p>	б
	<p>23. Когда показано проведение электромиостимуляции мышц ЧЛЮ?</p> <p>а) При остром воспалении б) При атрофии мышц после длительной иммобилизации в) При остеомиелите г) При наличии металлических конструкций</p>	б
	<p>24. Основной метод профилактики образования контрактур (ограничения открывания рта) после травм:</p> <p>а) Постоянная фиксация челюсти б) Раннее функциональное лечение (активная и пассивная гимнастика) в) Согревающие компрессы г) Ограничение питания</p>	б
	<p>25. С какой целью используется электрофорез с калия йодидом при рубцовых контрактурах?</p> <p>а) Обезболивание б) Противовоспалительное действие в) Рассасывание рубцовой ткани г) Улучшение кровообращения</p>	в
	<p>26. В чем заключается логопедическая реабилитация после уранопластики?</p> <p>а) Обучение правильному глотанию б) Восстановление нормального звукопроизношения и устранение ринолалии в) Развитие дыхательной мускулатуры г) Укрепление мышц губ</p>	б
	<p>27. Какой вид массажа показан при парезах лицевого нерва (после травм или операций)?</p> <p>а) Вибрационный б) Классический точечный в) Вакуумный г) Медовый</p>	б
	<p>28. Какова основная цель применения лечебной физкультуры (ЛФК) при переломах нижней челюсти в иммобилизационном периоде?</p> <p>а) Увеличение силы жевательных мышц. б) Профилактика атрофии мышц, борьба с отеком и улучшение кровообращения. в) Максимальное открытие рта.</p>	б

		<p>г) Тренировка артикуляции.</p> <p>29. На каком этапе реабилитации после травм ЧЛЮ начинают механотерапию (аппараты для разработки рта)?</p> <p>а) В первые сутки после травмы. б) После снятия межчелюстной фиксации (снятия шин). в) Сразу после наложения шин. г) Через 2 месяца после травмы.</p> <p>30. При парезе мимической мускулатуры (после операций/травм) в комплекс реабилитации включают:</p> <p>а) Жесткую фиксацию лица. б) Мимическую гимнастику (поднятие бровей, надувание щек) и массаж. в) Ультразвуковое исследование. г) Исключительно диету.</p> <p>31. Какой физиотерапевтический метод наиболее эффективен для снятия мышечно-суставной дисфункции ВНЧС (височно-нижнечелюстного сустава)?</p> <p>а) Ультрафиолетовое облучение. б) Электрофорез с йодидом калия или новокаином, лазеротерапия. в) Рентгенотерапия. г) Ударно-волновая терапия на кости.</p> <p>32. Что включает реабилитация пациента с хроническим остеомиелитом челюстей?</p> <p>а) Только наблюдение. б) Удаление секвестров, антибактериальная терапия, физиотерапия (УВЧ, лазер). в) Активное жевание твердой пищи. г) Исключительно ЛФК.</p> <p>33. При реабилитации больных после удаления новообразований ЧЛЮ, основное внимание уделяется:</p> <p>а) Профилактике кариеса. б) Восстановлению эстетики и функции (протезирование, пластическая хирургия). в) Закаливанию. г) Только дыхательной гимнастике</p> <p>34. Пациенту с контрактурой (ограниченным открыванием рта) показан массаж:</p> <p>а) Жевательных мышц (внутриротовой и внеротовой). б) Только шеи. в) Только кожи лба. г) Массаж не показан.</p>	<p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>а</p>
б	ПК - 1	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Расставьте правильно пальцы левой руки на анатомических ориентирах для поиска проекционной точки нижнечелюстного</p>	А-в, В-а, С-д, D-б, Е-г

