

Приложение №10

к основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ
К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 3 ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ
В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.69 ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ**

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС от 14.10.2025г.
Протокол №8

Красноярск
2025

Контролируемая специальность	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства
31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия	УК-1 УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК-1 ОПК-2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7	тестовые задания 500 шт
		Собеседование (вопросы/задачи)

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ:

найти один правильный ответ:

1. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО	ПК-1 ПК-2
А* закрыть рану йодоформным тампоном Б дренировать его В ушить его Г послойно ушить рану	
2. К ПОКАЗАНИЮ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ ПРИ ЕГО БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ОТНОСЯТ	ПК-1 ПК-2
А миофасциальный болевой синдром Б* наличие смещения суставного диска, не устраняемое при помощи окклюзионной шины В аномалии соотношения челюстей Г нарушение окклюзионных взаимоотношений	
3. ПРИ ДИСЛОКАЦИИ КАМНЯ В ДИСТАЛЬНУЮ ТРЕТЬ ПРОТОКА В ХОДЕ ЕГО УДАЛЕНИЯ ВНУТРИРОТОВЫМ ДОСТУПОМ ПРОВОДЯТ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А* массаж железы Б сиалографию В рассечение челюстно-подъязычной мышцы Г натяжение протока резиновой лигатурой	
4. ИССЕЧЕНИЕ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А* полностью с тотальным удалением малой слюнной железы Б абляцией В с удалением купола Г с субтотальным удалением малой слюнной железы	
5. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ВЕНОЗНЫМИ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2

МАЛЬФОРМАЦИЯМИ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ	
А метода гормонотерапии Б курса бета-адреноблокаторов В метода криодеструкции Г* комбинированных методов 6. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ В НЕСКОЛЬКИХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЯХ ПОКАЗАНО	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А проведение сеанса криодеструкции Б одноэтапное хирургическое лечение В* многоэтапное хирургическое лечение Г проведение гормональной терапии 7. ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕСКОЛЬКИХ ОБЛАСТЕЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А гормонотерапии Б криодеструкции В рентгенотерапии Г* хирургического лечения 8. ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕСКОЛЬКИХ АНАТОМИЧЕСКИХ ЗОН И КРОВΟΣНАБЖЕНИЕМ ИЗ БАСЕЙНА НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДОВ ПОВЕРХНОСТНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ УСТРАНЯЮТСЯ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А сеансом криодеструкции Б проведением электрокоагуляции В* лазерной абляцией Г курсом гормонотерапии 9. ПАЦИЕНТАМ С ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМ ОСМОТР ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА ЧЕРЕЗ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А 14 дней Б 7 и 10 дней В* 6 и 12 месяцев Г 1 месяц 10. ДЕПО АНЕСТЕТИКА ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОЗДАЮТ У _____ ОТВЕРСТИЯ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А подбородочного Б большого нёбного В* нижнечелюстного Г подглазничного	

11. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ НЕХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ, ПРОДУКТИВНОМ ЛИМФАДЕНИТЕ НЕОБХОДИМО	
	ОПК-4 ПК-1 ПК-2 ПК-3
А провести курс новокаиновых блокад Б* удалить лимфоузел с последующим гистологическим исследованием В провести короткофокусную рентген-терапию Г провести склерозирующую терапию	
12. В КОМПЛЕКС ТЕРАПИИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А гипотензивная Б* иммунотерапия В лучевая Г седативная	
13. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ АБСЦЕДИРОВАНИЯ НАЗНАЧАЮТ	ОПК-5 ПК-2 ПК-3
А УВЧ в нетепловой дозе Б парафинотерапию В* УВЧ в субэритемных дозах Г грязевую аппликацию	
14. РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ДОСТАТОЧЕН, ЕСЛИ ОН СДЕЛАН	ПК-1 ПК-2
А в области флюктуации Б* на всю ширину инфильтрата В по границе гиперемии кожи Г в проекции корня языка	
15. ФОРМИРОВАНИЕ (ВЫДАЧА) ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЮРИДИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ НЕЗАВИСИМО ОТ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ (ИЛИ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ), ИМЕЮЩИМИ ЛИЦЕНЗИЮ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ РАБОТЫ (УСЛУГИ) ПО	ОПК-1 ОПК-8 ОПК-9 ПК-5 ПК-6
А экспертизе стойкой нетрудоспособности Б* экспертизе временной нетрудоспособности В профилю «терапия» и «педиатрия» Г профилактическим медицинским осмотром	
16. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	ОПК-7 ПК-4
А разновидность экспертизы связи заболевания с профессией Б этап медико-социальной экспертизы В* вид медицинской экспертизы	

Г разновидность экспертизы профессиональной пригодности 17. ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ _____ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	
	ОПК-7 ПК-4
А 6 Б* 4 В 7 Г 5 18. ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В _____ ЖЕЛЕЗЕ	ОПК-4 ПК-1
А подъязычной Б малой слюнной В поднижнечелюстной Г* околоушной 19. ИСТИННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А радикулярная киста Б* остеокластома В фиброзная дисплазия Г экзостоз 20. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А пролиферирующим одонтогенным эпителием Б* отдельными зубоподобными структурами, представляющими все ткани зуба В тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием Г обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат 21. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АЦИНОЗНОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ СХОДНО С	ОПК-4 ПК-1
А* доброкачественной опухолью Б злокачественной опухолью (карциномой) В кистой Г гемангиомой 22. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОТНОСЯТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А термический и химический ожоги Б* бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз,	

<p>хейлит Манганотти</p> <p>В болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма актинический кератоз, предраковый меланоз</p> <p>Г эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз</p> <p>23. ВИД «ЦВЕТНОЙ КАПУСТЫ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p>	
	ОПК-4 ПК-1
<p>А* папилломы</p> <p>Б фиброматозного эпюлиса</p> <p>В фибромы</p> <p>Г нейрофиброматоза</p> <p>24. САРКОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А железистой ткани</p> <p>Б эпителия</p> <p>В жировой ткани</p> <p>Г* соединительной ткани</p> <p>25. ДИАГНОЗ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А цитологии</p> <p>Б* клинико-рентгенологического исследования</p> <p>В анализов крови</p> <p>Г гистологии</p> <p>26. СИММЕТРИЧНОЕ УТОЛЩЕНИЕ УГЛОВ И ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНО ПРИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А синдроме Олбрайта</p> <p>Б паратиреоидной дистрофии</p> <p>В фиброзной дисплазии</p> <p>Г* херувизме</p> <p>27. ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А микрокистозной формы лимфатической мальформации</p> <p>Б* макрокистозной формы лимфатической мальформации</p> <p>В генерализованной лимфатической аномалии</p> <p>Г лимфедемы</p> <p>28. СИНОНИМОМ НОСОНЕБНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТА</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А носоальвеолярная</p> <p>Б глобуломаксиллярная</p> <p>В среднечелюстная</p> <p>Г* резцового канала</p> <p>29. ГЛОБУЛОМАКСИЛЛЯРНЫЕ КИСТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ</p>	ОПК-4 ПК-1

ЭПИТЕЛИЯ В МЕСТЕ СРАЩЕНИЯ ДВУХ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ЛИЦЕВЫХ ОТРОСТКОВ	
А* лобного и верхнечелюстного Б скулового и височного В скулового и верхнечелюстного Г лобного и носового 30. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ	ОПК-4 ПК-1
А положительной тимоловой пробы Б* новообразования округлой формы В симптома сдавления Г более спастического характера 31. ВЕРХНЯЯ ПРОГНАТИЯ ВЫРАЖАЕТСЯ В	ОПК-4 ПК-1
А укорочении ветви или тела нижней челюсти Б западении всего среднего отдела лица В* выдвигании верхней челюсти вперед по отношению к нижней челюсти Г чрезмерном развитии костей черепа 32. ПРИ ИНДИЙСКОМ СПОСОБЕ РИНОПЛАСТИКИ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ БЕРУТ С/СО	ПК-1 ПК-2
А* лба Б верхней губы В щеки Г носогубной складки 33. ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ	ПК-1 ПК-2
А 1:5 Б* 1:3 В 1:8 Г 1:4	
34. ПРИ ПЛАСТИКЕ СИММЕТРИЧНЫМИ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ С УГЛАМИ В 30° ПРИРОСТ ТКАНЕЙ В ОТНОШЕНИИ ДЛИНЫ СРЕДИННОГО РАЗРЕЗА СОСТАВИТ _____ %	ПК-1 ПК-2
А 75 Б 50 В* 25 Г 100 35. К ОСНОВНЫМ ТИПАМ ПОДТЯЖКИ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ ОТНОСЯТ	ПК-1 ПК-2

<p>А наружную и внутреннюю</p> <p>Б комбинированную</p> <p>В боковую и среднюю</p> <p>Г* полную и частичную</p> <p>36. НАРУШЕНИЕ ОСТЕОРЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А инфекцией</p> <p>Б плохой иммобилизацией</p> <p>В системным заболеванием</p> <p>Г* медикаментозной терапией</p> <p>37. ОПТИМАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОЕКЦИЕЙ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СКУЛОВЫХ ДУГ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А носолобная</p> <p>Б носоподбородочная</p> <p>В* обзорная черепа</p> <p>Г боковая рентгенограмма нижней челюсти</p> <p>38. ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* кожа и подлежащие ткани</p> <p>Б поверхностный эпидермис и капилляры</p> <p>В все слои эпидермиса</p> <p>Г все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи</p> <p>39. ВЕРДОГЕМОГЛОБИН ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ ОКРАШИВАЕТ КОЖУ В _____ ЦВЕТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А желто-зеленый</p> <p>Б желтый</p> <p>В бурый</p> <p>Г* зеленый</p> <p>40. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А латерально</p> <p>Б медиально</p> <p>В кверху</p> <p>Г* книзу и кзади</p> <p>41. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I (НИЖНИЙ ТИП ПЕРЕЛОМА) ПРОХОДИТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков</p> <p>Б в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-</p>	

<p>верхнечелюстного шва</p> <p>В от резцового возвышения кзади, через твердое и мягкое небо</p> <p>Г в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва</p> <p>42. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ФРАГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ</p>	
	ПК-1 ПК-2 ПК-7
<p>А не ранее, чем через 7 дней после травмы</p> <p>Б не ранее, чем через 14 дней после травмы</p> <p>В* как можно раньше после травмы</p> <p>Г не ранее, чем через 3-4 дня после травмы</p> <p>43. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-7
<p>А как при открытом, так и при закрытом переломе</p> <p>Б если имеется закрытый перелом</p> <p>В* если имеется открытый перелом</p> <p>Г если не удалось правильно сопоставить отломки</p> <p>44. СРЕДНИЙ СРОК ФИКСАЦИИ ШИН ДЛЯ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-7
<p>А 10</p> <p>Б* 20</p> <p>В 15</p> <p>Г 30</p> <p>45. ДЛЯ ФИЗИОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА УСКОРЕНИЕ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ, ПРИМЕНЯЮТ</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-3
<p>А массаж</p> <p>Б* ультрафонофорез с метилурацилом</p> <p>В парафинотерапию</p> <p>Г электорофорез с лидазой</p> <p>46. ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРЕ ДО 30% ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ, ПОКАЗАНО ВОСПОЛНЕНИЕ</p>	ОПК-5 ПК-2 ПК-3
<p>А* кристаллоидами и коллоидами</p> <p>Б свежзамороженной плазмой</p> <p>В альбумином</p> <p>Г эритроцитарной массой</p> <p>47. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ</p>	ОПК-5 ОПК-6 ПК-2 ПК-3

<p>А применить дыхательный аналептик</p> <p>Б* уложить больного лицом вниз</p> <p>В ввести анальгетик</p> <p>Г наложить компрессионную повязку</p> <p>48. ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А восстановление анатомического положения органа</p> <p>Б удаление инородного тела</p> <p>В введение воздуховода</p> <p>Г* трахеотомия</p> <p>49. САМЫМ МОЩНЫМ СКЛЕРОЗАНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А тетрацидил сульфата натрия</p> <p>Б доксициклин</p> <p>В блеомицин</p> <p>Г* этанол 96%</p> <p>50. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А* поднижнечелюстные области</p> <p>Б субдуральное пространство</p> <p>В околоушную слюнную железу</p> <p>Г венозные синусы твердой мозговой оболочки</p> <p>51. ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ И КОРНЯ ЯЗЫКА ОПАСНЫ</p>	ОПК-4 ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А развитием злокачественной гипертермии</p> <p>Б* развитием асфиксии</p> <p>В развитием тахикардии</p> <p>Г профузными кровотечениями</p> <p>52. ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А ангиной Людвига</p> <p>Б с карбункулом нижней губы</p> <p>В флегмоной височной области</p> <p>Г* флегмоной щечной области</p> <p>53. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА В ОБЛАСТИ ЗУБА С ОСТРЫМ СЕРОЗНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А отечная</p> <p>Б* не изменена</p> <p>В инфильтрированная</p> <p>Г с кровоизлияниями</p>	

54. ПРИЧИНОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ	ОПК-4 ПК-1
А зубов верхней челюсти Б* фронтальной группы зубов на нижней челюсти В верхней губы Г лимфоузлов щечной области	
55. НЕВРИТ ЩЁЧНОГО НЕРВА СОПРОВОЖДАЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А болями Б* выпадением чувствительности В парестезиями Г болями и выпадением чувствительности	
56. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ДЛЯ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А инфильтрат в области скуловой области, боли при движении языком Б инфильтрат между языком и телом нижней челюсти, боли при движении языком В* инфильтрат в подъязычной и подчелюстной областях, язык и подъязычные валики увеличены, дыхание и глотание затруднено Г инфильтрат в области тела языка, язык отечен и увеличен, глотание болезненно, рот полуоткрыт	
57. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОЙ ФЛЕГМОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ОПК-5 ПК-1 ПК-2
А* нагноение гематомы после выполнения анестезии Б высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле В наличие Метилпарабена в карпуле местного анестетика Г непереносимость местного анестетика	
58. АНГИНОЙ ЛЮДВИГА СЧИТАЮТ ФЛЕГМОНУ	ПК-1 ПК-2
А гнилостную; подподбородочной области Б гангренозную; поднижнечелюстной области В гангренозную; подъязычной области и корня языка Г* гнилостно-некротическую; дна полости рта	
59. ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОФИБРОМ ШЕИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А гормональная терапия Б* хирургическое лечение В комбинированный метод Г лучевое воздействие	
60. РАСТВОР, ВЫЗЫВАЮЩИЙ РАЗДРАЖЕНИЕ ТКАНЕЙ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ТРОМБООБРАЗУЮЩИМ АГЕНТОМ,	

ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ РЕАКЦИЮ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ФИБРОЗОМ И ОБЛИТЕРАЦИЕЙ, ОТНОСЯТ К	
	ОПК-5 ПК-2
А антипиретикам Б* склерозантам В антиагрегантам Г тромболитикам 61. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А криодеструкция Б химиотерапия В* ее удаление в пределах здоровых тканей Г ее выскабливание 62. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А резекция челюсти Б химиотерапия В криодеструкция Г комбинированное лечение 63. ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ АНАПРИЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-5 ПК-2
А* гипотония Б повышение артериального давления В синдром Кушинга Г гипергликемия 64. ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА	УК-4 ОПК-2 ОПК-9
получение от организаций, занимающихся разработкой, А* производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, подарков, денежных средств Б участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций В получение информации о лекарственных препаратах из независимых источников Г участие в научно-практических конференциях 65. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАПРЯМУЮ ЗАВИСИТ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ	УК-5 ОПК-1 ОПК-2
А плана посещений	ОПК-2

<p>Б правил внутреннего распорядка</p> <p>В административных регламентов</p> <p>Г* порядков, стандартов и клинических рекомендаций</p> <p>66. ДЕЙСТВИЕ ЛИЦА, КОТОРОЕ ПЕРЕДАЕТ ДОЛЖНОСТНОМУ ЛИЦУ НЕЗАКОННОЕ ДЕНЕЖНОЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ ПОСЛЕДНИМ В ИНТЕРЕСАХ ДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЙ, КОТОРЫЕ ВХОДЯТ В ЕГО ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ</p>	
<p>А* дачей взятки</p> <p>Б оплатой за услугу</p> <p>В выплатой гонорара</p> <p>Г вручением подарка</p> <p>67. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* переломом мышечного отростка нижней челюсти</p> <p>Б острым гайморитом</p> <p>В переломом верхней челюсти</p> <p>Г околоушным гипергидрозом</p> <p>68. РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А верхней губы</p> <p>Б нёба</p> <p>В кончика языка</p> <p>Г* нижней губы</p> <p>69. СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА РЕБЕНКОМ С ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА СЛЕВА ПРОИСХОДИТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А вниз</p> <p>Б влево</p> <p>В назад</p> <p>Г* вправо</p> <p>70. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СМЕЩЕНИЯ СУСТАВНОГО ДИСКА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* магнитно-резонансной томографии ВНЧС</p> <p>Б ортопантомографии</p> <p>В прицельной рентгенографии</p> <p>Г рентгенографии нижней челюсти в боковой проекции</p> <p>71. К ОДОНТОГЕННОЙ ОТНОСИТСЯ _____ КИСТА ЧЕЛЮСТИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А носовоальвеолярная</p> <p>Б* радикулярная</p>	ОПК-4 ПК-1

В носонебная Г глобуломаксиллярная 72. УШНАЯ ВЕТВЬ БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА СВЯЗАНА С _____ НЕРВОМ	
А языкоглоточным Б тройничным В* лицевым Г подъязычным 73. ЛОПАТОЧНО-ТРАХЕАЛЬНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК ОГРАНИЧЕН С ВНУТРЕННЕЙ СТОРОНЫ	ОПК-4 ПК-1
А грудино-ключично-сосцевидной мышцей Б* срединной линией шеи В подъязычной костью Г белой линией шеи 74. НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИННЕРВИРУЕТСЯ _____ ВЕТВЬЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	ОПК-4 ПК-1
А* III Б I и II В только II Г только I 75. ТРОЙНИЧНЫЙ НЕРВ РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА _____ ОСНОВНЫЕ ВЕТВИ	ОПК-4 ПК-1
А лобную, скуловую, щечную, краевую, шейную Б* глазничную, верхнечелюстную, нижнечелюстную В только верхнечелюстную и нижнечелюстную Г зрительную, верхнечелюстную, нижнечелюстную 76. ЛИМФА ОТ ЯЗЫКА ОТТЕКАЕТ В _____ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ	ОПК-4 ПК-1
А околоушные Б* поднижнечелюстные и глубокие латеральные шейные В глубокие передние шейные Г подподбородные 77. ЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ _____ НЕРВА	ОПК-4 ПК-1
А подъязычного Б блуждающего В языкоглоточного Г* нижнечелюстного 78. ПОДОЗРЕНИЕ НА ВНУТРИКОСТНОЕ СОСУДИСТОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СЛОЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЯХ	

СЛУЖИТ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ	
	ОПК-4 ПК-1
А ультразвукового исследования Б магнитно-резонансной томографии В компьютерной капилляроскопии Г* мультиспиральной компьютерной томографии 79. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НЕ НАХОДИТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А грудной лимфатический проток Б нисходящая аорта В* трахея Г пищевод 80. ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А наружная пластинка крыловидного отростка Б щечно-глоточная фасция В* шиловидный отросток Г бугор верхней челюсти 81. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ ИХ	ОПК-5 ПК-2
А криодеструкция Б перевязка В склерозирование Г* иссечение 82. ГУБЧАТАЯ ТКАНЬ, С МЕЛКИМИ РАСШИРЕННЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ КАПИЛЛЯРАМИ , ЗАПОЛНЕННЫМИ ЛИМФОЙ, С ОТСУТСТВИЕМ КАПСУЛЫ И ГРАНИЦ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ	ОПК-4 ПК-1
А смешанной форме лимфатической мальформации Б* микрокистозной форме лимфатической мальформации В макрокистозной форме лимфатической мальформации Г артериовенозной мальформации 83. ВЫЯВЛЕНИЕ СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ	ОПК-4 ПК-1
А компьютерной капилляроскопии Б селективной ангиографии В компьютерной капилляроскопии Г* магнитно-резонансной томографии головного мозга 84. БОКОВОЙ СВИЩ ШЕИ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ОБЛАСТИ	ОПК-4 ПК-1
А лицевой артерии и вены Б общей сонной артерии В* внутренней яремной вены и наружной сонной артерии	

Г щитовидной артерии 85. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ	
	ОПК-4 ПК-1
А* объема образования Б возраста ребенка В сопутствующей патологии Г времени появления образования 86. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАПИЛЯРНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ СХОДНА С	ОПК-4 ПК-1
А* гиперемией кожи Б венозной мальформацией В артеривенозной мальформацией Г липомой 87. ПОЗДНИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОНЫ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1ПК-2 ПК-3
А стеноз верхних дыхательных путей Б абсцесс головного мозга В* слюнной свищ Г рубцовый выворот верхней губы 88. ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЭКССУДАТ ПРЕТРАХЕАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ШЕИ МОЖЕТ РАСПРОСТРАНИТЬСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, В	ОПК-5 ПК-2
А надгрудное межапоневротическое пространство Б ретровисцеральную клетчатку шеи В* переднее средостение грудной клетки Г надподъязычную область 89. В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НЕОБХОДИМО	УК-1 ОПК-2 ПК-1 ПК-6
А*- госпитализировать больного Б сделать новокаиновую блокаду В назначить физиотерапевтическое лечение Г ввести внутримышечно дыхательные analeптики 90. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А* инфильтрат мягких тканей Б гиперемия щечных областей В отек крыло-челюстной складки Г тризм 91. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ОТНОСЯТ	

	ОПК-4 ПК-1
<p>А тризм</p> <p>Б гиперемию кожи в области верхней губы</p> <p>В* боль при глотании</p> <p>Г отек и гиперемию щечных областей</p> <p>92. ОДОНТОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АНГИНЫ ЛЮДВИГА ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* моляров нижней челюсти</p> <p>Б верхней губы</p> <p>В лимфоузлов щечной области</p> <p>Г зубов верхней челюсти</p> <p>93. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А тризм</p> <p>Б отек и гиперемию щечных областей</p> <p>В* отек и гиперемию тканей дна полости рта</p> <p>Г инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области</p> <p>94. К ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТ</p>	ПК-1ПК-2 ПК-3
<p>А обострение лимфаденита</p> <p>Б* неудовлетворительную реопозицию и иммобилизацию отломков</p> <p>В силу и направление повреждающего фактора</p> <p>Г возраст больного</p> <p>95. ОБЩЕСОМАТИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А почечной недостаточности</p> <p>Б* клинико-лабораторных показателях интоксикации</p> <p>В респираторном синдроме</p> <p>Г судорожной готовности</p> <p>96. ПРИ ПРАВООСТРОННЕМ АНКИЛОЗЕ ВНЧС ТЕЛО ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А уменьшено справа и слева</p> <p>Б имеет нормальные размеры справа и слева</p> <p>В справа увеличено по сравнению с левой стороной</p> <p>Г* справа уменьшено по сравнению с левой стороной</p> <p>97. ПРИ ВТОРИЧНОМ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А нормальной формы, с участками склероза</p>	ОПК-4 ПК-1

Б нормальной формы, с участками остеопороза В нормальной формы с нечеткими контурами Г* уплощенная, деформированная 98. СИАЛОГРАФИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ	
А височно-нижнечелюстных суставов Б* протоков слюнных желез В мягких тканей ротовой полости Г фронтальных зубов нижней челюсти 99. ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ	ОПК-4 ПК-1
А малые Б* околоушные В поднижнечелюстные Г подъязычные 100.В ПЕРИОДОНТЕ ПРЕОБЛАДАЮТ ВОЛОКНА	ПК-1
А* коллагеновые Б аргирофильные В эластические Г окситалановые 101.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ КРОВОТОКА И ОБЪЕМА ГЕАНГИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ	ОПК-4 ПК-1
А компьютерную томографию Б фистулографию В миографию Г* УЗИ с доплерографией 102.ЛИМФОТОТОК ОТ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ В ЛИМФУЗЛЫ	ОПК-4 ПК-1
А поднижнечелюстные Б подподбородочные В* околоушные Г поверхностные шейные 103.ПОЛОСТЬ РТА ОГРАНИЧЕНА СЗАДИ	ОПК-4 ПК-1
А языком Б зубными рядами В* мягким небом Г дном полости рта 104.ОЦЕНИТЬ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИКРОСОСУДОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	

ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОД	
	ОПК-4 ПК-1
<p>А ультразвукового исследования в режиме цветного доплеровского картирования</p> <p>Б* компьютерной капилляроскопии</p> <p>В селективной ангиографии</p> <p>Г магнитнорезонансной томографии</p> <p>105.ЗАДНИЙ ТРЕУГОЛЬНИК ШЕИ ОГРАНИЧЕН ЛАТЕРАЛЬНО</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* трапецевидной мышцей</p> <p>Б нижним краем нижней челюсти</p> <p>В лопаточно-подъязычной мышцей</p> <p>Г грудино-ключично-сосцевидной мышцей</p> <p>106.НИТЕВИДНЫЕ И КОНИЧЕСКИЕ СОСОЧКИ ЯЗЫКА</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* самые многочисленные</p> <p>Б расположены только по краям языка</p> <p>В имеют расширенную верхушку</p> <p>Г содержат в своем центре возвышение</p> <p>107.ЛИМФА ОТ ЯЗЫКА ОТТЕКАЕТ В _____ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А подподбородные</p> <p>Б глубокие передние шейные</p> <p>В околоушные</p> <p>Г* поднижнечелюстные и глубокие латеральные шейные</p> <p>108.ОБЪЕМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА (В СМ³)</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* 10-12</p> <p>Б 5-6</p> <p>В 7-8</p> <p>Г 8-9</p> <p>109.НА ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПИРАМИДЫ РАСПОЛАГАЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* внутреннее слуховое отверстие</p> <p>Б крыша барабанной полости</p> <p>В дугообразное возвышение</p> <p>Г борозда большого каменистого нерва</p> <p>110.АМЕЛОБЛАСТОМА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ _____ ЧЕЛЮСТИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А бугра верхней</p> <p>Б* дистального отдела тела и ветви нижней</p>	ОПК-4 ПК-1

В альвеолярного отростка верхней Г альвеолярной части нижней 111.ФОРМА ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ	
А деструктивную Б литическая В кистозная Г* очаговая 112.РАНУЛА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	ОПК-4 ПК-1
А ретенционную кисту нижней губы Б кисту подчелюстной слюнной железы В проникающее ранение щеки Г* кисту подъязычной слюнной железы 113.НАЛИЧИЕ КЕРАТОКИСТ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА	ОПК-4 ПК-1
А Меркельсона-Розенталя Б* Горлина-Гольца В Робина Г Ван дер Вауде 114.ГИГАНТОКЛЕТОЧНУЮ ОПУХОЛЬ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С	ОПК-4 ПК-1
А полиморфной аденомой Б* кистой челюсти В остеомиелитом челюсти Г ретенционной кистой 115.СИНОНИМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ	ОПК-4 ПК-1
А серая опухоль Б красная опухоль В* бурая опухоль Г цилиндрома 116.АЙСБЕРГ-ОПУХОЛЯМИ НАЗЫВАЮТ ПЛЕОМОРФНЫЕ АДЕНОМЫ, КОТОРЫЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В	ОПК-4 ПК-1
А области твердого нёба Б* позадичелюстной области В области мягкого нёба Г поднижнечелюстной железе 117.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-2 ПК-3
А прошивание Б лучевое воздействие	УК-4 ОПК-9 ПК-6

<p>В* криодеструкция, лазерокоагуляция</p> <p>Г электрорезекция</p> <p>118.ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ (ДО ДНЯ ВЫПЛАТЫ НА ЕГО ОСНОВАНИИ ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ), А ТАКЖЕ В СЛУЧАЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИЧИНЫ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ</p>	
<p>А выписка из протокола врачебной комиссии</p> <p>Б новый листок нетрудоспособности</p> <p>В выписка из медицинской карты пациента</p> <p>Г* дубликат листка нетрудоспособности</p> <p>119.ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРЕДЪЯВИТЬ</p>	<p>УК-4 ОПК-9 ПК-6</p>
<p>А документ о семейном положении</p> <p>Б справку с места работы</p> <p>В* документ, удостоверяющий личность</p> <p>Г свидетельство государственного пенсионного страхования</p> <p>120.ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ФОРМИРУЕТСЯ</p>	<p>УК-4 ОПК-2 ОПК-9</p>
<p>А военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью</p> <p>Б при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем</p> <p>В при бытовой травме</p> <p>гражданам, проходящим медицинское освидетельствование,</p> <p>Г* медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов</p> <p>121.ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ</p>	<p>ПК-1ПК-2 ПК-3 ПК-4</p>
<p>А репозицией через пазуху</p> <p>Б мануальным вправлением</p> <p>В* контурной пластикой</p> <p>Г тампонадой с одномоментным наложением повязки из коллодия</p> <p>122.УШИВАНИЕ ПРОНИКАЮЩЕЙ РАНЫ ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ В</p>	<p>ПК-1 ПК-2</p>
<p>А 4 слоя</p> <p>Б* 3 слоя</p> <p>В 1 слой</p> <p>Г 2 слоя</p> <p>123.ПОКАЗАНИЕМ К НАЛОЖЕНИЮ ГИПСОВОЙ ПОДБОРОДОЧНО-</p>	

ТЕМЕННОЙ ПОВЯЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ	
	ПК-1ПК-2
<p>А перелом шейки мыщелкового отростка без смещения отломков</p> <p>Б перелом нижней челюсти в области угла без смещения и со смещением отломков</p> <p>изготовление шины Порты при отсутствии необходимого количества</p> <p>В* зубов для наложения назубных шин у больных с переломом нижней челюсти</p> <p>Г перелом венечного отростка</p> <p>124.ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ ВИДЕ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* без смещения фрагментов и без деформации наружного носа</p> <p>Б перелом наружного носа и носовой перегородки</p> <p>В перелом носовой перегородки</p> <p>Г со смещением фрагментов и деформацией наружного носа</p> <p>125.В ОБЛАСТИ ВЕКА СНЯТИЕ ШВОВ ОПТИМАЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ НА (В СУТКАХ)</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А* 3-5</p> <p>Б 6</p> <p>В 7</p> <p>Г 10</p> <p>126.ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ С УГЛАМИ 45 ГРАДУСОВ ПРОИСХОДИТ УДЛИНЕНИЕ РУБЦА НА (В %)</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А 10</p> <p>Б* 50</p> <p>В 90</p> <p>Г 75</p> <p>127.К ПРЯМОМУ ОСТЕОСИНТЕЗУ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А костный шов</p> <p>Б рамка или пластинка, внедряемые в кость</p> <p>В* подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа</p> <p>Г склеивание отломков</p> <p>128.СНЯТИЕ ШВОВ НА ЛИЦЕ ОПТИМАЛЬНО ВЫПОЛНЯТЬ НА (В СУТКАХ)</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А* 4-6</p> <p>Б 7-8</p> <p>В 10</p> <p>Г 3</p> <p>129.ПАЦИЕНТАМ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ</p>	

ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)	
	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А* 12 Б 6 В 3 Г 8 130.ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА ПО ЛОГОПЕДИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ РЕБЁНКА	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А 1 месяц Б* 4-5 лет В 1 год Г 6 месяцев 131.ПРИ КАПИЛЛЯРНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОДЛЕЖАЩИХ ТКАНЕЙ И КРОВΟΣНАБЖЕНИЕМ ИЗ БАСЕЙНА НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ	ПК-1 ПК-2
А гормонотерапии Б* эмболизации питающих сосудов В радиочастотной деструкции Г сеанса криодеструкции 132.СНИЗИТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ОБШИРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ГЛУБОКИХ СЛОЕВ ПОЗВОЛЯЕТ МЕТОД	ОПК-4 ОПК-5 ПК-1 ПК-2
А гормонотерапии Б антибиотикотерапии В криодеструкции Г* радиочастотной абляции 133.ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ СЕАНСАМИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПУЗЫРЬКОВЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А год Б месяц В* 3-6 месяцев Г неделю 134.МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО НА	УК-5 ОПК-9
оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций, А занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов Б* страхование рисков, связанных с выполнением рабочих обязанностей	УК-1УК-5 ОПК-1 ОПК-9 ПК-6

<p>получение подарков и денежных средств от организаций,</p> <p>В занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов</p> <p>Г выписку лекарственных препаратов на бланках, содержащих рекламную информацию</p> <p>135.КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАПРЯМУЮ ЗАВИСИТ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ</p>	
<p>А административных регламентов</p> <p>Б правил внутреннего распорядка</p> <p>В плана посещений</p> <p>Г* порядков, стандартов и клинических рекомендаций</p> <p>136.ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ВИД МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____ В ОТЛИЧИЕ ОТ _____ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ</p>	ОПК-1 ПК-4
<p>А коммерческим; индивидуального</p> <p>Б* некоммерческим; добровольного</p> <p>В имущественным; группового</p> <p>Г страхованием ответственности; популяционного</p> <p>137.К ЛОКАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ ОТНОСИТСЯ</p>	ОПК-4 ОПК-5 ПК-2
<p>А* хирургическое лечение</p> <p>Б применение гормональной терапии</p> <p>В применение рекомбинантного интерферона</p> <p>Г применение цитостатиков</p> <p>138.ДЛЯ МЯГКОЙ ФИБРОМЫ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В НЕЙ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А зрелой фиброзной ткани</p> <p>Б зрелой жировой ткани</p> <p>В железистой ткани</p> <p>Г* зрелой жировой и фиброзной ткани</p> <p>139.РЕДУКЦИЯ ЛИПОЛИЗА, ГЛИКОГЕНОЛИЗА, ГЛЮКОНЕОГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А преднизолона</p> <p>Б* бета-блокаторов</p> <p>В рекомбинантного интерферона</p> <p>Г антибиотиков</p> <p>140.ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ РЕБЕНКА С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ (ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ) РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОСЕЩЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА 1 РАЗ В</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-5

<p>А месяц</p> <p>Б* 2 недели</p> <p>В 3 месяца</p> <p>Г 6 месяцев</p> <p>141.К ИСТИННЫМ ОПУХОЛЯМ ИЗ ФИБРОЗНОЙ ТКАНИ ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А эпулис</p> <p>Б* мягкую фиброму</p> <p>В фиброматоз десен</p> <p>Г аденому</p> <p>142.ТРОПНОСТЬЮ К ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ ОБЛАДАЕТ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А атропин</p> <p>Б* йодистый калий</p> <p>В пилокарпин</p> <p>Г хлоргексидин</p> <p>143.ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИССЕКАЮТ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А* оболочку кисты</p> <p>Б только малую слюнную железу</p> <p>В только протоковую часть железы</p> <p>Г оболочку кисты и окружающие ткани на величину 0,5 мм</p> <p>144.ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ИСПОЛЬЗУЮТ ШОВ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А П-образный</p> <p>Б* узловой</p> <p>В кистный</p> <p>Г косметический</p> <p>145.ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНА АНЕСТЕЗИЯ</p>	ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А* торусальная</p> <p>Б резцовая</p> <p>В мандибулярная</p> <p>Г* инфильтрационная</p> <p>146.ВЕРХНЯЯ ТРАХЕОТОМИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВСКРЫТИЕ ТРАХЕИ</p>	ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А* путем рассечения ее колец выше перешейка щитовидной железы</p> <p>Б между ее первым кольцом и перстневидным хрящом</p> <p>В путем рассечения ее колец ниже перешейка щитовидной железы</p> <p>Г выше подъязычной кости</p>	ОПК-5 ПК-1 ПК-2

147.ОРИЕНТИРОМ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ АНЕСТЕЗИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА ПО ВАЙСБЛАТУ СЛУЖИТ	
<p>А скулоальвеолярный гребень</p> <p>Б бугор верхней челюсти</p> <p>В суставной бугорок</p> <p>Г* середина трагоорбитальной линии</p> <p>148.ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АТЕРМИЧЕСКОЙ ДОЗЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ УЛЬТРАВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ НЕОБХОДИМО УСТАНОВИТЬ МИНИМАЛЬНУЮ МОЩНОСТЬ АППАРАТА, _____ РАЗМЕР КОНДЕНСОРНЫХ ПЛАСТИН, _____ УДАЛЕНИЕ ОТ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОЧАГА</p>	ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А минимальный; минимальное</p> <p>Б* минимальный; максимальное</p> <p>В средний; минимальное</p> <p>Г максимальный; минимальное</p> <p>149.ПЕРЕЛОМ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПРИ УДАРЕ В ОБЛАСТЬ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А ветви нижней челюсти</p> <p>Б* подбородка</p> <p>В верхней челюсти</p> <p>Г скуловой кости</p> <p>150.ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ДЕЙСТВИИ СИЛЫ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А параллельно контрфорсам</p> <p>Б в противоположном направлении</p> <p>В* перпендикулярно контрфорсам</p> <p>Г в косом направлении</p> <p>151.ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* открытый прикус</p> <p>Б кровотечение из носа</p> <p>В разрыв слизистой альвеолярного отростка</p> <p>Г изменение прикуса моляров со стороны перелома</p> <p>152.ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ У ЖЕНЩИНЫ ДОСТАТОЧНА СИЛА УДАРА (В КИЛОГРАММАХ)</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А 55 - 80</p> <p>Б 15 - 35</p> <p>В 35 - 55</p> <p>Г* 85 - 180</p>	ОПК-4 ПК-1

153.ЧЕМ БЛИЖЕ К ВЕРХУШКЕ КОРНЯ ЗУБА ЛИНИЯ ПЕРЕЛОМА, ТЕМ ЗУБ	
<p>А* менее подвижен</p> <p>Б более подвижен</p> <p>В более чувствителен</p> <p>Г менее чувствителен</p>	
154.ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ ДВУХ И БОЛЕЕ ПОРАЖАЮЩИХ ФАКТОРОВ НАЗЫВАЕТСЯ _____ ПОРАЖЕНИЕМ	ОПК-4 ПК-1
<p>А множественным</p> <p>Б* комбинированным</p> <p>В сочетанным</p> <p>Г одиночным</p>	
155.ТИПИЧНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
<p>А в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти</p> <p>Б слизистой оболочки по крыло-челюстной складке</p> <p>В* окаймляющем угол нижней челюсти</p> <p>Г в подподбородочной области по средней линии</p>	
156.ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ (ГИПЕРЕМИЯ) МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ _____ (В ЧАСАХ)	ОПК-4 ПК-1 ПК-2 ПК-3
<p>А 1 - 2</p> <p>Б* 4 - 5</p> <p>В 2 - 3</p> <p>Г 7 - 10</p>	
157.В КОМПЛЕКС ТЕРАПИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2 ПК-3
<p>А лучевая</p> <p>Б гипотензивная</p> <p>В* десенсибилизирующая</p> <p>Г седативная</p>	
158.РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ПРОИЗВОДЯТ	ПК-1 ПК-2
<p>А* параллельно основанию нижней челюсти</p> <p>Б воротниковый</p> <p>В огибающая угол нижней челюсти</p> <p>Г в области нижнего свода преддверия рта</p>	
159.В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ВХОДИТ ТЕРАПИЯ	

<p>А седативная</p> <p>Б заместительная</p> <p>В гипотензивная</p> <p>Г* антибактериальная</p> <p>160.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЭТАНОЛ 70% ПРИМЕНЯЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А* склерозанта</p> <p>Б дезагреганта</p> <p>В гемостатика</p> <p>Г антикоагулянта</p> <p>161.ОСЛОЖНЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТАНОЛА 96% ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А* кардиопульмональные нарушения</p> <p>Б воспалительные явления</p> <p>В кровотечения</p> <p>Г аллергические реакции</p> <p>162.СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ КИСТОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ПОД</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А визуальным контролем с лупой</p> <p>Б микроскопом</p> <p>В рентгеновским контролем</p> <p>Г* ультразвуковой навигацией</p> <p>163.ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИМФОРЕЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ</p>	ОПК-5 ПК-2 ПК-3
<p>А гормонотерапии</p> <p>Б криодеструкции</p> <p>В близкофокусной рентгенотерапии</p> <p>Г* склерозирования</p> <p>164.ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ В ОДНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ</p>	ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А* одноэтапной операции</p> <p>Б многоэтапного хирургического лечения</p> <p>В сеанса криодеструкции</p> <p>Г гормональной терапии</p> <p>165.В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ АНГИНЕ ЛЮДВИГА НЕОБХОДИМО</p>	ОПК-4 ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А начать парентеральное питание</p>	ПК-1 ПК-2

<p>Б* вскрыть гнойный очаг</p> <p>В начать иглорефлексотерапию</p> <p>Г назначить физиотерапевтическое лечение</p> <p>166.ПЕРИОСТОТОМИЮ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ</p>	
<p>А с вестибулярной стороны челюсти</p> <p>Б с язычной стороны челюсти</p> <p>В только в случае отсутствия свищевого хода</p> <p>Г* с обеих сторон челюсти</p> <p>167.ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНГИНЫ ЛЮДВИГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДРЕНИРОВАНИЕ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ _____ ОБЛАСТЕЙ</p>	ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А височных, подвисочных</p> <p>Б* подчелюстных, подподбородочных, подъязычных</p> <p>В челюстно-язычных, щечных</p> <p>Г позадичелюстных, околоушно-жевательных</p> <p>168.ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ</p>	ОПК-4 ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А "причинного" зуба</p> <p>Б всех зубов челюсти</p> <p>В зубов-антагонистов</p> <p>Г* всех зубов, корни которых обращены в полость кисты</p> <p>169.ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССА ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ СЛЕДУЕТ РАССЕЧЬ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А только подслизистый слой и челюстно-подъязычную мышцу</p> <p>Б* слизистую, подслизистый слой и челюстно-подъязычную мышцу</p> <p>В только слизистую оболочку и челюстно-подъязычную мышцу</p> <p>Г слизистую оболочку подъязычной области</p> <p>170.ПРИ ОСТАТОЧНОЙ СОСУДИСТОЙ СЕТКИ В СТАДИИ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-3
<p>А хирургического лечения</p> <p>Б* этапной лазеротерапии</p> <p>В гормонотерпии</p> <p>Г криодеструкции</p> <p>171.ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ОБЛАСТИ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А моляров</p> <p>Б клыков</p>	ПК-1 ПК-2

В* тела и ветви Г мышечкового отростка 172.ПРИ СУБТОТАЛЬНОЙ ПАРОТИДЕКТОМИИ УДАЛЯЕТСЯ	
А* наружная доля околоушной железы Б наружная и внутренняя доля околоушной железы В опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы отступя от границ опухоли не менее, чем на 1 см Г внутренняя доля околоушной железы 173.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ОПК-5 ПК-1 ПК-2
А* резекция Б комбинированное лечение В химиотерапия Г лучевая терапия 174.НЕДОСТАТКОМ МЕТОДА КРИОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ОПК-5 ПК-1 ПК-2 ПК-3
А длительность процедуры Б обязательное применение общей анестезии В* необходимость повторных этапов Г необходимость стационарного лечения 175.ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ОПК-5 ПК-1 ПК-2
А дефицит витамина «С» Б* травматизация образования В атеросклероз Г дефицит витамина «Б» 176.К ФАКУЛЬТАТИВНОМУ ПРЕДРАКУ КОЖИ ЛИЦА ОТНОСИТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А радиоэпидермит Б дерматит В* папиллома Г болезнь Боуэна 177.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ	ОПК-4 ПК-1
А полиморфной, мономорфной Б субпериостальной, периапикальной В* ячеистой, кистозной, литической Г пролиферативной, костеобразующей 178.ЮВЕНИЛЬНАЯ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНАЯ ФИБРОМА НОСОГЛОТКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСТРЕЧАЕТСЯ У	ОПК-4 ПК-1

<p>А мужчин пожилого возраста Б девочек дошкольного возраста В* мальчиков пубертатного возраста Г женщин после 20 лет</p> <p>179.ПЛЕОМОРФНАЯ АДЕНОМА МАЛОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ МАЛОПОДВИЖНОЙ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* твердого нёба Б мягкого нёба В ретромолярной Г щеки</p> <p>180.СИНОНИМОМ ДЕФОРМИРУЮЩЕЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А болезнь Реклингхаузера Б болезнь Микулича В* болезнь Педжета Г синдром Олбрайта</p> <p>181.К МОНОМОРФНЫМ АДЕНОМАМ НЕ ОТНОСИТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А аденолимфома Б* плеоморфная аденома В оксифильноклеточная аденома Г базальноклеточная аденома</p> <p>182.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ЯЗЫКА II СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А первичным очагом до 1 см, не затрагивающим слизистую оболочку Б язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами В* язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонними метастазами Г первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки</p> <p>183.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А уплотнение и болезненность в подчелюстной области, субфебрильная температура, свободное открывание рта Б острое начало, высокая температура, увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы В* ограничение открывания рта, инфильтрат под углом челюсти, передняя небная дужка смещена медиально Г смещение вверх передней небной дужки, увеличение</p>	ОПК-4 ПК-1

<p>подподбородочных лимфатических узлов</p> <p>184.АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С</p>	
<p>А флегмоной щечной области</p> <p>Б флегмоной височной области</p> <p>В тризмом</p> <p>Г* абсцессом крыловидно-челюстного пространства</p> <p>185.МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ</p>	ОПК-4 ПК-1 ПК-3
<p>А ксеростомия</p> <p>Б сепсис</p> <p>В перикоронарит</p> <p>Г* дефект челюсти</p> <p>186.К ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ АНАМНЕЗА ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПРИЗНАКУ ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А субфебрильную температуру</p> <p>Б постепенное начало</p> <p>В катаральные явления</p> <p>Г* острое начало</p> <p>187.ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А около-ушно-жевательную область</p> <p>Б венозные синусы головного мозга</p> <p>В щечную область</p> <p>Г* крыловидно-нижнечелюстное пространство</p> <p>188.ФЛЕГМОНУ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А флегмоной височной области</p> <p>Б* флегмоной окологлоточного пространства</p> <p>В острым фарингитом</p> <p>Г абсцессом неба</p> <p>189.ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А отек крыловидно-нижнечелюстной складки</p> <p>Б асимметрия лица</p> <p>В* затрудненное дыхание</p> <p>Г затрудненное открывание рта</p> <p>190.К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНОЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1

<p>А* боль и ограничение открывания рта</p> <p>Б диплопию</p> <p>В инфильтрат челюстно-язычного желобка</p> <p>Г отек и гиперемия щечных областей</p> <p>191.К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМАМ ОСТРОГО ГАЙМОРИТА ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А отек периорбитальной области</p> <p>Б иррадиацию болей по ходу ветвей тройничного нерва</p> <p>В выделение слизи из соответствующей половины носа</p> <p>Г* боль, чувство тяжести, давления и напряжения в соответствующей половине лица</p> <p>192.ПОДОЗРЕНИЕ НА ВНУТРИКОСТНОЕ СОСУДИСТОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СЛОЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЯХ СЛУЖИТ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ</p>	ОПК-1 ОПК-4 ПК-1
<p>А ультразвукового исследования</p> <p>Б магнитно-резонансной томографии</p> <p>В компьютерной капилляроскопии</p> <p>Г* мультиспиральной компьютерной томографии</p> <p>193.В ТЕЛЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗЛИЧАЮТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А основание и базальную дугу</p> <p>Б* основание и альвеолярную часть</p> <p>В зубную дугу и базальную часть</p> <p>Г альвеолярную часть и базальную дугу</p> <p>194.КЛИНОВИДНАЯ ПАЗУХА ОТКРЫВАЕТСЯ В</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А средний носовой ход</p> <p>Б* верхний носовой ход</p> <p>В нижний носовой ход</p> <p>Г полость соответствующей глазницы</p> <p>195.БАРТОЛИНОВ ПРОТОК ЯВЛЯЕТСЯ ВЫВОДНЫМ ПРОТОКОМ _____ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А околоушной</p> <p>Б поднижнечелюстной</p> <p>В* подъязычной</p> <p>Г малой</p> <p>196.ЯЗЫЧНАЯ МИНДАЛИНА РАСПОЛОЖЕНА В ОБЛАСТИ _____ ЯЗЫКА</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А тела</p> <p>Б* корня</p> <p>В нижней поверхности</p>	ОПК-4 ПК-1

