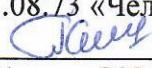



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра дефектологии, русского языка и социальной работы**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.08.73 «Челюстно-лицевая хирургия»
 /К.С. Гандылян/
«21» мая 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии
 /К.С. Гандылян
«21» мая 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Челюстно-лицевая хирургия
Направление подготовки	31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

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

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
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
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
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

1. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов

	ответом	
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
Всего		300 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1	УК -1	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между типом воспалительной реакции организма и ее иммунологической характеристикой:</p> <p>Типы воспалительной реакции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гиперергический 2. нормергический 3. гипоергический <p>Иммунологические характеристики:</p> <p>А. низкий уровень неспецифической реактивности, слабо выраженная вирулентность микроорганизмов, низкий уровень сенсibilизация организма</p> <p>В. высокий уровень неспецифической реактивности, выраженная вирулентность микроорганизмов, низкий уровень сенсibilизация организма</p> <p>С. низкий уровень неспецифической реактивности, выраженная вирулентность микроорганизмов, высокий уровень сенсibilизации организма</p> <p>2. Укажите соответствие границ околоушно-жевательной области:</p> <p>Границы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. верхняя 2. нижняя 3. передняя 4. задняя <p>Анатомическая структура:</p> <p>А. нижний край тела нижней челюсти</p> <p>В. нижний край скуловой дуги</p> <p>С. задний край ветви нижней челюсти</p> <p>Д. передний край m.masseter</p>	<p>1-С, 2-В, 3-А</p> <p>1-В, 2-А, 3-Д, 4-С</p>
	УК -1	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Укажите последовательность расположения анатомических образований в сонном треугольнике шеи (поверхностно-глубоко):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кожа, подкожная клетчатка, платизма 2. Поверхностный листок собственной фасции 3. Поверхностная фасция шеи 4. Внутрешейная фасция (париетальный листок 	4-2-5-1-3

		<p>образует влагалище сосудисто-нервного пучка) 5. Общая сонная артерия (медиально) 6. Внутренняя яремная вена (латерально) 7. Блуждающий нерв (между ними сзади) 8. Предпозвоночная фасция 2. Укажите последовательность этапов удаления зуба: 1. Продвижение щёчек щипцов 2. Наложение щипцов 3. Вывихивание зуба 4. Извлечение (тракция) зуба 5. Смыкание (фиксация) щипцов</p>	<p>2-1-5-3-4</p>
<p>УК - 1</p>		<p>Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Пациент А., 36 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.3 физиологической окраски. Коронка зуба 3.3 на $\frac{1}{3}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.3 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса зуба 3.3 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.3 запломбирован, апикальное отверстие obturated. В периапикальных тканях в области апекса 46 корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз. 2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.3? 3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациенту? 4. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства. 	<p>1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.3 вне обострения.</p> <p>2. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — резекция верхушки корня зуба 3.3 в плановом порядке.</p> <p>3. Операция — резекция верхушки корня зуба — относится к органосохраняющим оперативным вмешательствам, сохраняющим коронку зуба и целостность его периодонта.</p> <p>4. Операция — резекция верхушки корня зуба — включает следующие этапы: — выполнение местной анестезии; — выкраивание слизисто-</p>

			<p>надкостничного лоскута);</p> <ul style="list-style-type: none"> – отслаивание слизисто-надкостничного лоскута с помощью распатора; – трепанацию наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка; – расширение костного дефекта при помощи фрезы или фиссурного бора до полного обнажения верхушки корня и очага деструкции костной ткани; – резекцию верхушки корня зуба, выполняемую фиссурным бором строго перпендикулярно оси корня плавными горизонтальными движениями; – удаление оболочки гранулемы или грануляций при помощи кюретажной ложки Фолькмана; – сглаживание фрезой острых краев костной раны и поверхности опиленного корня; – гемостаз; – инстилляцию костной раны растворами антисептиков; – введение в костную полость остеопластического материала для стимуляции и обеспечения
--	--	--	---

		<p>2. В госпитальное челюстно-лицевое отделение доставлен пострадавший, 37 лет, в бессознательном состоянии с психомоторным возбуждением. В полости рта фиксирован воздуховод. При осмотре определяется огнестрельное ранение с входным отверстием в области клыковой ямки справа, размером 0,5 см и выходным отверстием в заушной области слева. Из ран обильно выделяется кровь с пузырями воздуха. Верхняя челюсть и нижняя челюсть слева подвижны. Из нижних носовых ходов выделяется кровь. Определяются признаки пареза лицевого нерва слева.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вид ранения. 2. Какие повреждены анатомические образования? 3. С чем дифференцируется данное состояние? <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. Наметьте план хирургического лечения. 3. Назовите варианты пластики. 4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения (интраоперационные, ранние и поздние послеоперационные)? 	<p>наилучших условий для остеорегенерации; – укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, при необходимости его мобилизацию и фиксацию отдельными узловатыми швами, которые снимают через 7–8 суток.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сквозное огнестрельное ранение. 2. Полость носа, верхняя челюсть, верхнечелюстные пазухи, ветвь нижней челюсти слева, левая околоушная слюнная железа и лицевой нерв слева. 3. Так как больной без сознания, следует провести дифференциальную диагностику с закрытой черепно-мозговой травмой (ЧМТ), на что указывает клиника пареза лицевого нерва слева, который может быть центрального и периферического генеза. 1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти. 2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.
--	--	--	---

		<p>5. Методы послеоперационного ведения?</p>	<p>3. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.</p> <p>4. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала.</p> <p>В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей.</p> <p>Отдалённые осложнения – рубцовая деформация.</p> <p>5. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.</p>
УК - 1		<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. У пациента Б., 32 лет, вследствие рубцового стяжения, угол рта слева опущен на 1 см относительно правой стороны. При иссечении рубца и пластике дефекта треугольными лоскутами, в каком направлении должен быть сделан основной разрез?</p> <p>2. У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?</p>	<p>Основной разрез должен быть направлен вертикально.</p> <p>Показано закрытие дефекта свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.</p>

УК - 1	<p align="center">Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Наиболее частой причиной воспалительных заболеваний ЧЛЮ является инфекция:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) одонтогенная 2) стоматогенная 3) тонзиллогенная 4) риногенная <p>2. Гнилостно-некротические процессы в тканях ЧЛЮ вызываются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) патогенными стафилококками 2) непатогенными стафилококками 3) аспорогенными анаэробами 4) бета-гемолитическим стрептококком <p>3. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) напоить раненого 2) наложить повязку 3) перенести в укрытие 4) устранить угрозу асфиксии 5) оформить медицинскую карточку <p>4. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) частичной и ранней 2) ранней и окончательной 3) своевременной и частичной <p>5. Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеотомии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) шина Ванкевич 2) гладкая шина-скоба 3) шина-скоба с распорочным изгибом 4) бимаксиллярные шины с зацепными <p>6. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острый паротит 2) перелом челюстей 3) острый лимфаденит 4) обострение хронического периодонтита 5) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма <p>7. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) криотерапия 2) ГБО-терапия 3) химиотерапия 4) рентгенотерапия 5) электрокоагуляция <p>8. Рецессия десны характерна для:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) катарального гингивита 	<p>1,2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>2</p> <p>5</p>
--------	---	---

	<p>2) гипертрофического гингивита 3) язвенно-некротического гингивита 4) пародонтита 5) пародонтоза</p> <p>9. Затруднение при глотании появляется при флегмоне: 1) височной 2) скуловой 3) щечной области 4) околоушно-жевательной 5) окологлоточного пространства</p> <p>10. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является: 1) ОРВЗ 2) асфиксия 3) травматический остеомиелит</p> <p>11. При нагноении мягких тканей в области лица воспалительный процесс переходит на синусы головного мозга чаще по: 1) угловой вене лица 2) лицевой артерии 3) анастомозам лицевых вен 4) поперечной артерии лица 5) височной вене</p> <p>12. Симптом Герке - это: 1) усиление за грудиной боли при запрокидывании головы 2) втягивание области яремной впадины при вдохе 3) припухлость и крепитация в яремной впадине 4) постоянное покашливание</p> <p>13. Стойкое ограничение движения в суставе, который возникает в результате внесуставных изменений - это: 1) артроз 2) контрактура 3) анкилоз 4) хронический артрит 5) острый артрит</p> <p>14. Наибольшую информацию о состоянии мягкотканых структур височно-нижнечелюстного сустава (внчс) даёт : 1) телерентгенография 2) магнитно-резонансная томография 3) ортопантомография 4) компьютерная томография</p> <p>15. Электромиография регистрирует: 1) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области 2) движение нижней челюсти 3) движение ВНЧС</p>	<p>5</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>
--	---	--

		<p>Характеристика методов:</p> <p>А. используется для воздействия на экономические интересы сотрудников, трудовых коллективов побуждающий работать в нужном направлении достигая поставленные цели.</p> <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>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 1.Что является функцией управления, которая предполагает регулярный анализ и выявление отклонений в процессе выполнения плановых мероприятий с одновременной коррекцией работы? 2.Какой стиль руководства необходимо применять в экстремальных (чрезвычайных) ситуациях?</p>	<p>Контроль</p> <p>Авторитарный</p>

УК - 3	<p align="center">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, 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 align="center">2</p> <p align="center">4</p> <p align="center">1</p> <p align="center">1</p> <p align="center">2</p> <p align="center">2</p>
--------	---	---

	<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 5) наличия нормативной базы <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 	<p>2,3,4</p> <p>1,2,3</p> <p>1,5</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p>
--	--	--