		<p>отверстия по П.М.Егорову : Палец: A. 1 палец B. 2 палец C. 3 палец D. 4 палец E. 5 палец</p> <p>Анатомические ориентиры: 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>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?</p> <p>Вид анестезии: A. Берше B. Дубов C. Уваров</p> <p>Глубина погружения иглы: а) 3,0-3,5 см б) 4,0-4,5 см в) 2,0-2,5 см</p>	<p>A-в,В-а,С-б</p>
<p>ПК - 1</p>		<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1.Укажите последовательность действий при проведении торусальной анестезии: 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>2.Укажите последовательность событий при проникновении местного анестетика в цитоплазму нервных клеток: 1. Прикрепление анестетика к мембране нейрона ароматическим кольцом. 2. Ионизация и диффузия анестетика в цитоплазму нейрона. 3. Прикрепление алкильных радикалов к рецепторам натриевых каналов с их блокадой. 1. 4. Прекращение передачи импульсов по нервному волокну.</p>	<p>2-3-1-4</p> <p>1 - 2 - 3 - 4</p>

ПК - 1	<p align="center">Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</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>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы? 2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза? 3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять? 4. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема? 5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента? <p>2. У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба? 2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации? 3. Какие варианты анестезий можно использовать? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертонический криз 2. Имеющихся данных достаточно 3. Обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, применить гипотензивные препараты, вызвать машину скорой помощи, контролировать – АД, ЧСС, ЧД 4. Спазмолитические, гипотензивные средства, седативные препараты и транквилизаторы 5. Амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией. <ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность – относительное противопоказание к операции. 2. Лучше не применять анестетиков, содержащих вазоконстрикторы. 3. Для удаления 16 зуба возможно
--------	--	---

		<p>3. 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>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>применить инфильтрационное обезболивание, туберальную анестезию в сочетании с палатинальной.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
ПК - 1		<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Пациентке К., 20 лет показано удаление ретенированного 48 зуба. Сопутствующая патология отсутствует.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Какое обезболивание необходимо данной пациентке?</p>	<p>Выполнение торусальной или мандибулярной и инфильтрационной анестезии</p>

		<p>2. У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.</p> <p>Вопросы: Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба?</p>	Беременность – относительное противопоказание к операции.
ПК - 1		<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Ориентиром для вкола иглы при проведении инфльтрационной анестезии на верхней челюсти является:</p> <p>A. десневой край; B. величина коронки зуба; C. переходная складка; D. свод преддверия; E. десневой сосочек.</p> <p>2. Вкол иглы при туберальной анестезии производят на уровне верхнего:</p> <p>A. 8 зуба; B. 7 зуба; C. 6 зуба; D. 5 зуба; E. 4 зуба.</p> <p>3. При проведении туберальной анестезии иглу направляют:</p> <p>A. кверху, кзади, кнаружи; B. кверху, кзади, кнутри; C. книзу, кзади, кнутри; D. книзу, кпереди, кнутри; E. кверху, кпереди, кнутри.</p> <p>4. Вкол иглы при проведении внеротовой туберальной анестезии по С.Н. Вайсблату производят по нижнему краю:</p> <p>A. скуловой дуги; B. скуловой кости; C. глазницы; D. козелка ушной раковины; E. трагоорбитальной линии.</p> <p>5. При проведении внеротовой туберальной анестезии по П.М. Егорову в качестве ориентира используется:</p> <p>A. франкфуртская горизонталь; B. трагоорбитальная линия; C. скуловая дуга; D. скуловая кость; E. скулоальвеолярный гребень.</p> <p>6. При обезболивании второй ветви тройничного нерва по С.Н. Вайсблату в качестве ориентира используется:</p> <p>A. франкфуртская горизонталь; B. скулоальвеолярный гребень;</p>	<p>C</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>A</p> <p>A</p>