Г края 197.ЛИЦЕВОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ _____ ОТВЕРСТИЕ	
А остистое Б овальное В яремное Г* шилососцевидное 198.МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ НЕБНУЮ ЗАНАВЕСКУ, НАЧИНАЕТСЯ _____ ПУЧКАМИ	ОПК-4 ПК-1
А пятью Б четырьмя В тремя Г* двумя 199.НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А внутренняя поверхность тела нижней челюсти Б слизистая оболочка дна полости рта В* кожа поднижнечелюстных областей Г основание языка 200.НЕДОСТАТКОМ МЕТОДА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-1 ОПК-4 ПК-1
А невозможность оценки пространственного расположения сосудистого образования Б* необходимость общей анестезии у детей младшей возрастной группы В невозможность оценки анатомических взаимоотношений Г невозможность определения объема шунтирования 201.МЕДИАЛЬНАЯ СТЕНКА ГЛАЗНИЦЫ ОБРАЗОВАНА	ОПК-4 ПК-1
А глазничной поверхностью лобной кости Б* глазничной поверхностью решетчатой кости В большим крылом клиновидной кости Г глазничной поверхностью тела верхней челюсти 202.ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ (ДО ДНЯ ВЫПЛАТЫ НА ЕГО ОСНОВАНИИ ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ), А ТАКЖЕ В СЛУЧАЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИЧИНЫ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ	ОПК-1 ОПК-9 ПК-6
А выписка из протокола врачебной комиссии Б новый листок нетрудоспособности В выписка из медицинской карты пациента	ОПК-1 ОПК-9 ПК-6

Г* дубликат листка нетрудоспособности 203.ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ СТАРШЕ 15 ЛЕТ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ	
А формируется (выдается) на 3 дня Б формируется (выдается) на 7 дней В* не формируется (не выдается) Г формируется (выдается) на 10 дней 204.БОЛЬНОМУ, ИМЕЮЩЕМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОРВИ С 18.03 ПО 22.03. И ЯВИВШЕМУСЯ НА ПРИЁМ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ 26.03 С ПРИЗНАКАМИ ПНЕВМОНИИ, ПОКАЗАНО	ОПК-1 ОПК-9 ПК-6
А* продлить больничный лист с 23.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима Б продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления В оформить новый больничный лист Г продлить больничный лист с 26.03 до выздоровления с отметкой о нарушении режима 205.ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С	ОПК-4 ПК-1
А околоушным гипергидрозом Б переломом верхней челюсти В* флегмоной околоушно-жевательной области Г острым гайморитом 206.ПРИ ОСТРОМ АРТРИТЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НАБЛЮДАЮТ	ОПК-4 ПК-1
А* боль в проекции сустава, ограничение открывания рта Б боль в шейном отделе позвоночника В околоушный гипергидроз Г тризм жевательных мышц 207.ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А* туберкулез Б околоушный гипергидроз В ревматическая атака Г хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии 208.ДЕФОРМАЦИЯ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ	ОПК-4 ПК-1
А* артрозе Б остром артрите В болевой дисфункции	ОПК-4 ПК-1

Г хроническом артрите 209.КРИТИЧЕСКИМ ПЕРИОДОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ	
А 20-40 неделя внутриутробного периода Б период бластулы В* 4 - 20 неделя внутриутробного периода Г период гаметогенеза 210.ПУНКТАТ ВРОЖДЁННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД	ОПК-4 ПК-1
А мутной жидкости Б* прозрачной опалесцирующей жидкости В геморрагического экссудата Г серозно-гнойного экссудата 211.ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «БОКОВОЙ СВИЩ ШЕИ» ПРОВОДИТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А* контрастная фистулография Б реакция Вассермана В радиоизотопное исследование Г цитологическое исследование 212.СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ СВИЩИ ШЕИ ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А одонтогенными Б онкологическими В травматическими Г* врожденными 213.НОРМАЛЬНЫЙ АНГИОГЕНЕЗ У ЧЕЛОВЕКА ЗАКАНЧИВАЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А на 20 неделе внутриутробного развития Б в первые 2 года жизни В* на 40 неделе внутриутробного развития Г в 12 месяцев 214.ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ НАПРАВЛЕНИЯ ХОДА СВИЩЕЙ ШЕИ ПРИМЕНЯЮТ	ОПК-4 ПК-1
А цитологический метод Б* контрастную фистулографию В контрастную ангиографию Г радиоизотопный метод 215.АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПЕРЕСАДКУ УДАЛЕННОГО ЗУБА В _____ ЧЕЛОВЕКА	УК-1 ОПК-1 ПК-1 ПК-2

<p>А альвеолу другого</p> <p>Б ту же альвеолу одного</p> <p>В ту же альвеолу одного; с предварительным эндодонтическим лечением</p> <p>Г* другую альвеолу одного</p> <p>216.РАЗРЕЗЫ НА ЛИЦЕ ПРОВОДЯТ С УЧЁТОМ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А пропорций выступающих участков</p> <p>Б особенностей капиллярного кровотока</p> <p>В линии роста волос</p> <p>Г* складок кожи</p> <p>217.МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИМ СРЕДСТВОМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗВАТЬ ПЕРЕКРЕСТНУЮ АЛЛЕРГИЮ У ПАЦИЕНТОВ С РЕАКЦИЕЙ НА СУЛЬФАНИЛАМИДНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
<p>А лидокаин</p> <p>Б мепивакаин</p> <p>В* новокаин/прокаин</p> <p>Г артикаин</p> <p>218.КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФИРОМ ПАРААМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ?</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А новокаионамид</p> <p>Б мезокаин</p> <p>В азакаин</p> <p>Г* новокаин</p> <p>219.К АНАТОМИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* недоразвитие</p> <p>Б смещение кзади</p> <p>В несимметричную деформацию</p> <p>Г сагиттальный сдвиг</p> <p>220.ПРИ МИОПЛАСТИКЕ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЕЙ ПРИ ПАРАЛИЧЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВЫПОЛНЯЮТ РЕЗЕКЦИЮ</p>	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
<p>А сосцевидного отростка</p> <p>Б височной кости</p> <p>В* скуловой кости</p> <p>Г гайморовой пазухи</p> <p>221.ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ, ОДИН КРАЙ КОТОРОЙ ОТПРЕПАРИРОВАН, МОБИЛЕН, А ДРУГОЙ ПРОЧНО ФИКСИРОВАН ШИТЬ НАЧИНАЮТ С _____ КРАЯ РАНЫ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А дальнего от хирурга</p>	ПК-1 ПК-2

Б ближнего к хирургу В* мобильного Г фиксированного 222.ПРИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ ПРОВОДИТСЯ	
А* операция в объеме контурной коррекции Б курс рентгенотерапии В криодеструкция Г курс гормонотерапии 223.РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛИЦА НАКЛАДЫВАЮТ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-7
А через сутки после первичной хирургической обработки Б* после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций В с началом процесса вторичного заживления Г на 4-5 сутки 224.РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА ПРИ ВЫВИХЕ ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ СОХРАНЕНА ЦЕЛОСТНОСТЬ _____ СТЕНОК ЛУНКИ ЗУБА	ПК-1 ПК-2
А щечной и язычной Б медиальной и дистальной В* всех стенок Г медиальной и небной 225.СРЕДНИЙ СРОК ФИКСАЦИИ ШИН ДЛЯ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)	ПК-1 ПК-2
А 19-20 Б 40-45 В 24-25 Г* 29-30 226.ПЕРВОЙ СТАДИЕЙ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А появление первичных костных структур Б пролиферация и дифференциация клеточных элементов В* реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость Г резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани 227.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2

<p>А* хирургическое вмешательство</p> <p>Б аутогемотерапия</p> <p>В химиотерапия</p> <p>Г физиотерапия</p> <p>228.ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТА В ГЛУБОКИХ ОТДЕЛАХ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НЕОДНОКРАТНЫХ ОБОСТРЕНИЯХ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А однократное введение в проток железы 3% раствора лимонной кислоты</p> <p>Б литотрипсия</p> <p>В* экстирпация железы</p> <p>Г удаление конкремента интраоральным доступом в амбулаторных условиях</p> <p>229.ИССЕЧЕНИЕ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А* полностью с тотальным удалением малой слюнной железы</p> <p>Б с удалением купола</p> <p>В абляцией</p> <p>Г с субтотальным удалением малой слюнной железы</p> <p>230.К ПОКАЗАНИЮ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ ПРИ ЕГО БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ОТНОСЯТ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А аномалии соотношения челюстей</p> <p>Б миофасциальный болевой синдром</p> <p>В нарушение окклюзионных взаимоотношений</p> <p>Г* наличие смещения суставного диска, не устраняемое при помощи окклюзионной шины</p> <p>231.ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА</p>	УК-4 ОПК-2 ОПК-9
<p>А участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций</p> <p>Б участие в научно-практических конференциях</p> <p>В заключение договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов</p> <p>оплату отдыха, проезда к месту отдыха за счет организаций,</p> <p>Г* занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов</p> <p>232.ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ</p>	УК-1 УК-3 ОПК-1 ОПК-2 ОПК-7 ОПК-

	8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-5
<p>А информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике конкретного заболевания</p> <p>этапы оказания медицинской помощи, правила организации</p> <p>Б* деятельности, стандарт оснащения, рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации</p> <p>В усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг и кратности применения лекарственных препаратов</p> <p>план диспансерного наблюдения пациента с указанием кратности</p> <p>Г осмотра врачами-специалистами, выполнения лабораторных и инструментальных исследований</p> <p>233.ОПТИМАЛЬНОЙ ДЛЯ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТА ЯВЛЯЕТСЯ СТАДИЯ</p>	УК-3 УК-4 ОПК-1 ОПК-9
<p>А эскалации</p> <p>Б пика</p> <p>В* латентная</p> <p>Г спада</p> <p>234.ДЛЯ УШИБЛЕННЫХ РАН ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А повреждение мягких тканей без нарушения их целостности.</p> <p>Б небольшое повреждение покровов и значительная глубина проникновения</p> <p>В* широкая зона повреждения тканей с имбибицией и зоной некроза</p> <p>Г незначительное повреждение тканей, зияние.</p> <p>235.К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* вторичные деформации лицевого скелета</p> <p>Б ПТОЗ</p> <p>В гипосаливацию</p> <p>Г парез ветвей лицевого нерва</p> <p>236.РАЗДАВЛИВАНИЕ И РАЗРЫВ ТКАНЕЙ ПРОИСХОДЯТ ПРИ _____РАНЕ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А ушибленной</p> <p>Б резаной</p> <p>В* размозженной</p> <p>Г колотой</p> <p>237.ГЕМОСИДЕРИН ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ ОКРАШИВАЕТ КОЖУ В _____ЦВЕТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А зеленый</p> <p>Б желто-зеленый</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-3

В* желтый Г бурый 238.ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, ПОКАЗАННЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ НАГНОЕНИЕМ КОСТНОЙ РАНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ	
А* внеочаговый остеосинтез Б остеосинтез на костными конструкциями В трансочаговый остеосинтез Г внутрикостный шов 239.ВИД АСФИКСИИ У РАНЕНЫХ С ОТРЫВОМ ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	ПК-1 ПК-2
А клапанная Б стенотическая В аспирационная Г* дислокационная 240.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А химиотерапия Б выскабливание В комбинированный Г* удаление в пределах здоровых тканей 241.ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕАНГИОМОЙ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕРЕЗ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А 1 месяц Б 18 месяцев В* 6 и 12 месяцев Г 2 и 3 недели 242.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А лучевое воздействие Б электрорезекция В прошивание Г* криодеструкция 243.ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ У ДЕТЕЙ С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕАНГИОМОЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО	ПК-1 ПК-2
А после хирургического лечения Б после проведения склерозирующей терапии В* до проведения операции	ПК-1 ПК-2

Г после проведения гормонотерапии 244.ПРИ НЕБОЛЬШИХ ПОРАЖЕНИЯХ НЕКРИТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕАНГИОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ	
А* лазерной терапии Б гормонотерапии В криодеструкции Г курса рекомбинантного интерферона 245.ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВПЕРВЫЕ ИСПОЛЬЗОВАЛ «ТРАНСМАКСИЛЛЯРНЫЙ СТЕРЖЕНЬ»	УК-1 ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А Макиенко Б* Shands В Евдокимов Г Дубов 246.РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОВОДИТСЯ	ПК-1 ПК-2
А крючком Лимберга Б носовым зеркалом В* элеватором Волкова Г элеватором Карапетяна 247.К ОТКРЫТОМУ ОСТЕОСИНТЕЗУ ОТНОСЯТ МЕТОД СКРЕПЛЕНИЯ ФРАГМЕНТОВ ЧЕЛЮСТИ	ПК-1 ПК-2
А без рассечения мягких тканей в области перелома Б* с рассечением мягких тканей в области перелома В с использованием внеротовых аппаратов Г с использованием назубных стандартных шин 248.ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА СРОК	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А 3 недели Б* 3-5 дней В 7 дней Г 2 недели 249.ИССЕЧЕНИЕ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ	ПК-1 ПК-2
А абляцией Б* полностью с тотальным удалением малой слюнной железы В с субтотальным удалением малой слюнной железы Г с удалением купола 250.СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ПОДАВЛЯЕТ	ОПК-4 ОПК-5

<p>А пилокарпин Б хлоргексидин В хлористый калий Г* атропин</p> <p>251.СТИМУЛИРУЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ</p>	ОПК-4 ОПК-5
<p>А трипсин Б* пилокарпин В атропин Г хлоргексидин</p> <p>252.ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИССЕКАЮТ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А оболочку кисты и окружающие ткани на величину 0,5 мм Б только малую слюнную железу В* оболочку кисты Г только протоковую часть железы</p> <p>253.СОСТАВНОЙ ЧАСТЬЮ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-1ОПК-2 ОПК-7 ОПК-9
<p>А программа добровольного медицинского страхования Б* территориальная программа обязательного медицинского страхования В программа Фонда социального страхования Г программа социальной поддержки населения</p> <p>254.СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ</p>	ОПК-1ОПК-2 ОПК-7 ОПК-9
<p>А информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике конкретного заболевания Б* усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг и кратности применения лекарственных препаратов план диспансерного наблюдения пациента с указанием кратности В осмотра врачами-специалистами, выполнения лабораторных и инструментальных исследований Г рекомендуемое штатное расписание структурных подразделений медицинской организации</p> <p>255.В СООТВЕТСТВИИ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ ОТ 21.11.2011 Г. № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ГРАЖДАНЕ, НАХОДЯЩИЕСЯ НА ЛЕЧЕНИИ, ОБЯЗАНЫ СОБЛЮДАТЬ РЕЖИМ ЛЕЧЕНИЯ И</p>	ОПК-1ОПК-2 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ПК-5
<p>А этический кодекс Б правила обязательного медицинского страхования В условия договора со страховой медицинской компанией Г* правила поведения пациента в медицинских организациях</p>	ОПК-1ОПК-2 ОПК-7 ОПК-9 ПК-6

256.ДОКУМЕНТОМ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЛИ ТРАВМЕ, НАСТУПИВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	
А справка на все дни Б выписка из протокола решения врачебной комиссии В* листок нетрудоспособности с указанием кода 21 Г листок нетрудоспособности на 3 дня	
257.ВЫПЛАТУ РАБОТОДАТЕЛЕМ РАБОТНИКУ ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ГАРАНТИРУЕТ	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-9 ПК-6
А Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Б* Трудовой кодекс Российской Федерации В приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 года № 624н Г Конституция Российской Федерации	
258.ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО _____ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-9 ПК-6
А 21 Б* 15 В 25 Г 20	
259.МИГРАЦИЮ КРУГЛОСТЕБЕЛЬЧАТОГО ЛОСКУТА ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕБЛЯ	ПК-1 ПК-2
А 70-80 Б 10-12 В 21-27 Г* 30-45	
260.ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ, ОДИН КРАЙ КОТОРОЙ ОТПРЕПАРИРОВАН, МОБИЛЕН, А ДРУГОЙ ПРОЧНО ФИКСИРОВАН ШИТЬ НАЧИНАЮТ С _____ КРАЯ РАНЫ	ПК-1 ПК-2
А ближнего к хирургу Б дальнего от хирурга В* мобильного Г фиксированного	
261.ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А криотерапию	ПК-1 ПК-2

Б дезинтоксикационную терапию В химиотерапию Г* ГБО-терапию 262.КРИТЕРИЕМ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ	
А возраст пациента Б* отсутствие рецидива В вид первичной опухоли Г объем опухоли 263.ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕСКОЛЬКИХ ОБЛАСТЕЙ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ	ПК-1 ПК-2
А антибактериальной терапии Б гормонотерапии В* хирургического лечения Г электрокоагуляции 264.ТОЧНОСТЬ МЕТОДА РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ МАЛЬФОРМАЦИИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ	ПК-1 ПК-2
А прецизионной техники Б рентгеновского контроля В термометрии тканей Г* ультразвуковой навигации 265.ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МАЛЬФОРМАЦИИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ СВЯЗАН С _____ НЕРВА	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4
А* интраоперационным повреждением лицевого Б невритом лицевого В интраоперационным повреждением тройничного Г интраоперационным повреждением подъязычного 266.КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ИЗ-ЗА РАЗВИТИЯ	ПК-1 ПК-2
А* коллатерального кровообращения Б аллергической реакции В воспалительной реакции Г геморрагического синдрома 267.ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ НЁБА ЗАНЯТИЯ С ЛОГОПЕДОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-6

<p>А в возрасте 14 лет</p> <p>Б* до операции</p> <p>В по окончании хирургического лечения</p> <p>Г в возрасте одного года</p> <p>268.НУЖНО МЕНЯТЬ АНТИБИОТИКИ ПРИ ИХ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А каждые 5 дней</p> <p>Б* каждые 10 дней</p> <p>В каждые 15 дней</p> <p>Г каждый день</p> <p>269.В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРОВОДИТСЯ ДЕТЯМ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А часто болеющим</p> <p>Б* всем</p> <p>В с недостаточным весом</p> <p>Г новорожденным</p> <p>270.НОВОКАИН ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А внутривертебральной инъекции</p> <p>Б внутривертебральной инъекции</p> <p>В проводниковой анестезии</p> <p>Г* инфильтрационной анестезии</p> <p>271.БОЛЕВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ СОДЕРЖАТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А вещество головного мозга</p> <p>Б* надкостница альвеолярного отростка</p> <p>В сухожилия коленного сустава</p> <p>Г роговица глаза, дентин зуба</p> <p>272.ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В</p>	ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А проведении физиотерапии</p> <p>Б* удалении зуба, пункции и промывании верхнечелюстной пазухи</p> <p>В использовании сосудосуживающих средств</p> <p>Г выполнении гайморотомии</p> <p>273.В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ВХОДИТ ТЕРАПИЯ</p>	ОПК-5 ПК-1 ПК-2
<p>А* дезинтоксикационная</p> <p>Б мануальная</p> <p>В таргетная</p>	ПК-1 ПК-2


Г гипотензивная 274.ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ	
А в иссечении фурункула Б только в дренировании очага воспаления В* в крестообразном рассечении и дренировании очага воспаления Г в криохирургическом воздействии 275.ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО- ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ	ПК-1 ПК-2
А* язычный нерв Б околоушную слюнную железу В подчелюстную слюнную железу Г лицевую артерию 276.ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРИ СФОРМИРОВАВШЕМСЯ СЕКВЕСТРЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В	ПК-1 ПК-2
А периостотомии в области причинного зуба Б санации полости рта В антибактериальной терапии Г* секвестрэктомии 277.ЧИСЛО ЗУБОВ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ РАВНО	ОПК-4 ПК-1
А 20 Б 16 В* 32 Г 14 278.ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ ИННЕРВИРУЮТСЯ _____ НЕРВОМ	ОПК-4 ПК-1
А лицевым Б верхнечелюстным В добавочным Г* нижнечелюстным 279.К ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЕ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ОТНОСЯТ	ОПК-4 ПК-1
А межкрыловидную фасцию Б медиальную крыловидную мышцу В* боковые отростки предпозвоночной фасции Г боковую стенку глотки 280.СЛЕПОЙ МЕШОК ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ СОДЕРЖИТ	ОПК-4 ПК-1

<p>А яремную венозную дугу</p> <p>Б начальный отдел общей сонной артерии</p> <p>В* конечный отдел передней яремной вены</p> <p>Г внутреннюю яремную вену</p> <p>281.К ПЕРЕДНЕВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А подъязычную кость</p> <p>Б челюстно-язычную мышцу</p> <p>В передние брюшки m. digastricus</p> <p>Г* нижний край подбородочного отдела нижней челюсти</p> <p>282.ТОЧКОЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ В СРЕДНЕЙ ЗОНЕ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А скуловой отросток верхней челюсти</p> <p>Б* скуловая дуга</p> <p>В верхняя челюсть</p> <p>Г височная кость</p> <p>283.ПРОЦЕСС РАСПОЗНАНИЯ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СУБЪЕКТА, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ИСТОЛКОВАНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ИХ ОБОБЩЕНИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ</p>	УК-1 УК-5 ОПК-1 ОПК-2 ОПК-6
<p>А изучением</p> <p>Б* диагностикой</p> <p>В реабилитацией</p> <p>Г наблюдением</p> <p>284.ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы</p> <p>Б щечно-глоточный шов</p> <p>В* околоушная железа</p> <p>Г внутренняя поверхность ветви нижней челюсти</p> <p>285.ЩЕЧНЫЙ НЕРВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА И ИННЕРВИРУЕТ</p>	
<p>А слизистую нижней губы</p> <p>Б* слизистую щеки</p> <p>В кожу щеки</p> <p>Г щечную мышцу</p> <p>286.ЯЗЫЧНЫЙ НЕРВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ _____ НЕРВА</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А подъязычного</p>	ОПК-1 ОПК-4

Б* нижнечелюстного В блуждающего Г языкоглоточного 287.НЕДОСТАТКОМ МЕТОДА ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВОЗМОЖНОСТЬ	ПК-1
А* определения расположения образования Б выявления зоны шунтирования сосудов В определения амплитуды кровотока образования Г определения скорости кровотока образования 288.ФОРМИРОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НАЧИНАЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А в период гаметогенеза Б* на 6 неделе эмбриогенеза В на 20 неделе эмбриогенеза Г на 12 неделе эмбриогенеза 289.РАССТОЯНИЕ ОТ ЗАДНЕГО КРАЯ КОРОНКИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ДО ПЕРЕДНЕГО КРАЯ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (В МИЛЛИМЕТРАХ)	ОПК-4 ПК-1
А 10 Б 20 В* 5 Г 15 290.МИКРОГЕНИЯ ВЫРАЖАЕТСЯ В	ОПК-4 ПК-1
А* укорочении ветви или тела нижней челюсти Б выдвижении верхней челюсти вперед по отношению к нижней челюсти В разворачивании нижнечелюстного угла и выступлении подбородка и нижних зубов вперед Г чрезмерном развитии костей черепа 291.РЕЗУЛЬТАТОМ ПОРОКА РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЦА, ОБРАЗУЮЩИХСЯ У ЭМБРИОНА В МЕСТАХ СРАЩЕНИЯ ЛОБНОГО, ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ И НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ БУГРОВ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТА	ОПК-4 ПК-1
А* дермоидная Б аневризмальная В фиссуральная Г боковая 292.ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А бугор верхней челюсти	ОПК-4 ПК-1