		<p>3) меры, направленные на неукоснительное соблюдение подчиненными порядка в учреждении</p> <p>4) качественное расширение выполняемой работы</p> <p>5) участие работников в управлении учреждением</p> <p>14. Личное влияние человека на коллектив, которое он приобретает своим трудом, профессиональными знаниями, организаторскими способностями, нововведениями, умением работать с людьми – это:</p> <p>1) харизма</p> <p>2) авторитет</p> <p>3) внушение</p> <p>4) руководство</p> <p>15. Факторы психологической профилактики конфликтов в коллективе:</p> <p>1) высокий авторитет руководителя</p> <p>2) наличие в коллективе высокой организационной культуры</p> <p>3) отсутствие иерархии в коллективе</p> <p>4) престиж деятельности и организации</p> <p>16. Удовлетворенность пациентов процессом взаимодействия с медицинским персоналом зависит от:</p> <p>1) качества предоставленной информации</p> <p>2) коммуникативных навыков медперсонала</p> <p>3) проявленного сопереживания</p> <p>4) проявленного сочувствия</p>	<p>2</p> <p>1,2,4</p> <p>1,2,3</p>
3	УК - 4	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между специалистом и его ролью при подготовке пациента с обширной врожденной расщелиной губы и неба к операции.</p> <p>Специалисты:</p> <p>1. Челюстно-лицевой хирург</p> <p>2. Ортодонт</p> <p>3. Анестезиолог</p> <p>4. Логопед</p> <p>Роли:</p> <p>А) Оценка рисков, выбор метода обезболивания, контроль витальных функций.</p> <p>Б) Проведение раннего ортопедического лечения (назоальвеолярный дуг) для сближения фрагментов челюсти.</p> <p>В) Устранение анатомического дефекта, пластика мягких тканей и костей.</p> <p>Г) Оценка речевой функции, коррекция звукопроизношения до и после хирургического вмешательства.</p>	1-В, 2-Б, 3-А, 4-Г

		<p>2. Установите соответствие между этапом коммуникации и действием врача-ЧЛХ при общении с родителями пациента перед сложной реконструктивной операцией.</p> <p>Этапы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Информирование 2. Эмпатия 3. Согласие 4. Послеоперационное сопровождение <p>Действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Подписание юридически грамотного документа, объяснение возможных осложнений. Б) Четкое объяснение диагноза, плана лечения и ожидаемых результатов. В) Обсуждение режима реабилитации, плановые осмотры, психологическая поддержка. Г) Выслушивание страхов родителей, проявление понимания и спокойствия. 	<p>1-Б, 2-Г, 3-А, 4-В</p>
<p>УК - 4</p>		<p align="center">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Последовательность действий челюстно-лицевого хирурга при подготовке пациента к плановой реконструктивной операции на челюсти.</p> <p>Расположите этапы взаимодействия с пациентом и смежными специалистами в правильном порядке:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Консультация стоматолога-терапевта (санация полости рта). Б) Информирование пациента о рисках, этапах операции и получение добровольного согласия. В) Совместное планирование с рентгенологом (КТ-исследование, 3D-моделирование). Г) Беседа с анестезиологом для оценки операционно-анестезиологического риска. Д) Установление первичного контакта, сбор жалоб и анамнеза. <p>2. Последовательность действий при возникновении острого послеоперационного осложнения (кровотечение) в стационаре ЧЛХ.</p> <p>Расположите действия медперсонала в правильной последовательности для обеспечения безопасности пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> А) Вызов дежурного челюстно-лицевого хирурга. Б) Оценка общего состояния (пульс, АД, сознание) и осмотр операционной раны. В) Наложение давящей повязки/временная остановка кровотечения. Г) Успокоение пациента и вызов медицинской сестры. Д) Подготовка операционной для ревизии раны. 	<p>Д - В- А -Г- Б</p> <p>Г- Б -В- А -Д</p>

	УК - 4	<p align="center">Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Пациент средних лет агрессивен настроен, перебивает врача, жалуется на предыдущих специалистов и требует назначить дорогостоящее обследование, которое, по мнению врача, не показано.</p> <p>Вопрос: Опишите алгоритм действий врача для выстраивания эффективного взаимодействия и снижения конфликтности.</p>	<p>Активное слушание: дать пациенту высказаться, не перебивая, используя технику «открытых вопросов» для понимания истинной причины тревоги.</p> <p>Эмпатия и валидация: признать чувства пациента («Я понимаю вашу обеспокоенность...»), но не обязательно соглашаться с его требованиями.</p> <p>Принцип «Сэндвича»: сначала сказать о том, что пациент прав (например, в необходимости тщательного обследования), затем аргументированно объяснить ненужность конкретного исследования, предложив альтернативы.</p> <p>Разделение ответственности: объяснить цель диагностики (поиск причины симптомов) и обосновать свой план лечения, ссылаясь на стандарты, чтобы снизить ощущение «несправедливости».</p> <p>Фиксация договоренностей: в конце приема убедиться, что пациент понял рекомендации и план действий.</p>
--	--------	--	---

			<p>деонтологии, коммуникации и командной работы.</p> <p>1. Взаимодействие с пациентом (врач-пациент): Информирование и согласие: врач обязан доступно объяснить диагноз, план операции, возможные риски и прогноз, учитывая, что ЧЛХ-пациенты часто испытывают страх за внешность. Обязательно подписание информированного согласия.</p> <p>Психологическая поддержка: установление доверительного контакта, проявление эмпатии, особенно при травмах лица или онкологии.</p> <p>Послеоперационный контроль: четкие инструкции по реабилитации, регулярные осмотры для предотвращения рубцовых деформаций.</p> <p>2. Взаимодействие с коллегами (врач-врач): Внутри отделения: работа в команде «хирург-ассистент-операционная сестра» для минимизации времени операции.</p> <p>Преемственность: передача пациента дежурной бригаде с детальным описанием хода</p>
--	--	--	--

			<p>операции и рекомендациями.</p> <p>3. Взаимодействие со смежными специалистами (мультидисциплинарный подход): Стоматологи/Ортодонты: совместное планирование ортогнатических операций, подготовка полости санацией. ЛОР-врачи/Офтальмологи /Нейрохирурги: при сочетанных травмах лицевого скелета, опухолях основания черепа или орбиты. Анестезиологи-реаниматологи: предоперационная оценка рисков, ведение пациентов с обширными вмешательствами (отек дыхательных путей).</p> <p>4. Взаимодействие с младшим медицинским персоналом: четкое распределение обязанностей, уважительное отношение, контроль качества</p>
	УК - 4	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Какой из стилей разрешения конфликтов направлен на поиски решения за счет взаимных уступок, на выработку промежуточного решения, устраивающего обе стороны, при котором особо никто не выигрывает, но и не теряет?</p> <p>2. При какой модели взаимоотношений врач и пациент выступают как равноправные партнеры, совместно обсуждающие план лечения и разделяющие ответственность за результат</p>	<p>стиль компромисса</p> <p>коллегиальная (партнерская) модель</p>

УК - 4	<p style="text-align: center;">Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Команда – это: а) группа, обладающая единой целью, четкой иерархией, стандартами взаимодействия и функционально-ролевой специализацией. б) формирование или организованная группа людей в) постоянный или временный коллектив рабочих, выполняющих общее производственное задание и несущих совместную ответственность</p> <p>2. Лидерство - это: а) способность оказывать влияние на отдельных людей и группы и направлять их усилия на достижение целей организации б) поведение отдельного человека, которое может вносить изменения в поведение, отношения, ощущения и т.п. другого человека в) возможность влиять на поведение людей г) обычная манера поведения руководителя, который оказывает влияние на подчиненных, и побуждает их к достижению целей организации.</p> <p>3. Для профессионального общения с пациентами необходимо а) проходить специальное обучение; б) просто быть хорошим врачом, проработав в медицине много лет; в) просто быть хорошим человеком; г) соблюдать общепринятые правила вежливости.</p> <p>4. Коммуникация - это: а) воздействие на партнера б) взаимное ориентирование на совместную деятельность в) обмен информацией, настроениями, эмоциями г) приобретенные способности д) черты характера</p> <p>5. Факторы психологической профилактики конфликтов в коллективе а) высокий авторитет руководителя б) наличие в коллективе высокой организационной культуры в) отсутствие иерархии в коллективе г) престиж деятельности и организации</p> <p>6. Важнейшая функция корпоративной культуры - это: а) укрепление дисциплины б) формирование благоприятного психологического климата в организации в) поддержание социальной стабильности в организации</p>	<p>а</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а,б,г</p> <p>б</p>
--------	---	--

		<p>г) правильное распределение вознаграждений д) создание благоприятного имиджа организации</p> <p>7. Какой вид разрешения конфликта основан на достижении временного результата?</p> <p>а) сотрудничество б) избегание в) компромисс г) подавление д) сглаживание</p> <p>8. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям:</p> <p>а) освобождение от ответственности; б) уголовную ответственность; в) гражданско-правовую ответственность.</p> <p>9. Какую ответственность несет врач за разглашение врачебной тайны:</p> <p>а) административную, уголовную, гражданско-правовую; б) уголовную, гражданско-правовую, административную; в) административную, дисциплинарную, уголовную</p> <p>10. Комплекс сложнейших биопсихических состояний и реакций человека, формирующих его действия - это</p> <p>а) делегирование б) мотивация в) руководство г) управление</p> <p>11. Термин «медицинская этика» - отражает:</p> <p>а) взаимоотношение между персоналом и пациентами в пределах норм, установленных нравственностью, моралью; б) медицинскую тайну; в) отношение к человеку с отсутствием болезни.</p> <p>12. Отличительные признаки профессиональной этики медицинских работников является:</p> <p>а) приоритет медицинской науки над интересами пациентов; б) право на поведение, отклоненное от нормы; в) осознанный выбор правил поведения.</p> <p>13. Основным принципом современной модели профессиональной этики, является:</p> <p>а) приоритета прав и уважения достоинств пациента; б) принцип приоритета науки;</p>	<p>в</p> <p>в</p> <p>в</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>в</p> <p>а</p>
--	--	--	---