	<p>С. середина трагоорбитальной линии; D. передненижний угол скуловой кости; E. нижний край скуловой дуги.</p> <p>7. Вкол иглы при проведении резцовой анестезии производят: 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>8. При проведении мандибулярной анестезии блокируются: A. нижнечелюстной нерв; B. нижнелуночковый нерв; C. щечный нерв; D. ушно-височный нерв; E. язычный нерв.</p> <p>9. В качестве ориентира, при проведении мандибулярной анестезии может использоваться: A. передний край ветви нижней челюсти; B. ретромолярный треугольник; C. височный гребень; D. крыловидно-нижнечелюстная складка; E. передняя небная дужка.</p> <p>10. При проведении анестезии по Гоу-Гейтсу пациент располагается: A. вертикально; B. горизонтально; C. полугоризонтально; D. на боку; E. в позе Тренделенбурга.</p> <p>11. При проведении анестезии по Вазирани-Акинозивкол иглы делают: 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 на уровне верхнего третьего моляра; E. по латеральной поверхности ветви нижней челюсти на уровне верхних моляров.</p> <p>12. К непосредственным местным осложнениям местного обезболивания относят: A. внутрисосудистое введение анестетика; B. образование гематомы;</p>	<p>C,D</p> <p>B,E</p> <p>B,C,D</p> <p>B</p> <p>A</p> <p>A,B,D</p>
--	--	---

	<p>С. нагноение гематомы; D. ранение нерва иглой; E. травматическая невропатия.</p> <p>13. Основной причиной внутрисосудистого введения анестетика является: A. случайное попадание иглы в просвет сосуда; B. пренебрежение аспирационной пробой; C. погрешности в соблюдении методики обезболивания; D. анатомические особенности; E. беспокойное поведение пациента.</p> <p>14. Рубцовая контрактура нижней челюсти может развиться после проведения анестезии: A. инфильтрационной; B. небной; C. мандибулярной; D. интралигаментарной; E. торусальной.</p> <p>15. Какие осложнения общего характера на стоматологическом приеме сопровождаются потерей сознания пациентом? A. Коллапс; B. Обморок; C. Приступ стенокардии; D. Эпилептический припадок; E. Приступ бронхиальной астмы.</p> <p>16. Пациентам с психоэмоциональным возбуждением легкой степени для стабилизации эмоционального фона можно назначить: A. седативный препарат; B. транквилизатор; C. нейролептик; D. наркотик; E. антидепрессант.</p> <p>17. Выберите препарат для обезболивания тканей полости рта при воспалении: 1) Мепивакаин 2) Артикаин (ультракаин) 3) Прокаин (новокаин) 4) Бупивакаин 5) Лидокаин</p> <p>18. Отметьте местный анестетик, не оказывающий сосудорасширяющего действия: 1) Бензокаин (анестезин) 2) Мепивакаин 3) Прокаин (новокаин) 4) Лидокаин 5) Артикаин (ультракаин)</p> <p>19. Определите препарат, который можно</p>	<p>A,B,C,D</p> <p>C,E</p> <p>B,D</p> <p>A</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
--	---	--

	<p>наиболее эффективно использовать для инфильтрационной анестезии на нижней челюсти:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Мепивакаин 2) Артикаин (ультракаин) 3) Прокаин (новокаин) 4) Бупивакаин 5) Лидокаин <p>20. Точка приложения действия местных анестетиков (все ответы неверны, кроме одного):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Кора головного мозга 2) Таламус 3) Лимбическая система 4) Чувствительные нервные окончания и проводники 5) Белки поверхностного слоя слизистых оболочек и кожи <p>21. Отметьте механизм действия местных анестетиков:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Увеличение проницаемости клеточных мембран для ионов кальция и увеличение потенциала действия 2) Снижение проницаемости клеточных мембран для ионов натрия, сопровождающееся мембранно-стабилизирующим эффектом 3) Угнетение проведения болевых импульсов на уровне задних рогов спинного мозга 4) Угнетение проведения болевых импульсов на уровне таламуса <p>22. Мепивакаин (все утверждения верны, кроме одного):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Используется для инфильтрационной и проводниковой анестезии 2) Действует до 90 минут 3) Не вызывает расширения сосудов 4) По активности уступает лидокаину 5) Токсичнее новокаина <p>23. Артикаин (все утверждения верны, кроме одного):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Используется для поверхностной анестезии 2) Используется для инфильтрационной и проводниковой анестезии 3) Расширяет сосуды 4) Действует до 90 минут 5) Обладает высокой диффузионной способностью <p>24. Прокаин (новокаин) (все утверждения верны, кроме одного):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Используется для инфильтрационной и проводниковой анестезии 2) Суживает сосуды 	<p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>2</p>
--	--	--