Б верхняя губа В височная область Г* надбровная область 293.РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ _____ ТКАНИ	
А лимфатической Б мышечной В* эпителиальной Г нервной 294.КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА II СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А* язвой до 4 см, отсутствием метастазов Б язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами В первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки Г язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами 295.ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В ТЕЧЕНИИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка Б острый пульпит В* очаговое нарушение костеобразования Г рецидив кисты 296.АМЕЛОБЛАСТОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А врожденный порок развития челюстных костей Б* одонтогенная эпителиальная опухоль В собирательное понятие, характеризующее наличие в кости очагов деструкции Г злокачественное поражение челюстных костей 297.ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-1 ОПК-4 ПК-1
А термографический Б* морфологический В рентгенологический Г цитологический 298.ФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ КИСТЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ	ОПК-4 ПК-1
А зубного сосочка Б зубного сосочка и зубного органа	ОПК-4 ПК-1 ПК-2

В* зубного мешочка Г зубного органа 299.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ	
А криодеструкция Б комбинированное лечение В химиотерапия Г* удаление опухоли в пределах здоровых тканей 300.САРКОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ ИЗ	ОПК-4 ПК-1
А* соединительной ткани Б жировой ткани В железистой ткани Г эпителия 301.ПРИ КИСТЕ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОКРУЖАЮЩИЕ ТКАНИ С НЕЙ	ОПК-4 ПК-1
А не инфильтрированы Б спаяны В* не спаяны Г инфильтрированы 302.ПРИЧИНОЙ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А околоушный гипергидроз Б актиномикоз В* хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии Г распространение инфекции из окружающих тканей 303.СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА РЕБЕНКОМ С ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХОМ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА СЛЕВА ПРОИСХОДИТ	ОПК-4 ПК-1
А назад Б вниз В влево Г* вправо 304.ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ	ОПК-4 ПК-1
А малые Б подъязычные В поднижнечелюстные Г* околоушные 305.ДИПЛОПИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ LE	ОПК-4 ПК-1

FORT II ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ	
<p>А контузии орбитальных мышц</p> <p>Б* повреждении нижней стенки глазницы</p> <p>В повреждении глазодвигательного нерва</p> <p>Г ретробульбарной гематоме</p> <p>306.ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А сухость полости рта</p> <p>Б смыкание зубов фронтального отдела</p> <p>В отек подподбородочной области</p> <p>Г* невозможность закрыть рот</p> <p>307.СУДЯ ПО ПОЛОЖЕНИЮ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НА ДАННОМ РИСУНКЕ ПРЕДСТАВЛЕН ВАРИАНТ ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ВИДЕ _____ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* заднего</p> <p>Б заблокированного</p> <p>В бокового</p> <p>Г переднего</p> 	
308.ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ НЕОГНЕСТРЕЛЬНОГО	ОПК-4 ПК-1
<p>А* повреждены мягкие ткани в области перелома, смещены отломки, прикус нарушен</p> <p>Б отломки смещены, нарушен прикус, отсутствует зуб в щели перелома</p> <p>В имеется незначительное кровотечение, мягкие ткани не повреждены</p> <p>Г мягкие ткани в области перелома не повреждены, смещены отломки</p> <p>309.ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ</p>	ОПК-4 ПК-1
А скуловой дуги	ОПК-4 ПК-1

Б костей носа В* суббазальном верхней челюсти Г скуловых костей 310.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ВЫВИХОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	
А мастикациография Б рентгенологический В* клинический Г электромиография 311.ФЛЕГМОНУ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С	ОПК-4 ПК-1
А абсцессом околоушно-жевательной области Б* флегмоной поднижнечелюстной области В карбункулом нижней губы Г флегмоной щечной области 312.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В	ОПК-4 ПК-1
А слюнных желез Б лимфатических узлах В* периапикальных тканях Г месте перелома челюсти 313.МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А перикоронарит Б ксеростомия В* дефект челюсти Г сепсис 314.ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС В	ОПК-4 ПК-1
А заглоточном пространстве Б щечной области В подбородочной области Г* подвисочной ямке 315.ВЫРАЖЕННОЕ ЗАТРУДНЕНИЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ _____ ОБЛАСТИ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А подчелюстной Б подглазничной	ПК-1 ПК-2 ПК-3

В скуловой Г* височной 316.ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ	
А ксеростомия Б появление слюнных свищей В* переход в хроническую форму Г рубцовая контрактура 317.БОЛИ ПРИ ГАНГЛИОНИТЕ УШНОГО УЗЛА МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А аппликационной переднего отдела носовой полости Б* внутрикожной впереди козелка уха В инфраорбитальной анестезии Г в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги 318.ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ОТМЕЧАЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А боль при глотании Б отек переходной складки В* болезненная припухлость в поднижнечелюстной области Г затруднение открывания рта 319.ПРИ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЕМЕ ОКРАСКА КОЖИ НА ВСЕМ ПРОТЯЖЕНИИ ИМЕЕТ _____ ЦВЕТ	ОПК-4 ПК-1
А желтый Б красный В белый Г* багрово-синюшный 320.ЛИНЕЙНАЯ БОРОЗДКА НА КОЖЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И ВЫЕМКА НА КРАСНОЙ КАЙМЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДИАГНОЗУ	ОПК-4 ПК-1
А неполное несращение верхней губы Б* скрытое несращение верхней губы В полное несращение верхней губы Г неполное несращение твердого неба 321.ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	ОПК-4 ПК-1
А лимфедемы Б микрокистозной формы лимфатической мальформации В генерализованной лимфатической аномалии	ОПК-4 ПК-1

Г* макрокистозной формы лимфатической мальформации 322.ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА "БОКОВОЙ СВИЩ ШЕИ" ПРОВОДИТСЯ	
А исследование динамики тимоловой пробы Б исследование радиоизотопное В реакция Вассермана Г* контрастная фистулография 323.ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ	ОПК-4 ПК-1
А* новообразования округлой формы Б повышенной температуры тела В уплотнения кожи на шее Г положительной тимоловой пробы 324.ВЕРХНЯЯ ПРОГНАТИЯ ВЫРАЖАЕТСЯ В	ОПК-4 ПК-1
А* выдвигании верхней челюсти вперед по отношению к нижней челюсти Б укорочении ветви или тела нижней челюсти В западении всего среднего отдела лица Г чрезмерном развитии костей черепа 325.ФИБРОЗНОЙ ДИСПАЗИЕЙ НАЗЫВАЮТ	ОПК-4 ПК-1
А злокачественную опухоль челюстей Б истинную опухоль костей лицевого скелета В* диспластический процесс в кости, проявляющийся в детском и юношеском возрасте Г собирательное понятие деструктивных процессов костей лицевого скелета 326.АКТИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНЫХ РАН ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ _____; ПРОМЫВАНИЕ ДЛИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ _____, ИСПОЛЬЗУЯ ЗА ОДИН СЕАНС АНТИСЕПТИЧЕСКИЙ РАСТВОР В ОБЪЕМЕ (В ЛИТРАХ)	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А 7 дней, повторяется 2-4 раза в день; 1-2 часов; 1-1,5 Б не более одного дня, один раз в сутки; не более часа; 1 В первых 4-х дней, повторяется 3-4 раза в день; 2-3 часов; до 2 Г* первых 2-х суток, повторяется 2-3 раза в день; 1-2 часов; 1-1,5 327.ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМКИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ	ПК-1 ПК-2
А* крылонебное венозное сплетение Б лицевую артерию В щитовидную железу Г крылочелюстной нерв	ПК-1 ПК-2

328.ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПЕРИКРОНАРИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В	
<ul style="list-style-type: none"> А удалении зуба антагониста Б* перикоронаротомии В применении ротовых антисептических ванночек Г удалении зуба 	
329.ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТОТОМИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ	ПК-1 ПК-2
<ul style="list-style-type: none"> А прорастает в верхнечелюстной синус Б* разрушает костное дно полости носа В прорастает поднадкостнично Г располагается в области премаляров 	ПК-1 ПК-2
330.ДЛЯ УСКОРЕНИЯ АБСЦЕДИРОВАНИЯ НАЗНАЧАЮТ	ПК-3
<ul style="list-style-type: none"> А грязевую аппликацию Б* УВЧ в субэритемных дозах В УВЧ в нетепловой дозе Г парафинотерапию 	
331.ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-9
<ul style="list-style-type: none"> А территориальный фонд ОМС Б министерство здравоохранения В* бюро медико-социальной экспертизы Г Федеральное медико-биологическое агентство 	
332.ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ (ВЫДАЧИ) ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-9
<ul style="list-style-type: none"> А острое заболевание Б травма В* хроническое заболевание в период ремиссии Г обострение хронического заболевания 	
333.ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ПРОДЛЕВАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СРОКАХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ (В ДНЯХ)	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-9
<ul style="list-style-type: none"> А 14 Б 7 В 10 Г* 15 	
334.КАКАЯ МЫШЦА ПОДНИМАЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ?	ОПК-4 ПК-1
<ul style="list-style-type: none"> А* собственно жевательная Б круговая рта 	ОПК-4 ПК-1

В подбородочно-подъязычная	
Г грудино-ключично-сосцевидная	
335.ДВУБРЮШНАЯ МЫШЦА НАЧИНАЕТСЯ ОТ	
А linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости	
Б spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка	
В* сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти	
Г spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости	
336.К ОДОНТОГЕННОЙ ОТНОСИТСЯ _____ КИСТА ЧЕЛЮСТИ	ОПК-4 ПК-1
А* фолликулярная	
Б глобуломаксиллярная	
В носонебная	
Г носоальвеолярная	
337.В ПОДНИМАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ УЧАСТВУЕТ	ОПК-4 ПК-1
А верхняя часть височной мышцы	
Б* латеральная крыловидная мышца	
В жевательная мышца	
Г медиальная крыловидная мышца	
338.НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ КРАЙ _____	ОПК-4 ПК-1
А передний; m. masseter	
Б задний; ветви нижней челюсти	
В* нижний; тела нижней челюсти	
Г нижний; скуловой дуги	
339.ПОДЪЕМ МЯГКОГО НЕБА, РАЗДЕЛЕНИЕ РОТОВОЙ И НОСОВОЙ ПОЛОСТИ, СУЖЕНИЕ ГЛОТОЧНОГО ОТВЕРСТИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ МЫШЦА	ОПК-4 ПК-1
А небно-глоточная	
Б* поднимающая мягкое небо	
В языко-глоточная	
Г напрягающая мягкое небо	
340.ЗАМЕДЛЕННОЕ, ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	ОПК-4 ПК-1
А болевого шока	
Б приступа бронхиальной астмы	
В* сердечно-сосудистого коллапса	ОПК-4 ПК-1

Г анафилактического шока 341.НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ	
А наружная пластинка крыловидного отростка Б подвисочный гребень основной кости В* внутренняя поверхность ветви нижней челюсти Г шиловидный отросток 342.КРЫЛОВИДНО-НЕБНАЯ ЯМКА СООБЩАЕТСЯ С ГЛАЗНИЦЕЙ ЧЕРЕЗ	ОПК-4 ПК-1
А среднюю глазничную щель Б верхнюю глазничную щель В клиновидно-небное отверстие Г* нижнюю глазничную щель 343.ТЯНЕТ ЯЗЫК НАЗАД И ВВЕРХ _____ МЫШЦА	ОПК-4 ПК-1
А подъязычно-язычная Б небно-язычная В* шило-язычная Г подбородочно-язычная 344.СЛЮННОЙ КАМЕНЬ ИЗ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ОКОЛОУШНОГО ПРОТОКА УДАЛЯЮТ _____ ЖЕЛЕЗЫ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2
А внутриротовым доступом с удалением дольки Б наружным доступом с сохранением В* внутриротовым доступом с сохранением Г наружным доступом с удалением дольки 345.ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТАЛКИВАНИЯ КОНКРЕМЕНТА В ЖЕЛЕЗУ ПРИ УДАЛЕНИИ ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПО ОТНОШЕНИЮ К НЕМУ	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ОПК-8
А бужирование Б прошивание медиально В наливку Г* прошивание дистально 346.ПРИ КОСТНОМ АНКИЛОЗЕ ПРОВОДЯТ	ОПК-4 ПК-1
А* артропластику Б ортодонтическое лечение В физиотерапевтическое лечение Г редрессацию 347.ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ	ПК-1 ПК-2
А множественных полостях в железе	ПК-1 ПК-2

<p>Б наличии гнойного отделяемого из протоков</p> <p>В сильных болях</p> <p>Г* абсцедировании железы</p> <p>348.ПРИ КИСТЕ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОКРУЖАЮЩИЕ ТКАНИ С НЕЙ</p>	
<p>А инфильтрированы</p> <p>Б* не спаяны</p> <p>В спаяны</p> <p>Г не инфильтрированы</p> <p>349.БОЛИ ПРИ АУРИКУЛО - ТЕМПОРАЛЬНОМ СИНДРОМЕ МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А инфраорбитальной</p> <p>Б аппликационной переднего отдела носовой полости</p> <p>В внутрикожной впереди козелка уха</p> <p>Г* в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги</p> <p>350.ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СОСТОЯНИИ КОСТНЫХ СОСТАВНЫХ ВНЧС ДАЕТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А сцинтиграфия</p> <p>Б контрастная сиалогграфия</p> <p>В* компьютерная томография ВНЧС</p> <p>Г УЗИ околоушно-жевательной области</p> <p>351.ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС У ДЕТЕЙ ДИСПРОПОРЦИЯ РОСТА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* характерной</p> <p>Б характерной только для девочек</p> <p>В характерной только для мальчиков</p> <p>Г не характерной</p> <p>352.ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ СВЯЗАНО С</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* хроническим одонтогенным воспалительным процессом</p> <p>Б изменением локального кровоснабжения участка челюсти</p> <p>В механическими нагрузками на локальный участок челюсти</p> <p>Г интенсивным делением клеток зубной пластинки</p> <p>353.К ТИПИЧНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ОТНОСЯТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А* взбухание подъязычных валиков</p> <p>Б затрудненное открывание рта</p> <p>В отек и гиперемия щечных областей</p>	ОПК-4 ПК-1

Г асимметрию лица 354.ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА В ЧЕЛЮСТИ РАЗЛИЧАЮТ ОСТЕОМИЕЛИТ	
А* ограниченный, очаговый, разлитой Б острый, подострый, хронический, обострившийся В острый, подострый Г легкой, средней тяжести и тяжелая форма 355.К ТИПИЧНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ	ОПК-4 ПК-1
А отек крылочелюстной складки Б* затрудненное открывание рта В гиперемию и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой Г отек и гиперемию щечных областей 356.ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ	ОПК-4 ПК-1
А* поражения головного мозга Б бронхиальной астмы В пневмосклероза Г медиастенита 357.ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С	ОПК-4 ПК-1
А флегмоной височной области Б обострением хронического гайморита В* флегмоной щечной области Г ангиной Людвига 358.АКТИНОМИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А* специфическим воспалительным заболеванием Б вирусным заболеванием В неспецифическим воспалительным заболеванием Г дистрофическим процессом 359.ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А травма плохо изготовленным протезом Б возраст больного В* зуб или корень зуба в линии перелома Г острый лимфаденит 360.АКТИНОМИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А неспецифическим воспалительным процессом	ОПК-5 ПК-2 ПК-7

<p>Б* специфическим воспалительным процессом</p> <p>В пороком развития тканей</p> <p>Г опухолеподобным процессом</p> <p>361.ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ</p>	
<p>А синусит</p> <p>Б* обморок</p> <p>В альвеолит</p> <p>Г периостит</p> <p>362.ДЛЯ НЕИНГАЛЯЦИОННОГО НАРКОЗА ПРИМЕНЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А закись азота</p> <p>Б трилен</p> <p>В* гексенал</p> <p>Г эфир</p> <p>363.ТРИМЕКАИН ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ _____ ИНЪЕКЦИИ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А внутрелигаментарной</p> <p>Б* проводниковой</p> <p>В спонгиозной</p> <p>Г инфильтративной</p> <p>364.ШИНОЙ ВАНКЕВИЧ НАЗЫВАЮТ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А приспособление для приема пищи</p> <p>Б пластмассовую шину, охватывающую зубы, плотно прилежащую к десневому краю и опирающейся на альвеолярный отросток челюсти</p> <p>В* шину, фиксируемую на зубах верхней челюсти, с боковыми крыльями-пилотами, опущенными вниз</p> <p>Г шину, состоящую из базисных пластинок на альвеолярный отросток челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины имеется отверстие для приема пищи</p> <p>365.ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИЕЙ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-3
<p>А* резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани</p> <p>Б пролиферация и дифференциация клеточных элементов</p> <p>В появление первичных костных структур</p> <p>Г реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость</p> <p>366.СРОК ИММОБИЛИЗАЦИИ ЗУБА ПРИ ЕГО ВЫВИХЕ СОСТАВЛЯЕТ (В НЕДЕЛЯХ)</p>	
<p>А 2-3</p>	УК-3 ОПК-10

Б 5-6 В 4-5 Г* 3-4 367.ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АСПИРАЦИОННОЙ АСФИКСИИ НА ПОЛЕ БОЯ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-7
А трахеотомия Б введение воздуховода В удаление инородного тела Г* расположение раненого на бок или живот 368.ВТОРОЙ СТАДИЕЙ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А появление первичных костных структур Б* пролиферация и дифференциация клеточных элементов В реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость Г резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани 369.ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А периостита Б постлучевой некрэктомии В* удаления доброкачественных опухолей Г склерозирующей терапии 370.ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЛИЧА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРОВОДЯТ	ПК-1 ПК-2
А мобилизацией непарализованных мышц лица Б проведением электромиостимулирующих мероприятий В* подсадкой к лицевому нерву участков двигательных нервов, расположенных вблизи Г использованием мышц с пластикой по Филатову 371.УЧАСТКОМ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО КРУГЛОГО СТЕБЕЛЬЧАТОГО ЛОСКУТА ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А предплечье Б внутренняя поверхность бедра В внутренняя поверхность плеча Г* передне-боковая поверхность живота 372.КРУГЛОСТЕБЕЛЬЧАТЫЙ ЛОСКУТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПОДГОТОВЛЕННЫМ К МИГРАЦИИ, ЕСЛИ СТЕБЕЛЬ В ТЕЧЕНИЕ _____ МИНУТ ПОСЛЕ ПЕРЕЖАТИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НЕ МЕНЯЕТСЯ В ЦВЕТЕ И НЕ ХОЛОДЕЕТ	ПК-1 ПК-2

<p>А* 60</p> <p>Б 20</p> <p>В 40</p> <p>Г 10</p> <p>373.СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ _____ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ</p>	ОПК-1 ОПК-2
<p>А* принципов</p> <p>Б факторов</p> <p>В приоритетов</p> <p>Г направлений</p> <p>374.ПИСЬМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ ГРАЖДАНИНА, ПОСТУПИВШЕЕ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ, ОРГАНЫ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ, ДОЛЖНО БЫТЬ РАССМОТРЕНО В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ СО ДНЯ _____ ПИСЬМЕННОГО ОБРАЩЕНИЯ</p>	УК-3 ОПК-1
<p>А 48; отправления</p> <p>Б 22; поступления</p> <p>В 32; написания</p> <p>Г* 30; регистрации</p> <p>375.ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СНИЖЕНИЕ РЕЙТИНГА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ РОСТ</p>	УК-4 ОПК-1 ОПК-2 ОПК-7 ОПК-9
<p>А* количества обоснованных жалоб</p> <p>Б заболеваемости с временной утратой трудоспособности</p> <p>В впервые выявленных заболеваний</p> <p>Г числа пролеченных больных</p> <p>376.К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А большие размеры (более 3 зубов в полости)</p> <p>Б прорастание кисты в полость носа</p> <p>В деструкцию наружной кортикальной пластинки челюсти</p> <p>Г* небольшие размеры (до 3 зубов в полости)</p> <p>377.К ИСТИННЫМ ОПУХОЛЯМ ИЗ ФИБРОЗНОЙ ТКАНИ ОТНОСЯТ</p>	ПК-1 ПК-2
<p>А фиброматоз десен</p> <p>Б эпulis</p> <p>В амелобластому</p> <p>Г* твердую фиброму</p> <p>378.ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ С ИНТЕРВАЛОМ В 2 НЕДЕЛИ, ПРИ НАЧАЛЕ БЫСТРОГО АКТИВНОГО РОСТА ПОКАЗАНО ДЕТЯМ С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕАНГИОМОЙ В СТАДИИ</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-3
<p>А начала инволюции</p>	ПК-1 ПК-2

Б* начальных проявлений В резидуальных проявлений Г выраженной инволюции 379.РЕДУКЦИЯ ЛИПОЛИЗА, ГЛИКОГЕНОЛИЗА, ГЛЮКОНЕОГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАНТИЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ	
А* бета-блокаторов Б антибиотиков В преднизолона Г рекомбинантного интерферона 380.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ПРЕДРАКОВОГО ГИПЕРКЕРАТОЗА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А комбинированное лечение Б лучевая терапия В химиотерапия Г* криодеструкция 381.ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ СЧИТАЮТ ИССЛЕДОВАНИЕ ____ ОПУХОЛИ	ПК-1 ПК-2
А распространенности Б* полученного при пункции клеточного состава В участка удаленной Г удаленной 382.ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭНДОФИТНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А гиперкератоз Б гумма В* трещина Г некроз слизистой 383.К НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ОТНОСИТСЯ ОПУХОЛЬ	ПК-1 ПК-2
А аденолимфома Б* липома В гемангиома Г онкоцитомы 384.К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БОЛЬШИНСТВА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТНОСЯТ	ОПК-4 ПК-1
А изъязвление образования Б* наличие соединительнотканной капсулы В некроз тканей опухоли	ОПК-4 ПК-1

Г инфильтративный рост 385.СИНОНИМОМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ	
А* бурая опухоль Б ретенционная киста В красная опухоль Г серая опухоль 386.МЯГКУЮ ОДОНТОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С	ОПК-4 ПК-1
А полиморфной аденомой Б остеомиелитом челюсти В* гигантоклеточной опухолью Г гемангиомой 387.РАК ВЕРХНЕЙ ГУБЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ В	ОПК-4 ПК-1
А легкие и кости гематогенным путем Б* поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы В подподбородочные лимфоузлы Г глубокие шейные лимфоузлы 388.ТВЕРДАЯ И МЯГКАЯ ФИБРОМА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ	ОПК-4 ПК-1
А* щек Б губы В дна полости рта Г альвеолярного отростка 389.В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А склеротерапия Б гормональная терапия В* хирургический Г близкофокусная рентгенотерапия 390.ОПЕРИРОВАТЬ РЕБЕНКА С ИЗОЛИРОВАННЫМ НЕСКВОЗНЫМ НЕСРАЩЕНИЕМ НЕБА РЕКОМЕНДОВАНО В ВОЗРАСТЕ	ПК-1 ПК-2
А в младшем школьном Б в старшем школьном В* дошкольном Г до года 391.ПРИ ОБШИРНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ГЛУБОКИХ СЛОЕВ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ	ПК-1 ПК-2
А гормонотерапии	ОПК-5 ПК-2

<p>Б* радиочастотной абляции</p> <p>В криодеструкции</p> <p>Г курса пропранолола</p> <p>392.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ 96% ЭТАНОЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ</p>	
<p>А дезагреганта</p> <p>Б гемостатика</p> <p>В гемостатика</p> <p>Г* склерозанта</p> <p>393.ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ С ПОРАЖЕНИЕМ НЕСКОЛЬКИХ АНАТОМИЧЕСКИХ ЗОН И КРОВΟΣНАБЖЕНИЕМ ИЗ БАСЕЙНА НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДОВ ПОВЕРХНОСТНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ УСТРАНЯЮТСЯ</p>	ОПК-5 ПК-2
<p>А* лазерной абляцией</p> <p>Б сеансом криодеструкции</p> <p>В курсом гормонотерапии</p> <p>Г проведением электрокоагуляции</p> <p>394.ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А кровотечение из носа</p> <p>Б кровотечение из наружного слухового прохода</p> <p>В патологическая подвижность верхней челюсти</p> <p>Г* ликворея</p> <p>395.ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А костей носа в боковой проекции</p> <p>Б скуловой дуги</p> <p>В обзорное костей лицевого скелета в прямой проекции</p> <p>Г* обзорное костей лицевого скелета в аксиальной проекции</p> <p>396.К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ ОПК-4 ПК-1</p>	
<p>А нарушение положения зуба</p> <p>Б* уплощение скуловой области</p> <p>В удлинение нижней трети лица</p> <p>Г разрыв слизистой полости рта</p> <p>397.ПРИ ПОЛНОМ ПЕРЕЛОМЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЛИНИЯ ПЕРЕЛОМА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ</p>	ОПК-4 ПК-1
<p>А толщу губчатого вещества</p> <p>Б наружную компактную пластинку и губчатое вещество</p>	ОПК-4 ОПК-10 ПК-1