		<p>в) принцип исполнения долга.</p> <p>14. Врачебная тайна соответствует:</p> <p>а) принципу справедливости;</p> <p>б) принципу конфиденциальности;</p> <p>в) принципу доброты.</p> <p>15. К одному из документов в сфере медицинской этики относится:</p> <p>а) международный кодекс медицинской этики;</p> <p>б) нормы медицинской этики;</p> <p>в) ответственность и право.</p> <p>16. Участие в осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, относится к:</p> <p>а) моральному долгу;</p> <p>б) психологическому подходу;</p> <p>в) невербальному способу.</p>	<p>б</p> <p>а</p> <p>а</p>
4	УК - 5	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между нозологической единицей и ее возбудителем:</p> <p>Нозологическая единица:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Актиномикоз 2. Ангина Людвига 3. Туберкулез 4. Рожистое воспаление <p>Возбудители:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Анаэробы B. Микобактерии C. Бета-гемолитический стрептококк D. Актиномицеты <p>2. Укажите соответствие между клинической характеристикой дефекта и ее способом устранения:</p> <p>Клиническая характеристика дефекта:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сквозной дефект крыла носа 2. Сквозной дефект твердого неба 3. Дефект брови 4. Дефект альвеолярной части нижней челюсти во фронтальном отделе <p>Способ устранения дефекта:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Аутотрансплантат с гребня подвздошной кости B. Артериализованный лоскут с волосистой части головы C. Сочетание опрокидывающего и ротационного лоскутов D. Лоскут на ножке с губо-щечной складки 	<p>1-D, 2-A, 3-B, 4-C</p> <p>1-D, 2-C, 3-B, 4-A</p>

	УК -5	<p align="center">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Установите правильную последовательность этапов хирургического лечения посттравматической деформации скулоглазничного комплекса с дефектом нижней стенки глазницы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обезболивание 2. ушивание раны 3. разрез 4. фиксация фрагментов минипластинами 5. репозиция фрагментов 6. остеотомия скуловой кости 7. установка трансплантата или имплантата в область дефекта нижней стенки глазницы и его фиксация <p>2. Укажите последовательность устранения микростомы по Евдокимову:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мобилизация слизистого края раны 2. Определение размеров ротовой щели исходя из антропометрических данных 3. Смещение слизистой полости рта кнаружи и подшивание к краям раны на коже с формированием красной каймы и комиссуры 4. Рассечение насквозь тканей кожи и слизистой оболочки в области формируемого угла рта 	<p>1-3-6-5-4-7-2</p> <p>2-4-1-3</p>
	УК - 5	<p align="center">Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Пациент Х., 34 лет, явился с жалобами на боли в десне при приеме пищи в области 3.1, 4.1 зубов. При осмотре: коронки 3.1, 4.1 зубов разрушены, корни едва определяются зондированием, прикрыты разросшейся десной. Показано удаление корней 3.1, 4.1 зубов.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выберите инструменты для удаления корней 3.1, 4.1 зубов. 2. Подготовьте полость рта к удалению. 3. Перечислите методы обезболивания для удаления корней 3.1, 4.1 зубов. 4. Назовите этапы удаления корней 3.1, 4.1 зубов. 5. Назовите возможные осложнения после удаления. 	<p>1. Шприц с анестетиком, двусторонняя серповидная гладилка, клювовидные щипцы со сходящимися щечками, угловые элеваторы, кюретажная ложка, перевязочный материал.</p> <p>2. Перед операцией больного просят прополоскать рот слабым раствором антисептика.</p> <p>Марлевые тампоном, смоченным 3 % раствором перекиси водорода или другим антисептиком, обрабатывают зубы и слизистую оболочку, удаляя с них налет и</p>

		<p>2. 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: Дайте топографо-анатомическое объяснение данного заболевания.</p>	<p>остатки пищи.</p> <p>3. Инфильтрационная анестезия в переходную складку на уровне проекции верхушек корней с вестибулярной стороны и с язычной стороны на уровне перехода альвеолярного отростка в дно полости рта.</p> <p>4. Обезболивание, сепарация, наложение щипцов, продвижение, фиксация, люксация, тракция. Кюретаж лунки, получение сгустка, сближение краев лунки.</p> <p>5. Перелом корней, повреждение десны и слизистой оболочки, отлом участка костной ткани альвеолярного отростка, кровотечение, альвеолит, луночковые боли.</p> <p>У больного флегмона дна полости рта. Диафрагма полости рта образована челюстно-подъязычными мышцами, подбородочно-подъязычными, подбородочно-язычными и передними брюшками двубрюшной мышцы. Сзади диафрагма граничит с шиловидноязычными</p>
--	--	--	--

		<p>3. В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Менингит, тромбоз кавернозного синуса". В анамнезе фурункул в области крыла носа.</p> <p>Вопросы: Чем опасен тромбоз кавернозного синуса?</p>	<p>шиловидноподъязычными и шилоглоточными мышцами. Клетчатка дна полости рта многочисленными каналами и щелями связана со всеми клетчаточными пространствами челюстно-лицевой области и шеи.</p> <p>Лицевая, далее угловая вена лица в области угла глаза анастомозирует с глазничными венами, которые входят в состав внутричерепного отдела и сообщается с кавернозными синусами. В результате сдавления лицевой вены отечной жидкостью наступило ретроградное течение крови (кверху), которое может достигнуть пещеристой пазухи и вызвать данное заболевание, которое может привести к летальному исходу.</p>
	УК - 5	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Какова точка приложения действия местных анестетиков?</p> <p>2. К чему может привести пренебрежение аспирационной пробой?</p>	<p>чувствительные нервные окончания и проводники</p> <p>внутрисосудистому введению анестетика и передозировке.</p>

УК - 5	<p align="center">Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Укажите признаки озлокачествления трофической язвы:</p> <p>1) Язва с ровными, чёткими краями, малоблезненная, не кровоточит</p> <p>2) Язва округлой формы с валикообразными краями, гладким дном, на дне язвы воскообразный налёт</p> <p>3) Язва с неровными, подрытыми краями, с инфильтратом в основании, кровоточит</p> <p>4) Язва кратерообразной формы, покрыта фибриновым налётом</p> <p>2. Характерным симптомом периостита альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны является:</p> <p>1) Боль при глотании и разговоре, коллатеральный отек в поднижнечелюстном треугольнике</p> <p>2) Отсутствие клинических проявлений</p> <p>3) Выраженный отек языка</p> <p>4) Сглаженность челюстно-язычной бороздки, отсутствие безболезненности при пальпации</p> <p>3. 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>4. Типичными клиническими признаками флегмоны височной области является:</p> <p>1) Отек крыло - челюстной складки</p> <p>2) Отек и гиперемия щечных областей</p> <p>3) Гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой</p> <p>4) Гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой</p> <p>5) Инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подбородочных областях</p> <p>5. Вторичная костная пластика после основной операции проводится через:</p> <p>1) 10 дней</p> <p>2) 1-2 месяца</p> <p>3) 3-4 месяца</p> <p>4) 6-8 месяцев</p> <p>5) 1-1,5 года</p> <p>6. Средняя треть лица у больных с верхней</p>	<p align="center">3</p> <p align="center">1</p> <p align="center">3</p> <p align="center">4</p> <p align="center">1</p> <p align="center">2</p>
--------	--	---

		<p>микрoгнатией:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Уплoщена 2) Уменьшена 3) Увеличена 4) Несимметрична <p>7. Экстренное специализированное лечение поврежденных лица при сочетанной травме заключается в:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>8. Точка Балле - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Место выхода языкоглоточного нерва 2) Место выхода ветвей тройничного нерва из костных каналов в мягкие ткани лица. 3) Место выхода челюстно-подъязычного нерва 4) Место выхода барабанного нерва <p>9. Местными осложнениями эпидемического паротита является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Проктит 2) Менингит 3) Невралгия 4) Абсцедирование 5) Образование конкрементов <p>10. Различают формы роста рака языка:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Дискоидную 2) Экзофитную 3) Актиническую 4) Мультицентрическую <p>11. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Книзу и кзади 2) Кверху и вперед 3) Медиально и вперед 4) Латерально и кверху <p>12. При ожоге 3 степени поражается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Все слои эпидермиса 2) Кожа и подлежащие ткани 3) Поверхностный эпидермис 4) Поверхностный эпидермис и капилляры 5) Все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи <p>13. Раневую поверхность на материнском ложе при формировании Филатовского стебля закрывают при помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Свободной кожи 	<p>1</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>4</p>
--	--	--	--