		<p>3) Действует 20-30 минут 4) Часто вызывает аллергические осложнения 5) Разрушается холинэстеразой</p> <p>25. При инъекции раствора анестетика в зону воспаления в большей степени снижается активность:</p> <p>1) Лидокаина 2) Артикаина (ультракаина) 3) Тримекаина 4) Прокаина (новокаина) 5) Мепивакаина</p> <p>26. Препарат, используемый для всех видов местной анестезии (все ответы неверны, кроме одного):</p> <p>1) Мепивакаин 2) Лидокаин 3) Артикаин (ультракаин) 4) Анестезин (бензокаин) 5) Прокаин (новокаин)</p> <p>27. Неотложная помощь при внезапной остановке кровообращения:</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>28. Атропин вводят для нормализации сердечного ритма:</p> <p>1) При выраженной брадикардии 2) При выраженной тахикардии 3) При мерцательной аритмии 4) При шоке</p> <p>29. При наличии аритмии у больного местную анестезию лучше выполнять:</p> <p>1) Лидокаином 2) Бупивакаином 3) Мепивакаином 4) Артикаином 5) Новокаином 6) Прилокаином</p> <p>30. У лиц пожилого и старческого возраста дозы местных анестетиков следует:</p> <p>1) Увеличивать 2) Уменьшать 3) Оставлять без изменения 4) Не применять вообще</p> <p>31. При беременности нужно использовать:</p> <p>1) Артикаин 2) Бупивакаин 3) Мепивакаин</p>	<p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>
--	--	--	--

		<p>4) Лидокаин 5) Этидокаин</p> <p>32. При беременности местные анестетики желательно вводить:</p> <p>1) С вазоконстрикторами 2) Без вазоконстрикторов 3) Не применять</p> <p>33. Токсическое действие на ЦНС наиболее выражено у:</p> <p>1) Новокаина 2) Артикаина 3) Бупивакаина 4) Мепивакаина 5) Лидокаина</p> <p>34. Местным осложнением от введения норадреналина может стать:</p> <p>1) Воспаление 2) Некроз ткани 3) Отек 4) Кровотечение</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>2</p>
7	ПК - 2	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между новообразованием и его клинической характеристикой:</p> <p>Новообразования:</p> <p>1. Фиброма 2. Гемангиома 3. Папиллома</p> <p>Характеристики:</p> <p>А. Бугристая, темно-красного цвета, уменьшающаяся или бледнеющая при надавливании. Б. Шаровидной формы на ножке или широком основании, покрытая многослойным плоским неороговевающим эпителием. В. Сосочковое разрастание на ножке, покрытое ороговевающим эпителием.</p> <p>2. Установите соответствие между синдромом/пороком и его клиническими признаками:</p> <p>Пороки:</p> <p>1. Синдром Пьера Робена 2. Передняя черепно-мозговая грыжа 3. Синдром Крузона</p> <p>Признаки:</p> <p>А. Срединная расщелина лица, дефект костей черепа. Б. Расщелина неба, ретрогlossия (западение языка), нижняя микрогензия. В. Краниосиностоз, экзофтальм, гипоплазия верхней челюсти</p>	<p>1-Б , 2-А , 3-В</p> <p>1-Б , 2-А , 3-В</p>