В* всю толщу альвеолярного отростка Г внутреннюю компактную пластинку 398.НАЛИЧИЕ КРОВИ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЧЕРЕПНОМОЗГОВОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ	
А эпидурального кровоизлияния Б сотрясения головного мозга В субдурального кровоизлияния Г* субарахноидального кровоизлияния 399.ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ ПУТЕМ СОЕДИНЕНИЯ ЕЕ СТенок СВЕРТКОМ ФИБРИНА С ОБРАЗОВАНИЕМ НА ПОВЕРХНОСТИ СТРУПА, ПОД КОТОРЫМ ПРОИСХОДИТ ЗАМЕЩЕНИЕ ФИБРИНА ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНЬЮ, ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ И ОБРАЗОВАНИЕ РУБЦА, ОТНОСЯТ К _____ НАТЯЖЕНИЮ	ПК-1 ПК-2
А вторичному Б частично первичному В* первичному Г частично вторичному	
400. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ОТНОСЯТ	ОПК-4 ПК-1
А затрудненное жевание Б* его отек и инфильтрат В асимметрию лица Г отек крыло-нижнечелюстной складки 401. ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А менингоэнцефалит Б* слюнной свищ В абсцесс головного мозга Г рубцовый выворот верхней губы 402. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АНГИНЫ ЛЮДВИГА ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крылочелюстной областей Б вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта В* гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта Г ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка 403. ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ	ПК-1 ПК-2 ПК-3
А ксеростомия	ОПК-5 ПК-2

Б* ее деформация В диплопия Г паралич лицевого нерва 404. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОЙ ФЛЕГМОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ	
А непереносимость местного анестетика Б высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле В наличие Метилпарабена в карпуле местного анестетика Г* нагноение гематомы после выполнения анестезии 405. ЦИКЛ РАЗВИТИЯ КАРБУНКУЛОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ (В ДНЯХ)	ОПК-4 ПК-1
А 5-7 Б 12-14 В 8-10 Г* 15-18 406. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В	ОПК-4 ПК-1
А около-ушно-жевательную область Б щечную область В* крыловидно-нижнечелюстное пространство Г венозные синусы головного мозга 407. ОДОНТОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ОТ	ОПК-4 ПК-1
А лимфоузлов околоушной области Б зубов верхней челюсти В лимфоузлов щечной области Г* зубов нижней челюсти 408. ЯЗВА ГУБЫ БЛЮДЦЕОБРАЗНОЙ ФОРМЫ С ПРИПОДНЯТЫМИ КРАЯМИ, ИМЕЮЩАЯ РОВНУЮ БЛЕСТЯЩУЮ ПОВЕРХНОСТЬ, БЕЗБОЛЕЗНЕННАЯ НА ВЕРХНЕЙ ГУБЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ	ОПК-4 ПК-1
А* первичного сифилиса Б актиномикоза В трофической язвы Г туберкулеза 409. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ У ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЙ РЕЗЦОВОГО КАНАЛА	ОПК-4 ПК-1
А прерывиста Б не определяется В увеличена Г* сохранена	ОПК-4 ПК-1

410. ОПРЕДЕЛИТЬ ФОРМУ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ПОЗВОЛЯЕТ	
А компьютерная капилляроскопия Б* морфологическое исследование В иммуногистохимическое исследование Г ангиография	
411. МЛАДЕНЧЕСКАЯ РЕТРОГЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	ОПК-4 ПК-1
А несмыкание зубных валиков по вертикали Б медиальное положение нижней челюсти при рождении и в первые месяцы жизни В* дистальное положение нижней челюсти во время рождения и в первые месяцы жизни Г дистальное положение нижней челюсти от 6 месяцев до 1 года	
412. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСПОЛАГАЮТСЯ В ОБЛАСТИ	ОПК-4 ПК-1
А брюшной полости Б верхних конечностей В* головы и шеи Г нижних конечностей	
413. ДИСТОПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	ОПК-4 ПК-1
А неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку Б задержку сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба В* неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномальное его расположение в челюсти Г поворот зуба на 180 градусов вокруг своей оси	
414. К ОДОНТОГЕННЫМ КИСТАМ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ КИСТА	ОПК-4 ПК-1
А зубосодержащая Б* глобуломаксиллярная В прорезывания Г фолликулярная	
415. К СЕНОТРАНСПЛАНТАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У	
А* животного Б близкого родственника В самого пациента Г трупа	
416. ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЛИЧА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРОВОДЯТ	ОПК-5 ПК-2

<p>А мобилизацией непарализованных мышц лица</p> <p>Б использованием мышц с пластикой по Филатову</p> <p>В проведением электромиостимулирующих мероприятий</p> <p>Г* подсадкой к лицевому нерву участков двигательных нервов, расположенных вблизи</p> <p>417. К МЕСТНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА ГУБ ОТНОСЯТ</p>	ПК-2 ПК-3
<p>А гиперпигментацию</p> <p>Б парез лицевого нерва</p> <p>В рубцовую деформацию</p> <p>Г* некроз лоскутов</p> <p>418. ЭТАПНОСТЬ ЗАЖИВЛЕНИЯ КОЖНЫХ РАН ЛИЦА ВКЛЮЧАЕТ</p>	ПК-2 ПК-3
<p>А формирование новых тканей в дефекте и преобразование их в регенерат, вне раневой вставочный рост</p> <p>*Б контракция раны, вне раневой вставочный рост, формирование новых тканей в дефекте и преобразование их в регенерат</p> <p>В эпителизация, контракция раны, раневой фибриллогенез</p> <p>Г раневой фибриллогенез, контракция раны, вне раневой вставочный рост</p> <p>419. ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ)</p>	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-9
<p>А* в день признания его временно нетрудоспособным</p> <p>Б по желанию пациента</p> <p>В с первого дня заболевания или травмы</p> <p>Г при окончании лечения</p> <p>420. ДОКУМЕНТОМ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЛИ ТРАВМЕ, НАСТУПИВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО, ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-9
<p>А* листок нетрудоспособности с указанием кода 21</p> <p>Б листок нетрудоспособности на 3 дня</p> <p>В справка на все дни</p> <p>Г выписка из протокола решения врачебной комиссии</p> <p>421. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВЫДАЁТСЯ (ФОРМИРУЕТСЯ) СРОКОМ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ____ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ</p>	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-9
<p>А 20</p> <p>Б* 7</p>	ПК-1 ПК-2

В 30 Г 10 422. СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛИВАЕТСЯ	
А* направлением тяги мышц Б формой прикуса В формой нижней челюсти Г направлением удара 423. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	ПК-1 ПК-2
А анкилоз Б обезображивание лица В ложный сустав Г* остеомиелит 424. К ВИДАМ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ	ОПК-4 ПК-1
А средний Б боковой правый В* односторонний Г боковой левый 425. ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ	ОПК-4 ПК-1
А двустороннем ангулярном переломе нижней челюсти Б суборбитальном переломе верхней челюсти В* суббазальном переломе верхней челюсти Г отрыве альвеолярного отростка 426. ПРИ ПОЛНОМ ПЕРЕЛОМЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЕГО ЛИНИЯ ПРОХОДИТ	ОПК-4 ПК-1
А через лунку клыка Б через наружную компактную пластинку и губчатое вещество В* через всю толщу альвеолярного отростка Г в области подбородочного симфиза 427. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИМЕНЯЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ	ОПК-4 ПК-1
А скуловой дуги Б костей носа в боковой проекции В обзорное костей лицевого скелета в прямой проекции Г* обзорное костей лицевого скелета в аксиальной проекции 428. ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ К	УК-1 ОПК-4

	ПК-2
А* амидам Б аминам В производным изохинолина Г адамантильным радикалам 429. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А комбинированное Б* местное В нейрорептаналгезия Г общее (наркоз) 430. НОРАДРЕНАЛИН ВЫЗЫВАЕТ	ПК-1 ПК-2
А* спазм артерий и вен Б спазм артерий и расширение вен В расширение артерий и спазм вен Г расширение артерий и вен 431. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А применить дыхательный аналептик Б ввести анальгетик В наложить компрессионную повязку Г* уложить больного лицом вниз 432. ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ	ПК-1 ПК-2
А компрессионно-дистракционным аппаратом Б* спицей В минипластинами Г стальной проволокой 433. НАДЕСНЕВАЯ ШИНА ПОРТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ _____	ПК-1 ПК-2
А наличии на каждом отломке; не менее трех рядом стоящих зубов Б* переломе; у больных с полным отсутствием зубов В наличии на каждом отломке; не менее двух рядом стоящих зубов Г наличии на каждом отломке; не менее четырех рядом стоящих зубов 434. ПЕРВОЙ СТАДИЕЙ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	ПК-1 ПК-2
А* реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость Б появление первичных костных структур В резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани	ПК-1 ПК-2

Г пролиферация и дифференциация клеточных элементов 435. ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ	
А наружными швами Б пластмассовым вкладышем В коллодийной повязкой Г* тампоном, пропитанным йодоформом 436. БАРАБАННАЯ СТРУНА ВЫХОДИТ ИЗ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ	ОПК-4 ПК-1
А рваное отверстие Б шилососцевидное отверстие В* каменисто-барабанную щель Г овальное отверстие 437. К НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ	ОПК-4 ПК-1
А* внутреннюю поверхность тела нижней челюсти Б слизистую оболочку дна полости рта В челюстно-подъязычную мышцу Г подбородочно-язычную и подъязычную мышцы 438. ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4 ПК-1
А* лобный отросток скуловой кости Б чешуя височной кости В подвисочный гребень основной кости Г скуловая дуга 439. ПЕРЕДНЯЯ ГРАНИЦА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	ОПК-4 ПК-1
А боковую стенку глотки Б* межкрыловидную фасцию В медиальную крыловидную мышцу Г боковые отростки предпозвоночной фасции 440. ПОДКОЖНУЮ МЫШЦУ ШЕИ ИННЕРВИРУЮТ ВОЛОКНА	ОПК-4 ПК-1
А краевой ветви нижней челюсти Б подъязычного нерва В возвратного гортанного нерва Г* шейной ветви лицевого нерва 441. ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНАЯ СЛЮННАЯ ЖЕЛЕЗА РАСПОЛОЖЕНА В _____ ПРОСТРАНСТВЕ	ОПК-4 ПК-1
А* поднижнечелюстном Б жевательном	ОПК-4 ПК-1

В окологлоточном Г крылочелюстном 442. ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ	
А внутренняя поверхность ветви нижней челюсти Б щечно-глоточный шов В наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы Г* околоушная железа 443. КРЫЛОВИДНО-НЕБНАЯ ЯМКА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ РТА ЧЕРЕЗ	ОПК-4 ПК-1
А* большой небный канал Б зрительный канал В клиновидно-небное отверстие Г крыловидный канал 444. ЗАЧАТКИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЗАКЛАДЫВАЮТСЯ НА _____ МЕСЯЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ	ОПК-4 ПК-1
А* седьмом Б первом В третьем Г девятом 445. ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ ВТОРОГО ПОРЯДКА ДЛЯ ЩЕЧНЫХ И НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ УЗЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ _____ УЗЛЫ	ОПК-4 ПК-1
А шейные Б околоушные В* поднижнечелюстные Г носогубные 446. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ	ПК-1 ПК-2
А множественных полостях в железе Б* неэффективной консервативной терапии В сильных болях Г наличии гнойного отделяемого из протоков 447. СПОСОБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В	ПК-1 ПК-2
А проведении сцинтиграфии Б* промывании протока растворами антисептика В удалении части слюнного камня Г проведении сиалографии 448. СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ СТИМУЛИРУЕТ	ОПК-4 ПК-1 ПК-2

А йодистый калий Б атропин В* пилокарпин Г хлористый кальций	
449. ЛЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В	ОПК-5 ПК-2
А лучевой терапии Б* симптоматической терапии В бужировании протоков Г контрастной сиалографии	
450. УСТРАНЕНИЕ ЗОНЫ АРТЕРИОВЕНОЗНОГО СБРОСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ	ОПК-5 ПК-2
А* эндоваскулярной окклюзии Б криодеструкции В электрокоагуляции Г гормонотерапии	
456. ДИСТАНЦИОННОЕ ОКАЗАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ — ЭТО:	ОПК-1
1) телематика;	
*2) телемедицина;	
3) медицинская телематика;	
4) телеметрия.	
457. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, УСЛУГИ И СИСТЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РАССТОЯНИИ, А ТАКЖЕ ОБУЧЕНИЕ, УПРАВЛЕНИЕ И ПРОВЕДЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ, НАЗЫВАЮТСЯ:	ОПК-1
1) телематикой;	
2) телемедициной;	
*3) медицинской телематикой;	
4) телеметрией.	
458. НАПРАВЛЕНИЕ «ТЕЛЕХИРУРГИЯ И ДИСТАНЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ» ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ВАРИАНТОМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:	ОПК-1 ОПК-9
1) советы спасателям;	
2) телемедицинское лабораторное обследование;	
*3) телемедицинское функциональное обследование;	
4) врачебная телемедицинская консультация.	
459. В КАКОМ ДОКУМЕНТЕ ОПРЕДЕЛЕНА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ?	ОПК-1 ОПК-8 ПК-5
1) Концепция национальной безопасности РФ;	
2) Доктрина информационной безопасности РФ;	

3) Закон РФ;	
*4) Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ	
460. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ С ПОМОЩЬЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ И ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ УСЛУГ – ЭТО:	ОПК-1 ОПК-9
1) телемедицина;	
*2) телемедицинская услуга;	
3) медицинская телематика;	
4) телеметрия.	
461. ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗАДАЧЕЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:	ОПК-6 ОПК-8 ОПК-9 ПК-5
1) ведение годовой отчетности;	
2) регулирование стоимости медицинских услуг;	
*3) мониторинг состояния здоровья населения;	
4) увеличение объема медицинских услуг.	
462. СТАТИСТИЧЕСКОЙ ЗАДАЧЕЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:	ОПК-1 ОПК-9
*1) ведение годовой отчетности;	
2) регулирование стоимости медицинских услуг;	
3) обслуживание удаленных субъектов, устранение изоляции;	
4) мониторинг состояния здоровья населения.	
463. КАЧЕСТВЕННОЙ ЗАДАЧЕЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:	ОПК-1
*1) повышение уровня обслуживания;	
2) ведение годовой отчетности;	
3) регулирование стоимости медицинских услуг;	
4) мониторинг состояния здоровья населения.	
464. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЕ РЕГИСТРЫ	ОПК-1
*1) содержат информацию об определенных контингентах больных	
2) содержат справочную информацию	
3) содержат информацию по стандартизации	
4) созданы для обработки всевозможной статистической информации	
5) позволяют учитывать нагрузку медицинского персонала	
465. ТЕРМИН «ТЕЛЕМЕДИЦИНА» ПРЕДЛОЖЕН	ОПК-1
*1) R.Mark (1974)	
2) T.Gasparian (1970)	
3) S.Hocking (1985)	
4) N.Bohr (1921)	
466. ОСНОВНЫЕ УЧАСТНИКИ СОЗДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ СИСТЕМ?	ОПК-1 ОПК-9
1) врач	
2) врач, программист	
*3) врач, математик, программист	
4) математик	

467. МЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ:	ОПК-1 ОПК-9
1) Выдачи информации по запросу пользователя	
2) автоматизации лечебного процесса	
*3) диагностики патологических состояний и выработки рекомендаций по способам лечения	
4) информационной поддержки деятельности врача соответствующей специальности	
5) выдачи информации об определенных контингентах больных	
468. ПРИБОР КАРДИОАНАЛИЗАТОР ОТНОСИТСЯ К СЛЕДУЮЩЕМУ КЛАССУ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ (МИС):	ОПК-1
*1) приборно-компьютерные системы	
2) информационно-справочные системы	
3) автоматизированное рабочее место врача	
4) МИС уровня МО	
5) МИС федерального уровня	
469. СВЯЗЬ ПО СХЕМЕ «ТОЧКА – ТОЧКА», ЧТО ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОБСУЖДЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ С КОНСУЛЬТАНТОМ, ОРГАНИЗУЕТСЯ В РАМКАХ ТАКОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ, КАК...	ОПК-1 ОПК-9
*1) телемедицинская консультация	
2) телемониторинг	
3) телемедицинское совещание	
4) телемедицинская лекция	
5) дистанционная медицинская помощь	
470. РЕЖИМ, КОТОРЫЙ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ОБЩЕНИЕ БОЛЬНОГО ИЛИ ЕГО ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА С КОНСУЛЬТАНТОМ В ИНТЕРАКТИВНОМ РЕЖИМЕ, - ЭТО...	ОПК-1 ОПК-9
*1) on-line режим	
2) off-line режим	
3) режим чтения	
4) режим записи	
5) режим отсроченной передачи данных	
471. ВИДОМ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, КОГДА СПЕЦИАЛИСТ КОНСУЛЬТИРУЕТ ВРАЧА С БОЛЬНЫМ ИЛИ ВРАЧА БЕЗ БОЛЬНОГО, ЯВЛЯЕТСЯ...	ОПК-1 ОПК-9
*1) врачебная телемедицинская консультация	
2) телемедицинское функциональное или лабораторное обследование	
3) советы спасателям	
4) советы населению	
5) консилиум	
472. ВИДОМ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, КОГДА ВРАЧ-СПЕЦИАЛИСТ КОНСУЛЬТИРУЕТ СОТРУДНИКОВ МОБИЛЬНЫХ СПАСАТЕЛЬНЫХ ОТРЯДОВ, ЯВЛЯЕТСЯ...	ОПК-1 ОПК-9
1) врачебная телемедицинская консультация	

2) телемедицинское функциональное или лабораторное обследование	
*3) советы спасателям	
4) советы населению	
5) консилиум	
473. ВИДОМ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, КОГДА ЖИТЕЛЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ СОВЕТОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ, ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-1 ОПК-9
1) врачебная телемедицинская консультация	
2) телемедицинское функциональное или лабораторное обследование	
3) советы спасателям	
*4) советы населению	
5) консилиум	
474. МЕТОДЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ И ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ – ЭТО...	ОПК-1 ОПК-9
*1) телемедицина	
2) дистанционная медицинская помощь	
3) видеоконференция	
4) телеомедицина	
5) телемониторинг	
475. СВЯЗЬ ПО СХЕМЕ СЕТИ («МНОГО ТОЧЕК»), В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ВСЕ УЧАСТНИКИ МОГУТ ОБЩАТЬСЯ ДРУГ С ДРУГОМ, ОРГАНИЗУЕТСЯ В РАМКАХ ТАКОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ, КАК...	ОПК-1 ОПК-9
1) телемедицинская консультация	
2) телемониторинг	
*3) телемедицинское совещание	
4) телемедицинская лекция	
5) дистанционная медицинская помощь	
476. СВЯЗЬ ПО СХЕМЕ «ТОЧКА - МНОГО ТОЧЕК», ПРИ КОТОРОЙ ЛЕКТОР (ПРЕПОДАВАТЕЛЬ) МОЖЕТ ОБРАЩАТЬСЯ КО ВСЕМ УЧАСТНИКАМ ОДНОВРЕМЕННО, ОРГАНИЗУЕТСЯ В РАМКАХ ТАКОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ, КАК...	ОПК-1
1) телемедицинская консультация	
2) телемониторинг	
3) телемедицинское совещание	
*4) телемедицинская лекция	
5) дистанционная медицинская помощь	
477. СВЯЗЬ ПО СХЕМЕ «ТОЧКА – ТОЧКА», ЧТО ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОБСУЖДЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ С КОНСУЛЬТАНТОМ, ОРГАНИЗУЕТСЯ В РАМКАХ ТАКОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ, КАК...	ОПК-1 ОПК-9
*1) телемедицинская консультация	
2) телемониторинг	
3) телемедицинское совещание	
4) телемедицинская лекция	

5) дистанционная медицинская помощь	
478.ВИДОМ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, КОГДА СПЕЦИАЛИСТ КОНСУЛЬТИРУЕТ ВРАЧА С БОЛЬНЫМ ИЛИ ВРАЧА БЕЗ БОЛЬНОГО, ЯВЛЯЕТСЯ...	ОПК-1 ОПК-9
*1) врачебная телемедицинская консультация	
2) телемедицинское функциональное или лабораторное обследование	
3) советы спасателям	
4) советы населению	
5) консилиум	
479. ВИДОМ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, КОГДА ВРАЧ-СПЕЦИАЛИСТ КОНСУЛЬТИРУЕТ СОТРУДНИКОВ МОБИЛЬНЫХ СПАСАТЕЛЬНЫХ ОТРЯДОВ, ЯВЛЯЕТСЯ...	ОПК-1 ОПК-9
1) врачебная телемедицинская консультация	
2) телемедицинское функциональное или лабораторное обследование	
*3) советы спасателям	
4) советы населению	
5) консилиум	
480. ВИДОМ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, КОГДА ЖИТЕЛЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ СОВЕТОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ, ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-1 ОПК-9
1) врачебная телемедицинская консультация	
2) телемедицинское функциональное или лабораторное обследование	
3) советы спасателям	
*4) советы населению	
5) консилиум	
481.ВИДОМ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, КОГДА ПРОИЗВОДИТСЯ ПЕРЕДАЧА ОБЪЕКТИВНЫХ ДАННЫХ О БОЛЬНОМ С МЕДИЦИНСКОЙ АППАРАТУРЫ, ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-1
1) врачебная телемедицинская консультация	
*2) телемедицинское функциональное или лабораторное обследование	
3) советы спасателям	
4) советы населению	
5) консилиум	
482. ВЫБЕРИТЕ СИСТЕМУ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО ЭКГ-ОБОРУДОВАНИЯ:	ПК-10
1) «Телемост»	
2) «Телерадиология»	
3) «Кардиосистем»	
4) «Телеметрия»	
*5) «Телекард»	
483. КЛАССИФИКАЦИЮ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПО ОБЪЕКТАМ ОПИСАНИЯ СОСТАВИЛ:	ОПК-1 ОПК-9
1) В.Я. Гельман (2001);	
*2) С.1) Гаспарян (2005);	
3) 1)В. Вишневский (1962);	

4) 1)И. Китов (1976).	
484. ДОСТОИНСТВАМИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:	ОПК-1 ОПК-9
1) низкое качество каналов связи	
2) увеличение потерь времени в системе здравоохранения	
*3) преодоление трудностей в диагностике и лечении сложных клинических случаев	
4) повышение затрат на обучение персонала	
5) повышение затрат на транспорт как пациентам, так и врачам	
485. ВЫБЕРИТЕ ПРОСТЕЙШУЮ ТЕХНОЛОГИЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ	ОПК-1
1) телеметрия	
*2) электронная почта	
3) видеоконференция	
4) телемониторинг	
5) консилиум	
486.УКАЖИТЕ, КТО НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ, НАЗНАЧЕННОГО В ХОДЕ телемедицинской консультации	ОПК-1 ОПК-9
1) консультируемый врач	
*2) лечащий врач	
3) руководитель центра телемедицинских консультаций	
4) консультант	
5) администратор сети	
487.ИНТЕРНЕТ–МЕДИЦИНА ВКЛЮЧАЕТ:	ОПК-1
*1) информационную поддержку клинической медицины в вопросах отсроченного консультирования больных	
2) справочную службу в области охраны здоровья, включая лекарственные и диагностические справочники	
3) медико-статистическую информацию	
4) обеспечение доступа к базам данных медицинских и научных библиотек	
5) информацию административно-управленческого характера, в том числе расписание работы врачей и запись на прием к врачу	
6) информацию в области использования и развития телемедицины	
7) научно-медицинскую информацию о проведения конференций, выставок	
8) систему охранного видеонаблюдения	
488. В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЯЕТ:	ОПК-3
А. развлекательную функцию	
Б. коммуникативную функцию	
В. диагностическую функцию	
Г. нет правильного ответа	
Д. все ответы правильные <input type="checkbox"/>	
489. ВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ ИСПОЛЬЗУЕТ В КАЧЕСТВЕ ЗНАКОВОЙ СИСТЕМЫ:	УК-3 УК-4 ОПК-3
А. мимику	
Б. пантомимику	