		<p>2) Ушивании на себя 3) Лоскутов на микро-анастомозе 4) Дополнительных треугольных лоскутов</p> <p>14. Для обморока НЕ характерно: 1) Потеря сознания 2) Сохраненное сознание 3) Бледность</p> <p>15. Какое количество контрастного вещества нужно для заполнения протоков неизменной околоушной железы: 1) 0,5 мл 2) 1,0-2,0 мл 3) 3,0 мл 4) 5,0мл</p> <p>16. К временной иммобилизации фрагментов нижней челюсти НЕ относится: 1) круговая бинтовая теменно-подбородочная повязка 2) стандартная транспортная повязка 3) подбородочная праща Померанцевой-Урбанской 4) назубная шина Васильева 5) межчелюстное лигатурное связывание зубов</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>4</p>
5	ОПК -1	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1.Соотнесите источник и содержание информационных ресурсов (ИР): Источник ИР: 1. Интернет ресурсы для специалистов лечебно-диагностических подразделений 2. Интернет ресурсы для специалистов по организации здравоохранения 3. Интернет ресурсы для пациентов 4. Интернет ресурсы для специалистов финансово-хозяйственных служб</p> <p>Содержание ИР: А. Законодательные и нормативные акты, справочные материалы, полезные для организации работы и подготовки отчетности учреждений и отдельных частнопрактикующих врачей В. Оборудование, медикаменты, расходные материалы, инструментарий, средства связи, транспорт и т. д. С. Ресурсы, предлагающие справочную медицинскую информацию о различных заболеваниях, их симптомах D. Специализированная медицинская информация для специалистов практического здравоохранения и научных работников</p> <p>2. Какая компьютерная система используется для определенных действий в медицине: Система:</p>	<p>1-D, 2-A, 3-C,4-B</p> <p>1-C, 2-A, 3-D, 4-B</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. HIS 2. DLP 3. ВКС 4. SIEM <p>Выполняемые действия с помощью системы:</p> <p>А. для контроля копирования и утечки конфиденциальной медицинской информации</p> <p>В. для управления рисками и инцидентами информационной безопасности</p> <p>С. для автоматизации расписания и планирования приёма пациентов</p> <p>Д. для проведения консилиумов и телемедицинских консультаций между врачами разных учреждений</p>	
	ОПК -1	<p style="text-align: center;">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Укажите последовательность этапов обеспечения информационной безопасности (ИБ) в организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка и внедрение документов по ИБ, необходимых для организации 2. Оценка возможных угроз 3. Определение информации, которую необходимо защищать в организации 4. Меры обеспечения информационной безопасности <p>2. Укажите последовательность алгоритма включения компьютера:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Включить системный блок компьютера 2. Включить сетевой фильтр и стабилизатор напряжения, если компьютер подключен через них 3. Включить монитор компьютера 4. Включить принтер и другие периферийные устройства (если они будут использоваться) 	<p>3-2-4-1</p> <p>2-4-3-1</p>

		<p>3. Укажите основные направления медицинской управленческой организационной информатики.</p>	<p>поддержки специалистов с помощью информационных технологий;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 обслуживания населения по вопросам охраны здоровья. <p>- административно-управленческие информационные системы и системы медикостатистического учета учреждений здравоохранения;</p>
--	--	---	--

			<p>- информационные системы органов управления здравоохранением;</p> <p>- информационные системы ОМС;</p> <p>- интеграцию электронной медицинской информации в Единую информационную систему с использованием в том числе и телемедицинских технологий.</p>
	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>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Трансформация традиционного лечебно-диагностического процесса заключается в:</p> <p>1) повышении качества оказания медицинской помощи посредством применения современных медицинских цифровых технологий</p> <p>2) применении медицинским персоналом современных медицинских цифровых технологий</p> <p>3) быстрых изменениях традиционного уклада жизни и возможностях человеческого организма и системы здравоохранения</p> <p>4) изменении роли медицинского персонала в этом процессе</p> <p>2. Создание единого цифрового контура на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ):</p> <p>1) входит в число федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение»</p> <p>2) входит в число федеральных проектов национального проекта/программы «Цифровая экономика»</p> <p>3) не оказывает влияние на достижение целей федеральных проектов</p>	<p>1</p> <p>1</p>

		<p>4) формирует нормативно-правовую основу цифровой трансформации в здравоохранении</p> <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 3) определяются медицинской организацией 4) определяются федеральными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения <p>6. Телемедицинский комплекс:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предназначен для использования без участия медицинского работника 2) применяется в стационарах при оказании первичной медико-санитарной помощи медицинским персоналом 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 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>7. Телемедицинские технологии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) представляют собой информационно- 	<p>2</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>4</p>
--	--	---	--

	<p>коммуникационные технологии для обмена информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм</p> <p>2) представляют собой формализованную на уровне алгоритмических инструкций компьютерную программу</p> <p>3) представляют собой удаленный контакт медицинского работника или команды врачей и средних медицинских работников с пациентом</p> <p>4) представляют собой такой способ оказания медицинских услуг, при котором невозможно обеспечить в установленный временной период физический контакт медицинского работника или команды врачей и средних медицинских работников с пациентом, достаточный для оказания медицинской помощи надлежащего качества и обладающий необходимой ресурсооборуженностью</p> <p>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) 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> <p>1) телемедицинские консультации и телеобучение</p> <p>2) контроль состояния здоровья (сенсорика) и мобильные телемедицинские комплексы</p> <p>3) системы дистанционного биомониторинга</p> <p>4) телемедицинские консультации и мобильные телемедицинские комплексы</p> <p>10. Основной фокус Концепции актуальности цифровой трансформации здравоохранения направлен на:</p> <p>1) традиционный лечебно-диагностический процесс</p> <p>2) трудовые функции медицинского персонала</p> <p>3) качество оказания медицинской помощи</p> <p>4) нормативно-правовую основу цифровой трансформации</p> <p>11. Актуальность формирования современных цифровых компетенций у медицинских работников обусловлена:</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
--	--	-------------------------------------

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

	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. An.morbi: 5 лет назад была произведена тотальная резекция нижней губы по поводу рака с последующим лучевым лечением. Объективно: при внешнем осмотре нижняя губа отсутствует полностью. Ротовая щель не смыкается. Кожа подбородка рубцово изменена, сухая, имеет вид «пергаментной бумаги». В полости рта: без патологии. Вопросы: 1.Поставьте диагноз 2.Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту 3.Составьте план лечения</p> <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, 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. Вопросы: 1. Проведите обоснование диагноза? 2. Поставьте диагноз? 3. Консультация каких смежных специалистов необходима?</p>	<p>1.Постоперационный тотальный дефект нижней губы, рубцовая деформация мягких тканей подбородка</p> <p>2.КТ нижней челюсти.</p> <p>3.Пластика филатовским стеблем (формирование стебля напередне-боковой поверхности живота, перенос через предплечье, перенос к месту дефекта, распластывание)</p> <p>1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие “курковой” зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гипестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.</p> <p>2. Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва слева.</p> <p>3. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и</p>
--------	---	--

		<p>3. После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта.</p> <p>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>терапевта.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти. 2. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. 3. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.
	ОПК -4	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите методы забора материала для цитологического исследования. 2. Назовите пути распространения инфекции в ЧЛО. 	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя <ol style="list-style-type: none"> 1) общие сведения о больном 2) анамнез жизни 3) анамнез заболевания 4) перенесенные и сопутствующие заболевания 2. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания <ol style="list-style-type: none"> 1) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются 2) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой 	<p>1,2,3,4</p> <p>2</p>

	<p>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) Скалдина</p> <p>2) Медвинского</p> <p>3) Маре</p> <p>7. Бимануальная пальпация применяется</p> <p>1) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области</p> <p>2) в челюстно-лицевой области не применяется</p> <p>3) при патологии тканей дна полости рта</p> <p>4) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез</p> <p>5) только при локализации процесса в щечной области</p> <p>6) при локализации процесса на шее</p> <p>8. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются</p> <p>1) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях</p> <p>2) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы</p> <p>3) обследование височно-нижнечелюстного сустава</p> <p>4) КЛКТ</p> <p>9. При проведении телерентгенографии расстояние между объектом исследования и источником излучения составляет</p> <p>1) 3 м</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1,2</p> <p>1</p> <p>1,2,3,4</p> <p>4</p>
--	--	--

		<p>2) 2 м 3) 1 м 4) 2,5м 5) 1.5 м 6) 0.5 м</p> <p>10. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области</p> <p>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</p> <p>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?</p> <p>1) да 2) нет</p> <p>13. Ложная флюктуация - это:</p> <p>1) флюктуация воспринимается в одном направлении 2) отсутствие колебаний жидкости в полости 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 2) множественное 3) сочетанное 4) комбинированное</p> <p>15. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы?</p> <p>1) не изменены 2) болезненные 3) увеличены 4) плотноэластической консистенции 5) подвижные</p> <p>16. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий:</p> <p>1) анаэробных 2) аэробных 3) факультативных 4) только аэробных и факультативных 5) только анаэробных</p>	<p>1,2,4</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>2,3,4,5</p> <p>1,2,3</p>
--	--	--	--

7	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 align="center">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>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>1-3-4-2</p> <p>1-3-2-4</p>
	ОПК - 5	<p align="center">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 прогнати необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не</p>

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

		<p>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: 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: 1. Составьте план лечения больного. 2. Какие требования необходимо выполнить</p>	<p>бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении.</p> <p>Этапы тотальной ринопластики Филатовским стеблем по Хитрову: 1)формирование круглого кожно-жирового стебля на груди или животе; 2)пересадка одной ножки стебля на кисть или предплечье; 3)перенесение второй ножки стебля в область корня носа; 4)ринопластика (формирование носа).</p> <p>1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок</p>
--	--	---	--