	ПК - 2	<p align="center">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Укажите последовательность этапов удаления ретенрованного зуба 8-го зуба:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Трепанация костной ткани 2. Лучевая диагностика для определения положения зуба 3. Наложение швов 4. Извлечение зуба элеваторами или щипцами 5. Фрагментация зуба 6. Обезболивание 7. Разрез слизистой оболочки и надкостницы <p>2. Укажите последовательность действий алгоритма при лечении перелома челюсти:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническое обследование 2. Постоянная иммобилизация отломков 3. Лучевая диагностика 4. Сбор жалоб, анамнеза 5. Репозиция отломков 6. Реабилитационные мероприятия 	<p>2 - 6 - 7 - 1 - 5 - 4 - 3</p> <p>4 - 1 - 3 - 5 - 2 - 6</p>
	ПК - 2	<p align="center">Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющую боль в области верхней челюсти слева, иррадиирующую в левую затылочную область, висок. Также беспокоит боль при глотании и открывании рта. Температура тела повышена до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел №7. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течение четырех дней боль в зубе прошла, однако накануне обращения к врачу появилась боль при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта ограничено до 1,0 см между резцами, резко болезненное. При внутриротовом осмотре выявлено: коронка №7 частично разрушена, перкуссия ее слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне №678 отечна, гиперемирована, сглажена. При надавливании тканей в проекции бугра верхней челюсти слева определяется резко болезненный</p>	<p>1. DS: абсцесс подвисочной ямки. План лечения: удаление №7, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.</p> <p>2. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне №678. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из</p>

		<p>воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании [7] отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз, составьте план лечения. 2. Опишите методику оперативного вмешательства. 3. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании. <p>2. Пациент 38 лет обратился с жалобами на боль и отек в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание. Из анамнеза: в течении года периодически болел 16 зуб. Неделю назад появились ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. К врачу не обращался, принимал анальгетики. Накануне</p>	<p>крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник. Местно: больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажи в последующем не меняются, а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечения.</p> <p>3. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.</p> <p>1. Обострение хронического одонтогенного синусита. Обострение хронического гранулирующего</p>
--	--	--	--

	<p>повысилась температура тела до 38,2⁰С, отек и боль в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание.</p> <p>Объективно: при разговоре пациента определяется гнусавый оттенок речи. Асимметрия лица вследствие отека мягких тканей правого нижнего века и щечной области, сглаженность носогубной борозды. Кожа над отеком в цвете не изменена, из правого носового хода отмечается слизисто-гнойное отделяемое. Пальпация тканей в правой подглазничной области болезненна. Слизистая оболочка преддверия полости рта справа гиперемирована, отечна, сглаженность переходной складки в области моляров, пальпация болезненна. 16 - коронка разрушена на 2/3, зуб изменен в цвете, перкуссия болезненна. 11 и 21 - на контактных поверхностях кариозные полости средней глубины, зондирование стенок, реакция на холод болезненны, перкуссия безболезненна. На внутривисочной рентгенограмме 16 в околоверхнечелюстной области медиального щечного корня отмечено пламеобразное разряжение костной ткани, небный корень выступает в верхнечелюстную пазуху, периодонтальная щель в апикальной части корня не прослеживается. На рентгенограмме черепа в полуаксиальной проекции определяется интенсивное гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи без изменения ее костных стенок.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Окажите неотложную помощь. Назначьте медикаментозное лечение. 3. Перечислите показания для консервативно-хирургического лечения 16 зуба. <p>3. Больной В. 14 лет, поступил в клинику с жалобами на ноющие боли и припухлость в нижней трети левой щечной области. Год назад появились ноющие боли в 36 депульпированном и запломбированном зубе. Месяц тому назад появилась припухлость в области альвеолярного отростка и тела нижней челюсти слева, постоянные ноющие боли, онемение нижней губы и подбородка соответствующей стороны.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, нарушение конфигурации лица за счет припухлости левой щечной области. При пальпации - тело челюсти</p>	<p>периодонтита 16.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. а) местная анестезия, б) удаление 16, в) санация верхнечелюстной пазухи через лунку небного корня, г) противовоспалительная терапия, д) после купирования воспалительного процесса - синусотомия с пластиной соустья. <p>3. Показанием к зубосохраняющим операциям (резекция верхушки корня, ампутация щечного корня) является отсутствие обострения, локализация патологического процесса в области одного щечного корня, проходимость остальных корневых каналов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева от 36 зуба, хронический периодонтит 36, 37, дистальная окклюзия. 2. Секвестрэктомия, морфологическое исследование иссеченных тканей, удаление 36.
--	--	--