В. речь <input type="checkbox"/>	
Г. нет правильного ответа	
Д. все ответы правильные	
490. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ ОБЩЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:	УК-4 ОПК-3
А. единоличным решением всех вопросов педагогом	
Б. стремлением педагога минимально включаться в деятельность	
В. повышением роли обучающегося во взаимодействии <input type="checkbox"/>	
Г. нет правильного ответа	
Д. все ответы правильные	
491. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОГРАММНЫЕ СРЕДСТВА, ИСПОЛЪЗУЕМЫЕ ДЛЯ НАГЛЯДНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА, ВИЗУАЛИЗАЦИИ ИЗУЧАЕМЫХ ЯВЛЕНИЙ, ПРОЦЕССОВ И ВЗАИМОСВЯЗЕЙ, – ЭТО:	ОПК-3
А. демонстрационные средства <input type="checkbox"/>	
Б. имитационные средства	
В. обучающие средства	
Г. нет правильного ответа	
Д. все ответы правильные	
492. СИСТЕМА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВСЕХ КОМПОНЕНТОВ ПЕД.ПРОЦЕССА, ПОСТРОЕННАЯ НА НАУЧНОЙ ОСНОВЕ, ЗАПРОГРАММИРОВАННАЯ ВО ВРЕМЕНИ В ПРОСТРАНСТВЕ И ПРИВОДЯЩАЯ К НАМЕРЕННЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ, - ЭТО:	ОПК-3
А. педагогическая система	
Б. образование	
В. педагогическая технология <input type="checkbox"/>	
Г. методика	
Д. нет правильного ответа	
493. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩАЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ, ПРОГРАММНЫЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ДЛЯ РАБОТЫ С ИНФОРМАЦИЕЙ, - ЭТО:	УК-3 УК-4 ОПК-3
А. информационная технология	
Б. информационная технология обучения <input type="checkbox"/>	
В. информационный процесс	
Г. нет правильного ответа	
Д. все ответы правильные	
494. ОБУЧАЮЩИЕСЯ НЕ ПОДГОТОВИЛИСЬ К ЗАНЯТИЮ. ЗАДАЧА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ – ВКЛЮЧИТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ЗАНЯТИИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП ЗАДАЧИ:	ОПК-3
А. стратегическая задача	
Б. тактическая задача	
В. оперативная задача <input type="checkbox"/>	
Г. традиционная задача	
Д. нет правильного ответа	
495. ОДНУ ИЗ СТОРОН ОБЩЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩУЮ СОБОЙ ОБМЕН ИНФОРМАЦИЕЙ, НАЗЫВАЮТ:	УК-4

А. коммуникативной <input type="checkbox"/>	
Б. экспрессивной	
В. интерактивной	
Г. перцептивной	
496. ОТСУТСТВИЕ ИНТЕРЕСА К ЛИЧНОСТИ ПАРТНЕРА, ДИАЛОГОВАЯ ФОРМА КОММУНИКАЦИИ, ОТСУТСТВИЕ СТРЕМЛЕНИЯ К ДАЛЬНЕЙШЕМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ - ВСЕ ЭТО ПРИЗНАКИ УРОВНЯ КОММУНИКАЦИИ:	УК-3 УК-4
А. императивного	
Б. формального <input type="checkbox"/>	
В. Манипулятивного	
Г. гуманистического	
497. ВЕРБАЛЬНЫМ СРЕДСТВОМ КОММУНИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:	УК-3 УК-4 ОПК-3
А. речь <input type="checkbox"/>	
Б. почерк	
В. интонация речи	
Г. дистанция общения	
498. ИСХОДНАЯ КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ СХЕМА, ВЕДУЩАЯ ИДЕЯ, МОДЕЛЬ ПОСТАНОВКИ И РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ, ГОСПОДСТВУЮЩАЯ В ТЕЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕННОГО ПЕРИОДА - ЭТО:	УК-4 ОПК-3
А. закон	
Б. концепция	
В. парадигма <input type="checkbox"/>	
Г. доктрина	
499. СИСТЕМА ВЫСШЕГО ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ТАКИЕ БЛОКИ:	УК-3 УК-4 ОПК-3
А. общекультурный блок, психолого-педагогический блок, предметный блок <input type="checkbox"/>	
Б. общекультурный блок и предметный блок	
В. философский, психолого-педагогический, общекультурный блоки	
Г. бакалавриат и магистратура	
500. МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ – ЭТО:	ОПК-3
А. средство управления познавательной активностью студентов и учащихся, элемент культуры и нравственности	
Б. пути, способы создания благоприятных условий для организации учебного, учебно-воспитательного процесса <input type="checkbox"/>	
В. механизмы социализации и просвещения	
Г. категория психолого-педагогических наук, обеспечивающая преемственность в получении образования	
501. КОНТРОЛЬ – ЭТО:	ОПК-3
А. проверка результатов самообучения	
Б. это обратная связь преподавателя с обучающимся в процессе преподавание-обучение, обеспечивающая анализ усвоения знаний, умений,	

навыков и стимулирующая деятельность обеих сторон по оптимизации всех звеньев учебного процесса <input type="checkbox"/>	
В. система оценочно-отметочной деятельности, направленная на формирование адекватного представления об объективно протекающих процессах в социальном континууме	
Г. механизм проверки знаний, умений, навыков учащихся	
502. ЦЕЛОСТНАЯ МОДЕЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, СИСТЕМНО ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ СТРУКТУРУ И СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЕИХ СТОРОН ЭТОГО ПРОЦЕССА (ПЕДАГОГ - ОБУЧАЮЩИЙСЯ), ИМЕЮЩАЯ ЦЕЛЬЮ ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ С ПОПРАВКОЙ НА ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЕГО УЧАСТНИКОВ – ЭТО:	УК-3 УК-4 ОПК-3
А. технология	
Б. план	
В. образовательная технология <input type="checkbox"/>	
Г. проект	
503. ТАКСОНОМИЯ УЧЕБНЫХ ЦЕЛЕЙ ПО Б. БЛУМУ ВКЛЮЧАЕТ:	УК-3 УК-4 ОПК-3
А. знание и осознание	
Б. понимание и применение	
В. оценку и самооценку	
Г. знание, понимание, применение, анализ, синтез, оценку <input type="checkbox"/>	
504. ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:	УК-3 УК-4 ОПК-3
А. результат процесса воспитания	
Б. результат процессов социализации и адаптации	
В. механизм социокультурной среды по приобщению к общечеловеческим ценностям	
Г. результат получения системы знаний, умений, навыков и рациональных способов умственных действий <input type="checkbox"/>	
505. РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ ОБУСЛОВЛЕНО:	ОПК-3
А. прогрессом науки и техники	
Б. заботой родителей о счастье детей	
В. объективной потребностью подготовки человека к жизни и труду <input type="checkbox"/>	
Г. повышением роли воспитания общественной жизни	

ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАЧ ДЛЯ ЭТАПА СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Место хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии среди других медицинских дисциплин. Их взаимосвязь с другими разделами стоматологии и хирургии. Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых.

2. Принципы организации хирургической стоматологической и челюстно-лицевой хирургической помощи населению городов, районных центров и сельской местности. Профилактическое направление, принцип

диспансеризации населения. Организация и оборудование хирургического кабинета поликлиники и отделения челюстно-лицевого хирургического стационара. Инструментарий для обследования органов полости рта, специальный инструментарий и оснащение операционной. Стерилизация инструментов и перевязочного материала. Подготовка рук хирурга к операции.

3. Особенности асептики и антисептики при операциях на лице и в полости рта. Подготовка ротовой полости к операции. Обработка операционного поля. Послеоперационный уход за челюстно-лицевыми хирургическими больными, особенности питания.

4. Медицинская документация в хирургическом кабинете поликлиники и отделении стационара. Показатели работы челюстно-лицевого хирурга. Показания к госпитализации больных челюстно-лицевого хирургического профиля.

5. Особенности обследования больных с заболеваниями, повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и шеи. Рентгенологическое и лабораторное обследование больных в поликлинике и в целях подготовки больного к госпитализации.

6. Цель и задачи анестезиологии в челюстно-лицевой хирургии. Виды обезболивания: общее, местное, комбинированное. Организация анестезиологической службы – оборудование, инструментарий, медикаменты, штаты анестезиологов.

7. Показания к применению различных видов общего обезболивания при операциях на лице, шее и органах ротовой полости. Подготовка больных в условиях поликлиники и стационара. Особенности проведения наркоза и выбор метода в условиях поликлиники.

8. Премедикация. Показания к применению. Особенности проведения в условиях поликлиники и стационара. Клинико-фармакологическая характеристика препаратов, применяемых для премедикации (анальгетики, холиномиметики, седативные, транквилизаторы, антигистаминные средства и др.).

9. Специфика проведения обезболивания у больных с патологией в области лица, шеи и полости рта, в том числе с общими заболеваниями. Показания к различным способам интубационного наркоза (оротрахеального, назотрахеального, через трахеостому). Возможные побочные явления и осложнения во время и в посленаркозном периоде. Принципы реанимации и послеоперационного ухода за больными.

10. История развития местного обезболивания. Характеристика обезболивающих препаратов: новокаин, тримекаин, ксилокаин (лидокаин), ультракаин и другие эффективные средства для местной анестезии. Их преимущества и недостатки. Адреналин, норадреналин, вазопрессин – как составная часть обезболивающих растворов, их действие, дозировка, противопоказания к применению.

11. Криоаналгезия. Апликационная, инфильтрационная анестезия, метод ползучего инфильтрата по А.В. Вишневному. Особенности проведения инфильтрационной анестезии при операциях на мягких тканях лица и альвеолярных отростках челюстей. Показания, противопоказания. Ошибки и осложнения.

12. Туберальная анестезия. Внутриротовой и внеротовой методы. Показания, техника проведения. Зона обезболивания. Ошибки и осложнения, их профилактика и устранение.

13. Инфраорбитальная анестезия. Внутриротовой и внеротовой методы. Блокада подглазничного нерва в орбите по В.Ф. Войно-Ясенецкому. Показания, техника проведения. Зона обезболивания. Ошибки и осложнения, их профилактика и устранение.

14. Небная и резцовая анестезия (внутриротовой и внеротовой методы). Показания, техника проведения. Зона обезболивания. Ошибки и осложнения, их профилактика и устранение.

15. Внутриротовые способы мандибулярной анестезии (пальцевой и аподактильный (по А.Е. Верлоцкому) методы. Торусальная анестезия по М.М. Вейсбрему. Показания. Техника проведения. Зона обезболивания. Ошибки и осложнения, их профилактика и устранение.

16. Внеротовые способы мандибулярной анестезии. Показания. Техника проведения. Зона обезболивания. Ошибки и осложнения, их профилактика и устранение.

17. Блокада язычного и щечного нервов. Ментальная анестезия (внутриротовой и внеротовой методы). Показания. Техника проведения. Зона обезболивания. Ошибки и осложнения, их профилактика и устранение.

18. Блокада по Берше, М.Д. Дубову, В.М. Уварову. Блокада двигательных ветвей III ветви тройничного нерва по П.М. Егорову. Показания. Техника проведения. Ошибки и осложнения, их профилактика и устранение.

19. Блокада II и III ветви тройничного нерва в крылонебной и подвисочной областях по С.Н. Вайсблату. Показания. Техника проведения. Зона обезболивания. Ошибки и осложнения, их профилактика и устранение.

20. Общие осложнения местной анестезии. Обморок, колапс, анафилаксия. Причины возникновения. Клиника и диагностика. Принципы экстренной помощи. Профилактика.

21. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Особенности подготовки больных с сопутствующими заболеваниями (изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями).

22. Удаление отдельных групп зубов и их корней верхней челюсти. Инструментарий. Техника выполнения.

23. Удаление отдельных групп зубов и их корней нижней челюсти. Инструментарий. Техника выполнения.

24. Методика удаления фрактурированных корней. Методика удаления третьего нижнего моляра при ретенции, неполном и/или неправильном его

прорезывании. Выбор оперативного доступа при атипичных операциях удаления зубов в переднем и боковом отделах верхней и нижней челюстей.

25. Обработка лунки и уход за раной после удаления зуба. Особенности заживления раны после удаления зуба. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию.

26. Местные осложнения во время операции удаления зуба. Причины возникновения, методы устранения. Тактика врача при непреднамеренном вскрытии дна верхнечелюстного синуса.

27. Осложнения после операции удаления зуба. Острый край лунки, кровотечение, альвеолит, луночковый остеомиелит, луночковый неврит. Причины возникновения. Тактика и лечебные мероприятия для устранения данных осложнений. Хирургические, фармакологические и биологические методы борьбы с послеоперационным кровотечением. Профилактика данных осложнений.

28. Дистопия и ретенция зубов. Клинические проявления. Показания к хирургическому лечению. Осложнения. Оперативные вмешательства при дистопии и ретенции зубов.

29. Этиология и патогенез гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой и шейной локализации. Роль патологии зубов в развитии и распространении воспалительных процессов. Понятие одонтогенной инфекции, современное представление о ее значении.

30. Острые и обострившиеся хронические периодонтиты. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение. Пути распространения инфекционного процесса.

31. Хронические периодонтиты. Классификация, клиника, рентгенологическая диагностика. Методы хирургического лечения.

32. Резекция верхушки корня зуба. Гемисекция и ампутация корня. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

33. Реплантация и трансплантация зуба. Показания и противопоказания. Подготовка зуба к реплантации, методика его удаления и обработки. Особенности приживления. Возможные осложнения и прогноз.

34. Острые периоститы челюстей. Патогенетическая связь с периодонтитом и

распространение воспалительного процесса в зависимости от расположения корней различных групп зубов. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение. Показания к удалению зуба при остром периостите челюстей.

35. Систематика остеомиелитов челюстей. Роль микрофлоры, антибактериальной резистентности, иммунологического статуса больного и анатомических особенностей челюстей в развитии заболевания. Современные представления о патогенезе. Патологическая анатомия.

36. Клиника и дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита челюстей. Комплексное лечение: хирургическое и медикаментозное. Исход и возможные осложнения.

37. Подострая и хроническая фазы одонтогенного остеомиелита челюстей. Особенности клинического течения при поражении верхней и нижней челюстей. Диагностика. Рентгенологическая характеристика различных форм

хронического одонтогенного остеомиелита (деструктивной, продуктивной, деструктивно-продуктивной). Сроки и методы оперативного лечения. Возможные осложнения. Реабилитация.

38. Хирургическая анатомия межфасциальных и межмышечных клетчаточных пространств головы и шеи. Пути распространения инфекционного процесса в мягких тканях челюстно-лицевой области и шеи. Классификация абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

39. Общая клиническая характеристика абсцессов и флегмон околочелюстных и смежных областей. Местные проявления и общая реактивность организма. Общие лечебные мероприятия. Хирургическое лечение. Значение выбора оперативного доступа. Обезболивание при оперативных вмешательствах по поводу абсцессов и флегмон челюстно-лицевой локализации.

40. Абсцессы и флегмоны подглазничной области. Флегмона скуловой области. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

41. Флегмона щечной области. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

42. Флегмона подвисочной и крылонебной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

43. Височная флегмона. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

44. Орбитальная флегмона. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

45. Абсцессы и флегмоны подъязычной области. Абсцесс челюстно-язычного

желобка и подъязычного валика. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

46. Поднижнечелюстная флегмона. Подподбородочная флегмона. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

47. Абсцессы и флегмоны околоушно-жевательной области. Флегмона поджевательного пространства. Топографическая анатомия. Источники

инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

48. Крыловидно-нижнечелюстная флегмона. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

49. Окологлоточная флегмона. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

50. Позадичелюстная флегмона. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

51. Флегмоны дна полости рта. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

52. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

53. Абсцессы и флегмона языка. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Пути распространения инфекции.

54. Лимфадениты челюстно-лицевой области и шеи. Анатомия лимфатической системы лица и шеи. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Аденофлегмоны.

55. Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Лечение. Профилактика. Осложнения.

56. Лицевые и угловые тромбофлебиты. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Пути распространения инфекции. Тромбоз пещеристого синуса.

57. Острое и обострившееся хроническое одонтогенное воспаление верхнечелюстного синуса. Этиология. Патогенез. Методы диагностики и лечения.

58. Классификация воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Ороантральные свищи. Хирургическое лечение.

59. Рожистое воспаление лица. Нома. Этиология. Патологическая анатомия. Профилактика. Лечение. Осложнения и последствия.

60. Специфические поражения тканей и органов челюстно-лицевой области. Актиномиккоз, туберкулез, сифилис. Этиология и патогенез. Пути проникновения инфекции. Клиника. Диагностика. Лечение.

61. Осложнение воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Медиастинит. Менингит. Сепсис. Клиника. Диагностика. Лечение.

62. Воспалительные заболевания слюнных желез (сиалодениты). Эпидемический, послеоперационный и постинфекционный паротит. Лимфогенный и контактный сиалоденит. Острый поднижнечелюстной и подъязычный сиалоденит. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.

63. Хронические сиалодениты. Этиология, патогенез, клиника и диагностика. Сиалодохит. Методы лечения. Слюннокаменная болезнь. Образование и состав слюнных камней. Клиника, диагностика, осложнения, лечение. Пути оперативного доступа при удалении слюнных камней.

64. Повреждение слюнных желез. Стеноз и атрезия слюнных протоков. Диагностика и лечение. Слюнные свищи. Механизм образования. Методы обследования. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Функциональное угнетение слюнных желез.

65. Аурикулотемпоральный синдром. Патогенез, диагностика, лечение. Болезнь Микулича (лимфоматоз). Синдром Шегрена. Ксеростомия как симптом нарушения функции слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.

66. Хирургические методы лечения болезней пародонта. Виды хирургических вмешательств. Показания. Техника выполнения. Трансплантационные и имплантационные материалы, используемые в пародонтологической хирургии. Корректирующие операции в преддверии полости рта.

67. Общая характеристика травм челюстно-лицевой области. Причины травматизма и его профилактика. Статистика повреждений мирного и военного времени их классификация. Основные организационные принципы оказания помощи пострадавшим при повреждениях мягких тканях и костей лица. Доврачебная, первая врачебная, квалифицированная и специализированная помощь.

68. Переломы и вывихи зубов. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

69. Переломы альвеолярных отростков челюстей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

70. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация. Механизмы повреждения. Механизм и характер смещения отломков. Клиника. Диагностика. Методы лечения.

71. Переломы верхней челюсти. Классификация. Механизм повреждения. Механизм и характер смещения отломков. Клиника. Диагностика. Методы лечения.

72. Переломы скуло-глазнично-верхнечелюстного комплекса. Механизм и характер смещения отломков. Переломы скуловой дуги. Переломы орбиты. Механизмы повреждения. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение.

73. Переломы костей носа. Механизмы повреждения. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение.

74. Непосредственные и ранние осложнения повреждений костных и мягких тканей челюстно-лицевой области. Кровотечение, асфиксия, шок и др. Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Лечение.

75. Заживление переломов костей лица. Сроки и возможности их ускорения. Поздние осложнения переломов. Нагноение костной раны, замедленная, неправильная консолидация. Травматический остеомиелит. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение.

76. Сочетанные повреждения челюстно-лицевой области и шеи. Понятие. Особенности лечения и оказания помощи при сочетании травмы лица с черепно-мозговой травмой.

77. Предмет и задачи военной челюстно-лицевой хирургии и стоматологии в современных условиях. Общая характеристика, классификация, клиническая картина огнестрельных ран лица и лечение раненых и пострадавших.

78. Раневая баллистика, зоны огнестрельного поражения тканей. Явление девиации пули и ее значение при повреждении тканей организма.

79. Боевые повреждения мягких тканей лица. Объем и характер медицинской помощи на этапах эвакуации. Особенности оказания первой помощи раненым и их эвакуация. Принципы первичной хирургической обработки ран.

80. Особенности огнестрельных ранений нижней и верхней челюстей. Объем и характер медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации.

81. Инфекционные осложнения боевых повреждений челюстно-лицевой области. Борьба с инфекцией, предупреждение и лечение воспалительных осложнений. Вторичные кровотечения, меры предупреждения и устранения.

82. Последствия огнестрельных ранений челюстно-лицевой области – дефекты, деформации, функциональные нарушения, их предупреждение, лечение. Уход за ранеными в челюстно-лицевую область. Особенности их питания.

83. Основные принципы и организация реабилитации военнослужащих с повреждениями и заболеваниями челюстно-лицевой области. Общие положения о медицинском освидетельствовании военнослужащих. Военно-врачебная экспертиза в стоматологии, военной челюстно-лицевой хирургии и травматологии.

84. Термические поражения лица и органов челюстно-лицевой области. Ожоги лица, тяжесть и глубина повреждения, возможные осложнения. Особенности оказания помощи и лечение при ожогах лица.

85. Ожоги лица напалмом, электро-травма, повреждения кислотами, щелочами, боевыми отравляющими веществами. Повреждения челюстно-лицевой области в результате воздействия проникающей радиации и радиоактивного загрязнения. Клиника, диагностика и лечение данных повреждений.

86. Комбинированные радиационные поражения лица. Сроки вмешательства,

их особенности от стадии лучевой болезни. Особенности обработки ран лица

при комбинированных поражениях. Профилактика и лечение осложнений.

87. Поражения лицевого нерва. Парез и паралич мимической мускулатуры. Показания к оперативному лечению. Декомпрессия, невролиз, сшивание нерва, фасциальная, мышечная, кожная пластика. Применение имплантационных материалов для статической фиксации тканей лица.

88. Невропатия ветвей тройничного нерва. Классификация. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика невралгий с пульпитом, зубной плексалгией, синдромом патологической стираемости, языкоглоточной невралгией. Диагностическая и лечебная блокады.

89. Невралгия тройничного нерва. Методы консервативного и хирургического лечения. Показания к применению физио- и рефлексотерапии.

90. Дентальная плексалгия. Клиника, диагностика, лечение. Прозопалгия. Клиника, диагностика, лечение.

91. Воспалительные заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Классификация. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение (консервативное, хирургическое).

92. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, клиника, диагностика, лечение (консервативное, хирургическое).

93. Вывихи височно-нижнечелюстного сустава (вправимые, невправимые). Классификация. Признаки одностороннего и двустороннего вывиха. Способы вправления нижней челюсти. Привычный вывих, осложнения, хирургическое лечение.

94. Височно-нижнечелюстные остеоартрозы (деформирующие, склерозирующие). Клиническая, рентгенологическая и лабораторная диагностика. Медикаментозное, ортопедическое и хирургическое лечение.

95. Двигательные нижнечелюстные дисфункции. Виды, этиология, дифференциальная диагностика, профилактика, методы консервативного и хирургического лечения, физиотерапия и ЛФК.

96. Анкилозы височно-нижнечелюстного сочленения. Виды, этиология, клиника, исследования подвижности сустава, рентгенодиагностика, профилактика, лечение (консервативное, хирургическое). Мероприятия, предупреждающие рецидивы. Осложнения. Методы устранения осложнений.

97. Распространенность различных видов опухолей челюстно-лицевой области. Международная классификация опухолей ВОЗ и ее использование в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Роль и задачи врача стоматолога в системе оказания специализированной помощи больным с опухолями челюстно-лицевой локализации.

98. Особенности обследования онкологических больных с целью выявления и диагностики опухолей челюстно-лицевой области и шеи. Роль дополнительных исследований (рентгенологических, радиоизотопных, цитологических, патогистологическая верификация).

99. Предраковые состояния кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта. Облигатные и факультативные формы. Классификация. Фоновые заболевания. Клинические проявления, методы диагностики, лечения, принципы и методы диспансеризации.