		<p>для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?</p>	<p>подвздошной кости) или гомотрансплантат) г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае? 2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить: - хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; - рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти - специализированный послеоперационным уходом за больным (питание, уход за шинами); - динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.</p>
ОПК - 5		<p>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</p>	<p>Синдром Шегрена</p> <p>Гемангиома нижней губы</p>

		цвета, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями. Слизистая оболочка над образованием истончена, подвижна. Какой предварительный диагноз можно предположить?	
	ОПК -5	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Порга 2) Ванкевич 3) Тигерштедта 4) Лимберга <p>2. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дуга Энгля 2) метод Адамса 3) остеосинтез по Макиенко 4) наложение бимаксиллрных шин с працевидной повязкой <p>3. Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ранняя хирургическая обработка 2) промывание раны антисептическими растворами 3) назначение антибактериальных средств 4) назначение противовоспалительных средств <p>4. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) распатор 2) зажим Кохера 3) крючок Фарабефа 4) крючок Лимберга <p>5. При гнойном периостите при хирургическом вскрытии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Рана не дренируется 2) Рана дренируется резиновым выпускником 3) Достаточно однократного промывания раны антисептиком 4) Рана дренируется только на нижней челюсти <p>6. Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Предушным доступом 2) В подбородочной области 3) В поднижнечелюстной области 4) По переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба 5) Параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла <p>7. Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области</p>	<p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p>

	<p>заключается в разрезе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) По носогубной складке 2) В подбородочной области 3) По ходу ветвей лицевого нерва 4) Слизистой оболочки по крыло - челюстной складке 5) В поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти 	
	<p>8. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) После физиотерапевтического лечения 2) Формирования секвестра 3) Сформировавшегося секвестра 4) После антибактериальной терапии 	3
	<p>9. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Мостовидным 2) Опрокидываемым 3) Удвоенным по-Рауэру 4) Встречными треугольными 	3
	<p>10. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	1
	<p>11. Основным методом лечения костного анкилоза ВНЧС является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Редрессация 2) Эндопротезирование ВНЧС 3) Физиолечение 4) Миогимнастика 	2
	<p>12. Для профилактики токсического действия анестетиков необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Провести премедикацию диазепамом 2) Выполнить аспирационную пробу 3) Назначить димедрол 4) Обколоть место инъекции адреналином 	2
	<p>13. При хронической лимфаденопатии неясного генеза показано проведение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Антибактериальной терапии 2) Физиотерапии 3) Гистологического исследования лимфатического узла 4) Иммуностимулирующей терапии 	3
	<p>14. Какова лечебная тактика по отношению к зубу, расположенному в линии перелома на</p>	3

		<p>нижней челюсти:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Всегда удаляется 2) Всегда сохраняется 3) Сохраняется только в случае отсутствия смещения отломков, выраженной воспалительной реакции и патологического процесса <p>15. Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>16. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) В подбородочной области, окаймляя угол нижней челюсти 2) Слизистой оболочке по крылочелюстной складке 3) В поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти 4) Параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла 	<p>4</p> <p>4</p>
8	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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Электротерапия 2. Фототерапия 3. Ультразвуковая терапия 4. Теплолечение. <p>Вид:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Фонофорез B. Дарсонвализация C. Парафинотерапия D. Лазеротерапия <p>2. Установите соответствие между показаниями и противопоказаниями к физиотерапевтическому лечению (выберите все показания и все противопоказания):</p> <p>К лечению физиотерапией:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Показания 2. Противопоказания <p>Вид показаний и противопоказаний:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. новообразования в полости рта B. боли при поражениях тройничного нерва C. незафиксированные переломы D. гнойные процессы при отсутствии оттока 	<p>1-B, 2-D, 3-A, 4-C</p> <p>1-B, E, F; 2-A, C, D</p>

		содержимого Е. параличи и парезы тканей полости рта F. гнойные и воспалительные заболевания ЧЛО	
	ОПК - 6	<p align="center">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Укажите последовательность этапов реабилитации челюстно-лицевых больных:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ранний послеоперационный период 2. Предоперационный этап 3. Поздний отсроченный период 4. Восстановительный период <p>2. Укажите последовательность приемов косметического массажа ЧЛО при парезе лицевого нерва, склеродермии, свежие гипертрофические рубцах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. массаж лица 2. массаж задней поверхности шеи 3. массаж передней поверхности шеи 	<p>2-1-4-3</p> <p>2-1-3</p>
	ОПК - 6	<p align="center">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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения? 2. Методы послеоперационного ведения? <p>2. Больной В, 20 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на ограничение открывания рта, которое возникло</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация. 2. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия. <p>1. Рубцовая контрактура нижней челюсти 3 степени.</p>

	<p>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:</p> <p>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. 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> <p>1. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для уточнения</p>	<p>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. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.</p> <p>1. Для уточнения диагноза анкилоза ВНЧС необходимо рентгенологическое обследование ВНЧС справа и слева, 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</p>
--	--	---

		<p>диагноза?</p> <p>2. Опишите характерную рентгенологическую картину костного анкилоза ВНЧС?</p> <p>3. Наметьте план лечения.</p> <p>4. Какая особенность послеоперационного лечения больных с анкилозом ВНЧС?</p>	<p>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 одновременно восстановить ВНЧС и удлинить ветвь нижней челюсти.</p> <p>4. В послеоперационном периоде (через 1,0-1,5 месяца), рекомендуется механотерапия нижней челюсти в течение не менее одного года со дня операции.</p>
	ОПК - 6	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Какое действие оказывает ультрафонофорез с протеолитическими ферментами?</p> <p>2. Какой проводимостью обладают биологические ткани?</p>	<p>некролитическое</p> <p>ионной</p>
	ОПК - 6	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. При гальванизации с лечебной целью применяют</p> <p>1) непрерывный постоянный электрический ток силой до 50 мА и напряжением 30-80 В</p> <p>2) электрический ток высокой частоты,</p>	<p>1</p>

		<p>небольшого напряжения (150-200 В) и большой силы (2 А)</p> <p>2.Наилучшей электропроводностью из перечисленных тканей обладает</p> <p>1)ороговевший слой эпидермиса 2)костная ткань 3)слизистая полости рта</p> <p>3. Выраженным обезволивающим действием при флюктуоризации обладает доза тока</p> <p>1)малая 2)средняя 3)большая</p> <p>4. Для лекарственного электрофореза рекомендуют применять концентрации растворов</p> <p>1)2-6% 2)10% 3)1% 4)0,2%</p> <p>5. Глубина проникновения инфракрасных лучей в ткани составляет</p> <p>1)1 см 2)2-3 см 3)0,5 см 4)1 мм</p> <p>6. После облучения УФ-лучами на коже возникают</p> <p>1)гиперемия, которая постепенно исчезает 2)зуд, припухлость 3)гиперемия, эрозии 4)гиперемия, эритема, шелушение, пигментация</p> <p>7. При общих ультрафиолетовых облучениях для закаливания, повышения общей и местной резистентности, активизации витаминообразования применяют дозы</p> <p>1)субэритемные 2)эритемные 3)гипереритемные</p> <p>8. Электрическое поле УВЧ в нетепловой дозе оказывает действие</p> <p>1)усиливающее минерализацию кости 2)обезболивающее 3)регенерирующее 4)противовоспалительное</p> <p>9. Механизм действия ультразвука основан на действии факторов</p> <p>1)механического 2)механического, теплового 3)механического, теплового, физико-химического 4)механического, теплового, физико-химического, электромагнитного</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>3</p>
--	--	--	---

		<p>10.Талассотерапия – это лечение 1)минеральными водами 2)морскими купаниями 3)воздушной средой пещер</p> <p>11. Направлению на санаторно-курортное лечение подлежат пациенты 1)с хроническими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии 2)с хроническими заболеваниями в стадии обострения 3)с острым процессом 4)беременные</p> <p>12. Противопоказанием к применению флюктуоризации является 1)невралгия тройничного нерва 2)обострение хронического периодонтита 3)злокачественные новообразования, склонность к кровотечению 4)заболевания слюнных желез</p> <p>13. Противопоказания к применению локальной криотерапии, гипотермии 1)кровотечения 2)недостаточность ССС 3)новообразования 4)практически отсутствуют противопоказания 5)острые воспалительные процессы</p> <p>14. Из перечисленных методов обезболивающим действием обладает 1) флюктуоризация 2) гальванизация 3) диатермокоагуляция 4) дидинамотерапия</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>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1,4</p> <p>1</p> <p>2,3</p>
9	ОПК - 7	<p>Прочитайте текст и установите соответствие 1. Соотнесите между собой термины и их</p>	<p>А-2, Б-3, В-1, Г-4</p>

	<p>содержание: Термин: А. Медицинский работник Б. Лечащий врач В. Пациент Г. Инвалид Содержание: 1. Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния 2. Физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность 3. Врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения 4. Лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты</p> <p>2. Соотнесите между собой термины и их содержание: Термин: А. Экспертиза временной нетрудоспособности Б. Медико-социальная экспертиза В. Военно-врачебная экспертиза Содержание: 1. проводится в целях определения годности к военной службе, обучению по конкретным военно-учетным специальностям; установления причинной связи увечий заболеваний у военнослужащих и граждан, уволенных с военной службы 2. проводится связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантинном и др. 3. проводится в целях определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая</p>	<p>А-2, Б-2, Б-3</p>
--	--	----------------------