		<p>утолщено болезненно. Рот открывается на 3-3,5 см., 36 запломбирован. Перкуссия слабо болезненна. Подвижность 36, 37 - I степени, при надавливании на слизистую в области последних из зубодесневых карманов гнойное отделяемое. Переходная складка в области 36, 37 сглажена, межзубные сосочки и маргинальная десна гиперемированы. Отмечается протрузия верхних фронтальных зубов, сагиттальная щель составляет 13 мм. Смыкание 16 и 26 - Пкласс по Энгля.</p> <p>Анализ крови и мочи без существенных изменений. На ортопантограмме определяется большое количество мелких и средних очагов деструкции костной ткани в теле нижней челюсти, в проекции 36, 37. Кортикальная пластинка по краю челюсти разрушена, надкостница утолщена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Составьте план дальнейшего обследования больного. План хирургического лечения. 3. План лечения 36, 37. 	<p>3. Лечение 37 с использованием физических методов лечения зуба (электрофорез). Удаление 36.</p>
ПК - 2	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. В хирургическое отделение поступил больной в тяжелом состоянии. При осмотре обнаружена отечность лица, полуоткрытый рот, речь затруднена из-за болезненных движений языка, припухлость в подбородочном и боковых подчелюстных пространствах, гиперемия кожи. При пальпации в подподбородочной области определяется плотный инфильтрат.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Установите предварительный диагноз</p> <p>2. Больная П., 45 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 	<p>Флегмона дна полости рта</p> <p>Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.</p>	
ПК - 2	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Укажите основные симптомы одонтогенной флегмоны поднижнечелюстной области:</p> <p>А. болезненный инфильтрат в позадичелюстной</p>	<p>C,D</p>	

	<p>ямке</p> <p>В. воспалительная контрактура II-III степеней</p> <p>С. болезненный инфильтрат в поднижнечелюстной области</p> <p>Д. гиперемия кожных покровов в поднижнечелюстной области</p> <p>наличие флюктуации в подъязычной области</p> <p>2. Укажите симптомы одонтогенных флегмон подвисочной и крылонебной ямок:</p> <p>А. увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов</p> <p>В. болезненный инфильтрат в поднижнечелюстном треугольнике</p> <p>С. воспалительная контрактура I-II степеней</p> <p>Д. гиперемия кожных покровов скуловой области</p> <p>болезненный инфильтрат в области бугра верхней челюсти</p> <p>3. Укажите основные симптомы одонтогенных флегмон околоушно-жевательной области:</p> <p>А. инфильтрат в околоушно-жевательной области</p> <p>В. гиперемия кожных покровов в околоушно-жевательной области</p> <p>С. гнойное отделяемое из устья выводного протока околоушной слюнной железы</p> <p>Д. воспалительная контрактура II-III степеней инфильтрат в поднижнечелюстном треугольнике</p> <p>4. Укажите основные симптомы одонтогенных флегмон окологлоточного пространства:</p> <p>А. воспалительная контрактура I-II степеней</p> <p>В. припухлость щечной области</p> <p>С. болезненный инфильтрат под углом нижней челюсти</p> <p>Д. болезненное затрудненное глотание суженность зева за счет выбухания боковой стенки глотки</p> <p>5. Определите лечебные мероприятия больным с одонтогенными флегмонами при поступлении в стационар:</p> <p>А. назначение антибактериальных препаратов</p> <p>В. лечение причинного зуба</p> <p>С. вскрытие флегмоны</p> <p>удаление причинного зуба</p> <p>6. Укажите флегмоны, при которых применяются внеротовые разрезы:</p> <p>А. подподбородочной области</p> <p>В. височной области</p> <p>С. челюстно-язычного желобка</p>	<p>A,C,E</p> <p>A,B,D</p> <p>A,C,D,E</p> <p>A,C,D</p> <p>A,B,D,E</p>
--	---	--