100. Теории канцерогенеза. Теория Зильбера. Эпидемиология и предрасполагающие факторы возникновения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. Экзогенные и эндогенные факторы.

101. Организация помощи больным со злокачественными опухолями мягких тканей и костей лица. Значение ранней диагностики опухолей. Онкологическая настороженность как система понятий, знаний и принципов организации противоопухолевой службы. Диспансеризация онкологических больных.

102. Эпителиальные опухоли – плоскоклеточная папиллома. Опухоли меланогенной системы: невусы, меланома. Клиника, особенности диагностики, лечение.

103. Опухоли из фиброзной ткани – фиброма, фиброматоз десен, фибросаркома. Клиническая картина, диагностика, лечение.

104. Опухоли из жировой ткани – липома, липоматоз Маделунга, липосаркома. Клиническая картина, лечение.

105. Опухоли из мышечной ткани – миомы, миосаркомы. Клиническая картина, лечение.

106. Сосудистые опухоли, ангиомальформации челюстно-лицевой области. Классификация, клиника, диагностика. Морфологические особенности. Консервативные и хирургические методы лечения. Принципы ведения детей с ангиомальформациями.

107. Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов лица: неврилеммома, нейрофиброма, нейрофиброматоз, травматическая неврома, нейрогенная саркома. Клиника, диагностика, лечение.

108. Дермоидные (эпидермоидные) кисты тканей лица и шеи. Атероматоз. Патогенез, клиника, хирургическое лечение.

109. Врожденные кисты, свищи шеи. Свищи околоушной области. Этиология и патогенез. Взаимосвязь с эмбриогенезом. Клиническая картина, диагностика (УЗИ-диагностика, МРТ, диагностическая пункция). Оперативное лечение.

110. Эпителиальные опухоли слюнных желез: аденомы – мономорфная, полиморфная; мукоэпидермоидная, ацинозно-клеточная опухоли. Диагностика, клиническая картина, методы хирургического лечения. Операции по Ковтутовичу, по Редону.

111. Кистозные поражения малых и больших слюнных желез. Клиника, дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения.

112. Злокачественные опухоли слюнных желез: аденокистозная карцинома, аденокарцинома, эпидермоидная карцинома, карцинома в полиморфной аденоме. Диагностика, клиническая картина, методы

хирургического лечения с учетом локализации в больших и малых слюнных железах.

113. Кистозные поражения челюстей (одонтогенные, неодонтогенные). Классификация. Клинические проявления, диагностика, методы хирургического лечения. Особенности послеоперационного ведения больных.

114. Одонтогенные опухоли и опухолеподобные поражения челюстей: амелобластома, одонтома, цементома, одонтогенная фиброма. Морфологическое строение. Клиника, диагностика и лечение. Прогноз.

115. Костеобразующие опухоли челюстей: остеома, остеобластома, оссифицирующая фиброма, остеосаркома. Клиника, диагностика и лечение. Прогноз.

116. Хрящобразующие опухоли челюстей: хондрома, остеохондрома, хондросаркома. Клиника, диагностика и лечение. Прогноз.

117. Гигантоклеточная опухоль нижней челюсти. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.

118. Костномозговые опухоли – саркома Юинга, ретикулосаркома, миелома. Клиника. Диагностика. Лечение.

119. Опухолеподобные поражения костей лицевого черепа: фиброзная дисплазия, херувизм, эозинофильная гранулема, деформирующий остеонид (болезнь Педжетта). Клиника. Диагностика. Лечение.

120. Эпулиды. Виды (ангиоматозный, фиброзный, гигантоклеточный). клиническая картина, диагностика, лечение.

121. Понятие абластики и антибластики, анатомической футлярности. Общие принципы лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

122. Базалиома кожи лица. Статистические данные, этиология и эпидемиология. Клиника, диагностика, оценка распространённости опухолевого процесса, лечение.

123. Злокачественные опухоли кожи лица. Плоскоклеточный рак. Статистические данные, этиология и эпидемиология. Клиника, диагностика, оценка распространённости опухолевого процесса, лечение.

124. Рак нижней губы. Этиология, клинко-морфологические разновидности, пути метастазирования. Принципы комплексного лечения рака нижней губы. Методы одномоментной пластики нижней губы, применяемые при иссечении очага (пластика по Иванову, Блохину, Брунсу, Слуцкой).

125. Рак языка. Клинические формы: клиника в зависимости от стадии процесса. Пути регионарного метастазирования. Принципы комплексного лечения. Показания и объем оперативного лечения в зависимости от стадии процесса. Первично-пластические операции. Оперативные вмешательства на путях метастазирования.

126. Рак слизистой оболочки дна полости рта и ротоглотки. Клинические формы: клиника в зависимости от стадии процесса. Пути регионарного метастазирования. Принципы комплексного лечения.

Показания и объем оперативного лечения в зависимости от стадии процесса. Первично-пластические операции. Оперативные вмешательства на путях метастазирования.

127. Злокачественные опухоли нижней челюсти. Этиология, клинические проявления в зависимости от первичной локализации и стадии процесса. Диагностика и дифференциальная диагностика. Комплексное лечение рака нижней челюсти. Предоперационная подготовка. Эндопротезирование.

128. Рак и саркома верхней челюсти. Этиология, клинические проявления в зависимости от первичной локализации и стадии процесса. Диагностика и дифференциальная диагностика. Комплексное лечение рака и саркомы верхней челюсти. Предоперационная подготовка.

129. Показания к выбору операций на регионарном лимфатическом аппарате шеи. Операция Ванаха, футлярно-фасциальное иссечение клетчатки верхнего отдела шеи, полное футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи, операция Крайла.

130. Келоидные и гипертрофические рубцовые изменения тканей лица и шеи. Клиническая картина, диагностика, методы лечения.

131. Лучевая терапия. Показания для проведения лучевой терапии в зависимости от морфологической структуры и стадии опухоли. Роль стоматолога при лечении больных с помощью лучевой терапии.

132. Химиотерапия. Показания и противопоказания. Осложнения. Остеорадионекроз челюстей как осложнение лучевой и химиотерапии, клиника, диагностика, лечение. Роль стоматолога при применении химиотерапии.

133. Цели и задачи восстановительной хирургии лица, ее связь с другими разделами челюстно-лицевой хирургии. Планирование восстановительного лечения. Пластика местными тканями, взятыми по соседству. Преимущества, недостатки, показания, противопоказания.

134. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области: лоскутами со щек (Седилло), носогубных борозд (Брунс), с противоположной губы (Аббе). Устранение микростомы, пластика углов рта. Операции по устранению двойной губы, устранение укороченной уздечки губ и языка.

135. Возможности объективного планирования пластических операций. Математическое обоснование планирования пластических операций местными тканями (А.А. Лимберг). Применение симметричных, несимметричных и сочетанных фигур встречных треугольных лоскутов. Расчет коэффициента удлинения. Устранение рубцовых стяжек, кожных складок. Исправление положения смещенных частей органов лица.

136. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков. Разработка и внедрение в практику круглого стебельчатого лоскута (лоскута В.П. Филатова). Биологическое обоснование его применения. Использование круглого стебельчатого лоскута для замещения дефектов различных отделов

лица и органов полости рта. Формирование носа из тканей круглого стебельчатого лоскута по методу Ф.М. Хитрова.

137. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, аллотрансплантации различных тканей, имплантатов, эндопротезов в челюстно-лицевой хирургии.

138. Свободная пересадка кожи. Биологическое обоснование. Применение для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, во всю толщину).

139. Пересадка хряща в качестве опорного материала и для исправления контуров разных участков лица. Применение ауто- и аллогенного консервированного хряща.

140. Применение сложных тканевых комплексов на микрососудистых анастомозах. Виды лоскутов. Характеристика донорских зон. Показания, противопоказания, преимущества, недостатки. Осложнения. Возможности метода.

141. Применение имплантационных материалов в восстановительной и реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. Контурная пластика для исправления наружных очертаний лица при его дефектах и деформациях.

142. Костная пластика нижней челюсти. Виды и этиология дефектов. Показания к костной пластике. Биологическое обоснование применения различных видов трансплантатов в костной пластике.

143. Особенности костной пластики нижней челюсти при свежих огнестрельных ранениях и удалении опухолей (первичная костная пластика). Методы фиксации трансплантатов и фрагментов нижней челюсти при костно-пластических операциях. Послеоперационное ведение больного, реабилитация.

Комбинированная костная пластика.

144. Основные виды деформаций челюстей: недоразвитие (микрогнатия) или чрезмерное развитие (макрогнатия) верхней или нижней челюсти или отдельных их участков (прогнатия и ретрогнатия), открытый прикус. Клиника (функциональные и эстетические нарушения), диагностика. Показания к хирургическому лечению.

145. Врожденные и приобретенные деформации нижней челюсти. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Основные методы операций для исправления размеров и формы нижней челюсти. Осложнения и пути их предупреждения.

146. Врожденные и приобретенные деформации верхней челюсти. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Оперативное исправление формы и положения верхней челюсти. Осложнения и пути их предупреждения.

147. Родовая травма и ее последствия. Осложнения, развивающиеся у детей после различного вида травм челюстных и лицевых костей. Реабилитация детей, перенесших травму.

148. Определение понятия эстетической хирургии. Эстетические пропорции лица. Показания и противопоказания к эстетическим операциям на лице.

149. Морщины век, лица и шеи. Клиника, диагностика, классификация, хирургические методы устранения.

150. Деформации ушных раковин. Клиника, диагностика, классификация, методы устранения.

151. Деформации носа. Врожденные и приобретенные. Клиника, диагностика, классификация, методы устранения.

152. Врожденная патология кранио-фасциальной области. Классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Ситуационная задача №1. Больная Ю., 34 лет, обратилась с жалобами на боли в 37, ранее 37 не лечен. Местно: рот открывается свободно, 37 интактный, 38 упирается в 37 дистальными буграми.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите дополнительные методы обследования.
- 3.Золотой стандарт рентгенологического исследования для подготовки к удалению ретенированных, дистопированных зубов?
- 4.Техника удаления 38.
- 5.Возможные осложнения и их профилактика.

Эталон ответа:

- 1.Диагноз: ретенция, дистопия 38.
Необходимо перед удалением 38 провести рентгенологическое обследование для уточнения его расположения.
- 2.КЛКТ
- 4.Под мандибулярной анестезией производится разрез по альвеолярному гребню над 38 и вниз к переходной складке до уровня середины 37, отслаивается слизисто-надкостничный лоскут и удерживается тупым крючком. Бором удаляют костную ткань над 38 и с вестибулярной стороны, вывихивается 38 элеватором или щипцами, проводится кюретаж, лоскут укладывается на место и ушивается узловатыми швами.
- 5.местные/общие
Непосредственно в момент удаления, отсроченные

Компетенции: УК-2, УК-3,ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-5

Ситуационная задача №2. Больная В., 62 лет, готовится к протезированию, обратилась с жалобами на подвижность 41.

Местно: 41 подвижность III степени. Коронковая часть 41 сохранена, при пальпации из десневых карманов отмечается гнойное отделяемое.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Подберите инструмент для удаления 41.

3.Положение врача и пациента при удалении 41.

4.Дополнительные методы обследования

5.Этапы удаления зуба

Эталон ответа:

1.Диагноз:41пародонтит, развившаяся стадия.

2.Щипцы клювовидные без шипов.

3.Положение врача справа и несколько сзади от больного.

4.Прицельная дентальная рентгенография, КЛКТ, ОПТГ

5.Отслаивание круговой связки, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация, люксация или ротация, тракция.

Компетенции: УК-2, УК-3,ОПК-4, ПК-1,ПК-2

Ситуационная задача №3. Больной Н., 32 лет, обратился с жалобами на нарушение функции жевания из-за неправильного смыкания зубов. Два года назад после травмы у больного был перелом нижней челюсти справа в области угла. Производилось шинирование челюстей бимаксилярными шинами с зацепными петлями, но из-за трудностей питания больной сам снял их через 12 дней. Отмечает затруднения при пережевывании пищи. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа в области угла определяется нарушение целостности костной ткани в пределах 0,5 см, ложный сустав.

Вопросы:

1.Какая причина образования ложного сустава в области нижней челюсти?

2.Составьте план обследования и лечения.

3.Какие вам известны методики закрепления костного трансплантата в области дефекта нижней челюсти?

4.Какие требования необходимо выполнить для успешного исхода костно-пластической операции?

5.Метод обследования

Ответы:

1.Нарушение режима лечения, больной самопроизвольно снял бимаксилярные шины с зацепными петлями на 12-й день после травмы, фрагменты не консолидировались, образовался ложный сустав.

2.Клинико- рентгенологическое обследование, определение истинного размера дефекта нижней челюсти справа и выбор размера и вида костного трансплантата, метода фиксации фрагментов нижней челюсти. Операция иссечения ложного сустава с костной пластикой дефекта.

Тщательное послеоперационное ведение больного.

3.Костный трансплантат между фрагментами нижней челюсти после их освобождения от рубцов и удаления склерозированных участков костной ткани может быть помещен в виде распорки, в виде столярного замка, в виде накладки на концы фрагментов и фиксации проволокой из нержавеющей стали. Лимберг А. разработал метод двухэтапного переноса саженца: 1-й этап

состоит в подсадке участка ребра в мягкие ткани по соседству с дефектом нижней челюсти. Через 1,5-2,0 месяца трансплантат (2-й этап) на ножке из мягких тканей переносится в область дефекта нижней челюсти.

4. Успех костно-пластических операций зависит от выполнения ряда требований:

- а) учитывать общее состояние больного;
- б) выяснить состояние мягких тканей в области дефекта нижней челюсти и возможность образования в них ложа для трансплантата;
- в) провести санацию полости рта;
- г) избрать способ закрепления фрагментов и заблаговременно изготовить соответствующий аппарат;
- д) установить, где и какой трансплантат будет взят и его размеры.

5. Рентгенологические методы.

Компетенции: УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3

Ситуационная задача №4. Больной К., 60 лет, обратился в клинику с целью дальнейшего лечения. Из анамнеза выяснено, что четыре года назад была произведена радикальная операция по поводу удаления злокачественной опухоли в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Дефект мягких тканей щечной области справа был закрыт филатовским стеблем.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно-диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Какие сведения из анамнеза необходимо уточнить?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести?
3. От чего зависит план лечения?
4. Какие противопоказания существуют для костно-пластических операций?
5. Метод исследования, диагностики опухолевидного образования?

Эталон ответа:

1. Была ли проведена лучевая терапия и ее доза?
2. Клинико - рентгенологическое обследование.
3. План лечения зависит от выяснения общего состояния больного (клинический анализ крови, мочи, флюорография грудной клетки).
4. При наличии дефекта в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа, вопрос о костной пластике может быть проблематичным при наличии тяжелой сопутствующей патологии с учетом возраста больного и перенесенной лучевой терапии, что резко снижает регенераторные свойства организма, а также при наличии каких-либо патологических процессов в

области операции (воспаление, рецидив опухоли и т.д.). Костная пластика не проводится при недостатке

мягких тканей для ложа трансплантата.

5.Биопсия.

Компетенции: УК-2, УК-3,ОПК-4, ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача №5. Больная И., 26 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи справа, безболезненного, медленно увеличивающегося в размере.

При осмотре определяется новообразование, локализующееся в верхних отделах шеи справа на уровне проекции щитовидного хряща, отклоняющееся вправо от средней линии, мягкоэластической консистенции, ограниченно- подвижное, смещающееся при глотании, безболезненное, размером 3,0х4,0 см. Кожная поверхность над ним не изменена.

Вопросы:

1.Какие заболевания можно предполагать?

2.Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3.Консультация каких специалистов необходимы для уточнения диагноза?

4.Является ли срединная киста шеи врожденным заболеванием?

5.Исход заболевания

Эталон ответа:

1.Срединная киста шеи, опухоли щитовидной и паращитовидных желез, мягкотканые опухоли шеи.

2.Цитологическое исследование после консультации специалиста-эндокринолога.

3.Эндокринолога

4.Да, Срединные кисты и свищи шеи являются эмбриональной дисплазией, связанной с не заращением щито-язычного протока. Поэтому синонимом их является тиреоглоссальные кисты и свищи.

5.Благоприятный, возможны рецидивы.

Причина рецидивов - не радикальность проведенной операции. Поэтому резекция подъязычной кости является обязательным условием при удалении тиреоглоссальных кист и свищей.

Компетенции: УК-2, УК-3,ОПК-4, ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача №6. Больная А., 42 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45 зубе, усиливающиеся при надкусывании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0° С. 45 зуб заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при надкусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала

быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 зубе несколько уменьшились. Обратилась к врачу.

Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним переморожена, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на позади-челюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а также подподбородочную область. Открывание рта 1,0- 1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области справа отечна, пальпация безболезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 зуба имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия болезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 зуба определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен каналы запломбированы не полностью.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите наиболее вероятный путь инфицирования.
3. Составьте план лечения
4. Опишите методику оперативного вмешательства.
5. Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области

Эталон ответа:

1. Флегмона поднижнечелюстной области справа.
2. Обострение хронического периодонтита 45
3. Хирургическое лечение заключается в удалении причинного зуба, вскрытии флегмоны. Больная госпитализируется для проведения местного и общего противовоспалительного лечения.
4. Под анестезией с премедикацией или под наркозом производится разрез в правой поднижнечелюстной области параллельно нижнему краю нижней челюсти, отступя от него 1,5-2,0 см, чтобы не повредить краевую ветвь лицевого нерва. Желательно разрез ориентировать по ходу верхней шейной складки. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца с фасцией. Далее тупым путем, используя кровоостанавливающий зажим, препаровывается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее следует тупо пройти в поднижнечелюстную область. После вскрытия и ревизии полости гнойного очага, в нее вводят резиновые или поли-

хлорвиниловые перфорированные трубки. Дренажи фиксируются йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.

5.Сверху - челюстно-подъязычная мышца, снизу – поверхностный листок собственной фасции шеи, под ним – подкожная мышца и фасция, подкожная клетчатка, кожа. Снаружи – внутренняя поверхность тела нижней челюсти. Спереди и изнутри - переднее брюшко двубрюшной мышцы, сзади и изнутри - заднее брюшко двубрюшной мышцы. Поднижнечелюстная область содержит поднижнечелюстную слюнную железу, лимфатические узлы, лицевую артерию и вену.

Компетенции: УК-2, УК-3,ОПК-4, ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача №7. В клинику доставлен пострадавший, 45 лет, с осколочно-пулевым слепым ранением челюстно-лицевой области. Осколок огнестрельного снаряда попал в толщу мягких тканей корня языка. Раненый в сознании. Отмечается незначительное кровотечение, нарастает дыхательная недостаточность.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

- 1.Чем обусловлено появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии здесь является ведущим?
- 2.Каким должно быть положение тела раненого во время транспортировки с поля боя?
- 3.Составьте план оказания первой, конкретно необходимой помощи в условиях боя.
- 4.Составьте план лечения в специализированном челюстно-лицевом госпитале.

Эталон ответа:

- 1.Стенотическая асфиксия - обусловленная нарастанием отека корня языка.
- 2.Набок на стороне поражения лицом вниз.
3. а) возможно устранение причин, затрудняющих дыхание. Использование "английской булавки" для прокалывания языка, вытяжения его и фиксации повязкой вокруг шеи;
б) остановка кровотечения путем наложения давящей повязки;
в) первоочередная транспортировка больного в санитарный батальон.
4. а) осмотр и оценка раневого дефекта челюстно-лицевой области;
б)возможная вторично- отсроченная хирургическая обработка раны;
в)пластика раневого дефекта местными тканями, использование филатовского стебля, а также сложных тканевых комплексов на микрососудистых анастомозах.

Ситуационная задача №8. Больной В., 57 лет, поступил с жалобами на боли в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паротонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боли при глотании незначительно усилились больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к стоматологу.

Объективно: определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позади-челюстной области справа. Открывание рта 1,5- 2,0 см, резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки дна полости рта, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемизированные. Пальпация в области крыловидно-челюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 зубе глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Составить план обследования больного.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки.
5. С чем они связаны?

Эталон ответа:

1. Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания.
2. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.
3. План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо

вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования.

4. Несущественные признаки: заложенность уха, боли в горле, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небных дужек

5. Свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.

Компетенции: УК-2, УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-3

Ситуационная задача №9. Пациент Е., 47 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно - лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева от зуба 3.7, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.

2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Какие медикаментозные средства следует использовать при перевязках для инстилляций гнойной раны в фазе воспаления?

2. Какова продолжительность фазы воспаления?

3. Какие виды антисептиков при местном лечении гнойной раны должны применяться в фазе воспаления?

Эталон ответа:

1. Для инстилляций гнойной раны в фазе воспаления используют гипертонические растворы (25%-ный раствор сульфата магния, 34%-ный раствор мочевины), антисептики

(3%-ный раствор перекиси водорода, 0,05%-ный раствор хлоргексидина биглюконата), антибиотики, поверхностно-активные вещества — детергенты.

2. Продолжительность I фазы — воспаления — длится 48 часов после проведения хирургической обработки гнойного очага.

3. В фазе воспаления должны применяться следующие виды антисептики для гнойной раны: механическая, физико-химическая, химико-биологическая.

Компетенции: УК-3, ОПК-4, ПК-1, ПК-2

Ситуационная задача № 10. Больной С., 45 лет, жалуется на жгучую боль и отек в области правой половины лица, на припухлость верхней губы.

Заболел четыре дня назад, когда на верхней губе появились «три белые точки», боль усиливалась и больной обратился к врачу на 4-й день. Занимался самолечением. Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 39,2°C. Больной заторможен. Отмечается значительный отек верхнего и нижнего век справа, подглазничной и щечных областей справа, птоз, экзофтальм справа. На верхней губе справа пальпируется уплотнение округлой формы до 3,0 см в диаметре, кожа напряжена и гиперемирована. В центре инфильтрата видны четыре гнойных стержня. Пальпируется плотный болезненный тяж от края нижней челюсти до внутреннего угла глаза справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны, спаяны в пакеты.\

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Составьте план лечения
5. Определите объем хирургического вмешательства.

Эталон ответа:

1. Отек век, экзофтальм - признаки воспаления ретробульбарной клетчатки.

Тяж - симптом тромбоза лицевой вены, наличие на верхней губе гнойных стержней, свидетельствует о карбункуле.

2. Диагноз: карбункул верхней губы справа. Тромбоз лицевой и лицевой вен справа.

3. Стационар.

4. Хирургическое - крестообразный разрез карбункула, разрезы по ходу лицевой вены справа.

5. Многокомпонентное комплексное лечение в отделении интенсивной терапии.

Компетенции: УК-2, УК-3,ОПК-4, ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача № 11. Больной Н., 35 лет, поступил с жалобами на резкие боли в языке, трудность в разговоре, невозможность глотания, пережевывания пищи. Также отмечает появление небольшой припухлости в верхних отделах шеи. Три дня назад травмировал язык в задней трети рыбной костью. Кость была удалена ЛОР-врачом, отпущен домой. После этого боли усилились, появилось ощущение увеличения языка в объеме. Вновь обратился к ЛОР - врачу, однако после осмотра направлен к стоматологу. Объективно: рот полуоткрыт, вытекает слюна. Определяется

отечность задних отделов под подбородочной области и верхних передних отделов шеи. При глубокой пальпации определяется резко болезненный инфильтрат над подъязычной костью. Язык увеличен в объеме, отечен, обложен сероватым налетом. Движения языка кпереди резко болезненны. Резкая болезненность определяется также при надавливании на язык сверху вниз, особенно в задний трети. Слизистая оболочка челюстно-язычных желобков с обеих сторон и подъязычной области отечна, выбухает. При пальпации в области корня языка отмечается обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании патологических изменений костной ткани не выявлено.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Какие вмешательства необходимо дополнительно провести во избежание развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.
5. В какие клетчаточные пространства может распространяться инфекция при флегмоне корня языка

Эталон ответа:

1. Диагноз: флегмона корня языка.
2. План лечения: вскрытие флегмоны и госпитализация больного для общего и местного противовоспалительного, симптоматического, общеукрепляющего лечения.
3. После проведения обезболивания производится разрез (горизонтальный) по ходу верхней шейной складки на 1,5-2,0 см выше верхнего края подъязычной кости. Рассекается кожа, подкожная клетчатка. При помощи крючков, растягивая рану от центральных отделов разреза, ориентация линии разреза переводится из горизонтальной в вертикальную. Затем тупым путем ткани послойно распрепаровываются по ходу срединного апоневроза вглубь. Таким образом, вскрываются и расширяются клетчаточные пространства между мышцами языка. Осуществлять операцию необходимо под контролем пальца со стороны полости рта, во избежание травмирования слизистой оболочки. После вскрытия инфильтрата и эвакуации гноя в полость гнойника вводятся резиновые выпускники (перфорированные трубки), накладывается асептическая повязка.
4. Перед проведением операции вскрытия флегмоны целесообразно больному наложить трахеостому во избежание стенотической асфиксии вследствие развития отека в раннем послеоперационном периоде.
5. Гнойные воспалительные процессы в языке из спинки и тела могут распространяться в другие его отделы, подъязычную область, на ткани дна

полости рта, в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства, спускаться в область шеи.