ОПК - 7		<p align="center">Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. Пациент К., 30 лет, обратился с жалобами на боли, невозможность сомкнуть зубы, отек. На рентгенограмме визуализируется щель перелома тела нижней челюсти в области 3.6, 3.7 зубов со смещением. Проведена операция: остеосинтеза, наложены назубные бимаксиллярные шины.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Определите примерные сроки нетрудоспособности. 3. Какие особенности экспертизы временной нетрудоспособности при данном диагнозе? <p>2. Пациентка М., 40 лет, с острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти. Проведена операция: вскрытие гнойного очага, удаление причинного зуба.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите сроки нетрудоспособности. 2. Обоснуйте необходимость временного освобождения от работы. <p>3. Пациентка С., 25 лет, удален ретинированный, дистопированный 3.8 зуб. Удаление было травматичным, с трепанированием костной</p>	<p>1. Диагноз: Травматический перелом тела нижней челюсти в области 3.6, 3.7.</p> <p>2. Требуется стационарное лечение.</p> <p>Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности: 30–45 дней.</p> <p>3. Особенности: Наличие межчелюстной фиксации (назубные шины) делает пациента нетрудоспособным, так как ограничена функция жевания и речи. При выполнении работ, требующих четкой дикции или физических усилий, больничный лист продлевается до снятия шин.</p> <p>1. Сроки нетрудоспособности: 10–14 дней (до стихания острых воспалительных явлений и заживления раны).</p> <p>2. Обоснование: Острый воспалительный процесс (высокая температура, интоксикация, боль) приводят к отсутствию работоспособности.</p> <p>1. Диагноз: Ретенция, дистопия 3.8 зуба.</p>
---------	--	--	---

		<p>ткани. Наложены швы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз и определите сроки нетрудоспособности. 2. Когда пациентка может вернуться к работе? 	<p>Травматичное удаление. Сроки нетрудоспособности: 3–10 дней (до снятия швов или стихания послеоперационного отека).</p> <p>2. Возврат к работе: При отсутствии осложнений и при условии, что работа не связана с физическими нагрузками, пациентка может вернуться к работе после ликвидации отека и удаления швов.</p>
	ОПК - 7	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Застрахованным лицам из числа иностранных граждан, работающих на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая.</p> <p>2. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является.</p>	<p>Выдается листок временной нетрудоспособности;</p> <p>Число дней временной утраты трудоспособности на 100 лиц трудоспособного возраста в год</p>
	ОПК - 7	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих; б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих; в) все случаи заболеваемости, по которым выдан листок нетрудоспособности; г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности; д) наличие инфекционного заболевания <p>2. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) лечащие врачи медицинских организаций б) лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) в) фельдшеры, зубные врачи медицинских 	<p>а</p> <p>д</p>

		<p>организаций г) работники со средним медицинским образованием д) работники скорой медицинской помощи, приемных отделений больничных учреждений</p> <p>3. На какой срок медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности единовременно и единолично продлевает его при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений или иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности:</p> <p>а) выдает на срок до 5 календарных дней и продлевает на срок до 10 календарных дней б) выдает на срок до 10 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней в) выдает на срок до 3 календарных дней и продлевает на срок до 5 календарных дней г) выдает на срок до 7 календарных дней и продлевает на срок до 14 календарных дней д) выдает на срок до 30 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней</p> <p>4. При продолжении временной нетрудоспособности гражданина, выписанного после стационарного лечения, листок временной нетрудоспособности может быть продлен на срок до:</p> <p>а) 3 дней б) 5 дней в) 10 дней г) 14 дней д) 30 дней</p> <p>5. Листок временной нетрудоспособности не выдается:</p> <p>а) проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов б) застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации в) постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам г) лицам, работающим по трудовым договорам д) священнослужителям.</p> <p>6. Справка произвольной формы выдается:</p> <p>а) при бытовой травме; б) при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, в) военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью;</p>	<p>б</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>г</p>
--	--	--	-------------------------------------

		<p>г) трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование.</p> <p>д) вследствие злоупотребления алкоголем;</p> <p>7. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:</p> <p>а) листок временной нетрудоспособности;</p> <p>б) случай временной нетрудоспособности;</p> <p>в) первичное заболевание;</p> <p>г) впервые выявленное в данном году заболевание;</p> <p>д) справка о временной нетрудоспособности;</p> <p>8. Сколько ошибок в заполнении листка нетрудоспособности допускается:</p> <p>а) не одной</p> <p>б) одна</p> <p>в) две</p> <p>г) три</p> <p>д) четыре</p> <p>9. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает:</p> <p>а) лечащий врач;</p> <p>б) заведующий отделением;</p> <p>в) заместитель главного врача по КЭР;</p> <p>г) врачебная комиссия;</p> <p>д) главный врач.</p> <p>10. Листок временной нетрудоспособности одному из работающих членов семье по уходу за больным (взрослым) может быть выдан:</p> <p>а) при отказе от госпитализации самого больного или родственников:</p> <p>б) если заболевание или травма обусловлены непосредственным воздействием алкоголя;</p> <p>в) по уходу за инвалидом I группы;</p> <p>г) по уходу за хроническим больным в период тяжелого обострения заболевания;</p> <p>д) выдается только родственникам женского пола;</p> <p>11. Листок временной нетрудоспособности по уходу за больным (взрослым), находящимся на лечении в стационаре:</p> <p>а) выдается на 3 дня;</p> <p>б) выдается на 6 дней;</p> <p>в) выдается на 10 дней;</p> <p>г) не выдается вообще;</p> <p>д) выдается на весь период лечения;</p> <p>12. Укажите документ, освобождающий от работы на время пребывания в стационаре трудоспособного рабочего или служащего, направленного туда в связи с периодическими медицинскими осмотрами, с</p>	<p>б</p> <p>а</p> <p>г</p> <p>г</p> <p>г</p>
--	--	---	--

		<p>целью уточнения зависимости заболевания от профессиональных вредностей:</p> <p>а) листок временной нетрудоспособности, выданный поликлиникой;</p> <p>б) справка произвольной формы, выданная поликлиникой;</p> <p>в) листок временной нетрудоспособности, выданный стационаром;</p> <p>г) справка произвольной формы, выданная стационаром;</p> <p>д) специальный листок временной нетрудоспособности;</p> <p>13. При заболевании и необходимости в санаторно-курортном лечении листок временной нетрудоспособности:</p> <p>а) выдается лечащим врачом направившего медицинского учреждения;</p> <p>б) выдается врачом санаторно-курортного учреждения;</p> <p>в) выдается главным врачом направившего медицинского учреждения;</p> <p>г) не выдается вообще;</p> <p>д) выдается главным врачом санаторно-курортного учреждения;</p> <p>14. Укажите функцию, не относящуюся к компетенции ВК ЛПУ:</p> <p>а) продление листка временной нетрудоспособности до 30 дней;</p> <p>б) продление листка временной нетрудоспособности свыше 30 дней;</p> <p>в) выдача заключения о необходимости перевода на другую работу;</p> <p>г) освобождение выпускников школ от итоговой аттестации;</p> <p>д) освобождение от вступительных экзаменов в ВУЗ;</p> <p>15. Чем руководствуются врачи при выдаче листка временной нетрудоспособности (справки):</p> <p>а) приказом об утверждении порядка выдачи листков временной нетрудоспособности;</p> <p>б) основами Законодательства об охране здоровья граждан;</p> <p>в) инструкцией о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;</p> <p>г) другими документами;</p> <p>д) основными статьями Конституции РФ;</p> <p>16. Листок временной нетрудоспособности не выдается:</p> <p>а) при отпуске для санаторно-курортного лечения;</p>	<p>а</p> <p>д</p> <p>а</p> <p>г</p>
--	--	--	-------------------------------------

		б) при уходе за больным членом семьи; в) при карантине; г) лицам, находящимся в отпуске без сохранения заработной платы; д) при бытовой травме;	
10	ОПК - 8	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между элементом ЗОЖ и его характеристикой:</p> <p>Элемент ЗОЖ:</p> <p>А. Рациональное питание Б. Физическая активность В. Отказ от вредных привычек Г. Психоэмоциональная устойчивость</p> <p>Характеристика элемента ЗОЖ:</p> <p>1. Регулярные кардионагрузки (30–60 минут в день) для поддержания массы тела 2. Исключение потребления табака и алкоголя для снижения риска хронических заболеваний 3. Ограничение потребления соли, сахара, насыщенных жиров при обеспечении организма нутриентами 4. Управление стрессом, полноценный сон и позитивное мышление</p> <p>2. Установите соответствие между методом просвещения и его целью:</p> <p>Метод просвещения:</p> <p>А. Индивидуальное консультирование Б. Массовое просвещение (СМИ, лекции) В. Гигиеническое обучение в образовательных учреждениях Г. Размещение санитарных бюллетеней/стендов</p> <p>Цель метода просвещения:</p> <p>1. Формирование навыков личной гигиены у детей (мытьё рук, уход за зубами) 2. Оперативное информирование о профилактике сезонных инфекций (грипп, ОРВИ) 3. Формирование мотивации к изменению образа жизни с учетом личных факторов риска 4. Освещение вопросов профилактики социально значимых заболеваний для широких масс</p>	<p>А-3, Б-1, В-2, Г-4</p> <p>А-3, Б-4, В-1, Г-2</p>