	<p>D. поднижнечелюстной области подглазничной области</p> <p>7. Укажите основные лечебные мероприятия при остром одонтогенном гайморите:</p> <p>A. промывание пазухи растворами антисептиков</p> <p>B. радикальная гайморотомия</p> <p>C. назначение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов</p> <p>D. удаление причинного зуба</p> <p>E. закапывание сосудосуживающих препаратов в нос</p> <p>8. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано:</p> <p>A. физиотерапия</p> <p>B. гайморотомия</p> <p>C. иссечение свища</p> <p>D. промывание пазухи антисептиком</p> <p>E. гайморотомия с одномоментной пластикой свища</p> <p>9. Пластику лунки удаленного зуба при ороантральном сообщении можно выполнить:</p> <p>A. с помощью трапецевидного щечного лоскута</p> <p>B. с помощью полнослойного небного лоскута</p> <p>C. с помощью субэпителиального небного лоскута</p> <p>D. с помощью аутотрансплантата слизистой оболочки неба.</p> <p>E. все суждения верны</p> <p>10. Клинические проявления аденофлегмоны:</p> <p>A. нарушение общего самочувствия</p> <p>B. интенсивные боли в пораженной области</p> <p>C. лейкоцитоз</p> <p>D. самопроизвольные боли в пораженной области</p> <p>11. Хирургическое лечение фурункула состоит в:</p> <p>A. линейном рассечении тканей на всю длину инфильтрата</p> <p>B. в линейном рассечении тканей над гнойно-некротическим стержнем</p> <p>C. в крестообразном рассечении тканей на всю длину инфильтрата</p> <p>D. в крестообразном рассечении тканей над гнойно-некротическим стержнем</p> <p>12. Лечение больных с рожистым воспалением включает:</p> <p>A. антибактериальную терапию</p> <p>B. десенсибилизирующую терапию</p>	<p>A,C,D,E</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>A,B,C,D</p> <p>B</p> <p>A,B,C,D,E,F</p>
--	---	--

	<p>С. витаминотерапию D. УФО E. общеукрепляющую терапию F. иммуностимулирующую терапию</p> <p>13. Оперативный доступ для вскрытия флегмоны корня языка: A. внутриротовой B. срединный разрез C. воротникообразный разрез D. поднижнечелюстной разрез E. разрез, окаймляющий угол нижней челюсти</p> <p>14. Для иммунотерапии актиномикоза челюстно-лицевой области используют: A. интерферон B. актинолизат C. стафилококковый анатоксин D. противокоревой гамма-глобулин E. стафилококковый иммуноглобулин</p> <p>15. При вскрытии туберкулезного абсцесса выделяется: A. водянистый гной с примесью творожистых комочков B. густой сливкообразный гной C. сукровичное отделяемое</p> <p>16. Доступ в верхнечелюстной синус при проведении операции радикальной гайморотомии по Колдуэлл-Люку осуществляется: A. со стороны носа B. со стороны лунки зуба C. со стороны неба D. через переднюю стенку верхнечелюстного синуса</p> <p>17. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне: A. 8 7 6 6 7 8 B. 6 5 4 4 5 6 C. 3 2 1 1 2 3 D. 8 7 6 6 7 8</p> <p>18. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят : A. дугообразно вдоль угла нижней челюсти B. в подбородочной области по средней линии C. по крыловидно-нижнечелюстной складке D. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти E. параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла</p> <p>19. При вскрытии флегмоны языка можно</p>	<p>В</p> <p>В</p> <p>А</p> <p>Д</p> <p>А</p> <p>В</p> <p>Е</p>
--	--	---