Компетенции: УК-2,УК-3,ОПК-4, ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача № 12. Больная О., 23 лет, поступила в клинику с жалобами на высокую температуру тела, общую слабость, профузный пот, ознобы, боль в области правой половины лица. Больная часто болеет простудными заболеваниями. Неделю тому назад заболел 13 зуб. К врачу не обращалась, появился отек верхней губы и подглазничной области. Применяла тепловые процедуры. После этого состояние резко ухудшилось и больная машиной скорой помощи доставлена в клинику. При осмотре обращает на себя внимание резкий отек и инфильтрация тканей в правой подглазничной области с распространением на веки, верхнюю губу, угол рта, правую щеку. Пальпация инфильтрата резко болезненна, кожа гиперемирована с синюшным оттенком. От фокуса воспаления расходятся радиально расширенные подкожные вены.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. Какие антисептики вы будите применять для промывания гнойного очага у данной больной
5. Какое грозное осложнение может быть у больной с данной патологией.

Эталон ответа:

- 1.Одонтогенная флегмона подглазничной, щечной области, осложненная тромбофлебитом угловой вены лица
2. При осмотре обращает на себя внимание резкий отек и инфильтрация тканей в правой подглазничной области с распространением на веки, верхнюю губу, угол рта, правую щеку. Пальпация инфильтрата резко болезненна, кожа гиперемирована с синюшным оттенком. От фокуса воспаления расходятся радиально расширенные подкожные вены. Неделю тому назад заболел 13 зуб.
3. Лечение хирургическое. Удаление 13 зуба, вскрытие гнойного очага, антисептическая обработка гнойного очага, дренирование, наложение асептической повязки. Медикаментозная терапия (антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, десенсебилизирующая терапия).
4. Диоксидин, хлоргексидин, бетадин, йодопирон, перманганат калия.
5. Тромбоз пещеристого синуса.

Компетенции: УК-2,УК-3,ОПК-4,ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача №13. Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в под подбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела - 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 48,47,34,35,36 зубов разрушены.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Укажите возможные причины возникновения заболевания.
4. Составьте план обследования и лечения.
5. Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. Диагноз: флегмона дна полости рта.
2. Диагноз основывается на локализации воспалительного инфильтрата во всех клетчаточных пространствах дна полости рта (верхнего и нижнего).
3. Возможной причиной развития острого гнойного воспалительного процесса могло быть обострение хронического периодонтита 47,46,34,35,36 зубов, возникшее после переохлаждения.

4. Необходимо дополнительно провести рентгенологическое обследование для полного выявления всех очагов хронической одонтогенной инфекции. План лечения следующий: учитывая развитие затруднения дыхания по стенотическому типу перед проведением оперативного вмешательства, необходимо наложение трахеостомы. Затем проводится санация полости рта - удаление очагов хронической одонтогенной инфекции и вскрытие флегмоны. При вскрытии флегмоны необходимо провести ревизию всех клетчаточных пространств как выше, так и ниже челюстно-подъязычной мышцы и в области корня языка с последующим дренированием. В данном случае целесообразно использование раневого диализа. Назначая противовоспалительное лечение необходимо провести аллергологические пробы для выяснения того, какие антибиотики можно применять данному больному.

5. Учитывая непереносимость местных анестетиков, наложение трахеостомы целесообразно проводить под внутривенным наркозом или нейролептаналгезией. В дальнейшем возможно проведение ингаляционного наркоза через трахеостомическую трубку.

Компетенции: УК-2,УК-3,ОПК-4,ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача № 14. Больной В., 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47 зубе, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 зуб по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличивалась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела - 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и в подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 зуба заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантомограмме в области лунки 47 зуба патологических изменений,

инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 зуба определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. проведите его обоснование.
3. Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания.
4. С чем они могут быть связаны.
5. Опишите методику оперативного лечения.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.
3. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани.
4. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеомы.
5. Методика оперативного вмешательства: под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией или под наркозом производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступя от него на 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведется через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путем необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных, подподбородочной областей, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобка, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки, фиксирующиеся йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.

Компетенции: УК-2,УК-3,ОПК-4,ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача № 15. Больная Л., 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянные ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывания рта,

общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 17,18 зубов по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространились на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательной областях справа (симптом "песочных часов"), а также отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движения нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 17,18 зубов гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Также наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно-диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, укажите основные клинические симптомы, на основании которых поставлен диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.
4. Укажите особенности данного оперативного вмешательства.
5. Перечислите антисептики применяемые для местного лечения гнойных ран.

Эталон ответа:

1. Флегмона височной, подвисочной, крылонебной областей справа. Основные клинические симптомы: боли при глотании, невозможность открывания рта, наличие воспалительного инфильтрата в височной области, а также за бугром верхней челюсти, симптом "песочных часов", высокая степень интоксикации.
2. Необходимо провести рентгенологическое исследование для того, чтобы выяснить, не осталось ли в области лунок удаленных зубов остаточных корней, инородных тел и т.п. Если таковые имеются, их удаление необходимо планировать после снятия острых воспалительных явлений.

Вскрытие флегмоны осуществляется как внутриротовым, так и внеротовым путями с наложением контрапертуры. В комплексе послеоперационных противовоспалительных мероприятий необходимо проведение инфузионной терапии для снятия интоксикации, улучшения реологических свойств крови.

3. Внутриротовой разрез проводится по переходной складке с вестибулярной стороны от бугра верхней челюсти до уровня 25 зуба. Через этот разрез тупым путем необходимо пройти в подвисочное и крылонебное пространство. Вне ротовой разрез выполняется в височной области косо по переднему краю височной мышцы. При значительном поражении височной области гнойным воспалительным процессом можно выполнить дугообразный разрез по верхнему краю височной мышцы.

4. Особенностью данного оперативного вмешательства является необходимость вскрытия всех клетчаточных пространств этой области, которые располагаются между и под тремя слоями мышцы. Операция заканчивается обязательным наложением контрапертуры. Между внеротовым и внутриротовым разрезами с введением сплошного сквозного дренажа.

5. Р-р водного хлоргексидина, перекиси водорода 3%, перманганата калия, диоксида.

Компетенции: УК-2,УК-3,ОПК-4,ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача № 16. В клинику поступила больная, 28 лет, после автоаварии. Находится в бессознательном состоянии. При местном осмотре определяются многочисленные ссадины лица в области левого надбровья, крыла носа справа, скуловой области слева и подбородка, при разведении губ виден откол коронковой части 11, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом левого предплечья и левой голени.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?
4. Совместно с врачами каких специальностей вы будете наблюдать данную больную
5. Перечислите растворы антисептиков для местной обработки ран.

Эталон ответа:

1. Перелом коронковой части 11. Перелом нижней челюсти во фронтальном отделе.

2. В качестве необходимых клинических данных нужны сведения о прикусе (каким он был до травмы), симптом нагрузки в области подбородка, наличие подвижности фрагментов нижней челюсти, данные о состоянии окружающих нижнюю челюсть тканей. В качестве дополнительных сведений - особенности получения травмы (какой частью лица ударилась).

3. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

4. Невропатолог, травматолог.

5. Растворы водного хлоргексидина, перекиси водорода 3%, фурацилина, диоксида.

Компетенции: УК-2, УК-3, ОПК-4, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-7

Ситуационная задача № 17. Больная, 20 лет, поступила в многопрофильную клинику с диагнозом: сотрясение головного мозга и перелом основания черепа в средней черепной ямке, перелом верхней челюсти с повреждением пазух, перелом нижней челюсти, скуловой кости и дуги, левой ключицы и костей таза. Множественные сочетанные повреждения получены в автокатастрофе. Бригадой "скорой помощи" проведена противошоковая терапия, наложена трахеостома.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно-диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.

2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Какова преемственность оказания специализированной врачебной помощи?

2. Обоснуйте сроки оказания специализированной стоматологической помощи.

3. Какие обследования необходимо провести для этой цели.

4. В какое отделение надо госпитализировать больную.

5. Перечислите растворы антисептиков для местной обработки ран.

Эталон ответа:

1. Лечебную иммобилизацию фрагментов челюстей, репозицию и фиксацию скуловой кости и дуги следует отложить на 3-5 дней по мере выхода больной из шока. В эти же сроки одновременно можно производить вмешательства по поводу перелома костей таза и ключицы.

2. Для того чтобы вывести пострадавшую из тяжелого состояния, нужно как можно скорее добиться ликвидации болевой импульсации из очагов повреждений, из какой бы области тела они ни исходили. Более ранняя надежная иммобилизация фрагментов челюстей, скуловой кости и

дуги не только послужит средством профилактики в последующем различных осложнений, но и явится мероприятием по борьбе с шоком.

3. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

4. Отделение сочетанной травмы.

5. Растворы водного хлоргексидина, перекиси водорода 3%, фурацилина, диоксида.

Компетенции: УК-2, УК-3, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-7

Ситуационная задача № 18. В клинику доставлен пациент, 32 лет, с травмой челюстно-лицевой области и нижних конечностей, после падения с 3-го этажа жилого дома. Была потеря сознания. Из перенесенных заболеваний указывает на воспаление легких, операцию на желудке и на перелом нижней челюсти справа около года назад. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей в области средней зоны лица, пальпация которой резко болезненна, имеются кровоизлияния в конъюнктивы глаз с двух сторон, прикус нарушен, полного смыкания зубов в переднем отделе нет. В области угла нижней челюсти справа пальпируется утолщение кости. Имеются переломы обеих голеней на разных уровнях.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.

2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2). Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для диагностики?

3. Какие обследования необходимо провести для этой цели.

4. В какое отделение надо госпитализировать больную.

5. Перечислите растворы антисептиков для местной обработки ран.

Эталон ответа:

1. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор I- II (верхний, средний уровень). Перелом голеней.

2. В качестве дополнительных сведений необходимы данные о подвижности фрагментов верхней челюсти, вне ротовой и внутри ротовой пальпации ее, данные о наличии и характере выделений из носа, носоглотки и т.п. В качестве дополнительных сведений необходимы данные теста "двойного пятна" и рентгенологического обследования.

3. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

4. Отделение сочетанной травмы.

5. Растворы водного хлоргексидина, перекиси водорода 3%, фурацилина, диоксида.

Компетенции: УК-2, УК-3, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-7

Ситуационная задача № 19. Больной С., обратился на вторые сутки после травмы челюстно-лицевой области. После нескольких ударов в область лица потерял сознание, наблюдается тошнота, рвота. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей средней зоны лица, гематомы подглазничных областей, кровоизлияния в конъюнктивы глаз с двух сторон. В полости рта определяется нарушение прикуса, отсутствуют 6⁶, вывихнуты 1₁1.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели.
4. Совместно с врачами каких специальностей вы будете наблюдать данного больного.
5. Перечислите растворы антисептиков для местной обработки ран.

Эталон ответа:

1. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор I- II (верхний, средний уровень). Вывих 11,21.
2. В данном случае показано оперативное лечение с использованием спиц Киршнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон). Способы подвешивания верхней челюсти к соседним, расположенным выше перелома костям (по методу Адамса). Лечение у невропатолога по поводу сотрясения головного мозга.
3. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.
4. Нейрохирург, травматолог.
5. Растворы водного хлоргексидина, перекиси водорода 3%, фурацилина, диоксида.

Компетенции: УК-2, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7

Ситуационная задача № 20. На прием к стоматологу обратился пациент 19 лет с жалобами на боли в области верхней губы, отек. Из анамнеза выявлено, что 3 дня назад получил удар по лицу твердым предметом.

Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей области верхней губы, кожные покровы не изменены, пальпация болезненна, полость рта открывается в полном объеме, 21 подвижен в вестибуло-оральном направлении, коронка имеет серовато-матовый оттенок, перкуссия болезненна, слизистая в данной области отечна, болезненна.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести.
- 3.Что становится причиной некроза пульпы зуба.
- 4.Какие лечебные действия необходимо провести в данной клинической ситуации
- 5.Что необходимо исключить у пострадавших с ушибами мягких тканей лица.

Эталон ответа:

- 1.Травма мягких тканей верхней губы, ушибы 21 зуба.
- 2.Лучевая диагностика(R-графия,3D компьютерное изображение)
- 3.Травма сосудисто-нервного пучка
- 4.Под местной анестезией необходимо депульпировать 21, с пломбированием каналов, назначить десенсибилизирующую терапию.
- 5.Переломы костей лицевого скелета.

Компетенции: УК-3,ОПК-8,ОПК-10,ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-5

Ситуационная задача № 21. Больной Н., 68 лет обратился к врачу стоматологу с жалобами надолго незаживающую язву на нижней губе. Лечился самостоятельно мазями в течение года, эффекта нет. При осмотре: на красной кайме нижней губы слева ближе к центру имеется язва с неровными подрытыми краями размером 0,8*1,5 см, инфильтрирует подлежащие ткани на глубину до 1,0 см, плотной хрящеподобной консистенции, в подчелюстной области слева пальпируется одиночный смещаемый лимфатический узел.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

- 1.Поставьте правильный клинический диагноз
- 2.Какие клинические формы данной патологии наблюдают
- 3.Тактика врача стоматолога на приеме

4. На чем основана диагностика данного заболевания

5. Лечение и профилактика данной патологии

Эталон ответа:

1. Рак нижней губы, стадия 3б (T1, N1, M0).

2. Папиллярная, бородавчатая, язвенная, язвенно-инфильтративная

3. Выдать направление на консультативный прием в онкологический диспансер

4. Диагностика данного заболевания основана на морфологической верификации процесса путем цитологического или гистологического исследования

5. Хирургическое, лучевое, комбинированное

Компетенции: УК-3, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5

Ситуационная задача № 22. Больная Л., 39 лет обратилась на прием к врачу стоматологу по месту жительства с жалобами на появившееся образование височной области слева в течение 5 лет, но в течение последних 4-х месяцев данное образование увеличилось в размерах, изменилось в цвете от светлого до почти черного, появился зуд, образование начало кровоточить. При осмотре: на границе с волосистой частью головы височной области слева имеется пигментное образование до 1,2 см в диаметре, ассиметричной формы, неоднородно черного цвета, с фестончатыми краями и изъязвлением в центре. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.

2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз

2. Тактика врача стоматолога на приеме

3. Назовите клинические симптомы данной патологии

4. На чем основана диагностика данного заболевания

5. Назовите факторы риска данной патологии

Эталон ответа

1. Подозрение на меланому кожи лица височной области слева

2. Направление на консультативный прием к врачу онкологу в онкологический диспансер

3. Изменение цвет (диаметр меланомы превышает 6 мм), изменение формы (неправильные фестончатые или расплывчатые очертания), изменение цвета (любые изменения), зуд, изъязвление, кровоточивость

4. Диагностика данного заболевания основана на данных осмотра, описанной пациентом динамики изменений, на удаление образования с обязательным гистологическим исследованием

5.Избыточное ультрафиолетовое облучение кожи солнечным или искусственным светом, интенсивная солнечная радиация, наследственная предрасположенность, наличие на коже пациента лентиго и веснушек, пребывание на солнце женщин принимающие пероральные формы гормональных контрацептивов, беременность у женщин перенесших оперативное лечение по поводу меланомы кожи в ближайшие 2-3 года т.к. возможны рецидивы.

Компетенции: УК-3,ОПК-4,ОПК-8, ОПК-10,ПК-1,ПК-2,ПК-5

Ситуационная задача №23. Больной Н., 69 лет был направлен на консультативный прием в онкологический диспансер с жалобами на длительно не заживающую язвочку лица, которая появилась около 1.5 лет. По рекомендации знакомых и родственников лечился мазями, примочками соком чистотела, язва заживала на короткий период, за тем появлялась вновь. При осмотре: в области носогубной складки слева имеется опухолевидное образование диаметром до 1,0 см, покрытое желтоватой корочкой, с валикообразным утолщением по периферии и инфильтрированным основанием, болезненное при пальпации. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Какой основной метод диагностики данного заболевания
- 3.Какие существуют формы данной патологии
- 4.Что является главными факторами при составлении плана лечения
- 5.Какие методы лечения данного заболевания существуют

Эталон ответа:

- 1.Базалиома носогубной складки слева 2 стадии, язвенно-инфильтративной формы
- 2.Морфологический метод (цитологическое исследование-соскоб)
- 3.Поверхностную, язвенную, язвенно-инфильтративную
- 4.Главными факторами при составлении плана лечения являются распространенность и локализация опухоли
- 5.Лучевой, хирургический, комбинированный.

Компетенции: УК-3,ОПК-4,ПК-1,ПК-2,ПК-3

Ситуационная задача №24. Мальчик 5 месяцев, поступил в больницу по поводу врожденной неполной односторонней расщелины верхней губы. Масса тела ребенка составляет 6100 г (при рождении 2100 г). У мальчика диагностированы миокардиопатия и увеличение вилочковой железы. Анализ

крови ребенка: эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$; гем 90 г/л; СОЭ 4 мм/ч. Ребенка готовили к хейлопластике в течение 2 недель.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

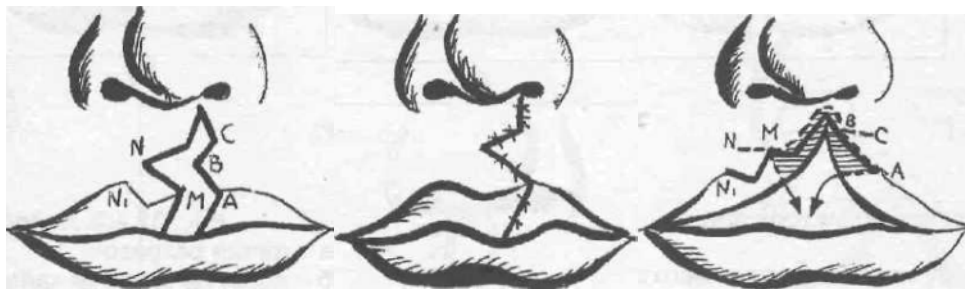
1. Какие специалисты должны осмотреть его до операции?
2. Назовите клинико-анатомическую классификацию расщелин верхней губы?
3. Опишите и изобразите схематически операцию хейлопластика по методу Обуховой?
4. Назовите противопоказания к операции хейлопластика?
5. Послеоперационный уход за ребенком?

Эталон ответа:

1. Педиатр, кардиолог, челюстно-лицевой хирург, ортодонт.
Врожденная скрытая расщелина верхней губы (односторонняя или двусторонняя).
2. Врожденная неполная расщелина верхней губы:
 - а) без деформации кожно-хрящевого отдела носа (односторонняя или двусторонняя);
 - б) с деформацией кожно-хрящевого отдела носа (односторонняя или двусторонняя).

Врожденная полная расщелина верхней губы (односторонняя или двусторонняя), при которой всегда имеется деформация кожно-хрящевого отдела носа.

3. Метод Л. М. Обуховой. Применяется при неполных не сращениях верхней губы. На наружном фрагменте губы выкраивают лоскут ABC и вшивают его в рану треугольной формы (MN), которая образуется после проведения добавочного разреза на внутреннем фрагменте. Длина основания треугольного лоскута (расстояние AC) равняется величине укорочения губы (расстояние NNi) или разнице линий, идущих параллельно вверх от высших точек выступов пограничных линий каймы по боковым валикам филтрума. Красная кайма раскраивается ступенеобразно или под углом 45– вниз от нижнего угла треугольного лоскута. Заштрихованную часть кожи у девочек можно повернуть вниз и создать слизистую оболочку губы, а у мальчиков ее необходимо иссечь во избежание роста волос на внутренней поверхности губы



4. Противопоказания к проведению этих операций, в основном, носят относительный характер. К ним относят сочетанные пороки развития различных органов (сердца и др.), родовые травмы, заболевания органов дыхания, физиологическая желтуха и др.

5. Послеоперационный уход за ребенком. Линию швов на губе во избежание мацерации кожи оставляют без повязок. Кормить ребенка начинают через 2-3 ч после наркоза. До снятия швов кормить лучше с ложечки, после снятия швов ребенка можно прикладывать к груди матери или кормить с помощью соски.

Для предупреждения воспалительных явлений по показаниям назначают антибиотики (внутримышечно), ежедневно проводят туалет раны (обработка линии швов спиртом). Швы снимают на 6—7-е сутки после операции.

Компетенции: УК-3,УК-4, ОПК-4,ОПК-8, ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-5

Ситуационная задача №25. У девочки 8 лет в под подбородочной области по средней линии определяется новообразование до 2 см в диаметре, мягко эластической консистенции, округлой формы, с ограниченной подвижностью (смещается только кверху при глотании). Пальпация безболезненная.

Задания:

1. Алгоритм осуществления лечебно–диагностических вмешательств, во взаимодействии с участниками лечебного процесса.
2. Командообразование в ходе совместного решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз?
- 2.Проведите дифференциальную диагностику?
- 3.Опишите патоморфологическую картину заболевания?
- 4.Лечение данного заболевания?
- 5.Возможные осложнения?

Эталон ответа:

- 1.Срединная киста шеи;
- 2.Дифференцировать срединные кисты шеи чаще приходится от дермоидных кист, липом, лимфангиом, а в осложненных случаях - от

лимфаденита. Дермоидная киста в отличие от кисты шеи более плотная, не смещается при глотании, тяж (остаток эмбрионального хода) не пальпируется. Лимфангиома и липома обычно больших размеров, без четких границ, имеют мягкоэластическую консистенцию, часто их содержимое увеличивается. При распознавании лимфаденита большое значение имеют данные анамнеза и выявление входных ворот инфекции.

3. Микроскопически стенка боковой кисты состоит из плотной волокнистой соединительной ткани, которая выстлана как многослойным плоским не ороговевшим эпителием (эктодермальная киста), так и многорядным цилиндрическим эпителием (энтодермальная киста). В толще стенки (оболочки) располагается лимфоидная ткань, часто формирующая фолликулы. Значительное развитие лимфоидной ткани свидетельствует о том, что боковые кисты происходят из остатков жаберного аппарата. Внутренняя поверхность кисты может быть покрыта бородавчатыми разрастаниями из лимфоидной ткани. В ее стенке выявляются образования типа телец вилочковой железы.

4. Лечение боковых кист только хирургическое. Оперативное вмешательство представляет собой трудную задачу из-за сложных анатомо-топографических взаимоотношений кисты с сосудами и нервами шеи. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Разрез следует делать по переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Не радикальность оперативного вмешательства приводит к рецидиву.

5. Осложнениями боковых кист могут быть флегмона шеи и бронхогенный рак. Флегмоны шеи протекают тяжело с выраженной интоксикацией организма больного. Гнойно-воспалительный процесс легко может распространяться по сосудисто-нервному пучку в переднее средостение. Развитие бронхогенного рака, по данным нашей клиники, составляет около 4,5% больных с боковыми кистами шеи. Высокий процент развития бронхогенного рака у этих больных вызывает необходимость раннего удаления боковых кист шеи.

Компетенции: УК-3,ОПК-4,ПК-1,ПК-2,ПК-3, ОПК-8, ПК-5