	ОПК - 8	<p align="center">Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Расположите этапы работы медицинского работника по гигиеническому воспитанию населения в правильной последовательности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка эффективности проведенного мероприятия (анкетирование, анализ охвата) 2. Определение целевой аудитории и ее потребностей (опрос, выявление рисков) 3. Подготовка материалов (листовки, презентации, лекции) 4. Выбор методов и форм просвещения (беседа, семинар, акция) 5. Реализация запланированного мероприятия <p>2. Установите правильную последовательность формирования привычек ЗОЖ у населения, от мотивации до устойчивого результата:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Информирование граждан о факторах риска для их здоровья (курение, питание) 2. Формирование личной мотивации к ведению здорового образа жизни 3. Создание условий для ведения ЗОЖ (доступ к спорту, инфраструктура) 4. Приобретение практических навыков (умение готовить полезную еду, режим) 5. Закрепление устойчивой привычки (здоровый образ жизни как норма) 	<p>2 - 4 - 3 - 5 - 1</p> <p>1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
	ОПК - 8	<p align="center">Прочитайте задание и дайте развернутый ответ</p> <p>1. В городской поликлинике участились случаи обращения пациентов с воспалительными процессами мягких тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО), вызванными запущенными формами заболеваний зубов.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разработайте план санитарно-гигиенического просвещения населения для предотвращения одонтогенных воспалительных заболеваний. 2. Какие ключевые аспекты здорового образа жизни и гигиенического ухода должны быть освещены в беседе? 	<p>Программа должна включать следующие элементы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Акцент на ранней диагностике: объяснить связь между нелеченым кариесом и развитием абсцессов/флегмон. 2. Гигиена полости рта: обучение правильной технике чистки зубов (индивидуальный подбор щетки, пасты, использование зубной нити/ершиков). 3. Здоровый образ

		<p>2. Пациент (45 лет) обратился с жалобами на боли в суставе (ВНЧС) и стираемость зубов. При осмотре выявлено курение, высокий уровень стресса и привычка грызть твердую пищу/карандаши.</p> <p>Вопросы: Составьте план консультации по принципам здорового образа жизни для данного пациента, направленный на профилактику прогрессирования заболеваний челюстно-лицевой области.</p>	<p>жизни: исключение курения (фактор риска пародонтита) и снижение потребления сахара (профилактика кариеса).</p> <p>4. Профилактические осмотры: мотивация на посещение стоматолога 2 раза в год.</p> <p>5. Формат работы: проведение бесед в школах, поликлиниках, использование наглядных пособий (плакатов, моделей челюстей).</p> <p>План беседы с пациентом (вторичная профилактика):</p> <p>1. Коррекция привычек: категорический отказ от вредных привычек (грызть карандаши, открывать зубами бутылки), так как это дает патологическую нагрузку на ВНЧС.</p> <p>2. Борьба со стрессом: объяснить связь между стрессом и бруксизмом (скрежет зубами), рекомендовать консультацию психолога или техники релаксации.</p> <p>3. Отказ от курения: курение ухудшает кровообращение в тканях пародонта и челюстей.</p> <p>4. Рациональное</p>
--	--	--	---

		<p>3. В Вашем городе участились случаи обращения в отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) с переломами челюстей, полученными в ходе бытовых конфликтов и занятий контактными видами спорта.</p> <p>Вопросы: Разработайте план санитарно-гигиенического просвещения для молодежи (18-25 лет), направленный на снижение челюстно-лицевого травматизма.</p>	<p>питание: снижение нагрузки на челюсть (избегать слишком твердой пищи) и нормализация обмена веществ.</p> <p>5. Стоматологическое лечение: необходимость изготовления защитной каппы от бруксизма и восстановления поврежденных зубов.</p> <p>Данные мероприятия, основанные на формировании ЗОЖ и просвещении, помогут предотвратить осложнения и улучшить качество жизни пациента.</p> <p>План должен включать следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Создание информационного контента: разработка серии видеороликов и инфографики для социальных сетей о последствиях челюстно-лицевых травм (нарушение прикуса, эстетические дефекты, длительное лечение). 2. Сотрудничество со спортивными секциями: проведение мастер-классов в залах единоборств о необходимости использования защитных кап и шлемов.
--	--	--	--

			<p>3. Образовательные лекции: организация бесед в ВУЗах/СУЗах на тему "Культура безопасного поведения и профилактика рискованного поведения" (профилактика драк, безопасная езда на самокатах/велосипедах).</p> <p>4. Визуализация: размещение плакатов в травмпунктах и спортивных центрах, демонстрирующих рентгеновские снимки «до» и «после» лечения, чтобы показать тяжесть травмы</p>
	ОПК - 8	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Назовите основной фактор риска, напрямую связанный с образом жизни, который увеличивает вероятность развития онкологических заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ у больных с патологией ЧЛО.</p> <p>2. В рамках санитарно-гигиенического просвещения, какое мероприятие по уходу за полостью рта необходимо рекомендовать пациентам с переломами челюстей для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений?</p>	<p>Курение (табакокурение)</p> <p>Регулярная (после каждого приема пищи) санация/очистка полости рта (полоскание антисептиками, использование ирригатора, гигиена фиксирующих конструкций).</p>
	ОПК - 8	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Гигиеническое воспитание - это:</p> <p>1) теория и практика оформления, сохранения и укрепления здоровья индивида закономерности влияния факторов среды на здоровье людей</p> <p>2) совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и</p>	2

	<p>пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни</p> <p>совокупность мероприятий, направленных на привитие населению гигиенических навыков, воспитание правильного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих</p> <p>2. Какому принципу соответствует способ гигиенического воспитания, который способствует устойчивому закреплению знаний и навыков здорового образа:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) положительного ориентирования 2) доступности 3) активности обучения 4) индивидуального подхода <p>3. Наиболее эффективным и экономичным путем гигиенического образования и воспитания, профилактики заболеваний и укрепления здоровья является уровень работы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) популяционный 2) групповой 3) индивидуальный 4) территориальный <p>4. Понятие здоровье общественное – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) состояние здоровья населения, обусловленное социально-экономическими условиями 2) совокупное здоровье индивидуумов, из которых состоит общество 3) состояние здоровья населения, определяемое развитием общественных отношений 4) состояние здоровья населения, обусловленное состоянием среды обитания <p>5. Принцип активного обучения при реализации санитаоно-гигиенического образования и воспитания населения – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) принцип гигиенического образования и воспитания, предполагающий наиболее высокую степень активности осуществляющего данный процесс специалиста 2) принцип гигиенического образования и воспитания, предполагающий наличие у специалиста активной жизненной позиции 3) принцип гигиенического образования и воспитания, предполагающий использование интерактивного метода, способствующий устойчивому закреплению знаний и навыков 	<p>3</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
--	--	-------------------------------------

		<p>здорового образа жизни</p> <p>4) принцип гигиенического образования и воспитания, предполагающий мероприятия, направленные на активизацию познавательной способности обучаемых контингентов</p> <p>6. Здоровье (по определению ВОЗ) – это:</p> <p>1) состояние человека, обеспечивающее его работоспособность</p> <p>2) состояние человека, обусловленное условиями его жизни</p> <p>3) состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов</p> <p>4) состояние человека, характеризующееся оптимальным функционированием систем и органов</p> <p>7. Укрепление здоровья – это:</p> <p>1) применение методов закаливания и тренировки для повышения уровня индивидуального здоровья</p> <p>2) процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также улучшить его</p> <p>3) комплекс мероприятий, направленных на снижение уровня экологического прессинга</p> <p>4) комплекс мероприятий, направленных на достижение приемлемого риска нарушения здоровья</p> <p>8. Ведущим, наиболее эффективным методом гигиенического образования и воспитания населения является:</p> <p>1) печатная пропаганда</p> <p>2) изобразительная пропаганда</p> <p>3) смешанная пропаганда</p> <p>4) устная пропаганда</p> <p>9. Здоровый образ жизни – это:</p> <p>1) выполнение рекомендаций по рациональному режиму дня</p> <p>2) выполнение рекомендаций по здоровому питанию</p> <p>3) выполнение рекомендаций по двигательной активности</p> <p>4) поведение, стиль, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья данной популяции</p> <p>10. Основными критериями здорового образа жизни являются:</p> <p>1) рациональное питание</p> <p>2) устранение вредных привычек</p> <p>3) высокий уровень образования</p> <p>4) правильное сексуальное поведение</p> <p>11. Ведущий фактор, определяющий здоровье</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>1,2,4</p> <p>4</p>
--	--	---	---

	<p>- это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) здравоохранение 2) наследственность 3) экология 4) образ жизни <p>12. В число важнейших факторов риска многих заболеваний, существенно сказываются на состоянии здоровья детей и подростков, а также населения в целом относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вредные привычки 2) заболевания сердечно-сосудистой системы 3) ожирение <p>13. Мероприятия по обучению специалистов, принимающих участие в реализации профилактической программы должны проводиться среди:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) всех медицинских и немедицинских работников 2) участковых врачей, врачей общей (семейной) практики 3) медицинских сестер 4) немедицинских работников (педагогов, журналистов и др.) <p>14. Цель Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации заключается в:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижении показателей смертности общей 2) снижении показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 3) снижении показателей смертности от внешних причин 4) стабилизации показателей здоровья населения РФ <p>15. Показатели, используемые в настоящее время для оценки профилактической помощи в здравоохранении:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) распространенность факторов риска 2) удельный вес профилактических посещений (в % от общего числа), полнота охвата профилактическими осмотрами (в % от общего числа) 3) показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения 4) смертность и заболеваемость <p>16. Какие бывают профилактические мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) первичные, вторичные и третичные 2) социально-обусловленные 3) санитарно-эпидемиологические 4) противоэпидемическими 	<p>1</p> <p>1,2,3</p> <p>4</p> <p>2,3</p> <p>1</p>
--	--	--