	<p>повредить:</p> <p>A. лицевой нерв B. лицевую артерию C. щитовидную железу D. подъязычную слюнную железу E. артерии и вены языка</p> <p>20. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в:</p> <p>A. Секвестрэктомии B. санации полости рта C. антибактериальной терапии D. периостотомии в области причинного зуба E. антибактериальной терапии, секвестрэктомии</p> <p>21. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в:</p> <p>A. удалении секвестров B. ревизии костной раны C. репозиции и фиксации отломков D. ревизии костной раны, удалении секвестров E. ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков</p> <p>22. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:</p> <p>A. Цистэктомия B. криодеструкция C. склерозирование D. частичная резекция челюсти E. выскабливание через лунку удаленного зуба</p> <p>23. Операция <ороназальная цистотомия> проводится у больных при радикулярных кистах:</p> <p>A. оттеснивших полость носа B. нижней челюсти больших размеров C. оттеснивших верхнечелюстную пазуху D. прорастающих в верхнечелюстную пазуху E. Расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти</p> <p>24. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:</p> <p>A. Химиотерапия B. Лучевая терапия C. Комбинированное лечение D. Иссечение новообразования вместе с надкостницей E. Резекция челюсти</p> <p>25. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются :</p> <p>A. прошивание B. электрорезекция</p>	<p>A</p> <p>E</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p>
--	--	---

	<p>C. лучевое воздействие D. склерозирующая терапия E. криодеструкция, лазерокоагуляция</p> <p>26. Лечение больного с острым сиалоаденитом заключается в:</p> <p>A. назначении десенсибилизирующей терапии B. удалении пораженной железы C. введении в проток гипертонического раствора D. стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии E. промывании железы</p> <p>27. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:</p> <p>A. радикальной операции гайморотомии B. остеотомии верхней челюсти C. спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко D. радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков E. бимаксиллярного шинирования</p> <p>28. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:</p> <p>A. контурной пластики B. остеотомии скуловой кости C. радикальной гайморотомии с репозицией отломков D. бимаксиллярном шинировании E. проведении спиц Киршнера по методу Макиенко</p> <p>29. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:</p> <p>A. первого часа B. 8-12 часов C. 24-48 часов D. 3 суток E. 8 суток</p> <p>30. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:</p> <p>A. на 4-5 сутки B. на 1-2 сутки C. после эпителизации раны D. после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций E. на 6-8 сутки</p> <p>31. Срочное специализированное лечение</p>	<p>D</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>C</p>
--	---	---

	<p>повреждений лица при сочетанной травме заключается в:</p> <p>А. Остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания</p> <p>В. Лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица</p> <p>С. Первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица</p> <p>32. Раневую поверхность на материнском ложе при формировании филаатовского стебля закрывают при помощи:</p> <p>А. Свободной кожи</p> <p>В. Ушивании на себя</p> <p>С. Лоскутов на микро-анастомозе</p> <p>Д. Дополнительных треугольных лоскутов</p> <p>33. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности:</p> <p>А. Тыла стопы</p> <p>В. Боковой шеи</p> <p>С. Наружного бедра</p> <p>Д. Передней живота</p> <p>Е. Внутренней плеча</p> <p>34. Проведение закрытого кюретажа показано при:</p> <p>А. Пародонтальных абсцессах</p> <p>В. При пародонтальных карманах глубиной 4-5 мм, истончённой слизистой десны</p> <p>С. При пародонтальных карманах глубиной 4-5 мм, отсутствии костных карманов</p> <p>Д. При пародонтальных карманах глубиной более 5 мм, наличие костных карманов</p>	<p>D</p> <p>D</p> <p>C</p>
--	--	---