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

		3. Прикрепление алкильных радикалов к рецепторам натриевых каналов с их блокадой. 6. 4. Прекращение передачи импульсов по нервному волокну.	
	ПК - 1	<p>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> <p>1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?</p> <p>2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?</p> <p>3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?</p> <p>4. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?</p> <p>5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?</p> <p>2. У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба?</p>	<p>1. Гипертонический криз</p> <p>2. Имеющихся данных достаточно</p> <p>3. Обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, применить гипотензивные препараты, вызвать машину скорой помощи, контролировать – АД, ЧСС, ЧД</p> <p>4. Спазмолитические, гипотензивные средства, седативные препараты и транквилизаторы</p> <p>5. Амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией.</p> <p>1. Беременность – относительное противопоказание к операции.</p> <p>2. Лучше не применять анестетиков,</p>

		<p>2.Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации? 3.Какие варианты анестезий можно использовать?</p> <p>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: 1.Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы? 2. Какие меры неотложной помощи следует предпринять? 3. Чем, в наибольшей степени, опасно развитие подобного состояния? 4. Наличие в анамнезе аллергии на анилиновые красители должно было обратить внимание стоматолога на возможность развития данной реакции. Какие дополнительные диагностические возможности были упущены? 5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?</p>	<p>содержащих вазоконстрикторы. 3.Для удаления 16 зуба возможно применить инфильтрационное обезболивание, туберальную анестезию в сочетании с палатинальной.</p> <p>1. Острая крапивница 2. Немедленное прекращение введения препарата вызвавшего реакцию, антигистаминные препараты, глюкокортикоиды и возможно сосудосуживающие средства. 3. Возможным развитием отека Квинке в области дыхательных путей и асфиксией. 4. Консультация врача-аллерголога-иммунолога 5. Амбулаторно, после консультации врача-аллерголога-иммунолога с учетом его рекомендаций, под прикрытием премедикации антигистаминными, глюкокортикоидными препаратами и местной анестезией рекомендованными иммунологом.</p>
--	--	--	---

ПК - 1	<p>Прочитайте задание и дайте краткий ответ</p> <p>1. Пациентке К., 20 лет показано удаление ретенированного 48 зуба. Сопутствующая патология отсутствует.</p> <p>Вопросы: Какое обезболивание необходимо данной пациентке?</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>	<p>Выполнение торусальной или мандибулярной и инфильтрационной анестезии</p> <p>Беременность – относительное противопоказание к операции.</p>
ПК - 1	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Ориентиром для вкола иглы при проведении инфильтрационной 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;</p>	<p>С</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>В</p> <p>А</p>

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

		<p>на уровне верхнего третьего моляра; Е. по латеральной поверхности ветви нижней челюсти на уровне верхних моляров.</p> <p>12. К непосредственным местным осложнениям местного обезболивания относят:</p> <p>А. внутрисосудистое введение анестетика; В. образование гематомы; С. нагноение гематомы; D. ранение нерва иглой; Е. травматическая невралгия.</p> <p>13. Основной причиной внутрисосудистого введения анестетика является:</p> <p>А. случайное попадание иглы в просвет сосуда; В. пренебрежение аспирационной пробой; С. погрешности в соблюдении методики обезболивания; D. анатомические особенности; Е. беспокойное поведение пациента.</p> <p>14. Рубцовая контрактура нижней челюсти может развиваться после проведения анестезии:</p> <p>А. инфильтрационной; В. небной; С. мандибулярной; D. интралигаментарной; Е. торусальной.</p> <p>15. Какие осложнения общего характера на стоматологическом приеме сопровождаются потерей сознания пациентом?</p> <p>А. Коллапс; В. Обморок; С. Приступ стенокардии; D. Эпилептический припадок; Е. Приступ бронхиальной астмы.</p> <p>№ 16. Пациентам с психоэмоциональным возбуждением легкой степени для стабилизации эмоционального фона можно назначить:</p> <p>А. седативный препарат; В. транквилизатор; С. нейролептик; D. наркотик; Е. антидепрессант.</p>	<p>A,B,D</p> <p>A,B,C,D</p> <p>C,E</p> <p>B,D</p> <p>A</p>
--	--	--	--

12	ПК - 2	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>1. Установите соответствие между новообразованием и его клинической характеристикой: Новообразования: 1. Фиброма 2. Гемангиома 3. Папиллома Характеристики: 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: Пороки: 1. Синдром Пьера Робена 2. Передняя черепно-мозговая грыжа 3. Синдром Крузона Признаки: А. Срединная расщелина лица, дефект костей черепа. Б. Расщелина неба, ретроглоссия (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>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>1. Укажите последовательность этапов удаления ретенированного зуба 8-го зуба: 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> <p>2. Укажите последовательность действий алгоритма при лечении перелома челюсти: 1. Клиническое обследование 2. Постоянная иммобилизация отломков 3. Лучевая диагностика 4. Сбор жалоб, анамнеза 5. Репозиция отломков 6. Реабилитационные мероприятия</p>	<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 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>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 5678. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из 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</p>
--------	--	--	--

		<p>2. Пациент 38 лет обратился с жалобами на боль и отек в правой половине лица, затрудненное носовое дыхание.</p> <p>Из анамнеза: в течении года периодически болел 16 зуб. Неделю назад появились ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. К врачу не обращался, принимал анальгетики. Накануне 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</p>	<p>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 периодонтита 16.</p> <p>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> <p>3. Показанием к зубосохраняющим операциям (резекция верхушки корня,</p>
--	--	---	---

	<p>внутриротовой 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. Объективно: общее состояние удовлетворительное, нарушение конфигурации лица за счет припухлости левой щечной области. При пальпации - тело челюсти 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 - I класс по Энгля. Анализы 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 	<p>ампутация щечного корня) является отсутствие обострения, локализация патологического процесса в области одного щечного корня, проходимость остальных корневых каналов.</p> <p>1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева от 36 зуба, хронический периодонтит 36, 37, дистальная окклюзия.</p> <p>2. Секвестрэктомия, морфологическое исследование иссеченных тканей, удаление 36.</p> <p>3. Лечение 37 с использованием физических методов лечения зуба (электрофорез). Удаление 36.</p>
--	--	---

		<p>диагноз.</p> <p>2. Составьте план дальнейшего обследования больного. План хирургического лечения.</p> <p>3. План лечения 36, 37.</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: 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: 1. Поставьте предварительный диагноз.</p>	<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 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</p>	<p>C,D</p> <p>A,C,E</p> <p>A,B,D</p>	

	<p>одонтогенных флегмон околоушно-жевательной области:</p> <p>A. инфильтрат в околоушно-жевательной области</p> <p>B. гиперемия кожных покровов в околоушно-жевательной области</p> <p>C. гнойное отделяемое из устья выводного протока околоушной слюнной железы</p> <p>D. воспалительная контрактура II-III степеней инфильтрат в поднижнечелюстном треугольнике</p> <p>4. Укажите основные симптомы одонтогенных флегмон окологлоточного пространства:</p> <p>A. воспалительная контрактура I-II степеней</p> <p>B. припухлость щечной области</p> <p>C. болезненный инфильтрат под углом нижней челюсти</p> <p>D. 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>A. назначение антибактериальных препаратов</p> <p>B. лечение причинного зуба</p> <p>C. вскрытие флегмоны</p> <p>удаление причинного зуба</p> <p>6. Укажите флегмоны, при которых применяются внеротовые разрезы:</p> <p>A. подподбородочной области</p> <p>B. височной области</p> <p>C. челюстно-язычного желобка</p> <p>D. поднижнечелюстной области</p> <p>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</p>	<p>A,C,D,E</p> <p>A,C,D</p> <p>A,B,D,E</p> <p>A,C,D,E</p> <p>E</p>
--	--	--

	<p>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>C. витаминотерапию</p> <p>D. УФО</p> <p>E. общеукрепляющую терапию</p> <p>F. иммуностимулирующую терапию</p> <p>13. Оперативный доступ для вскрытия флегмоны корня языка:</p> <p>A. внутриротовой</p> <p>B. срединный разрез</p> <p>C. воротникообразный разрез</p> <p>D. поднижнечелюстной разрез</p> <p>E. разрез, окаймляющий угол нижней челюсти</p> <p>14. Для иммунотерапии актиномикоза челюстно-лицевой области используют:</p> <p>A. интерферон</p> <p>B. актинолизат</p> <p>C. стафилококковый анатоксин</p> <p>D. противокоревой гамма-глобулин</p> <p>E. стафилококковый иммуноглобулин</p>	<p>E</p> <p>A,B,C,D</p> <p>B</p> <p>A,B,C,D,E,F</p> <p>B</p> <p>B</p>
--	---	---

	<p>15. При вскрытии туберкулезного абсцесса выделяется:</p> <ul style="list-style-type: none">A. водянистый гной с примесью творожистых комочковB. густой сливкообразный гнойC. сукровичное отделяемое <p>16. Доступ в верхнечелюстной синус при проведении операции радикальной гайморотомии по Колдуэлл-Люку осуществляется:</p> <ul style="list-style-type: none">A. со стороны носаB. со стороны лунки зубаC. со стороны небаD. через переднюю стенку верхнечелюстного синуса	<p>A</p> <p>D</p>
--	--	---------------------------------